



HAL
open science

Accouchement en plateau technique versus prise en charge classique, en maternité de type I pour les grossesses à bas risque obstétrical : complications marterno-foetales et néonatales. Profil socio-démographique des parturientes

Julie Goutaland

► **To cite this version:**

Julie Goutaland. Accouchement en plateau technique versus prise en charge classique, en maternité de type I pour les grossesses à bas risque obstétrical : complications marterno-foetales et néonatales. Profil socio-démographique des parturientes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01737668

HAL Id: dumas-01737668

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01737668>

Submitted on 19 Mar 2018

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.

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT – AUVERGNE

**ACCOUCHEMENT EN PLATEAU TECHNIQUE VERSUS PRISE EN CHARGE
CLASSIQUE, EN MATERNITÉ DE TYPE I POUR LES GROSSESSES À BAS
RISQUE OBSTÉTRICAL :
COMPLICATIONS MATERNO-FOETALES ET NÉONATALES
PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES PARTURIENTES**

MEMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

Goutaland Julie

Née le 03 novembre 1993

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ANNÉE 2017



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT – AUVERGNE

**ACCOUCHEMENT EN PLATEAU TECHNIQUE VERSUS PRISE EN CHARGE
CLASSIQUE, EN MATERNITÉ DE TYPE I POUR LES GROSSESSES À BAS
RISQUE OBSTÉTRICAL :
COMPLICATIONS MATERNO-FOETALES ET NÉONATALES
PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES PARTURIENTES**

MEMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

Goutaland Julie

Née le 03 novembre 1993

**Sous la direction de M. Nohuz Erdogan
Docteur en Médecine, Gynécologue-Obstétricien**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ANNÉE 2017



Ce mémoire est le fruit d'un long travail de recherches, symbolisant l'aboutissement de mes études de sage-femme. Je souhaite à cette occasion, remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu, de près ou de loin, continuellement ou ponctuellement ...

Merci à Mme Marie-Christine Leymarie, Directrice de l'École de Sages-femmes de Clermont-Ferrand, d'avoir autorisé la mise en œuvre de ce mémoire,

Merci au Dr Erdogan Nohuz, Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier de Thiers, d'avoir accepté la Direction de ce mémoire. Je lui témoigne toute ma gratitude pour son implication, son accessibilité, ses précieux conseils, ses encouragements et sa patience,

Merci à l'équipe Enseignante de l'École de sages-femmes de Clermont-Ferrand, d'avoir partagé leurs compétences,

Merci à Mme Annick Viallon, Enseignante de l'École de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour sa justesse, la transmission de son savoir faire et savoir être,

Merci à toutes les sages femmes dont j'ai croisé le chemin, de m'avoir transmis les compétences qui incombent à la profession de sage-femme, en particulier Justine Pépin, Virginie Plantin, Camille Nègre, et celles du Centre Hospitalier Émile Roux du Puy en Velay, qui m'ont fait confiance et m'ont aidé à m'épanouir dans cette voie,

Merci à Mr Aurélien Mulliez, Biostatisticien à la Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation, pour son engagement et sa participation,

Merci à Romain, pour m'avoir soutenu, transmis son positivisme, encouragé à persévérer, et aidé à contourner les obstacles lors de la réalisation de ce mémoire,

Un infini merci à ma famille, particulièrement à mes parents, mon frère Thibaud et ma sœur Amandine, pour leur soutien et leur présence inconditionnelle, de m'avoir porté et supporté tout au long de mes études, et pour leur précieuse aide dans la réalisation de ce mémoire...

Citation

*«Ne nous impatientons pas de la longueur de leur travail:
rassurons-les sur la crainte qu'elles ont souvent que nous les
abandonnions»*

*Madame Angélique-Marguerite Le Boursier du Coudray,
née à Clermont-Ferrand en 1712, «Abrégé de l'art des accouchements»*



Glossaire

AGN : Accompagnement Global à la Naissance

ANSFL : Association Nationale des Sage-Femmes Libérales

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

CIANE : Collectif Inter Associatif autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

COSF : Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes

CSP : Code de la Santé Publique

DREES : La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENP : Enquête Nationale Périnatale

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

HPP : Hémorragie du Post Partum

ICM : International Confederation of Midwives

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.

JGOBR : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RCF : Rythme Cardiaque Foetal

SA : Semaine d'Aménorrhée

SOGC : Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada

Sommaire

Sommaire.....	1
Introduction.....	5
Revue de la littérature.....	6
1. La politique de périnatalité.....	6
2. L'orientation des femmes enceintes.....	6
3. Le bas risque obstétrical et l'accouchement normal.....	7
3.1. Le « bas risque obstétrical » : une notion a priori.....	8
3.2. La grossesse « physiologique ».....	9
3.3. L'accouchement « normal » : une notion a posteriori.....	9
3.4. Accouchement « normal » versus accouchement « naturel ».....	10
4. Influence de la communication sur la perception de l'accouchement par le couple.....	11
5. La prise en charge obstétricale des femmes à bas risque obstétrical.....	11
5.1. La médicalisation.....	12
5.2. Vers une prise en charge obstétricale physiologique.....	13
5.3. La législation.....	14
5.4. Disparités entre les différents types de prise en charge obstétricale.....	15
6. Profil épidémiologique des parturientes.....	21
Matériel et Méthode.....	23
1. L'étude et les objectifs.....	23
1.1. Type, durée et lieu de l'étude.....	23
1.2. Objectif principal.....	23
1.3. Objectif secondaire (1).....	23
1.4. Objectif secondaire (2).....	23
2. Matériel et Méthode.....	23
2.1. Population cible.....	23
2.2. Population source.....	24
2.3. Critères de sélection des sujets.....	24
3. Le recueil des données.....	25
3.1. Outil de recueil des données.....	25
4. L'informatisation.....	25
4.1. La saisie des données.....	25
4.3. Le contrôle qualité.....	26
5. L'analyse des données.....	26
5.1. Les tests statistiques utilisés.....	26
6. Aspects éthique et réglementaires.....	27

Résultats.....	28
1. Caractéristiques de la population.....	28
1.1. Échantillon.....	28
1.2. Profil sociaux démographique de la population étudiée.....	28
2. Antécédents obstétricaux de la parturiente.....	32
3. Antécédents médicaux de la parturiente.....	33
3.1. Indice de masse corporelle (IMC) des parturientes en début de grossesse, selon la classification de l'OMS.....	33
4. Informations relatives à la grossesse étudiée.....	34
4.1. Renseignements généraux.....	34
4.2. Travail et accouchement.....	35
4.3. Issue de l'accouchement.....	43
4.4. La délivrance.....	46
4.5. L'État périnéal.....	48
4.6. Les caractéristiques néonatales.....	49
Discussion.....	53
1. Rappel des objectifs de l'étude avec les hypothèses a priori.....	53
1.1. Objectifs de l'étude.....	53
1.2. Hypothèses a priori.....	53
2. Critique de l'étude.....	53
2.1. Points forts de l'étude.....	53
2.2. Limites de l'étude.....	55
3. Profil des parturientes au sein de la population étudiée.....	57
3.1. Nombre moyen d'enfants par femme et âge moyen des mères.....	57
3.2. Caractéristiques socio-démographiques des mères.....	58
3.3. La préparation à la naissance et à la parentalité.....	62
4. Le déroulement du travail.....	63
4.1. Le mode du début de travail.....	63
4.2. La direction du travail.....	64
4.3. Analgésie péridurale obstétricale.....	66
4.4. La durée du travail.....	68
5. La phase d'expulsion.....	70
5.1. La position maternelle à l'expulsion.....	70
5.2. La durée des efforts expulsifs.....	71
6. L'issue de l'accouchement.....	73
7. L'état périnéal.....	74
8. La délivrance.....	75
9. État néonatal.....	76
9.1. L'adaptation à la vie extra utérine.....	76

9.2. Poids et âge gestationnel.....	77
10. Mode d'allaitement.....	77
Projet d'action.....	78
Conclusion.....	80
Références bibliographiques	
Annexes	

Introduction

C'est au travers d'associations telle que le Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE), que les femmes ont fait entendre leur volonté de bénéficier d'un accompagnement moins technicisé et plus respectueux à l'égard de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement. Assurant un accompagnement global, et ce en toute sécurité pour la future mère et l'enfant à naître, la prise en charge en plateau technique semble être un consensus entre les attentes des parturientes, et la responsabilité médico-légale qui incombe aux sages-femmes. Les études actuelles mettent principalement en exergue le souhait des parturientes d'obtenir une prise en charge « one to one », personnalisée, où la sage-femme réalise un suivi tout au long de la grossesse et ce jusqu'à la fin du post-partum. Couple et sage-femme sont alors liés l'un à l'autre par une relation de confiance mutuelle. L'accès par les sages-femmes aux plateaux techniques a suscité l'attrait des parturientes pour cette prise en charge privilégiée. C'est l'adhésion unanime et la coopération de l'équipe hospitalière avec les sages-femmes libérales et les couples, qui légitiment dans certaines maternités son déploiement. Cependant, la politique périnatale française actuelle, abordant la grossesse et la naissance comme potentiellement à risque, les couples sont confrontés à une médicalisation et une technicité plus importante, au dépend d'une prise en charge dans le respect de la physiologie, pour laquelle les sage-femme sont compétentes. Le scepticisme et le manque de recul quant à l'accouchement en plateau technique mettent un frein au développement de la continuité des soins. Il semble important à ce jour de se fonder sur des études confrontant la prise en charge hospitalière et celle en plateau technique. C'est dans cet esprit que nous avons retracé la littérature dans une première partie pour mieux comprendre les tenants et aboutissants de la prise en charge d'une grossesse à bas risque, et ce quel que soit le type de prise en charge. La seconde partie décrit la façon dont l'étude a été menée, et présente les résultats obtenus (291 dossiers). Les objectifs étaient de décrire les complications maternelles et néonatales au cours du travail et de l'accouchement ainsi que le profil épidémiologique des parturientes selon le type de prise en charge. Les résultats ont été analysés et discutés, pour pouvoir étendre notre réflexion sur la balance bénéfice/risque d'un accompagnement global à la naissance.

Revue de la littérature

1. La politique de périnatalité

La périnatalité, du grec « péri » c'est-à-dire « autour » de la naissance, englobe la période entre la 28^e semaine d'aménorrhée et le huitième jour suivant la naissance, du point de vue de la santé et de la survie du fœtus ou du nouveau-né selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1). Ce qui comprend donc l'ensemble des prestations et des actes médicaux relatifs à cette période.

S'il ne fait aucun doute que la qualité des soins et de la prise en charge joue un rôle pronostic majeur dans les situations à haut risque obstétrical, il n'existe pas de consensus en ce qui concerne les situations à bas risque. Ainsi, l'excès de surveillance, d'interventions ne seraient-ils pas, à contrario, néfastes pour ces grossesses a priori à faible risque ?

La politique périnatale française abordant jusqu'ici la conception de la grossesse et de l'accouchement comme étant potentiellement à risque de complications, tend aujourd'hui vers une différenciation entre le bas et le haut risque périnatal en termes de prise en charge. Ceci incitant les professionnels de santé à moderniser leurs pratiques, sans les démedicaliser, mais en limitant l'interventionnisme dans le suivi d'une grossesse et d'un accouchement normal. Ainsi, le couple bénéficierait du caractère physiologique et naturel de la grossesse et de l'accouchement (2).

2. L'orientation des femmes enceintes

L'orientation précoce des parturientes au cours de leur grossesse vise à assurer la sécurité de la future mère et de son enfant. Ils évoluent ainsi au sein de maternités disposant « de l'environnement médical maternel et pédiatrique nécessaire à leur prise en charge et à celle de leur nouveau-né ». Le plan de périnatalité de 1994, les ordonnances de 1996 et les décrets sur la sécurité périnatale de 1998 instaurent « une politique de régionalisation des soins ». Ainsi les maternités se sont développées en réseaux et chacune s'est vue attribuée un niveau de soin selon la capacité de l'établissement à prendre en charge des complications maternelles, fœtales ou néonatales (3).

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) d'avril 2005, le couple doit être « informé le plus tôt possible sur les services de soins disponibles, le coût des prestations, les possibilités proposées pour le suivi de la grossesse, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), l'accouchement et les soins postnatals au sein d'un réseau ville-hôpital et inter établissements, [et] la nécessité d'une inscription plus ou moins précoce selon le lieu de naissance de son choix. » (4).

De plus, en 2007, la HAS met en avant « la continuité des soins » avec le choix du lieu de naissance au cœur du projet de naissance. Cependant, ce choix n'est pas définitif, car le suivi et l'orientation des femmes enceintes dépendent des situations à risques identifiées. Celles-ci peuvent effectivement apparaître au cours de la grossesse, du travail ou de l'accouchement (5).

3. Le bas risque obstétrical et l'accouchement normal

C'est en 1998 qu'une réforme de périnatalité a abordé l'orientation des femmes enceintes selon le risque obstétrical. Partant du fait que les professionnels sont en mesure d'évaluer et de prédire le niveau de risque encouru par la future mère et son enfant à naître, ils seraient en mesure d'orienter les parturientes vers le type de maternité correspondant.

En effet, le Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 du Code de la Santé Publique (CSP) stipule que : « afin de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant, les établissements de santé pratiquant l'obstétrique : participent à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée » (Art. R. 712-85 alinéa 1) (6).

3.1. Le « bas risque obstétrical » : une notion a priori

Le niveau de risque obstétrical est évalué dès le début de la grossesse par les professionnels de santé. « Chez une parturiente en bonne santé et présentant un faible risque obstétrical, le déroulement de l'accouchement peut être considéré comme normal aussi longtemps qu'il n'existe pas de complications ». Aussi, une grossesse à « haut risque » peut aboutir à un accouchement normal, tout comme une grossesse à « bas risque » peut être sujette à des complications (7).

La HAS définit la grossesse à bas risque comme « une grossesse dont le déroulement est dit « normal », soit « sans complications » avérées, chez une femme en bonne santé et qui le reste. Ce sont les grossesses pour lesquelles la probabilité d'accouchement normal et de naissance normale est la plus grande ». Cette notion de risque n'est pourtant pas pérenne, il s'agit de la probabilité de survenue de complications. Le risque, qui évolue au décours de la grossesse, est fréquemment évalué par les professionnels dans le but de « prévenir, dépister, diagnostiquer les situations pathologiques, afin d'en optimiser la prise en charge » (8).

L'évaluation du risque obstétrical permet aux couples de bénéficier d'une information éclairée relative au choix du lieu d'accouchement et de l'équipe qui se verra confier la surveillance de la grossesse et la prise en charge de l'accouchement.

E.Papiernik, dans son article publié dans « la lettre du gynécologue » en 2004, fait ressortir le point de vue des obstétriciens à ce sujet : « on ne peut dire d'une grossesse qu'elle est à bas risque que si l'enfant est né à terme, bien portant, que la mère est rentrée chez elle depuis six semaines et qu'elle va bien » (9).

Si tous les professionnels de santé s'accordent à dire que le risque zéro est inexistant au cours d'une grossesse, certains mettent en avant la dangerosité de celle-ci, tandis que d'autres estiment qu'un risque est prévisible, et que l'organisation des soins en découle. L'intérêt d'une orientation ciblée offrirait aux parturientes la possibilité d'avoir un accouchement où la sur médicalisation serait moindre au profit de la physiologie, et où la sécurité des mères et de leur futur enfant serait garantie par l'équipement et le personnel de santé au cas où , un risque imprévu surviendrait (10).

Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) affirme que, l'accouchement physiologique se définit par « une évaluation initiale et continue : avant l'accouchement par l'absence de risque particulier lié à la patiente, à la grossesse, à la présentation ; pendant l'accouchement par le déroulement spontané et normal du travail ; après l'accouchement par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère » (11).

Le réseau de l'Association des Utilisateurs des Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG) distingue le bas risque obstétrical pour les primipares et multipares. Ainsi, il s'agit de femmes âgées de 18 à 34 ans, sans antécédents médicaux ou gynécologiques nécessitant une surveillance particulière. La grossesse en cours doit être singleton avec une présentation céphalique et ne doit présenter aucune pathologie. De surcroît, les multipares ne doivent pas avoir d'antécédent(s) néonatal(s) de prématurité, mort-né ou mort néonatale, ni d'utérus cicatriciels (12).

3.2. La grossesse « physiologique »

La notion de grossesse « physiologique » évolue en temps réel au cours de la gestation. Elle est décrite par la HAS comme étant une grossesse dont l'évolution est dite « normale ». Elle devient « pathologique » dès lors qu'une complication maternelle et/ou fœtale apparaît. Ainsi, la grossesse peut se dérouler normalement « chez une femme présentant des facteurs de risques de pathologie ou une pathologie antérieure à la grossesse, [si celle-ci] ne s'aggrave pas ou n'a pas de conséquence sur la grossesse actuelle » (8).

3.3. L'accouchement « normal » : une notion a posteriori

Selon l'OMS, une naissance normale correspond à un déclenchement spontané, où le risque est bas dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée (SA). De plus, on n'observe pas de complications materno-foetale (7). Il s'agit donc d'un accouchement eutocique.

La définition reste quasi unanime au niveau international. Ainsi, le BirthChoiceUK en Angleterre définit l'accouchement normal lorsque le travail débute spontanément, qu'il n'y a pas de recours à une anesthésie quelle qu'elle soit, et que l'accouchement se déroule sans extraction instrumentale ni césarienne. Ceci excluant toute intervention facilitant le travail ou l'accouchement, hormis la réfection des déchirures périnéales (13).

Une étude publiée dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (JGOBR) souligne le fait que « l'accouchement est un processus imprévisible et potentiellement à risque ». Elle a montré que plus d'un tiers des patientes considérées à bas risque en début de travail ont nécessité l'appel de l'obstétricien. Près d'un quart d'entre elles ont subi une intervention voie basse (14).

3.4. Accouchement « normal » versus accouchement « naturel »

Selon la Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal publiée en 2008 dans le journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada, l'accouchement « normal » se distingue de l'accouchement « naturel ». En effet, « L'accouchement normal [physiologique] débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques au début du travail [patientes à bas risque obstétrical]. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre la 37^e et la 42^e+0 complétée de gestation », mais l'accouchement normal n'exclut pas la « présence possible de complications » telles que l'Hémorragie du Post-Partum (HPP), les dystocies de présentation, etc. En l'absence de complication, il n'est « pas assisté par forceps, par ventouse obstétricale ou par césarienne, et dans le cadre duquel la présentation n'est pas anormale ».

Cependant, il peut comprendre des interventions facilitant le travail et l'accouchement, telles que l'accélération par l'utilisation d'ocytociques, la rupture artificielle de la poche des eaux, le déclenchement de convenance, etc.

En revanche, l'accouchement est dit naturel lorsqu'il ne s'accompagne que de peu ou même d'aucune intervention humaine (15).

4. Influence de la communication sur la perception de l'accouchement par le couple

Établir un contact et une relation de confiance avec le couple demeurent les fondements d'une prise en charge de qualité reposant sur la prise en compte de leurs attentes.

La qualité et l'exhaustivité des informations fournies, la participation aux décisions et la réponse aux attentes personnelles du couple seraient associées à un vécu positif de la naissance (7).

U.Waldenström, dans son étude, a étudié les facteurs influençant le vécu de la naissance par les femmes. Il a noté que, parmi les éléments induisant une mauvaise expérience de la grossesse, les parturientes ont principalement évoqué « les problèmes médicaux imprévus », « les facteurs sociaux » telles que le souhait de grossesse et l'implication du conjoint, « les sentiments » relatifs à la douleur et à la perte de contrôle ainsi que le « manque de soutien et l'administration d'analgésiques » (16).

Hodnett, quant à lui, a identifié au terme de nombreuses études observationnelles, les éléments essentiels influençant le ressenti des femmes concernant leur prise en charge. À savoir, « les attentes personnelles, la qualité de la relation entre patients et soignants et la participation aux prises de décisions » (17).

Green renforce cette idée selon laquelle le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement dépend de la communication ainsi que de la relation privilégiée entre soignant-soigné. En effet, les femmes énonçaient que « le sentiment de maîtriser la situation est essentiellement lié au fait de pouvoir se sentir à l'aise, d'avoir l'impression d'être traité avec respect et en tant que personne, par un personnel prévenant » (18).

5. La prise en charge obstétricale des femmes à bas risque obstétrical

En France en 2002, les parturientes à bas risque en fin de grossesse, indifféremment primipares ou multipares, accouchaient principalement dans des maternités de type I et II. Ainsi, 47 % des primipares donnaient naissance en maternité de type I, contre 20 % en type III. Les multipares, quant à elles, accouchaient avant tout en maternité de type II, pour près de 40 % d'entre elles. La tendance s'est inversée pour ces dernières en 2003. En effet, la moitié d'entre elles ont été prises en charge dans un type III (12).

5.1. La médicalisation

Les décrets sur la sécurité périnatale de 1998 (6), instaurant une politique de régionalisation des soins prénatals, défendent la notion de « prévisibilité maximale » du risque obstétrical et, de fait, l'orientation systématique des femmes à « haut risque » vers une maternité de type III. Elles semblent dès lors assimilées à « des grossesses problématiques ». La naissance est ainsi inscrite dans « la recherche d'une protection contre tout imprévu », ceci induisant une recrudescence de l'interventionnisme, associée à l'insatisfaction des parturientes. Outre le caractère « anxiogène » (19) engendré par cette notion de « risque », les actes médicaux se voient « banalisés » dans une optique de prévention.

Paradoxalement, il semblerait que les couples se soient imprégnés de la nature imprévisible de la grossesse et de l'accouchement, et que l'assurance offerte par les maternités de type III les rassureraient quant à « la dangerosité de la mise au monde ». Certains professionnels vont même jusqu'à dire que « plus les gens vont savoir, plus ils vont être exigeants. Le quatre étoiles paraît toujours mieux que le une étoile », « les femmes changent de mentalités, elles cherchent le meilleur, pour leur bébé [...] elles ne comprennent pas pourquoi elles ne peuvent pas aller dans les centres de haute technologie » (3).

En effet, selon le rapport européen sur la santé périnatale de 2013, les naissances en France sont actuellement principalement concentrées dans de grandes maternités. En effet, 19 % ont lieu dans des maternités de 3000 accouchements ou plus par an, pour seulement 8 % en 2003 (20).

Une étude analysant l'influence du type de prise en charge obstétrical sur le recours à la césarienne pour les femmes à bas risque obstétrical a montré que, l'admission des parturientes en salle de naissance lors de la phase active du travail, associée à une prise en charge « one to one » diminuerait de façon significative la probabilité de césarienne. À contrario, ce taux serait augmenté par le recours à la rupture artificielle des membranes ou encore à l'administration d'ocytociques sans indication médicale (21).

D'autres auteurs viennent étayer l'hypothèse selon laquelle la médicalisation influence le déroulement du travail et le mode d'accouchement. En effet, une étude observationnelle, réalisée en 2010 en Italie à l'University of Foggia, a mis en exergue que, l'augmentation de la fréquence des interventions médicales est associée à une élévation du taux de césarienne. Les actes médicaux mis en cause étaient l'administration d'ocytocine, l'amniotomie ainsi que le déclenchement artificiel du travail (22).

En fin de compte, on assiste à une augmentation permanente du taux de césarienne au sein de la population générale. En effet, le taux a augmenté de trois points depuis 1999 pour atteindre près de 19 % en 2003. Il semblerait s'agir principalement d'interventions prophylactiques sur des utérus cicatriciels, chez des multipares qui présentent une grossesse tout à fait normale. De fait, la base de données AUDIPOG a relaté que, « 10 % des accouchements par césarienne sont ainsi décidés avant tout début de travail ». Hors « en cas de grossesse normale chez une femme ayant déjà eu un enfant ou plus, le taux de césarienne ne devrait pas dépasser 2% » (12).

5.2. Vers une prise en charge obstétricale physiologique

Le CNGOF envisage l'accouchement physiologique « dans un lieu spécifique aménagé en dehors du plateau technique médicalisé », à « proximité immédiate et en lien fonctionnel » avec une enceinte hospitalière, et « pris en charge par des sages-femmes dans les limites de leurs compétences reconnues ». De plus, il préconise un suivi global effectué par un professionnel de la périnatalité, que ce soit une sage-femme ou un médecin, lorsqu'une grossesse est à bas risque. L'accompagnement « one to one » est ainsi encouragé, dans le respect de la physiologie. Il assure de plus la sécurité de la mère et de son enfant (11).

Dans le même esprit, la Charte des Droits de la Parturiente de 1988 dénonce « une médicalisation inutile » au détriment d'un « accouchement [...] physiologique naturel ». Elle préconise notamment le choix du lieu et des modalités d'accouchement telles que les positions, l'information de la patiente sur les « éventuelles thérapies de remplacement » puis déplore « la structure sanitaire actuelle [qui] conduit dans de nombreux cas à compliquer l'accouchement et le travail, multipliant les besoins d'interventions médicales » et « l'impossibilité de vivre activement l'événement » (23).

La HAS met cependant un bémol, recommandant depuis mai 2016, le choix du lieu de naissance en fonction « des préférences de la femme ou du couple, du lieu d'habitation et des structures en place, ainsi que du niveau de risque (risque maternel et risque fœtal) » (5). En effet, ce choix est censé être un consensus entre les professionnels de santé et le couple, qui doit recevoir une information éclairée tout au long de la grossesse.

5.3. La législation

L'Article R.4127-325 du CSP stipule que : « dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né » (24).

Les sages-femmes doivent ainsi appliquer les protocoles et les recommandations nationales. Elles sont soumises à un impératif de sécurité maternelle, fœtale et néonatale (Article R.4127-309 du CSP).

Depuis la loi Kouchner du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et d'après l'article L. 1111- 4 du CSP : « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...]. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » (25).

Aussi, au niveau obstétrical et du point de vue du code de déontologie de la sage-femme, l'article R-4127-306 précise que: « la sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sa sage-femme ou son médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit. La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible » (26).

5.4. Disparités entre les différents types de prise en charge obstétricale

Les différences de prises en charge s'observent selon le type de la maternité. Globalement, les équipes des maternités de type III, dont le turn over est important, sont plus fréquemment interventionnistes que dans les autres établissements.

Cependant, une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a décrit la variation de la fréquence des interventions en fonction de la taille de la maternité. Contre toute attente, elle a montré que « la probabilité d'avoir une intervention obstétricale n'est pas plus élevée dans les grandes maternités » (27).

5.4.1. Maternité de type I versus maternité de type III

Une étude publiée en 2004 dans le JGOBR a comparé les pratiques obstétricales entre une maternité de type I et une de type III chez les nullipares à bas risque. Elle a montré une augmentation significative des taux de péridurale, d'extraction instrumentale, et d'épisiotomie, en maternité de type III. À l'inverse, les taux de déclenchement et de déchirure périnéale étaient plus importants en maternité de type I. Cependant, le taux de césarienne était sensiblement identique pour les deux maternités. Les auteurs suggèrent que « certaines attitudes obstétricales, mais pas toutes, semblent moins «interventionnistes » parmi les praticiens qui prennent en charge davantage de grossesses à bas risque que de grossesses pathologiques (28).

Il est difficile de généraliser ses données à l'ensemble des maternités. En effet, ces différences de pratiques ne sont pas forcément liées au type de structures. La politique du service n'influencerait-elle pas davantage la prise en charge obstétricale ?

5.4.2. Prise en charge « classique » en milieu hospitalier

a. Évaluation fœtale à l'admission

À l'admission en salle de naissance, il est nécessaire d'avoir une idée objective du bien être fœtal et maternel afin d'adapter la prise en charge et la surveillance. Ainsi, il est recommandé « d'étudier le dossier de suivi de grossesse et les antécédents, en particulier obstétricaux, informations qui peuvent, à elles seules, faire décider d'un niveau plus au moins élevé de surveillance fœtale (Niveau de Preuve cinq) et de mettre en évidence des signes anormaux dès l'arrivée [tels que la diminution des mouvements fœtaux, les métrorragies, le mauvais relâchement utérin, etc.] conduisant à une attitude de vigilance accrue quant à l'appréciation de l'état fœtal (Niveau de Preuve cinq) » (29).

b. Administration d'ocytocine au cours du travail spontané

Il est difficile de généraliser les résultats des nombreux essais réalisés quant à l'administration d'ocytocine. En effet les groupes d'études sont souvent hétérogènes, car les interventions et les moyens diagnostiquant les dystocies dynamiques diffèrent d'un groupe à l'autre. De plus, les études sont souvent de faible puissance, et les complications décrites sont trop rares pour appliquer les résultats à l'ensemble de la population. Outre la difficulté de mettre en évidence des complications materno-fœtales, certaines études ont tout de mêmes pu noter « l'utilisation inadéquate et/ou imprudente de l'ocytocine pendant le travail dont les doses sont parfois augmentées malgré des anomalies du rythme cardiaque fœtal ». Cependant, il apparaît difficile de distinguer les complications liées à la dystocie dynamique elle-même, de celles induites par l'ocytocine (29).

c. La « revendication » des parturientes

En 2012, un dossier a été réalisé par le CIANE à partir de l'analyse de 5460 réponses au questionnaire concernant les accouchements en milieu hospitalier, hors pôle physiologique ou maison de naissance. Il a été mis en évidence une recrudescence de la formulation de souhaits particuliers par les femmes concernant l'accouchement. En effet, seulement 36 % d'entre elles avaient exprimées leurs attentes avant 2005 contre 57 % en 2011. Les femmes mettaient en avant « un accompagnement personnalisé de la douleur », « le refus de l'épisiotomie en dehors d'une nécessité médicale sérieuse » et « leur liberté de mouvement » (31).

B.Jacques, doctorante en sociologie, met en exergue dans son article sur « l'expérience de la maternité sous influence médicale », la systématisation des actes médicaux tels que les touchers vaginaux, l'écoute des bruits du cœur, la pesée, etc. Ceux-ci, bien qu'étant nécessaires au diagnostic pendant la grossesse, provoquent des conséquences psychologiquement iatrogènes pour les patientes. Celles-ci viennent à douter de la normalité de leur grossesse, et le doute plane perpétuellement quant à la survenue de complications. Les couples deviennent par conséquent demandeurs d'échographies supplémentaires, d'investigations plus approfondies, dans le but de se sentir en sécurité. C'est dans cet esprit que l'État Français a précipité la fermeture des établissements réalisant moins de 300 accouchements par an sous prétexte « qu'ils perdent l'usage des techniques et qu'il manque des praticiens de garde ». Ainsi, les mères sont invitées à se diriger vers des maternités dites hautement technicisées, où la capacité d'intervention est instantanée et optimale. L'auteur dénonce de fait, le recours quasi systématique à l'analgésie péridurale en affirmant qu' « on ne laisse pas le choix à la patiente. Les sages-femmes vont toujours se débrouiller pour arriver à ce que la femme demande la péridurale. Par exemple, elles posent du Syntocinon (un ocytocique) pour dit-on aux patientes « régulariser les contractions, accélérer l'accouchement ». Ce produit provoque des contractions. Sous l'emprise de la douleur, les femmes cèdent et demandent la péridurale » (32).

5.4.3. Accompagnement global à la naissance

Les parturientes revendiquent simplement le respect de l'eutocie, de leur corps et de leur projet de naissance, quel que soit le type de prise en charge auquel elles ont recours. Cette notion, du grec ancien « eutokia » avec « eu » signifiant « bien » et « tokia », « l'accouchement », n'est ni passéiste, ni chimérique.

En effet, le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes (COSF) recommande, pour le diagnostic et la surveillance du travail et de l'accouchement, une stratégie de surveillance et de suivi d'une patiente à bas risque, « en respectant les règles de l'eutocie et les souhaits de la parturiente, en installant confortablement la parturiente, en évaluant le niveau de risque de la parturiente pour décider d'une prise en charge optimale pour elle et son enfant en veillant à la bonne mise à disposition du matériel en cas d'urgence, en assurant l'accouchement physiologique et son accompagnement, en aidant la femme à gérer la douleur » (33).

De fait, le soutien des couples et la prise en charge tant médicale qu'humaine, n'est pas exclusive à la prise en charge en plateau technique. Le respect de la physiologie et des souhaits de la parturiente n'est pas incompatible avec une prise en charge classique et n'empêchent pas la prévention, la surveillance et la prise en charge d'éventuelles complications.

a. L'essor de la profession libérale

Les sages-femmes pratiquant l'exercice libérale représentent à ce jour près d'un quart de l'ensemble des sages-femmes en activité. Selon une étude de la DREES, publiée en mars 2012, cette proportion ne cesserait d'augmenter. Les effectifs issus du modèle de projection indiquent qu'en 2030, une sage-femme sur trois exercerait en libéral. La raison principalement évoquée serait le « faible dynamisme salarié », et non pas une réelle volonté d'exercer une profession libérale (34).

b. Le soutien continu aux parturientes

Légalement, les sages-femmes ont accès au plateau technique depuis la loi du 29 décembre 1999 conformément à l'article L 711-5 du CSP (35).

La prise en charge d'une parturiente et de son futur enfant requièrent la bientraitance selon la HAS. [Elle] « se traduit par la qualité de la relation avec la femme et l'accompagnant, la prise en compte des préférences et des attentes exprimées dans le projet de naissance, si celui-ci existe et s'il n'est pas incompatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis » (36). Un projet de naissance ne semble donc pas incompatible avec une prise en charge classique en maternité de type I. De plus, « la maternité peut offrir aux parturientes éligibles [patientes à bas risque obstétrical] qui le souhaitent un espace de naissance moins médicalisé, dans lequel sont réunies les conditions permettant de déceler d'éventuelles anomalies, au sein ou à proximité du secteur de naissance » (36).

L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSL) définit cet accompagnement de la manière suivante : « 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 postnatals de la mère et de l'enfant » (37).

Autrement dit, la sage-femme exerce dans un cadre physiologique et eutocique, en créant un climat de confiance, une atmosphère plus intime, dans le but de préparer le couple à la naissance de leur enfant, et ce en toute quiétude.

Martis R, dans son analyse documentaire issue de la Cochrane, démontre la bienfaisance du « soutien personnalisé continu aux femmes », autrement dit, de l'accompagnement global à la naissance. Effectivement, ses recherches mettent en lumière le fait qu' « un soutien continu pendant l'accouchement permet de raccourcir légèrement la durée du travail et est associé à une probabilité plus grande d'accouchement spontané par voie basse et à une réduction de la nécessité d'analgésie pendant l'accouchement ».

Mais cet accompagnement n'est pas sans difficultés. En effet, outre les nombreux avantages que procure ce soutien continu, des inconvénients viennent entraver la mise en œuvre de ce recours. Sont incriminés « l'environnement physique », « l'acceptation par le personnel », « l'acceptation par les femmes en travail », et le « coût du personnel de soutien supplémentaire ». Il s'agit de respecter l'intimité de la parturiente et de l'enfant à naître, ainsi que de bénéficier d'un personnel suffisant dont la répartition des tâches est prédéfinie. L'information claire et exhaustive délivrée aux couples sur ce type de prise en charge devrait faciliter leur approbation quant à l'accompagnement continu par une personne « étrangère » (38).

Cette idée est aussi reprise par le CIANE (39). En février 2012, il a entrepris une enquête par voie électronique sur l'accompagnement des femmes lors de l'accouchement. L'analyse a porté sur 18 380 réponses reçues. Plus de la moitié des femmes ayant répondu disent avoir « tout à fait » avoir reçu le soutien qu'elles voulaient de la part du personnel médical, à savoir « respecter à la fois leur besoin de présence, d'intimité, de réassurance tout en assurant le suivi médical ». De nombreux témoignages montrent cependant qu'un réel progrès serait souhaitable à ce niveau, si l'on considère le « manque flagrant de personnel », « une sage-femme pour quatre accouchements », « personnel débordé », « les personnes me laissaient sans soutien face à ma douleur » (40).

Au-delà des frontières, le succès du soutien continu ne fait aucun doute. C'est ainsi qu'en Australie, « the Royal Women's Hospital » prône les bienfaits de l'encouragement et de la présence continue d'une personne au cours d'un accouchement « normal », ceci dans le but d'être acteur de son travail et de son accouchement, et de maîtriser sa douleur (41).

Aux États-Unis, l'association AWHONN (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses) promeut le soutien continu tout au long du travail, par une personne agréée, afin d'améliorer les issues maternelle et néonatale lors de l'accouchement (42).

Enfin, la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) recommande pour un accouchement normal, un soutien continu pendant le travail et l'absence d'interventions systématiques. Elle préconise aussi, tant les approches pharmacologiques que non pharmacologiques pour amoindrir la douleur, à savoir les bains, les douches, l'accès à la lumière naturelle ainsi qu'à un endroit paisible (15).

C'est dans cette optique que le CIANE propose « une filière physiologique » au sein d'un établissement public de santé. Ce parcours serait destiné aux parturientes présumées « à bas risque » et qui souhaiteraient bénéficier d'un accompagnement « personnalisé » ainsi que « d'une surveillance médicale moins technicisée du travail et de l'accouchement, dans le respect de la physiologie ». L'objectif étant de s'approcher le plus possible d'un « normal birth » (43).

D'après une étude évaluant les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global et respectant la charte rédigée par l'association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL), les femmes ayant recours à l'accompagnement global recherchent avant tout la garantie d'une sécurité affective. Elles souhaitent obtenir un suivi personnalisé où les relations humaines prédominent sur les actes médicaux. Ainsi la volonté est de bénéficier de pratiques médicales respectueuses de la physiologie, conformément aux données actuelles de la science et des recommandations en vigueur. De fait, les raisons du choix de l'accompagnement global sont principalement « la non satisfaction du suivi proposé à l'hôpital » et « la vision de la grossesse comme un événement naturel » (44).

6. Profil épidémiologique des parturientes

Selon le rapport européen de santé périnatale de 2010, « les facteurs sociaux sont les déterminants majeurs de la santé périnatale et semblent associés aux risques de morbidité materno-foetale » (20).

Le profil épidémiologique des parturientes est essentiel pour connaître les principaux déterminants de santé pouvant potentiellement influencer le pronostic de la grossesse. Ceux-ci ne sont pas nécessairement des critères d'exclusion à l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique. Cependant, ils peuvent entraîner des complications obstétricales et néonatales, et doivent de ce fait, faire l'objet d'un état des lieux. Par exemple, selon l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2010, la proportion de « grossesses tardives » (45) est passée de 15,9 % à 19,2 % depuis 2003. Or, on n'est pas sans savoir qu'un âge maternel avancé est corrélé à une fréquence plus élevée du risque de prématurité, d'Hyperension Artérielle (HTA), de césarienne et de morbidité périnatales (46). Ainsi, connaître les indicateurs de santé, permettrait notamment de s'enquérir de leur évolution, à partir des enquêtes nationales et des études préexistantes.

D'après un rapport de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) publié en 2004 sur l'évaluation des pratiques médicales au sein du réseau AUDIPOG, la connaissance des caractéristiques socio-économiques et démographiques est indispensable afin d'apprécier les différences de pratiques au sein des diverses maternités. L'idée dans notre étude, est d'éviter l'apparition d'un biais de confusion quant au recrutement des patientes. En effet, il est statistiquement plus juste de comparer des groupes « homogènes » de patientes, où les différences liées à l'âge, aux conduites addictives, etc, n'interviennent pas comme facteurs de confusion. Il s'agit donc d'apparier les groupes pour les rendre le plus comparable possible. Effectivement, le réseau AUDIPOG confirme qu' « une maternité ne peut donc comparer ses pratiques et ses résultats à ceux du Réseau Sentinelle sans tenir compte du profil de ses patientes, c'est à dire de ses variables de recrutement » (12).

Matériel et Méthode

1. L'étude et les objectifs

1.1. Type, durée et lieu de l'étude

Il s'agissait d'une enquête mono-centrique observationnelle de type analytique. Cette étude de cohorte était de type exposés/non exposés. L'exposition était caractérisée par l'accouchement en plateau technique.

L'étude s'est déroulée au sein d'une maternité de type I en Rhône Alpes Auvergne, appartenant au Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne (RSPA). Elle s'est étendue sur les années 2016 et 2017.

1.2. Objectif principal

L'Objectif principal de cette étude était de décrire la survenue de complications maternelles au cours du travail et de l'accouchement selon le type de prise en charge.

1.3. Objectif secondaire (1)

Le premier objectif secondaire était d'évaluer l'impact du type de prise en charge sur l'état néonatal dans le post-partum immédiat.

1.4. Objectif secondaire (2)

Le deuxième objectif secondaire était de dégager le profil socio-démographique des parturientes accouchant en plateau technique dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance.

2. Matériel et Méthode

2.1. Population cible

La population à laquelle les résultats ont été extrapolés était représentée par les parturientes à bas risque obstétrical.

2.2. Population source

La population d'où est extrait l'échantillon qui permettait de réaliser l'étude était constituée par les parturientes à bas risque obstétrical ayant accouché au sein du Plateau technique de la maternité de type I du Puy De Dôme dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance et celles ayant accouché à la même maternité depuis le 22 juillet 2012.

2.3. Critères de sélection des sujets

Pour chaque dossier du groupe « plateau », deux dossiers du groupe « classique » étaient choisis, dans le but d'augmenter la puissance de l'étude. C'est dans le respect des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude que les parturientes du groupe « classique » ont été sélectionnées, grâce aux dates et heures d'accouchement les plus proches voire sensiblement les mêmes que celles ayant accouché en plateau technique.

Le but était de respecter la temporalité, et de pallier par conséquent au biais de confusion lié aux différences de pratiques au fil des nouvelles recommandations, habitudes au sein de l'équipe, et des études scientifiques.

De plus, l'évolution des caractéristiques des populations au cours du temps pouvait influencer le déroulement du travail et de l'accouchement. En effet, l'âge maternel a reculé et la proportion de femmes obèses a augmenté. Pour ce qui est des pratiques, on assistait à une recrudescence des déclenchements, du recours aux ocytociques pendant le travail ou encore à la rupture artificielle des membranes (47).

2.5.1. Critères d'inclusion

Les parturientes incluent dans l'étude était «à bas risque obstétrical». Les critères retenus étaient établis par la Haute Autorité de Santé selon une liste indicative, non limitative et répondant aux critères d'inclusions du plateau technique (Cf logigramme et charte du plateau technique de Thiers).

2.5.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusions étaient ceux présents dans la charte du plateau technique de la maternité de type I de l'étude, à savoir :

- Parturientes présentant des antécédents médicaux nécessitant une surveillance médicale spécialisée (Sclérose En Plaque, lupus, néphropathie, thrombophilie, cardiopathie, ...)
- Grossesse gémellaire
- Pathologie obstétricale : hypertension artérielle, diabète insulino-dépendant ou de type I pré-existant, cholestase, retard de croissance intra-utérin, placenta bas inséré, etc.
- Accouchement prématuré avant 36 SA
- Présentation du siège

3. Le recueil des données

3.1. Outil de recueil des données

D'emblée, il apparaissait évident de réaliser une grille de recueil de données. En effet, pour répondre le plus objectivement possible aux objectifs, l'outil de recueil devait permettre de relaté des faits.

4. L'informatisation

4.1. La saisie des données

L'utilisation d'un google form a permis d'élaborer un questionnaire en ligne. Il s'agissait d'un formulaire de qualité, personnalisé, simple et rapide d'utilisation. Il était composé de 79 questions réparties en six catégories : renseignements généraux ; antécédents médicaux et obstétricaux ; informations relatives à la grossesse, au travail et à l'accouchement ; caractéristiques fœtales et néonatales.

Les réponses étaient organisées en réponses binaires ou multimodales. Les données collectées étaient regroupées instantanément dans un tableau excel.

4.3. Le contrôle qualité

Le déroulement du contrôle qualité était constitué par :

- La vérification de la validité du support de recueil des données par le directeur et co directeur de mémoire
- Le test du questionnaire à l'aide du dossier informatisé ICOS d'une parturiente correspondant aux critères d'inclusion et exclusion, et ce pour les deux groupes confrontés. Ceci afin de d'assurer de sa praticité, fonctionnalité et faisabilité.
- La vérification des critères d'inclusions et d'exclusions des sujets avant le début du recueil des données
- La diminution du risque d'erreurs dans la saisie des données en imposant des questions à réponses obligatoires

De plus, les mesures de contrôle de la sécurité des données étaient :

- L'anonymisation des données grâce à l'utilisation d'un numéro d'anonymat pour chaque dossier informatisé ICOS sélectionné
- La réalisation du recueil manuel au sein même de la maternité d'étude
- La protection des données par restriction de l'accès aux questionnaires et à la grille de recueil (emploi d'un code réservé à son auteur)

5. L'analyse des données

5.1. Les tests statistiques utilisés

Les données étaient décrites sous forme de fréquences et de pourcentages pour les données qualitatives et sous forme de moyennes (plus ou moins écart type) pour les données quantitatives.

Les comparaisons des groupes (plateau technique versus classique) ont été réalisées à l'aide de test du khi2 (ou test exact de Fisher le cas échéant) pour les données qualitatives et à l'aide de test de Student (ou test de Mann et Whitney) pour les données quantitatives.

L'analyse des accouchements compliqués a ensuite été réalisée avec ajustements sur les principaux facteurs mis en évidence dans l'analyse univariée, à l'aide d'un modèle de régression logistique. Les résultats sont présentés sous forme de risque relatif. Enfin, compte tenu des potentiels facteurs confondants (liés à la fois à l'accouchement compliqué et à la prise en charge plateau / classique), et dans l'optique d'analyser plus finement l'impact de cette prise en charge sur les accouchements compliqués, nous avons décidé d'apparier les prises en charge sur ces facteurs confondants afin de limiter cet effet de confusion.

Les statistiques ont été réalisées sous le logiciel Stata v12. Tous les tests étaient bilatéraux et une p-value inférieure à cinq pourcent a été considérée comme statistiquement significative.

6. Aspects éthique et réglementaires

Cette étude mono-centrique n'incluant ni entretiens, ni de questions ouvertes, et ni de besoin de conservation des coordonnées des participantes ou d'exploitation de données sensibles, aucune déclaration n'était nécessaire auprès du Correspondant Informatique et Liberté (CIL) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Au préalable du recueil des données, il avait été demandé les autorisations d'accès aux dossiers médicaux auprès des responsables de l'Établissement de l'étude.

Celle ci avait été réalisée selon les règles éthiques en vigueur en matière de publication médicale : le secret médical et l'anonymat des participantes étaient respectés.

Les accords des sages-femmes libérales participants au plateau technique au sein de la maternité de type I, ainsi que de sa coordinatrice et de son chef de service avait été requises.

Résultats

1. Caractéristiques de la population

1.1. Échantillon

Cette étude mono-centrique observationnelle de type analytique avait inclus deux cent quatre vingt onze parturientes ayant accouché entre juillet 2012 (création du plateau technique de la maternité d'étude) et février 2017. Parmi elles, 97 avaient bénéficié d'un accouchement en plateau technique dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance, et 194 d'entre elles représentaient la prise en charge classique en maternité de type I. Cependant, 25 patientes avaient été exclus de l'étude car elles n'étaient pas potentiellement admissible en plateau technique du fait d'une grossesse présentant des facteurs de risque possibles ou avérés.

1.2. Profil sociaux démographique de la population étudiée

1.2.1. Nombre d'enfants moyen par femme

Le nombre moyen d'enfants par femme s'élevait à 1,79 dans le groupe « plateau », contre 1,90 dans le groupe « classique ».

1.2.2. Ages maternels

Les parturientes ayant recours à l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique étaient en moyenne plus âgées que celles qui accouchaient en maternité. L'âge maternel moyen en plateau technique s'élevait à 32,4 ans ($\pm 4,6$ années), contre 29 ans ($\pm 5,49$ années) en maternité. La différence d'âge mise en exergue dans le tableau I était statistiquement significative ($p < 0,001$) d'après le test du Khi2.

Enfin, la parturiente d'âge minimum (15ans) était au sein du groupe de la maternité de type I, tandis que la plus âgée (43 ans) appartenait à l'autre groupe.

Tableau I – Répartition des parturientes par tranches d'âges en fonction du type de prise en charge

Classes d'âge des parturientes	Plateau technique effectif n (%)	Classique effectif n (%)	$\chi^2 = 23,91$
< ou = à 20 ans	1 (0,97)	14 (7,53)	
Entre 20 et 30 ans (inclus)	28 (29,13)	100 (52,15)	
Entre 30 et 40 ans (inclus)	62 (64,08)	76 (39,25)	
> 40 ans	6 (5,83)	4 (1,08)	

1.2.3. Données socio-démographiques

Le tableau II montre que, les populations des deux types de prise en charge étaient équivalentes quant à l'origine, la nationalité, et la statut marital d'après le test de Fischer car $p > 0,05$.

Cependant, une différence statistiquement significative était remarquable au sujet de la couverture sociale. En effet, les patientes bénéficiant de la CMU étaient 2,6 fois plus nombreuses dans le groupe « classique » que « plateau ». D'après le test de Fischer, $p < 0,05$.

Tableau II – Caractéristiques socio-démographiques des parturientes

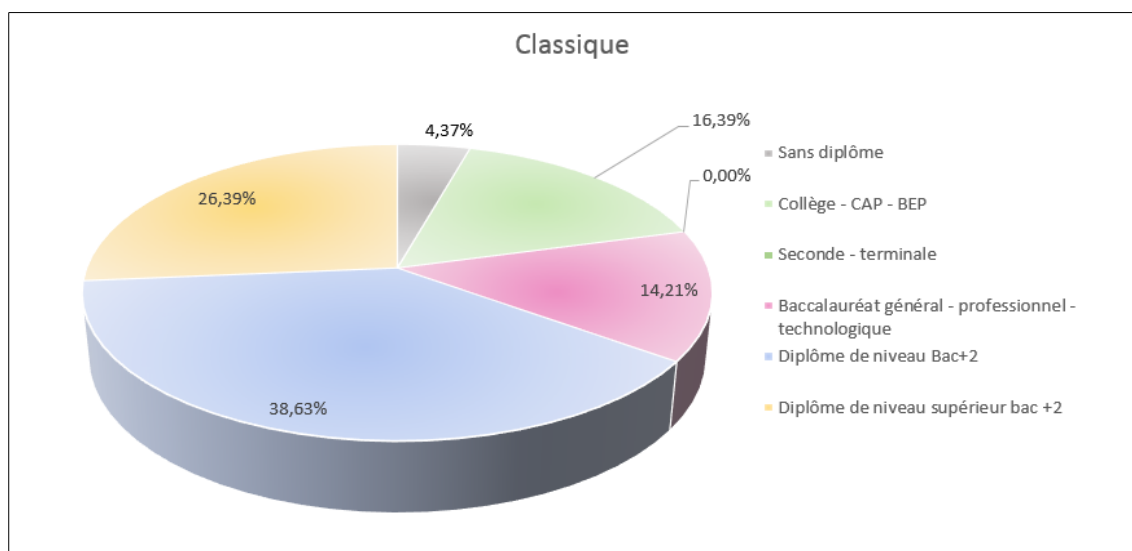
	PT n (%)	Classique n (%)	Total n (%)	P value
Origine géographique				0,26
Française	94 (98,95)	182 (98,91)	276 (98,92)	
Afrique du nord	0 (0)	2 (1,09)	2 (0,72)	
Europe du nord	1 (1,05)	0 (0)	1 (0,36)	
Nationalité				0,11
Française	94 (98,95)	180 (97,93)	274 (98,21)	
Europe du Sud	0 (0)	4 (2,17)	4 (1,43)	
Ressortissant CEE	1 (1,05)	0 (0)	1 (1,05)	

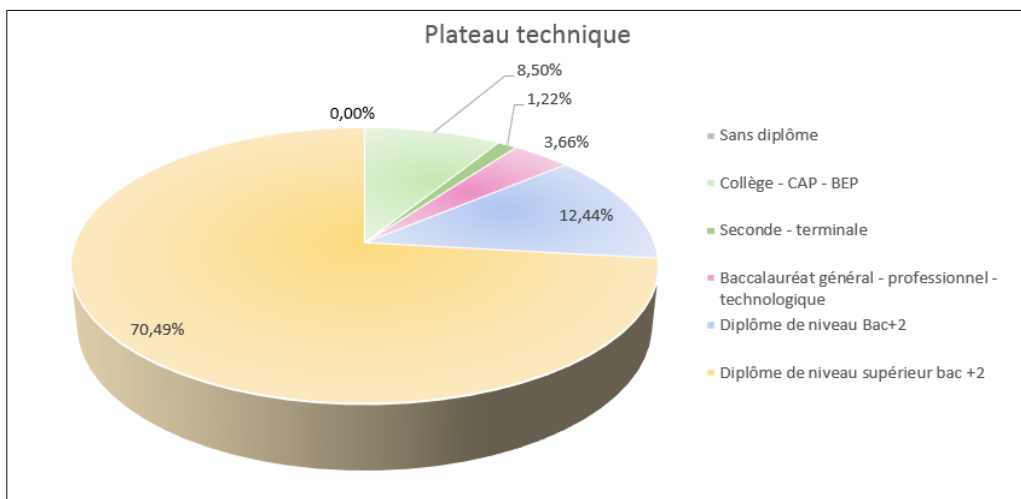
Situation maritale				0,14
	Vit en couple	96 (95,05)	168 (92,82)	264 (93,62)
	Vit seule	5 (4,95)	13 (7,18)	18 (6,38)
	Total	101 (100)	181 (100)	282 (100)
Couverture Sociale				0,03
	Sécurité sociale et mutuelle	70 (93,33%)	155 (82,45%)	
	CMU	5 (6,67%)	33 (17,55%)	

1.2.4. Statut social des parturientes selon le type de prise en charge

Les schémas 1 et 2, dans la continuité du tableau I, exposent une différence significative quant au statut social des femmes. Ainsi, 65 % des femmes du groupe « classique » avaient poursuivi leurs études dans l'enseignement supérieur contre 82,93 % dans le groupe « plateau ». D'après le test de Fischer, $p < 0,001$.

Schémas 1 et 2 – Répartition en pourcentage du niveau d'étude des parturientes selon le type de prise en charge

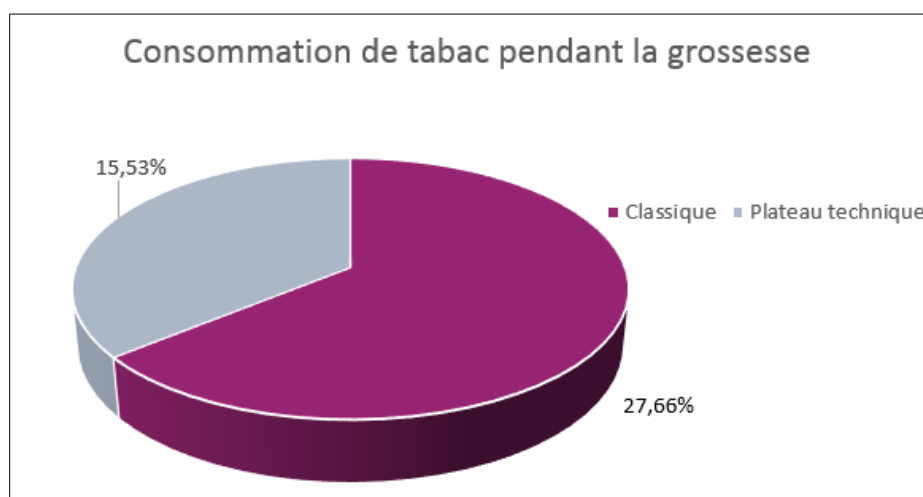




1.2.5. Les conduites addictives des parturientes au cours de la grossesse en fonction du type de prise en charge

C'est au travers du schéma 3 qu'était exposée la consommation de tabac par les femmes pendant la grossesse. C'est ainsi qu'une différence statistiquement significative avait été constatée, avec près de deux fois plus de femmes qui fumaient dans le groupe « classique », que dans le groupe « plateau » pendant la grossesse. En effet, d'après le test du Khi 2, $p = 0,019$.

Schéma 3 – Proportion des parturientes consommant du tabac au décours de la grossesse en fonction du type de prise en charge



2. Antécédents obstétricaux de la parturiente

Le tableau III témoigne de la concordance des populations des deux groupes étudiés au sujet de la parité et de la gestité.

Les deux catégories les plus représentées étaient les primigestes et nullipares. Elles étaient respectivement 34,7 % et 45,36 %, toute prise en charge confondue.

Les différences n'étaient pas statistiquement significatives car $p > 0,005$ d'après le test de Khi 2.

Tableau III – Répartition des parturientes selon leur gestité et parité en pourcentage

		PT n (%)	Classique n (%)	P value
Gestité				0,95
I		35 (36%)	66 (34,02%)	
II		31 (31,9%)	58 (29,89%)	
III		14 (14,43%)	37 (19,07%)	
IV et +		17 (17,52%)	33 (17,01%)	
Parité				0,42
0		45 (49,69%)	87 (45,36%)	
I		34 (35,05%)	60 (32,98%)	
II		11 (11,34%)	26 (14,94%)	
III et +		7 (7,21%)	21 (10,82%)	

3. Antécédents médicaux de la parturiente

3.1. Indice de masse corporelle (IMC) des parturientes en début de grossesse, selon la classification de l'OMS

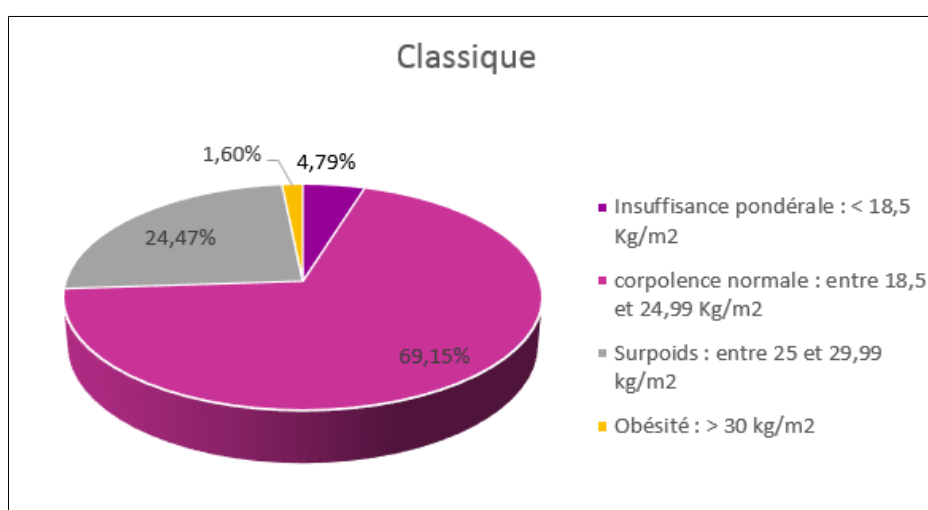
Les schémas 4 et 5 illustrent la corpulence des femmes suivant la prise en charge.

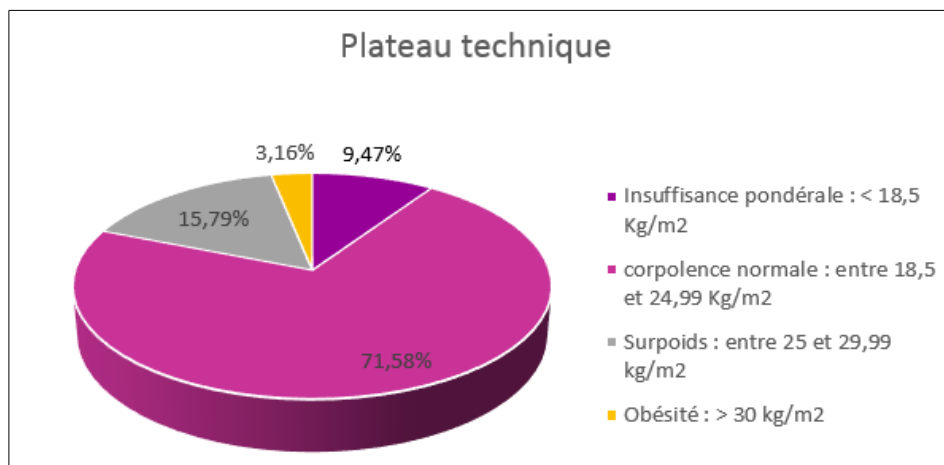
En ce qui concerne les femmes obèses ou en surpoids, le taux était plus faible dans le groupe « plateau » avec 18,65 % contre 26,07 % en « classique ». D'après le test de Fisher, $p = 0,18$.

En moyenne, dans le groupe « classique », l'IMC s'élevait à 23 kg/m² ($\pm 3,4$ kg/m²). Dans le groupe « plateau », l'IMC moyen était de 22,56 kg/m² ($\pm 3,5$ kg/m²). Les IMC minimums et maximums étaient respectivement égaux à 17 et à 35,1 kg/m², quel que soit le type de prise en charge. D'après le test de Student, $p = 0,61$.

Ainsi, les différences relatées n'étaient statistiquement pas significatives.

Schémas 5 et 6 – Répartition en pourcentage par catégorie d'IMC selon le type de prise en charge





4. Informations relatives à la grossesse étudiée

4.1. Renseignements généraux

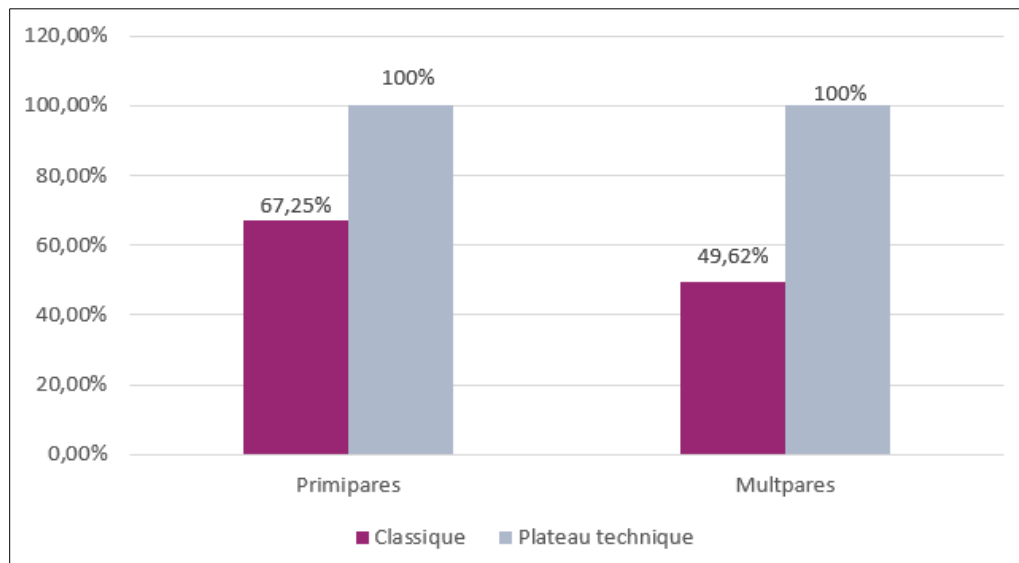
4.1.2. Participation à la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Il existait une différence statistiquement significative entre les deux groupes, tant chez les primipares que les multipares quant à la préparation à la naissance, car d'après le test de Fisher, $p < 0,001$.

En effet, respectivement 1,5 et deux fois moins de primipares et multipares avaient participé aux séances de PNP, dans le groupe « classique », que dans le groupe « plateau ».

À noter cependant que ce critère n'était pas mentionné dans huit dossiers parmi ceux de la maternité.

Schéma 7 – Participation à la préparation à la naissance et à la parentalité selon la parité en fonction du type de prise en charge



4.2. Travail et accouchement

4.2.1. Age gestationnel à l'accouchement

L'âge gestationnel à l'accouchement des parturientes en maternité de type I était compris entre 36 SA et 4 jours et 41 SA et 6 jours, la moyenne étant de 39 SA + 2 jours (\pm 2 jours). Celle-ci apparaissait légèrement plus élevée dans le groupe « plateau », soit 40 SA + 1 jour (\pm 1 jour), avec un âge gestationnel compris entre 37 SA et 41 SA et 6 jours.

D'après le test de Student, $p = 0,33$, donc cette différence n'était pas significative.

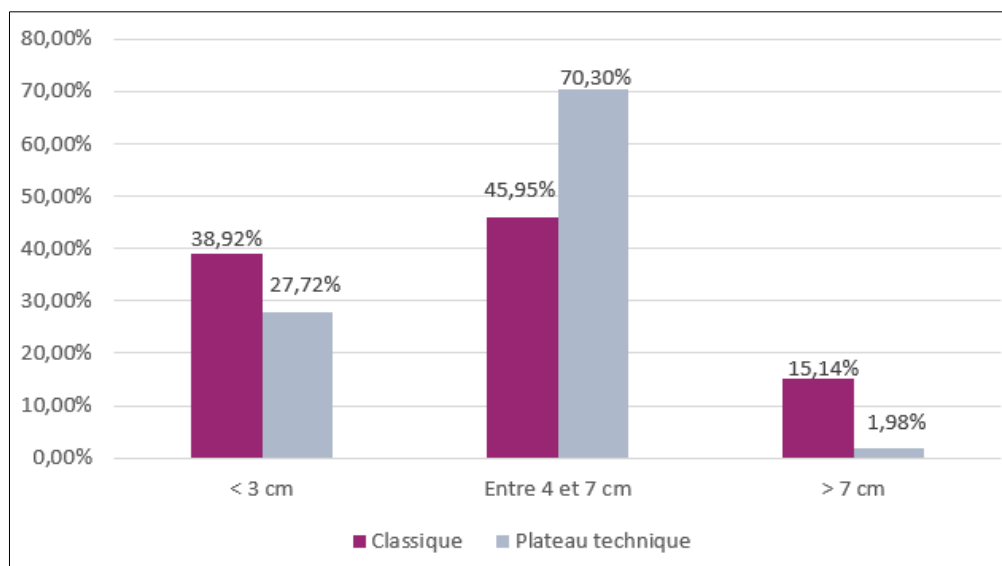
4.2.2. Dilatation du col à l'admission

L'on constatait d'après le schéma 8 que, près de 1,7 fois plus de femmes étaient admises à une dilatation inférieure à trois centimètres dans le groupe « classique » que dans le groupe « plateau ». De même, les femmes du groupe « classiques » étaient 7,6 fois plus nombreuses à être admises à une dilatation supérieure à sept centimètre.

En revanche, les parturientes du groupe « plateau » arrivaient davantage dans l'enceinte hospitalière lorsque le col était dilaté entre quatre et sept centimètres. En effet, elles étaient 1,5 fois plus dans ce cas que dans le groupe « classique ».

Le test de Student a effectivement montré une différence significative car $p < 0,001$.

Schéma 8 – Répartition des parturientes selon la dilatation du col à l'admission en salle de naissance selon le type de prise en charge



4.2.3. Déclenchement du travail

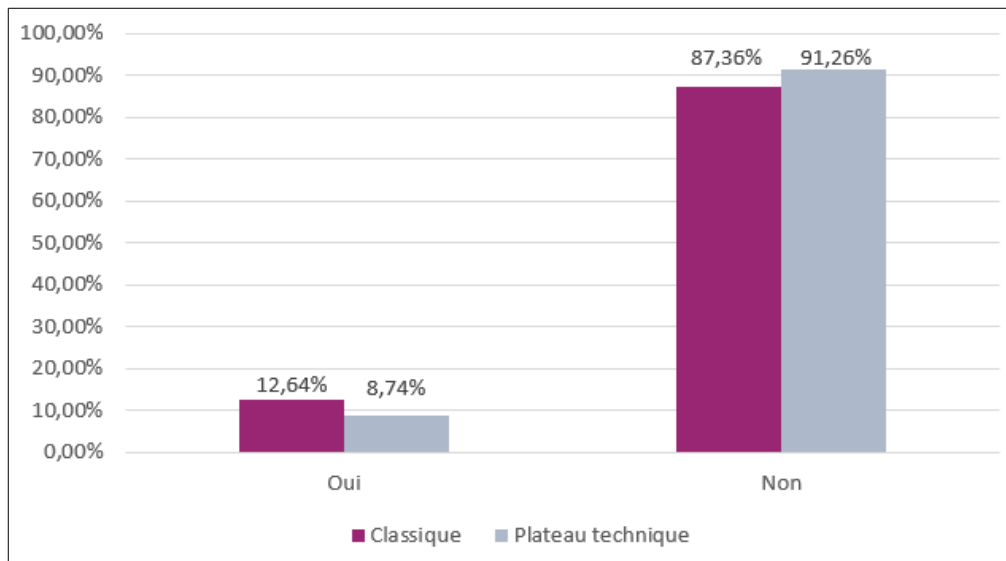
Neuf femmes avaient été déclenchées dans le groupe « plateau ». Il s'agissait pour toutes ces parturientes d'un déclenchement d'indication médicale. Quatre d'entre elles avaient été déclenchées pour rupture prématuré des membranes, après 35 SA, de plus de 12 heures ; trois pour grossesse prolongée ou dépassement de terme et deux pour terme dépassé associé à une rupture prématuré des membranes.

Dans le groupe « classique », 25 femmes avaient été déclenchées, pour des indications médicales. De ce fait, pour neuf d'entre elles il s'agissait d'une rupture prématuré des membranes, après 35 SA, de plus de 12 heures sans colonisation par le streptocoque B ; deux femmes avaient été déclenchées pour rupture prématuré des membranes à terme, en présence d'une colonisation maternelle au streptocoque B ; trois pour grossesse prolongée (> 41 SA) ; deux pour dépassement de terme (> 42 SA) ; trois pour terme dépassé et oligoamnios ; deux pour terme dépassé et anamnios et quatre pour terme dépassé avec une rupture franche de la poche des eaux.

Quel que soit le type de prise en charge, les déclenchements artificiels du travail pour convenance étaient inexistantes.

D'après le test de Khi 2, $p = 0,28$, donc la différence quant au taux de déclenchement, n'était pas significative, entre les deux types de prise en charge.

Schéma 9 – Proportion de déclenchement selon le type de prise en charge



4.2.4. Le déroulement du travail

Le tableau IV décrit la façon de le travail des parturientes avait été dirigé selon le type de prise en charge, la proportion de femmes ayant eu recours à l'analgésie péridurale obstétricale, ainsi que le taux de parturientes ayant été mobilisées au cours du travail.

1) Analgésie péridurale obstétricale (APO)

Dans le groupe « plateau », près de deux fois moins de femmes avaient demandé une analgésie péridurale par rapport au groupe « classique », que le travail ait été déclenché ou spontané. De plus, la totalité des femmes qui étaient déclenchées, primipares ou multipares, avaient bénéficié de l'analgésie péridurale.

En plateau technique, l'on retrouvait un risque relatif d'APO égal à 0,49. Ainsi la réduction relative du risque était de 51%, ce qui signifie qu'une prise en charge dans le cadre d'un AGN entraînerait une réduction relative de la fréquence d'analgésie péridurale de 51 %.

2) L'amniotomie

En maternité, 2,5 fois plus de femmes avaient eu une rupture artificielle des membranes que dans le groupe « plateau ».

En plateau technique, l'on retrouvait un risque relatif d'amniotomie égal à 0,41. Ainsi, la prise en charge dans le cadre d'un AGN entraînerait une réduction relative de la fréquence d'amniotomie de 59 %.

3) Recours aux ocytociques

Dans le groupe « classique », 51,06 % des femmes avaient reçu des ocytociques au cours du travail, et seulement 16 % dans le groupe « plateau », soit 3 fois moins.

En plateau technique, l'on retrouvait un risque relatif d'utilisation des ocytociques égal à 0,32. Ainsi une prise en charge dans le cadre d'un AGN entraînerait une réduction relative de la fréquence d'administration d'ocytocine de 68 %.

Toutes les patientes déclenchées, quelle que soit la parité, s'étaient vues administrer des ocytociques.

Les différences quant à l'analgésie péridurale, l'amniotomie et l'utilisation d'ocytocine étaient statistiquement significatives avec une p value < 0,001 d'après le test de Khi 2.

4) Postures pendant le travail

Il n'existait pas de différence significative quant à la mobilisation des parturientes suivant le type de prise en charge. En effet, d'après le test de Fischer, $p = 0,066$.

Le tableau V apporte des précisions quant aux indications d'utilisation des ocytociques. Dans le groupe « plateau », nous avons toujours retrouvé une ou plusieurs indications à l'administration d'ocytociques. Majoritairement, le motif d'utilisation était l'hypocinésie des contractions utérines, dans neuf cas. Pour deux femmes, les ocytociques étaient employés afin de palier à la stagnation de la dilatation. De plus, quatre déclenchements avaient été initiés par la perfusion d'ocytocine, associée à l'analgésie péridurale.

Au sein du groupe « classique », aucune indication n'avait été identifiée dans quatre cas. Parmi les indications les plus fréquemment répertoriées au cours de la direction du travail, se trouvaient l'hypocinésie des contractions (72 cas) associée dans trois cas à une non progression de la présentation, le déclenchement par perfusion (neuf cas) et la stagnation de la dilatation (11 cas).

Tableau IV – Le déroulement du travail des parturientes selon le mode de prise en charge : analgésie péridurale et direction du travail en pourcentage

	PT n (%)	Classique n (%)	P value
Recours à la Péridurale	33 (35,29)	135 (69,73)	< 0,001
Direction du travail			
Amniotomie	19 (19,61)	93 (47,87)	< 0,001
Recours aux ocytociques	16 (16)	99 (51,06)	< 0,001
Postures pendant travail	96 (99,03)	182 (93,89)	0,066

Tableau V – Les indications de recours aux ocytociques

	PT n = 15	Classique n = 99
Indications de recours aux ocytociques		
Hypocinésie des contractions	9	72
Non progression de la présentation	0	3
Déclenchement	4	9
Stagnation de la dilatation	2	11
Non relaté	0	4

4) Analyse de la durée du travail des parturientes

L'on retrouvait une durée de travail légèrement supérieure au sein du groupe « classique », à savoir 7,24 heures en moyenne ($\pm 2,25$ heures) par rapport au groupe « plateau », où la moyenne atteignait 6,89 heures ($\pm 1,96$ heures). D'après le test de Student, $p > 0,05$, donc la différence n'était pas significative.

Nous avons cependant observé plus de cas de travail prolongé au sein du groupe « classique », avec 6,35 %, contre 3,36 % dans le groupe « plateau ». D'après le test de Fischer, $p < 0,05$, donc cette différence est significative.

4.2.5. Le déroulement de l'accouchement

1) Position maternelle à lors des efforts expulsifs

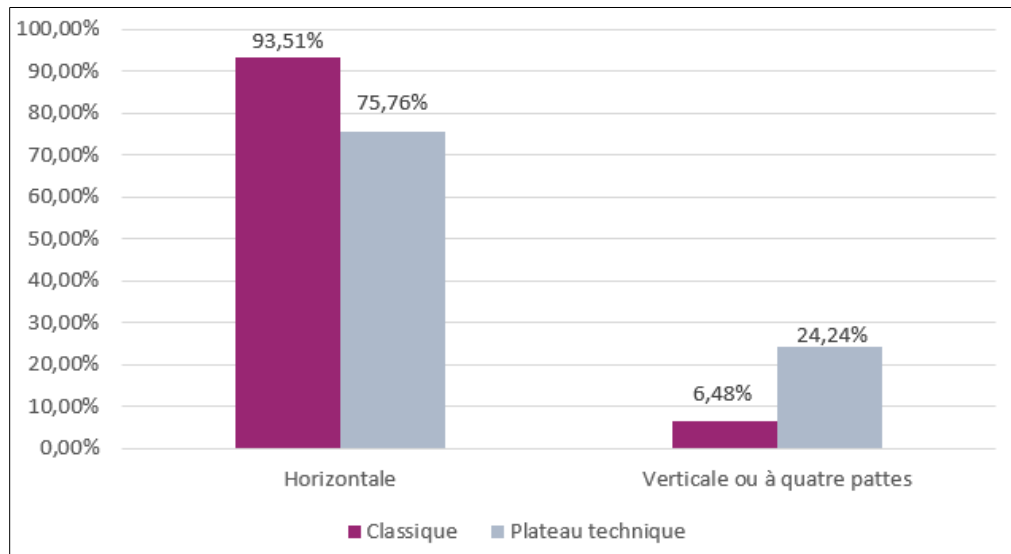
Le schéma 10 décrit la position maternelle lors de l'expulsion. La position horizontale comprenait les décubitus dorsaux et latéraux.

L'on constatait que près de quatre fois plus de parturientes avaient accouché en position verticale dans le groupe « plateau ». D'après le test du Khi 2, cette différence était statistiquement significative car $p < 0,001$.

Ainsi, accoucher en plateau technique diminuerait de 19 % la probabilité d'accoucher en position horizontale (RR = 0,81).

Parmi les femmes ayant accouché en plateau technique, 14 (58,33%) femmes étaient en suspension ou semi-assise lors des efforts expulsifs, huit (33,33%) d'entre elles étaient à quatre pattes, ainsi que deux (8,33%) accroupies.

Schéma 10 – Position maternelle lors des efforts expulsifs en pourcentage selon le type de prise en charge



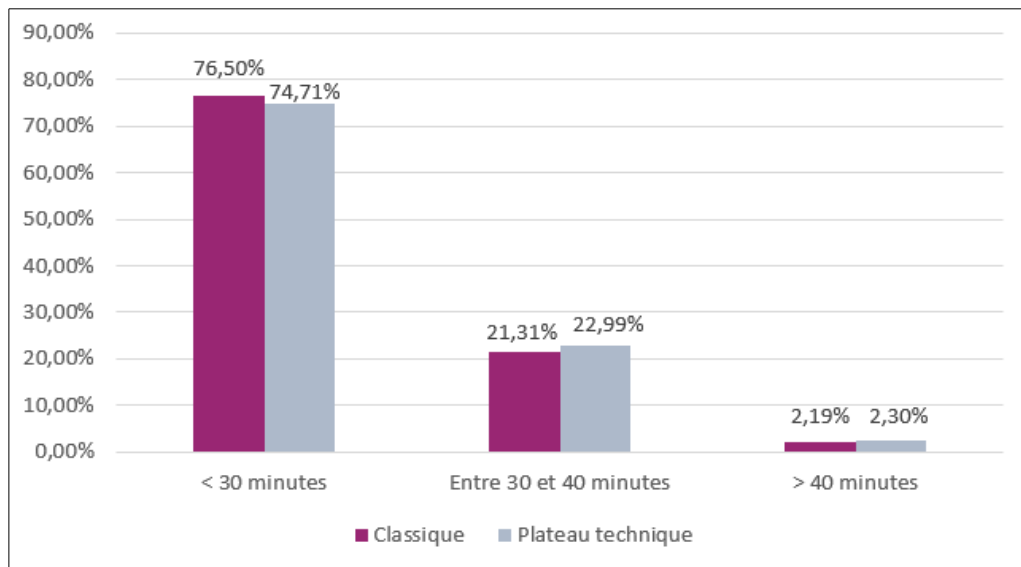
2) La durée des efforts expulsifs

Le schéma 11 met en exergue la durée de la phase d'expulsion selon le type de prise en charge.

Trois catégories avaient préalablement été définies, à savoir « durée des efforts expulsifs < 30 minutes », « durée des efforts expulsifs entre 30 et 40 minutes incluses » et « durée des efforts expulsifs > 40 minutes ».

D'après le test de Fischer, p est égal à 0,098, donc la différence observée entre les trois classes n'était pas significative.

Schéma 11 – Répartition des parturientes selon la durée des efforts expulsifs suivant le type de prise en charge

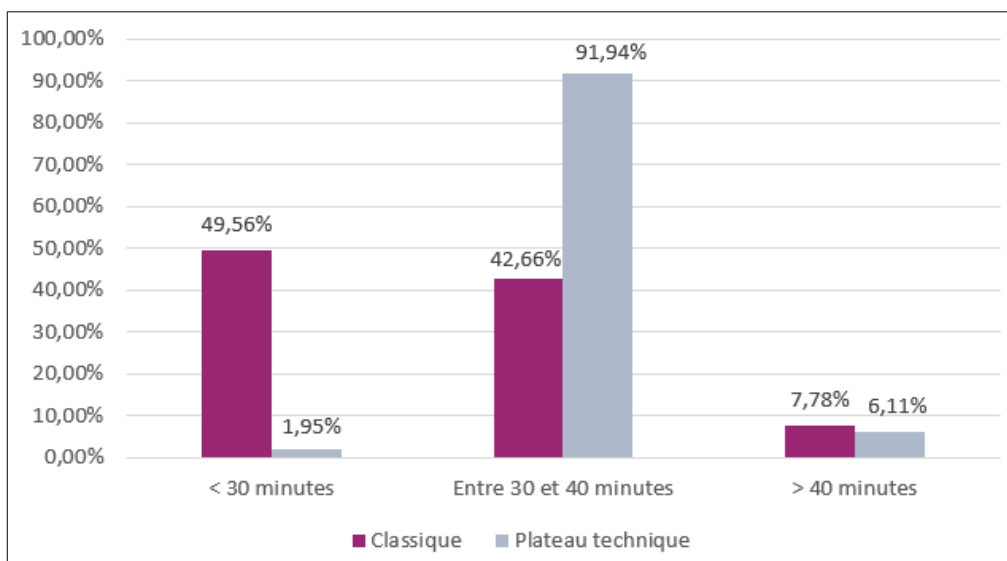


De fait, il est apparu intéressant de comparer au sein de chacun des deux groupes d'étude, la durée des efforts de poussée des femmes lorsqu'elles avaient donné naissance par voie basse instrumentale.

En effet, le schéma 12 mettait en évidence que, près de deux fois plus des extractions avaient eu lieu entre 30 et 40 minutes, au sein du groupe « plateau ». En revanche, l'on observait 25 fois plus d'extractions avant 30 minutes dans le groupe « classique ». D'après le test de Fischer, $p < 0,001$, donc cette différence était significative.

Ainsi, accoucher en plateau technique diminuerait de 96 % la probabilité d'avoir une extraction instrumentale avant 30 minutes (RR = 0,04).

Schéma 12 - Répartition des parturientes ayant accouché par voie basse instrumentale selon la durée des efforts expulsifs suivant le type de prise en charge



4.3. Issue de l'accouchement

4.3.1. Le mode d'accouchement

Le schéma 13 présente l'issue de l'accouchement en fonction du type de prise en charge. Ainsi, l'on observait une différence de 14,37 points entre les deux groupes quant à l'accouchement par voie basse spontanée. Cette différence, en faveur de l'AGN n'était pas significative car $p > 0,05$. Les accouchements dits compliqués comprenaient les extractions instrumentales et les césariennes en urgences.

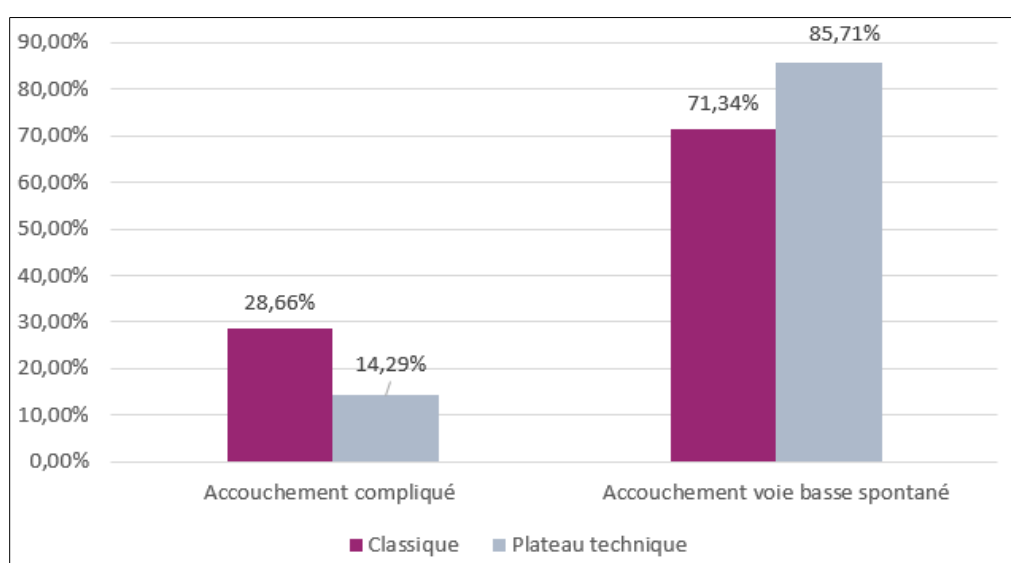
Les extractions étaient 2,5 fois moins fréquentes en plateau technique. Même constat à propos des césariennes qui étaient près de deux fois moins pratiquées dans le groupe « plateau ». D'après le test du Khi 2, la différence était significative car $p < 0,05$.

Dans le groupe « plateau », la proportion d'accouchements dystociques était donc faible, avec 14,29 % d'accouchements compliqués, soit 14 femmes parmi les 97 de l'étude. Au sein de ce groupe, neuf d'entre elles avaient été césarisées (9,27%) et cinq naissances avaient eu lieu par extraction instrumentale (5,15%).

Dans le groupe « classique », 28,66 % des accouchements avaient été compliqués, concernant donc 55 femmes parmi les 194 de l'étude. De plus, 31 parturientes avaient été césarisées en urgence, soit 15,97 % et 24 avaient eu une extraction instrumentale, soit 12,37 %.

Ainsi, accoucher en plateau technique diminuerait de 50 % la probabilité d'avoir une extraction instrumentale avant 30 minutes (RR = 0,5).

Schéma 13 – Mode d'accouchement des parturientes en fonction du type de prise en charge, en pourcentage



Le tableau V résume les indications d'extraction instrumentale au sein des deux types de prise en charge.

Ainsi, dans le groupe « plateau », les cinq extractions instrumentales avaient été réalisées par ventouse, devant une non progression de la présentation fœtale au cours de la phase d'expulsion, corrélée à une durée d'efforts expulsifs prolongés au-delà de trente minutes et associée dans deux des cas à des anomalies de rythme cardiaque. Pour deux des fœtus, l'absence de progression s'expliquait notamment par la dystocie de la présentation, ou rotation incomplète de la tête.

En revanche, dans le groupe « classique », 24 extractions instrumentales avaient été indiquées devant des anomalies du rythme cardiaque fœtal, faisant craindre la présence ou la survenue rapide d'une acidose fœtale. Parmi ces interventions par ventouse, neuf étaient associées à une non progression de la présentation, malgré des efforts expulsifs d'une durée prolongée pour sept d'entre elles, ce qui se justifiait dans cinq cas par une rotation incomplète de la tête.

Tableau V – Indications d'extraction instrumentale voie basse dans les groupes « plateau » et « classique »

	PT n = 5	Classique n = 24
Motifs des interventions voie basse		
Anomalie du rythme cardiaque fœtal	2	24
Durée des efforts expulsifs > 30 min	5	7
Non progression de la présentation	5	9
Rotation incomplète de la tête fœtale	2	5

Le tableau VI précise les motifs de césarienne en urgence selon le type de prise en charge.

L'on retrouvait dans le cadre de l'AGN, cinq césariennes en urgence pour dystocie cervicale (stagnation de la dilatation), ayant déclenché dans trois cas, des anomalies de rythme cardiaque fœtal consécutives. Deux cas d'échec d'extraction par ventouse avaient été relatés, ainsi que deux cas de dystocies de démarrage à la suite d'un déclenchement.

À contrario, les anomalies de rythme cardiaque étaient la principale indication de césarienne dans la prise en charge « classique », avec 16 cas décrits, dont une bradycardie fœtale associée à une hypertonie utérine. L'on retrouvait de même, 12 échecs d'extraction sur non progression de la présentation, ainsi que trois cas de stagnation de la dilatation.

Tableau VI - Indications de césarienne en urgence dans les groupes « plateau » et « classique »

	PT n = 9	Classique n = 31
Motif de césarienne en urgence		
Anomalie du rythme cardiaque fœtal	3	16
Échec d'extraction	2	12
Hypertonie utérine	0	1
Dystocie de démarrage	2	0
Stagnation de la dilatation	5	3

4.4. La délivrance

4.4.2. Mode de la délivrance

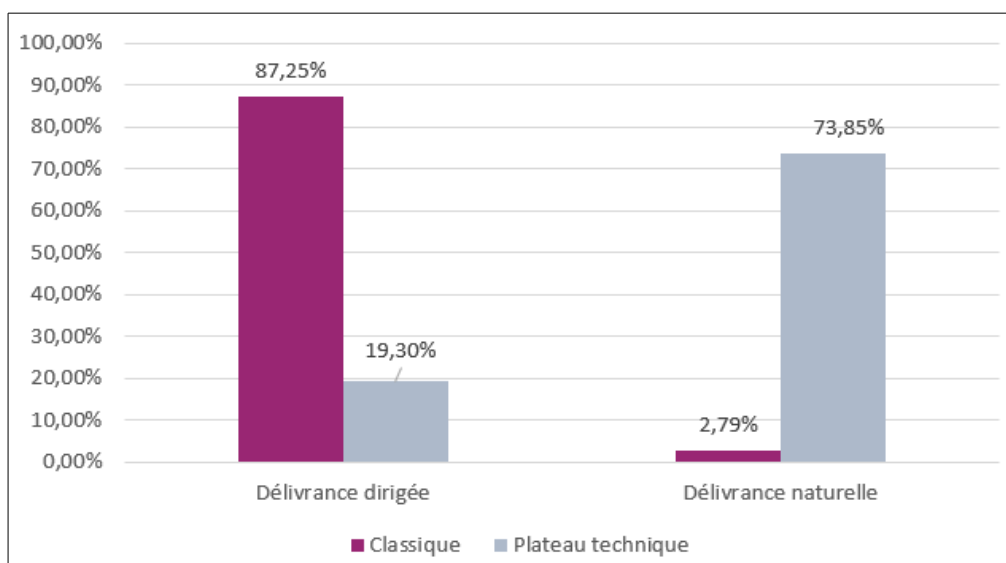
Le schéma 14 expose que, dans le groupe « classique », 4,5 fois plus de femmes avaient bénéficié d'une délivrance dirigée par rapport au groupe « plateau ». D'après le test du Khi 2, $p < 0,001$ donc cette différence était significative.

Les parturientes du groupe « plateau » ont ainsi une probabilité 25 fois plus élevée d'avoir une délivrance non dirigée que celles du groupe « classique » (RR = 25).

Parmi les femmes du groupe « plateau », 6,85 % avaient eu une délivrance artificielle, contre 9,96 % dans le groupe « classique ». Cette différence n'était pas significative car, d'après le test du Khi 2, $p = 0,46$.

Quel que soit le type de prise en charge, les délivrances artificielles étaient systématiquement accompagnées d'une révision utérine.

Schéma 14 – Mode de délivrance des parturientes suivant le type de prise en charge



4.4.4. Complications de la délivrance

Le tableau VII montre qu'il n'existait pas de différence significative quant à la moyenne des pertes sanguines totales en fonction du type de prise en charge. En effet, d'après le test de Student, $p > 0,05$.

L'on retrouvait, au sein du groupe « plateau », un minimum de pertes estimées à 50 mL ainsi qu'un maximum à 850 mL. Ces valeurs étaient respectivement égales à 50 mL et 1700 mL dans le groupe « classique ».

De plus, l'on observait dans le groupe « plateau », 11 cas d'HPP (11,34%) ainsi que 13 cas dans le groupe « classique » (6,70%). D'après le test du Khi 2, la différence n'était pas significative car $p = 0,17$.

Les étiologies, dans le groupe « plateau » étaient : la césarienne (six cas), la rétention placentaire partielle (un cas), la rétention placentaire complète (un cas), l'extraction instrumentale par ventouse, associée à une épisiotomie (deux cas), atonie utérine pour sur distension utérine sur macrosomie fœtale (un cas).

Aucune parturiente n'avait été transfusée. Les mesures correctives observées étaient : la délivrance artificielle (un cas), la révisions utérine (deux cas). Aucune action de prise en charge complémentaire n'était relaté.

Quant au groupe « classique », les étiologies étaient : la césarienne (dix cas), la rétention placentaire partielle (un cas), l'extraction instrumentale par ventouse, associée à une épisiotomie (un cas), atonie utérine pour sur distension utérine sur macrosomie fœtale (un cas).

Deux parturientes avaient été transfusées. Elles avaient reçu respectivement deux et trois culots globulaires, après qu'elles aient bénéficié d'une prise en charge active, avec notamment, un examen sous valve, une révision utérine et l'administration d'ocytociques. Six femmes avaient eu une révision utérine, et deux autres avaient nécessité une délivrance artificielle.

Tableau VII – Moyenne des pertes sanguines estimées suivant le type de prise en charge

	PT (n = 97)	Classique (n= 194)	P value
Moyenne des pertes sanguines totales en mL (± écart type)	455 (± 125)	369 (± 156)	0,35

4.5. L'État périnéal

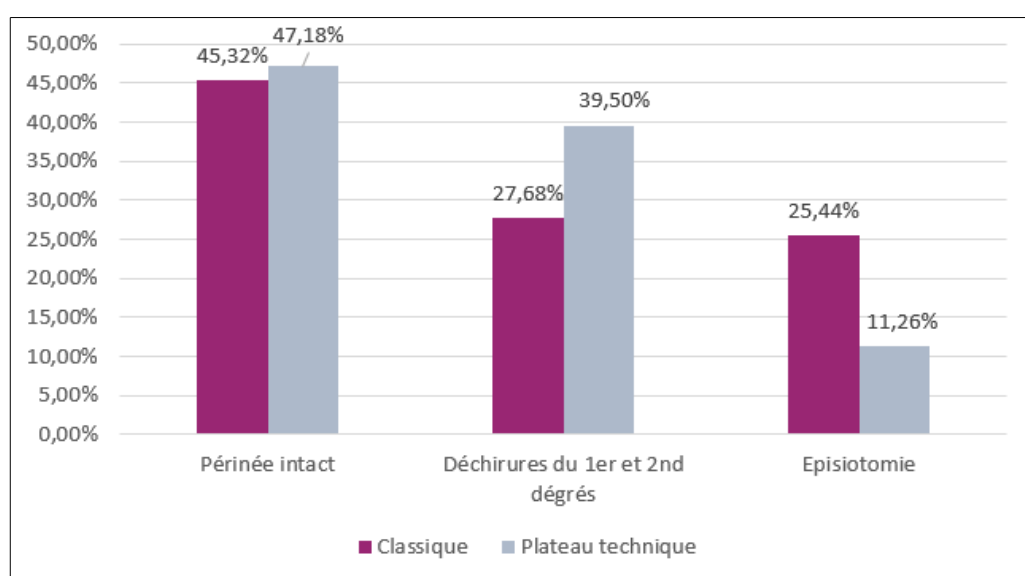
D'après le schéma 15, au sein du groupe « plateau », le taux de déchirures périnéales du premier et second degrés était plus élevé de 12 points par rapport au groupe « classique », cette différence n'étant cependant pas significative car $p > 0,05$ d'après le test du Khi 2. Par contre, le taux d'épisiotomie était 2,25 fois plus important dans le groupe classique. ($p < 0,01$ selon le test du Khi 2).

Ainsi, la prise en charge en plateau technique diminuerait de 56 % la probabilité d'avoir une épisiotomie (RR = 0,44).

De plus, aucune différence significative n'était à noter quant aux taux de périnée intact, car indépendamment du type de prise en charge, près de la moitié des femmes avaient eu un périnée indemne de toutes lésions ($p > 0,05$ d'après le test du Khi 2).

Seuls trois (1,56 %) et deux (2,06 %) cas de déchirures périnéales du troisième et quatrième degrés confondus avaient été retrouvés, respectivement dans les groupes « classique » et « plateau ».

Schéma 15 – Répartition des parturientes selon l'état périnéal suivant le type de prise en charge



4.6. Les caractéristiques néonatales

4.6.1. Le score d'APGAR à cinq minutes

Considérant qu'un score d'APGAR supérieur ou égal à sept à cinq minutes de vie était satisfaisant, nous avons décrit le contexte dans lequel étaient nés les enfants ayant un score inférieur à sept à cinq minutes de vie, ainsi que leur évolution.

À cinq minutes, les pourcentages d'enfants ayant un coefficient inférieur à sept étaient respectivement de 1,46 % (trois cas) et 1,25 % (un cas) dans les groupes « classique » et « plateau ».

Tous ces nouveau-nés avaient bénéficié de gestes techniques en raison de leur état de santé, ainsi que d'un monitoring fœtal (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) systématique.

Dans le groupe « classique », un enfant avait un score d'APGAR à cinq à sept minutes de vie, à la suite d'un accouchement dans un contexte infectieux (rupture spontanée de la poche des eaux de 16 heures, hyperthermie maternelle pendant le travail, tachycardie fœtale et liquide amniotique méconial à l'expulsion). À dix minutes de vie, après que l'équipe ait instauré une pression expiratoire positive, son état s'était stabilisé, avec un score d'APGAR à neuf. Également, deux enfants dont le score d'APGAR était inférieur à trois à cinq minutes avaient subi une détresse respiratoire, nécessitant une prise en charge active comprenant une aspiration pharyngée, un dépistage glycémique ainsi qu'une ventilation au masque. L'état d'un des enfants ne s'améliorant pas, il avait été intubé, puis transféré à trois heures de vie.

Dans le groupe « plateau », un cas de détresse respiratoire avait été décrit, à la suite d'une césarienne en urgence pour anomalie du rythme cardiaque fœtal, à la suite d'un non engagement de la présentation à dilatation complète. Le liquide amniotique était teinté à la naissance. Ce nouveau-né, dont le score d'APGAR était égal à trois à cinq minutes de vie, avait été aspiré, puis ventilé au masque. Il apparaissait hypotonique et peu réactif à dix minutes de vie, et a donc été transféré à une heure de vie, après qu'un cathéter veineux ombilical ait été posé.

4.6.3. Monitoring et transfert néonatal

Indépendamment du type de prise en charge, les nouveau-nés de mères césarisées étaient systématiquement scopés et placés en incubateur en post-partum immédiat (PPI). Concernant les taux de transferts néonataux, ils étaient respectivement égaux à 3,86 % (quatre cas) et 4,62 % (neuf cas) au sein des groupes « plateau » et « classique ».

Outre les transferts évoqués ci-dessus, l'on décrivait dans le groupe « classique », huit autres transferts, dont cinq pour hypotrophie associée à un risque infectieux, et trois pour motif infectieux avéré.

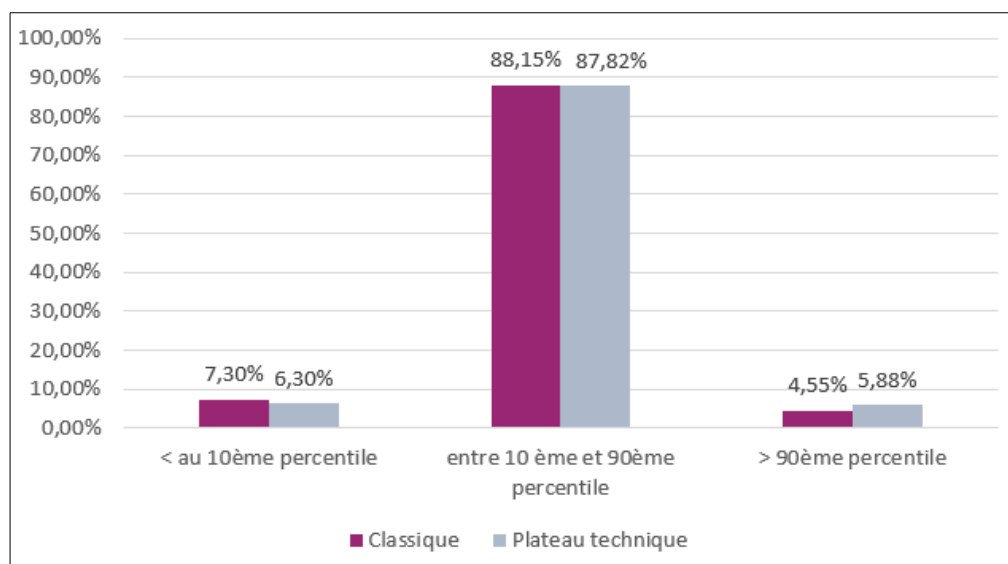
De même, l'on retrouvait dans le groupe « plateau », trois autres transferts. En effet, deux enfants avaient déclaré une détresse respiratoire légère en PPI, devenue persistante en suite de couche, à 15 et 24 heures de vie. De plus, un nouveau-né, âgé de 27 heures, a présenté une protéine C réactive positive, ainsi qu'une perte de poids inférieure aux dix pourcent du poids de naissance, dans un contexte de rupture de la poche des eaux supérieure à 12 heures.

4.6.4. Classe de percentile à la naissance

Concernant le percentile de naissance des enfants, aucune différence significative n'a été retrouvée d'après le test du Khi 2, car $p > 0,05$.

De plus, l'on décrivait respectivement 5,3 % (cinq cas) et 6,66 % (13 cas) de dystocies ou difficultés aux épaules dans les groupes « plateau » et « classique ». Cette différence n'était pas significative d'après le test du Khi 2, car $p > 0,05$.

Schéma 16 – Répartition des nouveau-nés selon la classe de percentile à laquelle ils appartiennent suivant le type de prise en charge

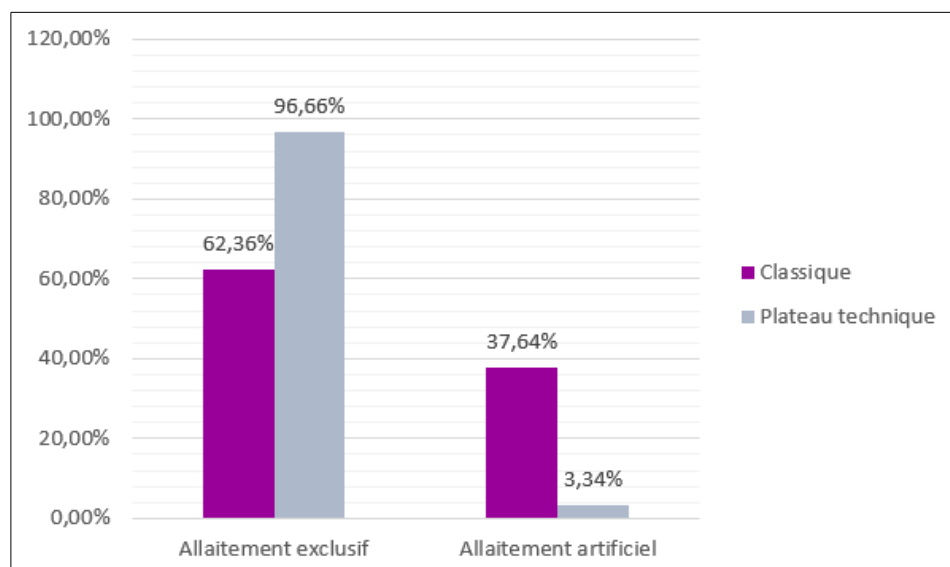


4.6.5. Mode d'allaitement

Dans le groupe « plateau », environ 1,5 fois plus de femmes allaient de façon exclusive, par rapport au groupe « classique ». D'après le test de Fischer, $p < 0,001$, donc la différence était significative. De plus, l'on retrouvait un risque relatif à 0,09.

Aucun dossier ne relatait d'allaitement mixte.

Schéma 17 – Mode d'allaitement des parturientes suivant le type de prise en charge



Discussion

1. Rappel des objectifs de l'étude avec les hypothèses a priori

1.1. Objectifs de l'étude

Cette étude visait à décrire les complications maternelles et néonatales au cours du travail et de l'accouchement ainsi que le profil épidémiologique des parturientes selon le type de prise en charge.

1.2. Hypothèses a priori

La première hypothèse était que, les parturientes et les futurs nouveau-nés, n'étaient pas exposés à davantage de complications dans le cadre de l'AGN que lors d'une prise en charge en milieu hospitalier.

La seconde hypothèse mettait en exergue le fait que, la situation socio-démographique des femmes influençait leur orientation vers un type de prise en charge, plutôt qu'un autre.

2. Critique de l'étude

2.1. Points forts de l'étude

2.1.1. La sélection des parturientes et le recueil des données

Les informations recueillies étaient issues du dossier médical informatisé des parturientes (ICOS), ce qui rendait les données plus précises et complètes. On retrouvait notamment facilement l'âge gestationnel à l'accouchement, le déroulement de la grossesse, du travail et de l'accouchement, etc.

2.1.2. La pertinence et le type de l'étude

La littérature offrait peu de données comparant la prise en charge en plateau technique avec d'autres modes de prise en charge. De fait, les paramètres étudiés étaient principalement fondés sur la satisfaction des parturientes quant à l'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes au plateau technique (48).

Cette étude s'était inscrite dans la continuité des travaux réalisés par:

→ Le service, au travers de deux publications indexées mettant en lumière le dispositif d'ouverture du plateau technique aux sages-femmes libérales (49, 50).

→ Pépin.J dans son mémoire de fins d'études, soutenu en 2016 (51).

Dans cette étude, l'intérêt était de poursuivre la réflexion autour des deux types de prise en charge, au sein cette fois de la même maternité (type obstétrical commun). Ce travail a été dirigé par le même service.

La prise en charge dite « classique » était ici représentée par une maternité de type I, ce qui semblait plus représentatif qu'une maternité de type III où l'interventionnisme semble plus important. En effet, la maternité de type I offre plus de possibilité de bénéficier d'une prise en charge personnalisée dite « one to one » par rapport à une structure de type II ou III.

De plus, il s'agissait d'une étude de cohorte de type exposés / non exposés, ce qui permettait de mesurer et de comparer l'incidence des groupes exposés et non exposés et de calculer un risque relatif. L'exposition était la prise en charge en plateau technique.

2.1.3. Le lieu de l'étude

Les deux types de prise en charge étudiés siégeaient au sein de la même maternité, située dans le département du Puy-de-Dôme.

La proximité de la maternité de type I avec une maternité de type III, via liaison autoroutière optimisait la sécurité tant des parturientes que des nouveau-nés.

2.1.4. Clarté de la discussion

Afin de faciliter la compréhension de cette partie, sans l'alourdir des termes « plateau technique » et « prise en charge classique », il était convenu que ces groupes seraient nommés respectivement groupe 1 et groupe 2.

2.2. Limites de l'étude

2.2.1. Le nombre de parturientes sélectionnées

L'idée était d'utiliser la base de donnée ICOS afin d'effectuer des requêtes pour sélectionner les patientes selon les critères d'inclusion de l'étude. Cela aurait permis d'obtenir un nombre plus important de dossiers et d'augmenter la puissance de l'étude. Le but étant de procéder à un croisement des données obtenues pour étudier plus de paramètres et faciliter l'analyse des données. Après concertation avec l'informaticien de la maternité, cette demande n'a pu aboutir pour des raisons de faisabilité. En somme, en ayant recours à un recueil de données plus classique « à la main », la population était par conséquent d'importance relativement limitée en nombre.

2.2.2. Le caractère rétrospectif de l'étude

Le recueil des données était limité aux informations contenues dans le dossier informatisé ICOS, qui se révélait parfois incomplet. Par exemple, les postures, l'éventuel décollement des membranes, les indications d'amniotomie, les indications d'épisiotomie et de recours aux ocytociques n'étaient pas systématiquement mentionnés. Du reste, chaque professionnel avait complété le dossier obstétrical informatisé de façon différente. Certaines informations étaient donc retrouvées en version papier uniquement (percentile de naissance), ce qui a engendré des difficultés quant à la recherche exhaustive des critères souhaités. Certaines variables étaient soit non décrites, soit de façon incomplète, ce qui les rendaient inexploitable (réalisation des pH au cordon).

2.2.3. Les biais dans l'étude

Le mode de sélection des parturientes avait probablement introduit un biais dans cette étude. En effet, les patientes présentaient le même niveau de risque obstétrical lors de l'inclusion dans l'étude. Néanmoins, le projet de naissance différait généralement d'un type de prise en charge à l'autre. Si certaines femmes souhaitaient un accouchement « naturel » au plus proche de la physiologie et associé à un soutien continu, d'autres se tournaient plus aisément vers une prise en charge plus « classique », par conviction.

Un biais de confusion entraine aussi en compte lors de l'analyse statistique, l'étude mettant en évidence des différences significatives en ce qui concerne le profil socio-démographique des femmes. Il a donc été nécessaire dans notre étude, de réaliser un appariement des patientes sur la base des critères les différenciant, ce qui réduisait par conséquent l'effectif des parturientes comparables.

De surcroît, une étude multicentrique, dans des maternités de différents types aurait été davantage représentative de la population générale.

Enfin, les parturientes sélectionnées pour cette étude étaient « à bas risque obstétrical », mais il ne faut pas oublier le fait que l'évaluation des risques n'est pas une mesure unique, mais un procédé continu pendant toute la durée grossesse et du travail. Ainsi, des complications peuvent apparaître à tout moment, et amener à décider d'un transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière, voire vers un niveau de soin supérieur.

2.2.4. Variables néonatales non étudiées

Par contrainte de temps, il est apparu difficile d'étudier de façon approfondie le pH au cordon des nouveau-nés, ainsi que le rythme cardiaque fœtal (RCF) lors de l'expulsion.

Effectivement, le pH est un critère essentiel permettant l'évaluation de l'état du nouveau-né. Il est de fait recommandé de façon systématique par le CNGOF depuis 2007 afin d'« évaluer nos pratiques obstétricales » et « de pouvoir répondre clairement et sans ambiguïté à une plainte pour séquelles néonatales »(52). L'analyse des pH fut compromise dans notre étude, car ils n'étaient pas suffisamment répertoriés au sein des dossiers du groupe « plateau ». Les raisons invoquées étaient principalement la coagulation du sang artériel et veineux, ainsi que le manque de temps pour effectuer ces prélèvements. En effet, le CNGOF préconise d'effectuer les pH au cordon qu'en cas d'anomalies du RCF, si sa réalisation systématique n'est pas possible.

De plus, le RCF lors de la phase d'expulsion est un indicateur de bien être fœtal et est corrélé à l'état néonatal. Il est donc essentiel de comparer ces rythmes selon la classification de Melchior, suivant les deux types de prise en charge étudiés, afin d'être davantage exhaustif quant à l'état fœtal et néonatal. Cependant, cette analyse n'a pu être menée par manque de temps.

De même, il serait judicieux de confronter la classification de Melchior à celle de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) afin de déterminer laquelle est la plus prédictive d'un mauvais état néonatal.

3. Profil des parturientes au sein de la population étudiée

3.1. Nombre moyen d'enfants par femme et âge moyen des mères

Bien que la fécondité française subsiste parmi les plus élevée des pays européens, la tendance est en baisse. C'est en 2015 que l'indicateur conjoncturel de fécondité passe sous le seuil de deux enfants par femmes avec un taux atteignant 1,96 (53). Ce constat perdure en 2016, avec un indice conjoncturel qui s'établit à 1,93 enfant par femme, selon le bilan démographique de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (54). En effet, l'on constate notamment une diminution du nombre de femmes en âge de procréer depuis 1990. Conjointement, l'âge maternel à l'accouchement est en augmentation. Il atteint 30,4 ans en 2015 selon l'INSEE, la barre des 30 ans ayant été franchie en 2010 (55).

Dans notre population d'étude, quel que soit le groupe 1 ou 2, le nombre d'enfants moyen par femme était plus faible que la moyenne nationale actuelle.

Un report des naissances vers un âge maternel plus élevé peut expliquer cette tendance. Selon le rapport de l'INSEE publié en 2016 et l'enquête périnatale de 2010, les mères avaient en moyenne respectivement 30,4 et 29,9 ans (56). Cet âge était donc plus élevé qu'au niveau national, dans le groupe 1, à l'inverse du groupe 2, qui était sensiblement le même.

Une étude de Karine Troxler, menée en 2003, indique que l'âge moyen des femmes ayant recours à l'AGN était de 32 ans, avec un minimum de 22 et maximum de 41 ans, ce qui était équivalent aux résultats de la population d'étude (57).

La différence d'âge entre les deux groupes ne se justifie pas par la parité des femmes sélectionnées. Car, l'étude n'a pas montré de différence statistiquement significative à ce sujet. En revanche, ceci peut s'expliquer par la volonté des couples de réaliser un projet de naissance mûri et réfléchi sur le long terme, à la recherche d'une réappropriation de la naissance de leur enfant. Karine Troxler et Sybille André ont toutes deux établi le même constat. À savoir que, le choix d'un accompagnement global par les parents naît d'une réflexion au sein du couple quant à leurs désirs et leurs attentes vis à vis de l'accouchement (57).

Aussi, L'INSERM constate un lien étroit entre l'âge et la consommation de soins. De fait, les femmes les plus jeunes auraient tendance à être plus demandeuse de soins que les plus âgées, qui elles, recherchent davantage d'autonomie dans leur prise en charge, et non « une aliénation au corps médical » (58).

3.2. Caractéristiques socio-démographiques des mères

Le profil épidémiologique des parturientes était statistiquement différent entre les deux groupes de l'étude. Bien que des points de vue géographique, de la parité et de la corpulence, les deux groupes étaient comparables, des disparités significatives étaient remarquables concernant les caractéristiques sociales, démographiques et économiques. Ces différences sont probablement en lien avec la volonté des femmes de se tourner vers un type de prise en charge plutôt qu'un autre.

Au sein de l'étude, la proportion de femmes accouchant pour la première fois était équivalente à celle de l'enquête périnatale de 2010, qui était égale à 43,4 % (56). Karine Troxler met en exergue l'importance du coût de la naissance dans le cadre d'un suivi global. Bien que la grossesse et l'accouchement soient peu voire pas médicalisés, et que la proportion d'hospitalisation demeure restreinte dans ce type de prise en charge, les couples font l'avance des frais et règlent parfois des dépassements d'honoraires, qu'ils trouvent justifiés par ailleurs. Mais ces frais ne sont pas forcément pris en charge par toutes les mutuelles. À l'inverse, c'est à l'hôpital, dans le cadre d'un suivi « classique », où la technicité est plus importante, que les couples n'ont aucune avance pécuniaire à faire, et que la sécurité sociale, pour ceux qui en bénéficient, prend tout en charge (57).

Ainsi, il est probable que la situation sociale des parturientes influence leur choix de prise en charge. En effet, les femmes accouchant en plateau technique étaient en majorité en couple et avaient une couverture sociale. La part des femmes vivant seules était plus faible que le taux de l'enquête périnatale, à savoir 7,2 % (52), qui reflète davantage la situation familiale des femmes du groupe 2. Le choix du suivi global et continu s'inscrit de fait dans un projet de couple, issu principalement d'une démarche personnelle ou des échos de l'entourage (57).

La prise en charge dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance étant encore trop peu médiatisé et connu, sa découverte nécessite une démarche personnelle convaincue, et des moyens matériels de bénéficier des informations concernant cette pratique. C'est en lien avec l'aspect financier évoqué ci-dessus, que l'on remarque que les parturientes du groupe 1 avaient en grande majorité poursuivi leurs études vers un niveau de deux ans supérieur au baccalauréat, contrairement au groupe 2 où cette proportion était plus faible. Ainsi, le niveau social des patientes se dirigeant vers une prise en charge personnalisée par une sage-femme libérale était plus élevé que dans la population française. En effet, le pourcentage de femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat était de 51,8 % en 2010, malgré une augmentation de 9,2 points depuis 2003 (56). Plusieurs hypothèses peuvent être mentionnées. En effet, ce projet de couple naît d'une véritable réflexion autour de la naissance, enrichie par des recherches approfondies, le vécu personnel, et les expériences de l'entourage (57). La recherche d'informations et la communication des praticiens, des usagers et des médias autour de ce type de prise en charge amènent le couple à s'engager dans cette voie de façon éclairée et réfléchie. Les parturientes participant à l'AGN, ayant majoritairement un niveau d'étude supérieur, en corrélation avec leur âge en moyenne plus avancé, ont probablement plus de recul vis à vis du système médical. Elles gardent de ce fait un regard critique quant à la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, et prennent ainsi des décisions personnelles avisées, leur permettant d'être actrice de leur accouchement, sans se laisser guider entièrement par le système de santé (59).

Enfin, d'un point de vue plus pratique, l'on imagine que le faible niveau social répercute sur l'assiduité dans le suivi de grossesse et l'accès aux soins. Les couples étant dans cette situation auront tendances à s'orienter vers une prise en charge plus « classique » en milieu hospitalier. D'autant plus, l'aspect financier est un frein aux personnes en situations de précarité. En effet, l'enquête périnatale de 2010 a mis l'accent sur la difficulté de certaines femmes à se faire suivre pour des raisons financières. Celles-ci, souvent seules et de faible niveau social renoncent ainsi à des consultations, des examens ou des soins dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse (56).

De plus, l'accompagnement global à la naissance impose d'avoir une complémentaire santé qui prenne en charge les dépassements d'honoraires pratiqués par les sages-femmes ou de pouvoir soi-même payer cette part non remboursée par l'assurance maladie. Effectivement, l'étude en cours a montré que, bien que la plupart des femmes avaient une couverture sociale avec mutuelle, quelle que soit le type de prise en charge, la proportion de patientes bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) était presque trois fois plus importante dans le groupe 2 que dans le groupe 1. Même constat dans la population générale française, puisque 12,9 % des femmes bénéficiaient de la CMU, soit deux fois plus que dans le groupe 1.

Pour ce qui est des conduites addictives, bien que la consommation de tabac pendant la grossesse ait diminué de 4,7 points entre 2003 et 2010 dans la population générale française (50), la proportion reste tout de même élevée à 17,1 %, dans un contexte où la consommation globale a tendance à augmenter, y compris chez les femmes en âge de procréer, soit entre 20 et 45 ans. Dans le groupe 1, la proportion était sensiblement la même que dans la population générale contrairement au groupe 2 où celle-ci est 1,6 fois plus élevée. Les raisons invoquées pouvant être notamment la sensibilisation aux risques liés aux attitudes addictives pendant la grossesse par les femmes ayant choisie l'AGN, par le biais d'une information plus accessible via internet et les médias. De plus, la grossesse étant généralement programmée, le risque d'un éventuel sevrage est probablement plus aisément anticipé. Ainsi l'arrêt de la consommation de tabac survient en prévision de la grossesse. Un rapport de l'INSERM concernant l'exposition prénatale au tabac met aussi en évidence l'effet du milieu social sur la consommation de tabac

pendant la grossesse (60). Ainsi les femmes provenant d'un milieu social plus défavorisé auraient tendance à maintenir leur consommation de tabac pendant la grossesse. C'est ce qui a été constaté dans notre étude, au sein du groupe 2. N'oublions cependant pas la marge d'erreur liée à la sous déclaration de certaines femmes, indépendamment du mode de prise en charge, compte tenu du caractère « tabou » de l'usage de substances pendant la grossesse.

Autre problème de santé publique qui préoccupe les professionnels de santé, l'obésité. En soi, l'inquiétude se porte essentiellement sur les facteurs de risques associés, qui sont majorés lors de la grossesse, à savoir les diabètes, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, les risques cardiovasculaires, etc. La grossesse est donc l'occasion d'effectuer du dépistage, de la prévention, de l'éducation à la santé, d'orienter les femmes vers des spécialistes et de leur fournir une information la plus exhaustive possible concernant les risques encourus à court, moyen et long terme.

C'est dans cette optique qu'il apparaissait intéressant de faire un état des lieux de la corpulence des femmes, selon le mode de prise en charge. À l'échelle nationale, celle-ci a changé entre 2003 et 2010. La proportion de femmes obèses ou en surpoids était respectivement 22,8 % et 27,2 %. De plus, le pourcentage de femmes enceintes ayant une corpulence normale avait diminué de 3,4 points depuis 2003, atteignant un taux de 64,6 % en 2010 (50), ce qui équivaut aux résultats du groupe 2, avec cependant une proportion de femmes obèses nettement inférieure à la population générale. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2003, l'IMC moyen de l'ensemble des femmes était de 24 kg/m² en 2010 et 25,4 kg/m² en 2012 selon l'enquête ObEpi. Nous retrouvons dans notre étude, des résultats inférieurs (55, 56). Quant aux femmes obèses ou en surpoids, dans notre étude, le taux du groupe 2 était en corrélation avec la population générale, contrairement aux femmes du groupe 1 qui étaient globalement plus de corpulence normale. On suppose que les parturientes ayant recours à l'AGN ont une meilleure hygiène de vie, ce qui va de pair avec leur niveau social et leurs revenus.

En effet, l'INSEE constate que les écarts se creusent entre les groupes sociaux, selon les niveaux de diplômes et de vie. Ainsi les personnes les moins diplômées se révèlent être les plus corpulents (61). Le niveau social est de fait un facteur protecteur contre la surcharge pondérale. Les femmes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat ont deux fois plus de risque d'être en surpoids ou obèse que celles qui ont au moins trois années d'études supérieures (59). Sont incriminés principalement le tabagisme, le faible niveau d'éducation, l'absence d'activité physique, la sédentarité et la qualité des produits alimentaires consommés.

3.3. La préparation à la naissance et à la parentalité

Quel que soit le type de prise en charge, le taux de participation à la préparation à la naissance était élevé dans notre étude. Au sein de la population de l'enquête périnatale, 72,9 % des primipares ont suivi des séances de préparation, conformément aux données du groupe 2. La différence est cependant notable chez les multipares, qui étaient presque deux fois plus nombreuses à participer à la PNP que celles de l'enquête périnatale en 2010, dont le taux s'élevait à 28,4 % (56).

Cette différence significative entre les deux groupes de l'étude peut s'expliquer par la personnalisation du suivi des patientes lors de l'AGN. De fait, les femmes ayant une relation unique avec leur sage-femme ont plus aisément confiance en elle pour faire part de leur projet de naissance et sont probablement plus entrain à exprimer leurs attentes et à recevoir les conseils d'une professionnelle qui les prépare à la naissance de leur enfant, en respectant la physiologie de la grossesse et de l'accouchement. Karine Troxler, dans son étude, précise que la préparation à la naissance est tant psychologique, de par l'instauration d'échanges, d'une certaine intimité, que physique, car « on apprend à prendre conscience de son corps, on prend confiance en soi, en apprenant à maîtriser la douleur, on accompagne l'enfant dans la progression de la naissance » (57).

Il faut cependant garder à l'esprit que l'accouchement « classique » n'est pas incompatible avec un projet de naissance et ne signifie pas forcément « accouchement médicalisé ». De même, la moindre médicalisation dans le cadre d'un accouchement en plateau technique n'est pas synonyme de démedicalisation. De fait, le recours à l'intervention du médecin, qu'il soit gynéco-obstétricien, pédiatre ou anesthésiste, reste réalisable en cas de besoin (50). Et, parfois, selon certaines circonstances, le déroulement de la grossesse et l'accouchement se détourneront du projet de naissance initial.

4. Le déroulement du travail

4.1. Le mode du début de travail

Le taux de parturientes ayant eu un déclenchement a augmenté de 3 points depuis 2003 pour atteindre 22,7 % en 2010 dans la population générale française (56). Cette proportion était respectivement 1,8 et 2,6 fois plus faible au sein des groupes 2 et 1 de notre étude. La proportion de déclenchement dans le groupe 1, était sensiblement la même que celle de l'étude menée par C. Touchard en 2011 (8,16%), mais deux fois plus élevée que dans l'étude de l'ANSL sur l'AGN (4,5%) et trois fois plus que le taux retrouvée dans l'étude de K. Troxler (2,66%) (55, 53). L'absence de déclenchement de convenance au sein de celle-ci, peut entre autre expliquer la différence entre les résultats de notre étude, et ceux de la population générale.

En effet, c'est le respect de la physiologie qui prime lors d'une prise en charge en plateau technique, alliant cohérence et continuité des soins, et non une direction précoce et médicalement injustifiée du travail (64).

Par ailleurs, les indications répertoriées dans notre étude étaient conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (65) ainsi qu'aux directives de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (66).

4.2. La direction du travail

« Dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel » selon l'OMS (67).

B. Carbonne oppose dans son article, deux modalités de recours à la direction du travail. À savoir tout d'abord, la direction active systématique, dite « préventive » pour toutes les patientes, qu'une dystocie dynamique ou cervicale ait été dépisté ou non. Ensuite, la direction « thérapeutique » qui vise à palier notamment à la stagnation de la dilatation (68).

O'Driscoll et al. ont défendu dans les années 80 la direction active systématique du travail. Ils ont mis en exergue la corrélation entre les dystocies dynamiques au cours du travail, la durée du travail et l'augmentation du taux de césariennes. Ils étaient partisans de limiter la durée de l'exposition de la mère et l'enfant à un stress physique et émotionnel, de moins de douze heures, car cela réduirait selon eux, le taux de césariennes. Ils dénonçaient de ce fait, la réticence de certains praticiens à utiliser les ocytociques, ceux-ci redoutant de créer une rupture utérine, ou d'engendrer des anomalies de RCF (69).

À contrario, d'autres auteurs comme Lavender *et al.*, estiment qu'une prolongation du travail dans le cadre d'une prise en charge expectative, n'entrave pas le pronostic de l'accouchement par voie basse et peut même permettre d'éviter des césariennes. Ils ont aussi montré que le taux de césariennes était plus bas lorsque le délai entre le dépistage d'une dystocie et la mise en place de mesures correctives était le plus long, soit quatre heures (70).

Enfin, l'on retrouve dans un article publié en 2000, concernant les indications de césarienne en cas de dystocie, un argument en faveur du recours non systématique à la direction du travail : « la direction du travail par rupture artificielle des membranes et/ou perfusion d'ocytocine devrait être réservée aux situations où existe une anomalie de la dilatation cervicale et/ou de progression de la présentation (Niveau de Preuve quatre) » (68).

C'est ce constat que nous avons pu faire dans notre étude, car, bien que la moitié des femmes du groupe 2 s'étaient vu administrer des ocytociques et réaliser une amniotomie, la direction du travail n'était pas systématique, et les indications répondaient aux nouvelles recommandations décrites par le Collège National des Sages-Femmes (CNSF). De fait, l'administration d'ocytocine était bien réservée aux parturientes en cas de dystocie dynamique, cervicale ou de non progression de la présentation. Ainsi, comme le préconise le CNSF, les praticiens de la maternité de type I utilisaient l'ocytocine de façon raisonnée. On constatait aussi que l'amniotomie était constamment associée aux ocytociques (71). En effet, celle-ci entraînait une intensification de l'activité utérine par libération d'acide arachidonique et par synthèse de prostaglandines (72). Les résultats étaient semblables dans l'enquête périnatale de 2010 puisque, plus de la moitié des femmes bénéficiaient de l'association rupture artificielle de la poche des eaux et ocytociques pendant le travail (56).

En revanche dans le groupe 1, les résultats étaient significativement inférieurs à ceux de l'ENP de 2010. L'objectif était d'offrir aux patientes la possibilité d'un accouchement le plus physiologique possible, tout en leur permettant de bénéficier de l'ocytocine et de l'amniotomie, si une indication médicale se présentait, en accord avec le protocole de service. C. Touchard a dressé le même constat en 2011, car ces pratiques, contraires à la progression naturelle du travail, étaient peu rependues chez les sages-femmes libérales (59).

Quel que soit le type de prise en charge, les indications décrites pour l'utilisation d'ocytociques correspondaient à celles du VIDAL (73) et de la HAS (74), avec notamment l'insuffisance des contractions utérines en début ou en cours de travail, confirmée par la mesure de l'activité utérine, pour ce qui concerne le premier et deuxième stade du travail.

Le CNSF se pose cependant la question de l'usage potentiellement excessif, banalisé voire nocif des ocytociques. En effet, l'Institute for Safe Medication Practice (ISMP), basé à Philadelphie (États-Unis), a ajouté l'ocytocine injectable sur la liste des médicaments à risques. Des effets indésirables graves à type d'anomalies du rythme cardiaque fœtal ont été répertoriés (69).

S'agissant de l'amniotomie au cours du travail spontané, une étude de C.Sans menée en 2012, a mis en évidence le lien entre la présence d'une analgésie péridurale (APD) et la réalisation de l'amniotomie ainsi que l'absence d'influence de la parité sur la réalisation de cet acte. Une des explications est la pratique quasiment systématique de la rupture artificielle de la poche des eaux, révélant une anticipation du professionnel sur la dystocie dynamique potentiellement provoquée par l'APD (76). Cette attitude prophylactique n'est pas conforme aux recommandations nationales qui préconisent l'amniotomie, selon les mêmes indications que l'ocytocine, pour pallier aux dystocies avérées (77). Toutefois, les résultats au sein du groupe 2, dans lequel l'APD est un recours très fréquent, ne corroborent pas cette hypothèse, car nous avons retrouvé un taux d'analgésie 1,5 fois plus élevé que celui des femmes ayant eu une amniotomie, ce qui correspondait davantage aux recommandations du CNGOF. En effet, celui-ci préconise de ne pas réaliser une amniotomie précoce et systématique en début de travail (grade A) (78), sous peine d'induire des anomalies de RCF et donc de majorer le risque d'interventions obstétricales.

4.3. Analgésie péridurale obstétricale

Dans notre étude, les femmes accouchaient essentiellement sans analgésie péridurale obstétricale lors de l'accouchement en plateau technique. Elles conservaient ainsi leurs sensations lors de la poussée à l'expulsion, et adoptaient plus facilement la position d'accouchement de leur choix. Spontanément, certaines se mettaient plus en position verticale, voire à quatre pattes, contrairement aux patientes du groupe 2, tandis que d'autres étaient plus à l'aise en décubitus dorsal. Les positions étant plus libres, la descente et la rotation du fœtus étaient facilitées, ce qui pouvait expliquer le plus faible taux d'extractions instrumentales que dans le groupe classique.

De plus, d'après l'étude de C.Touchard, l'accouchement sans analgésie péridurale est un souhait intégré au projet de naissance. De fait, lorsque les femmes étaient préparées psychologiquement et soutenues continuellement par la sage-femme et leur conjoint, elles s'affranchissaient plus facilement d'une analgésie, conformément à leur projet initial, lorsque le travail progressait normalement (59).

Dans le groupe 2, la majeure partie des femmes avaient demandé l'analgésie péridurale. Généralement, sa mise en place était suivie par l'administration d'ocytociques dans le but de raccourcir la durée du travail pour diminuer la morbidité materno-foetale associée à un travail prolongé. Cependant, il est à noter que la péridurale influence peu le déroulement du travail et ne diminue pas la « synthèse de l'ocytocine endogène ou son efficacité sur l'activité utérine », selon le CNSF (66).

L'analgésie péridurale est un recours fréquent en France, s'élevant à un taux de 81 % selon la dernière enquête périnatale de 2010, soit 10 points de plus que dans le groupe 2 de notre étude. Une étude analysant les anomalies du rythme cardiaque foetal survenant dans l'heure suivant la pose de l'analgésie péridurale a été menée. Il a été constaté une aggravation des anomalies du RCF lorsque celles-ci étaient peu sévères avant la pose de la péridurale. De plus, pour 80 % des bradycardies survenant dans l'heure suivant la pose de la péridurale, le RCF était initialement normal. Les auteurs ont évalué secondairement l'impact de ces anomalies de RCF sur le mode d'accouchement et l'état néonatal, mettant en évidence une augmentation des interventions obstétricales. Enfin, aucun retentissement néonatal n'était notable (70).

De ce fait, le recours à l'analgésie péridurale dans le groupe 2 étant nettement plus important que celui du groupe 1, ceci pourrait entre autre justifier un taux plus élevé d'extractions instrumentales ou de césariennes.

4.4. La durée du travail

L'on faisait face dans notre étude à une difficulté quant à la définition exacte du début du travail pour les parturientes bénéficiant de l'AGN. En effet, dans ces circonstances, les femmes débutaient généralement leur travail à domicile, aux côtés de leur sage-femme libérale. Ainsi lors de leur admission en salle de naissance, ces futures mères étaient en travail depuis « un certain temps ». Cela pouvait induire une sous-estimation de la durée du travail dans ce groupe. L'on constatait effectivement que les parturientes, accompagnées par leur sage-femme libérale, n'arrivaient ni trop tôt (dilatation inférieure à trois centimètres), ni trop tard (dilatation supérieure à sept centimètres), mais majoritairement « au bon moment », car la plupart d'entre elles étaient admises à une dilatation entre quatre et sept centimètres.

L'on retrouvait une durée de travail légèrement supérieure au sein du groupe 2, malgré un seuil de significativité non atteint. Ce résultat était quelque peu surprenant au vu des données de la littérature.

a) Analgésie péridurale obstétricale

En effet, les patientes du groupe 2 avaient plus fréquemment recours à la péridurale que celles du groupe 1. Or, d'après une étude de 1993 retrouvée au sein de l'American journal of Obstetrics and Gynecology, le recours à l'APD augmente nettement la durée du travail, ainsi que la fréquence des césariennes en urgence pour cause de dystocie (80). Ces résultats ne sont pas en corrélation avec ceux de notre étude.

L'effet néfaste de la péridurale sur la progression du travail est de fait souvent dénoncée. Dans un article publié en 2000, Halpern et al. affirment que, le travail est plus long en cas d'analgésie péridurale qu'en cas d'analgésie par opiacés et que les besoins en ocytocine sont dès lors majorés pendant le travail. Cependant, ils mettent en évidence l'absence d'un lien significatif entre APD et taux de césariennes ou d'extractions instrumentales pour dystocies (76).

Néanmoins, d'autres études relativisent l'importance de l'impact de l'analgésie péridurale sur le déroulement du travail. C.Aveline et F.Bonnet ont expliqué qu'une analgésie de qualité n'a qu'une influence relative sur le déroulement du travail, « limitée à l'allongement de sa durée, et à une fréquence plus élevée [d'extractions instrumentales], mais sans majoration du taux des dystocies » (82). La justification évoquée est que, la réduction de la concentration des solutions d'anesthésiques locaux limite l'incidence du bloc moteur pelvien impliqué dans l'allongement du temps de travail. En effet, l'action tocolytique, bien que présente, reste « modeste et transitoire ». De plus, les conduites obstétricales actuelles « classiques » supposent la direction du travail, évitant ainsi une prolongation importante et incontrôlée de celui-ci (80), ce qui est davantage en corrélation avec les données de notre étude.

b) Les ocytociques et l'amniotomie

Enfin, en 2013, une étude de la Cochrane portant sur l'utilisation de l'ocytocine pour traiter la progression ralentie du travail a montré que son administration, renforçant les contractions, réduisait le temps de travail d'en moyenne deux heures (84). L'objectif invoqué était de limiter la morbidité materno-foetale, mais qu'en est-il du souhait des mères quant à la réduction du temps de travail ?

Brown a étudié dans une méta analyse, les effets de la « gestion active » sur la durée du travail par rapport aux soins de routine. La gestion active comprenait des actes tels que l'amniotomie, l'utilisation d'ocytocine, la présence continue d'une sage-femme pendant le travail, le suivi de la progression du travail sur graphique, etc. Les résultats ont mis en évidence une réduction du temps de travail pour les femmes ayant reçu plus de deux interventions parmi celles citées précédemment, ainsi qu'une baisse du taux de parturientes ayant eu un travail prolongé, soit supérieur à douze heures (77).

En revanche, dans notre étude, malgré une durée moyenne de temps de travail assez proche entre les deux groupes, nous avons décrit plus de cas de travail prolongé au sein du groupe 2, même si le taux d'intervention était plus important.

L'on pouvait le justifier par la dilatation à l'arrivée des parturientes en salle de naissance, qui était généralement plus avancée dans le groupe 1, écourtant ainsi la durée du travail enregistrée au sein de l'enceinte hospitalière.

d) Les postures pendant le travail

Une autre hypothèse peut justifier une légère diminution du temps de travail chez les femmes accouchant en plateau technique, l'utilisation des postures. En effet, la mobilité des parturientes entraîne une variation des dimensions et orientations du bassin, facilitant la mécanique obstétricale, avec la descente et la rotation de la présentation fœtale. Une étude réalisée par C.Pauffichet, sous couvert de B. De Gasquet a mis en évidence une diminution du temps de travail pour les parturientes qui alternaient les postures sur la table d'accouchement et celles qui changeaient régulièrement de position, utilisant aussi le ballon et la baignoire (76, 77).

À contrario, C.Racinet et al., dans leur étude menée en 2004, n'ont pas montré de différence de durée du travail, selon que les femmes étaient allongées ou déambulaient pendant le travail (86).

5. La phase d'expulsion

5.1. La position maternelle à l'expulsion

Une étude conduite en 2004 a fait valoir l'idée selon laquelle le mode d'expulsion en expiration freinée, associé à des postures verticalisées, est spontanément adopté par la plupart des parturientes lorsqu'elles sont laissées libres de choisir. Il a été mis en évidence que ces femmes étaient davantage efficaces, et significativement plus satisfaites de leur accouchement (87).

C'est également ce qui avait été observé au cours de notre étude, car près d'un quart des femmes accouchant en plateau technique choisissaient naturellement une position verticale lors des efforts expulsifs. Cependant cette position n'est pas forcément intuitive dans la culture occidentale et le CNGOF remarque qu'elle est d'autant plus difficile à supporter plus de 20 minutes qu'elle n'est pas une posture habituelle de la vie quotidienne (86).

Outre le caractère ergonomique du choix de la posture à l'accouchement, C.Le Ray et F.Audibert ont mis l'accent sur l'impact obstétrical de la position lors des poussées. Ils ont ainsi mis en évidence une revue pourvue de 19 études montrant les bénéfices de la position latérale sur la durée des efforts expulsifs, la fréquence des anomalies de RCF, des interventions obstétricales et des épisiotomies, contrairement à la position en décubitus dorsal. Un bémol cependant, les femmes ayant accouché en position latérale avaient plus fréquemment des déchirures périnéales du deuxième degré, ainsi que des lochies estimées plus importantes (83) tout comme celles qui adoptaient une position verticale (72).

5.2. La durée des efforts expulsifs

Notre étude a permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle les femmes accouchant en position verticale ont un accouchement moins compliqué et plus rapide. Effectivement, l'on observait dans le groupe 1, moins d'extractions instrumentales ou de césariennes que dans le groupe 2. En revanche, la durée des efforts expulsifs était pratiquement identique quel que soit le type de prise en charge. De plus, on constatait une différence significative lors d'une voie basse instrumentale, car au sein du groupe 2, presque tous les accouchements, avaient lieu dans les trente minutes suivant le début des efforts expulsifs. Au contraire, c'est au-delà de trente minutes que les extractions avaient lieu dans le groupe 1. C'est le même constat qu'avait dressé J.Pépin en 2016, dans son étude confrontant la prise en charge en plateau technique versus celle d'une maternité de type III (51).

La littérature indique que, le fait de rester en décubitus dorsal complet durant le deuxième stade du travail augmente les naissances instrumentales vaginales, intensifie la douleur et peut accroître l'incidence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. On peut alors supposer que les praticiens, lors d'une prise en charge classique, sont probablement moins tolérants quant à la durée des efforts expulsifs et ont tendance à intervenir avant les trente minutes recommandées par le CNGOF lorsque le RCF est normal (77). Une autre explication envisagée est la nécessité d'une participation active de la mère lors de l'utilisation d'une ventouse (ou autre instrument), ce qui sous-entend une coopération, et de l'énergie. Si la précédente poussée vient à être trop longue et éprouvante, la fatigue maternelle pourrait compromettre le succès de l'extraction instrumentale, qui est une aide précieuse certes, mais pas sans conditions (84).

Un article vient en 2008 contre carré l'idée selon laquelle les issues maternelles et néonatales seraient meilleures suite à une extraction instrumentale, comparativement à la prolongation des efforts expulsifs au-delà de 30 minutes. À l'international, les femmes poussent généralement au-delà de trente minutes, pour des issues maternelles et néonatales comparables à nos pratiques françaises. La prise en charge en plateau technique semble donc plus proche des recommandations internationales, mais peu d'étude ont été mené à ce jour relatant les états de santé de la mère et son enfant lors d'une prise en charge dans le cadre de l'AGN en France (88).

Enfin, l'on peut imaginer que lors d'une prise en charge en « plateau », les praticiens tolèrent probablement mieux la durée supérieure des efforts expulsifs, compte tenu du fait que le recours aux ocytociques et à l'analgésie péridurale sont moindre, laissant présager moins d'anomalies de RCF. De plus, la position étant dans un quart des cas de notre étude, verticale, l'on assiste à un effet de la pesanteur convergent avec la force de poussée utérine, sur la progression du mobile fœtal. De fait, la durée des efforts expulsifs s'avère diminuée, mais pas suffisamment pour atteindre un seuil de significativité (90).

Pourquoi n'atteignons nous pas ce seuil ?

L'hypothèse considérée naît de l'importance du recours par les femmes de la poussée en expiration freinée dans le même groupe 1, celle-ci nécessitant des efforts expulsifs plus longs, de par une poussée plus douce (84).

6. L'issue de l'accouchement

Notre étude a permis de mettre en exergue un taux deux fois plus élevé d'accouchements compliqués dans le groupe 2 que dans le groupe 1, atteignant ainsi le seuil de significativité. Les accouchements compliqués comprenaient les extractions instrumentales et les césariennes. Les résultats étaient conformes à ceux de l'étude menée en 2015 par E.Nohuz et al. quant à l'expérimentation d'une maternité de niveau 1 concernant l'accès des sages-femmes libérales au plateau technique. De fait, 5,88 % et 11,76 % des parturientes avaient respectivement donné naissance par voie basse instrumentale et césarienne. Le taux de voie basse spontanée atteignait 82,35 %, soit légèrement inférieur à celui de notre étude (91).

Concernant le groupe 2, le taux d'accouchement par voie basse spontanée était corrélé à celui des résultats de l'enquête périnatale de 2010, soit 66,9 %. Cependant, la proportion d'accouchements compliqués était plus élevée de 4,5 points dans la population générale, soit 33,1 %. La différence est à noter au niveau du pourcentage de césariennes. En effet, en 2010, 21 % de césariennes avaient été répertoriées ainsi que 12,1 % d'extractions instrumentales. Cette dernière étant identique aux résultats de notre étude (56).

Si tout laisse à croire que c'est la prise en charge « classique », plus interventionniste qui impacte l'issue à l'accouchement, ce n'est pas l'avis de tous les auteurs de la littérature.

Effectivement, une analyse documentaire de huit études de la Cochrane menée en 2013 et portant sur 1338 femmes à bas risque, a montré que, quel que soit le traitement adopté pour les femmes présentant une progression ralentie du travail spontané, aucune différence n'était notable quant au nombre de césariennes pratiquées. Les différents traitements étaient le recours immédiat à l'ocytocine, l'administration différée d'ocytocine, ou l'absence d'intervention (79).

Une revue de la Cochrane publiée la même année renforce d'autant plus cette idée qu'elle analyse l'impact du cumul de deux interventions par rapport aux soins habituels. En effet, 14 essais inclus, randomisant 8033 femmes, ont mis en lien l'intervention précoce par amniotomie et ocytocine avec une réduction du taux de césariennes par rapport aux soins habituels, mais qui reste cependant modeste (87).

7. L'état périnéal

En 1999, le taux d'épisiotomie en France était de 47 %, bien qu'en décroissance depuis plusieurs années. C'est à la suite de ce constat que le CNGOF a mis en place en 2005 au sein de ses recommandations, une politique incitative visant à diminuer ce taux avec comme objectif d'atteindre 30 %. Cinq ans plus tard, l'enquête périnatale de 2010 révèle un taux global de 27 % d'épisiotomies (56), porté par la suite à 30 % selon une étude du CIANE sur la période 2010-2013 (93). Ces résultats sont corrélés à ceux du groupe de notre étude, témoignant du respect des recommandations nationales en vigueur qui mettaient l'accent sur l'absence de bénéfices liés à cette pratique systématique dans la prévention des troubles de la statique pelvienne et de l'incontinence (94).

De plus, le faible taux d'épisiotomie au sein du groupe 1, peut expliquer le nombre plus important de déchirures spontanées que dans le groupe 2. En effet, selon le CNGOF, la pratique libérale de l'épisiotomie réduit le risque de survenue de déchirures périnéales antérieures, de moindre gravité (grade A) (94).

Il s'avère que la liberté de mouvement, dont bénéficient les femmes lors d'un AGN, ainsi que le choix de la position au cours du travail et de l'accouchement, diminuent la probabilité de recours à l'épisiotomie.(88)

Enfin, une étude de De Jong et Coll a démontré que la position accroupie protégerait davantage les femmes que la position classique quant au traumatisme périnéal et au recours à l'épisiotomie (95). Cela peut expliquer notamment le faible taux d'épisiotomie au sein du groupe « plateau ».

8. La délivrance

L'enquête périnatale de 2010 a rapporté que, 83,2% des femmes avaient bénéficié d'une délivrance dirigée dans la population générale. De même, l'étude réalisée par J.Pépin en 2016, a relaté un taux de 86,2 % dans le groupe formé par des parturientes d'une maternité de type III (51). C'est résultats étaient conformes à ceux du groupe 2 de notre étude.

À l'inverse, le taux de délivrance dirigée était significativement plus faible au sein du groupe 1, ce qui va à l'encontre des recommandations de l'OMS pour la prise en charge active de la délivrance. En effet, l'OMS préconise l'utilisation d'utérotoniques en prévention de l'hémorragie du post-partum durant la délivrance pour tous les accouchements. Il définit de plus la prise en charge active de la délivrance comme une intervention prophylactique qui s'articule autour de trois composantes : l'administration d'un utérotonique, de préférence de l'ocytocine, immédiatement après la naissance, la traction contrôlée du cordon, et le massage du fond utérin après expulsion du placenta. Aussi, les résultats d'un essai multicentrique mené à grande échelle par l'OMS ont été publiés. Ils ont mis en évidence que l'administration d'un utérotonique constituait la composante la plus importante de la prise en charge active de la délivrance (96).

La pratique plus fréquente de la délivrance naturelle en plateau technique pourrait expliquer le taux légèrement plus important d'hémorragie du post partum (HPP) dans le groupe 1, cette différence n'étant cependant pas significative.

Une autre hypothèse serait que, l'accouchement en position verticale engendrerait une quantité de lochies plus importante. En effet, la méta-analyse de Nikodem, incluant dix essais randomisés, s'est intéressée à la chaise obstétricale versus la position allongée durant le 2ème stade du travail. Elle a montré une augmentation statistiquement significative du taux d'HPP dans le groupe « assis ». C'est la mauvaise rétraction utérine ainsi que l'augmentation des pertes sanguines au niveau des déchirures périnéales qui seraient incriminés (85).

Enfin, une analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement a été publiée en 2008 par le CNGOF. Elle a mis en exergue l'importance de la pratique davantage systématique de la délivrance dirigée par l'administration prophylactique d'ocytocine (90).

9. État néonatal

9.1. L'adaptation à la vie extra utérine

Au cours de notre étude, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en exergue quant à l'issue néonatale en fonction du type de prise en charge. S'agissant du score d'APGAR inférieur à sept à cinq minutes de vie, les taux étaient légèrement inférieurs à ceux de l'enquête périnatale de 2010 (1,7%), ce qui est probablement dû au fait que le critère de jugement était différent, à savoir : « score d'APGAR inférieur à huit à cinq minutes » (56).

De même, n'oublions pas le fait que l'évaluation du score d'APGAR à la naissance reste subjective, et varie donc d'un opérateur à l'autre.

En effet, S.Kobavashi et al. ont réalisé une étude publiée en 2017 qui a inclus cinq essais, réunissant un total de 10 421 parturientes. Leur objectif était notamment d'évaluer l'impact du recours à une prise en charge « one to one » par une sage-femme quant à l'issue maternelle et néonatale. Ils ont ainsi montré, l'absence de différences significatives concernant les scores d'APGAR à cinq minutes de vie (97).

Quel que soit le type de prise en charge, les taux de transferts néonataux étaient inférieurs au taux retrouvé dans le rapport périnatal de 2010, avec 6,6 % d'enfants transférés (56), mais en corrélation avec les résultats de l'étude de J.Pépin, qui avait décrit 3,7 % de transferts en plateau contre 4,9 % en maternité de type III (51).

Les principaux gestes techniques retrouvés dans notre étude, à savoir la ventilation au masque et la pression expiratoire positive, étaient conformes aux données de l'enquête périnatale de 2010 (56).

9.2. Poids et âge gestationnel

On assiste actuellement à une diminution des naissances au-delà de 40 SA depuis 2003. Celles-ci représentaient 18,1 % en 2010, contre 20,7 % en 2003 (56). C'est cette tendance que nous retrouvons dans notre étude.

Concernant la distribution du poids, les enfants d'un poids supérieur à 3kg étaient plus nombreux en 2010 (73,4%) qu'en 2003 (71,6%). De même, la proportion d'enfants dont le poids de naissance était inférieur à 2,5kg a diminué de 8 à 7,1 % entre 2003 et 2010 (52), ceci étant en corrélation avec les résultats de notre étude, quel que soit le groupe 1 ou 2.

La contrainte de temps au cours de notre étude a compromis l'investigation des signes cliniques et paracliniques évocateurs de la dystocie des épaules. Elle aurait nécessité l'analyse des partogrammes dans un premier temps, à la recherche d'une dilatation cervicale laborieuse, ainsi qu'une descente lente de la présentation ; et par la suite, des échographies, pour s'enquérir de la mesure du diamètre abdominal qui représente un facteur de risque de dystocie lorsqu'il est largement augmentée par rapport au diamètre bipariétal (98).

10. Mode d'allaitement

Le taux d'allaitement en maternité, qui avait beaucoup augmenté entre 1998 et 2003, a continué à progresser en 2010, passant de 55,4 % à 60,2 % pour l'allaitement exclusif et de 6,9 % à 8,5 % pour l'allaitement mixte (56). Notre étude a mis en évidence le même taux d'allaitement exclusif dans le groupe 2. Quant aux parturientes du groupe 1, la proportion était significativement supérieure à celle de la population générale. On suppose que le choix de l'allaitement maternel s'inscrit dans la continuité du projet de naissance établi par les couples, et reste cohérent quant à la volonté de privilégier la physiologie. C. Touchard a établi le même constat dans son étude (59). Une autre hypothèse serait que, la sage-femme libérale poursuit l'accompagnement du couple de par le soutien à l'allaitement, ce qui favorise la mise en place et le succès de celui-ci. C'est ce que K. Troxler a mis en évidence dans son étude (51).

Projet d'action

En 2016, 21 % des sages-femmes exerçaient en milieu libéral, contre 14 % en 2010. Si ce mode d'exercice continue de s'étendre, une sur trois pratiquerait en milieu libéral d'ici 2030 selon une enquête de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé) (99). L'ascension de l'exercice libéral né de la volonté des sages-femmes à mettre en œuvre le panel de compétences dont elles disposent. Parallèlement, on assiste à l'insatisfaction des couples quant au système périnatal Français. Ceux-ci aspirent à davantage de physiologie, à une moindre technicité, sans pour autant être hostiles à la médicalisation, lorsque celle-ci est nécessaire, employée à bon escient. C'est cette symbiose entre les couples et les sages-femmes autour de l'enjeu de la naissance, qui les amènent à revendiquer de plus en plus le déploiement de la prise en charge globale et continue. D'ailleurs, l'ICM (International Confederation of Midwives) promeut l'accouchement normal, au sein de la définition internationale de la Sage-Femme (100). Effectivement, les Sages-Femmes désirent favoriser l'eutocie, au cœur de leur métier. Elles sont ainsi nombreuses à solliciter l'accès aux plateaux techniques en milieu hospitalier.

Ainsi, pourquoi ne pas les préparer davantage à l'exercice libéral, dès le début de leur cursus ?

En effet, s'installer en libéral n'est pas chose aisée, la gestion d'un cabinet étant tout aussi importante que la pratique professionnelle. Il est nécessaire que la formation, comme celle élaborée par l'ANSFL soit davantage précoce, d'autant qu'on constate une expansion de ce mode d'exercice, en particulier chez les jeunes diplômées (99).

C'est la cohésion entre l'équipe hospitalière et les sage-femmes libérales, à l'origine du bon fonctionnement des plateaux techniques, qui permet d'offrir aux couples la chance d'être acteurs de la naissance de leur enfant lorsque celle-ci se déroule sans complications avérées ou suspectées (51). Certains discours, corporatistes, pourraient être remis en question de par les études menées quant à l'expérimentation des plateaux techniques, octroyant ainsi aux libérales, l'opportunité d'avoir accès à ce type de prise en charge.

Outre le versant obstétrical, ne pourrions-nous pas imaginer que la sage-femme libérale, ayant accès au plateau technique, et compétente d'un point de vue gynécologique, effectue un transfert de suivi ?

Effectivement, un lien de confiance étant établi entre la femme et la sage-femme, celle-ci semble de fait la mieux placée afin d'effectuer pleinement son rôle de prévention, d'éducation, de dépistage précoce et de suivi de contraception. On peut imaginer de même, l'importance de ces libérales au cœur des déserts médicaux, où la pénurie de médecins amènent les femmes, par des phénomènes de « bouche à oreille », à se tourner vers une sage-femme. Celle-ci pourrait alors assurer un suivi tout au long de la vie génésique de sa patiente.

Conclusion

L'essor de la médicalisation en France et l'insistance quant à la dangerosité de la naissance engendrent la passivité de certaines femmes, les rendant dépendantes du système médical. L'alternative offerte par les sages-femmes, gardiennes de l'eutocie, en plateau technique dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance, ravive la volonté des parturientes à s'engager et se réapproprier la naissance de leur enfant, en tant que phénomène naturel. Bien qu'à bas risque a priori, la survenue de certaines complications reste imprévisible. Cette approche, à la fois médicale et humaine, les incite à se tourner de plus en plus vers une prise en charge physiologique, cependant maîtrisée, sécurisée et protocolaire.

Au travers de notre étude, nous avons pu mettre en exergue que, les parturientes à bas risque obstétrical s'orientant vers le plateau technique, en moyenne plus âgées, appartenaient à une Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) plus élevée que celles accouchant en maternité de type I. De plus, conciliant moindre médicalisation et respect de la physiologie, ce type de prise en charge n'induisait pas plus de complications maternelles, fœtales et néonatales qu'une prise en charge classique, voire améliorait le pronostic maternel, en terme de voie d'accouchement et d'état périnéal. L'issue néonatale s'avérait inchangée quant à l'adaptation à la vie extra utérine. Les nouveau-nés n'étaient pas davantage transférés qu'au sein de la maternité de type I.

Malgré tout, le risque zéro n'existe pas. Ainsi, le rattachement du plateau technique au sein d'une enceinte hospitalière offre l'assurance d'une prise en charge traditionnelle en cas de besoin.

À l'échelle européenne, la pratique de l'accompagnement global à la naissance s'est fortement rependue, contrairement à la France, où la crainte de certains professionnels et usagers freine son développement. Médicalement parlant, notre étude a objectivement mis en évidence la sûreté de cette prise en charge. D'un point de vue humain, il serait intéressant et nécessaire d'explorer les motivations qui incitent les femmes à se tourner vers cette pratique, les moyens d'informations dont elles disposaient, ainsi que leurs attentes et satisfactions a posteriori. Outre l'opinion des usagers, la voix des sages-femmes libérales serait enrichissante à étudier, au travers de leurs expériences, et des obstacles qu'elles ont pu rencontrer lors de l'accès aux plateaux techniques.

Références bibliographiques

1. Houzelle N, Cecchi C, Ricard E. Parents - professionnels de la naissance : une nouvelle relation ? . La santé de l'Homme [Internet]. 2007 [cité 16 mars 2017] ; 391 : 16-19. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/391/01.htm>
2. Bréart G, Puech F, Rozé J.C. Vingt propositions pour une politique périnatale. Mission périnatalité [Internet]. 2004 [cité 6 mars 2017] ; 1-24. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000572.pdf>
3. Durif-Bruckert C, David S, Durif-Varembont J, Scharnitsky P, Mamelie N. Évaluation qualitative de l'application du décret périnatalité. Un renforcement des mécanismes de la surmédicalisation. Santé Publique [Internet]. 2007 [cité le 16 mars 2017] ; 19 (3) : 229-239. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-3-page-229.html#no6>
4. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? . Recommandations professionnelles [Internet]. 2005 [cité le 20 mars 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
5. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles [Internet]. 2016 [cité le 20 mars 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
6. Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (26 juillet 2005) [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005626711&dateTexte=20050725>
7. Mambourg F, Gailly J, Zhang W-H. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque [Internet]. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. 2010 [cité le 16 mars 2017]. Disponible sur : http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/national-guidelines/kce_139b_recommandations_accouchement__bas_risque.pdf
8. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Argumentaire [Internet]. 2007 [cité le 16 mars 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_argumentaire.pdf

9. Papiernik E. L'accouchement à bas risque : un risque ou une réalité ?. Gynécologie et société [Internet]. 2004 [cité le 16 mars 2017] ; 292 : 6-7. Disponible sur : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/9457.pdf>
10. Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. Sociol Sociétés. 2007;39(1):123-44. Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/socsoc/2007-v39-n1-socsoc1894/016935ar/>
11. Puech F, Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance : le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de "l'accouchement physiologique » [Internet]. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. 2012 [cité le 6 mars 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/position_acc_physio_121205.pdf
12. Mabelle N, David S, Venditelli F, Rivière O, Barborini Y. La santé périnatale en 2002-2003, évaluation des pratiques médicales [Internet]. Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie. 2004 [cité le 31 mars 2017]. Disponible sur : http://www.audipog.net/pdf/cahier_2002_2003.pdf
13. Birth Choice UK Professional. About the Normal Birth Rate [Internet]. 2006 [cité le 20 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.birthchoiceuk.com/Professionals/BirthChoiceUKFrame.htm?>
<http://www.birthchoiceuk.com/Professionals/NormalExplain.htm>
14. Selvi Dogan F, Calmelet P, Cottenet J, Sagot P, Mace G. L'accouchement à bas risque : existe-t-il ?. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2013 [cité le 16 mars 2017] ; 42 : 557-563. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/840398/main.pdf>
15. Halpern S. Joint Policy Statement. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada [Internet]. 2008 [cité le 20 mars 2017] ; 30(12) : 1163-1165. Disponible sur : <http://www.jogc.com/article/S1701-2163%2816%2934029-4/pdf>
16. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. Birth.2004 [cité le 7 février 2017];31(1):17-27. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15015989>
17. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology.2002 [cité le 12 février 2017];186(5):S160-72. Disponible sur : <http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2802%2970189-0/pdf>
18. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. Birth.2003 [cité le 10 février 2017];30(4):235-47. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14992154>

19. De Koninck M. La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts. *Anthropol Soc.* 1990;14(1):25-41.
20. Zeitlin J, Mohangoo A, Delnord M. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 [Internet]. European perinatal health report. 2010 [cité le 19 mars 2017]. Disponible sur : http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
21. Tinelli E, Vecchi S, Illari S. Analysis of obstetric care variables associated with caesarean section in low-risk pregnancy patients. *Acta Bio-Medica.* 2015 [cité le 11 février 2017];86 Suppl 3:189-93.
22. [Indraccolo U](#), Calabrese S, Di Iorio R, Corosu L, Marinoni E, Indraccolo SR. Impact of the medicalization of labor on mode of delivery. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2010 [cité le 16 mars 2017];37(4):273-7. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21355456>
23. Parlement Européen. Charte des Droits de la parturiente [Internet]. Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges. 1988 [cité le 19 mars 2017]. Disponible sur : <https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/droits-parturiente.pdf>
24. Article R.4127-307 du 5 mars 2002 relatif à l'indépendance professionnelle (17 juillet 2012) [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913104&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>
25. Article L1111-4 du 29 juillet 2004 relatif à l'Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (4 février 2016) [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767>
26. Article R.4127-306 du 29 juillet 2004 relatif aux devoirs généraux des sages-femmes (17 juillet 2012) [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=1F6625411B32941413195F20A8B1FE49.tpdila10v_1?idArticle=JORFARTI000002237573&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT00000421679&dateTexte=
27. Coulm B, Blondel B, Vilain A, Rey S. Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes [Internet]. 2014 [cité le 1 avril 2017];897:1-4. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/DREES-etudegrossesses%C3%A0basrisques.pdf>

28. Le Ray C, Gaudu S, Teboul M, Cabrol D, Goffinet F. Prise en charge du travail et de l'accouchement chez la nullipare à bas risque : comparaison d'une maternité de type 1 et d'une maternité de type 3. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2004 [cité le 16 mars 2017];33(1):30-36. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/showarticlefile/114920/pdf_57100.pdf

29. Poulain P, Mercier C. Évaluation du fœtus à l'admission des grossesses «a priori» à bas risque. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2008 [cité le 16 mars 2017];37S:S16-S22. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/209760/main.pdf>

30. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. La Revue Sage-Femme [Internet].2017 [cité le 16 mars 2017];16:111-118. Disponible sur : https://www.sfm.org/upload/consensus/rpc_oxytocine2017.pdf

31. Collectif InterAssociatif autour de la Naissance. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. 2012 [cité le 1 avril 2017]. Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>

32. Jacques B. L'expérience de la maternité sous influence médicale. Face à Face regards sur la santé [Internet]. 2000 [cité le 7 avril 2017]. Disponible sur : <https://faceaface.revues.org/551#quotation>

33. Collectif des Associations et Syndicats de Sges-Femmes. Référentiel métier et compétences des Sages-Femmes [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. 2010 [cité le 7 avril 2017]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

34. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2012 [cité le 7 avril 2017];791:1-7. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>

35. Article L711-5 du 2 août 1991 relatif aux missions et obligations des établissements de santé (22 juin 2000) [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006694652>

36. HAS. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance [Internet]. 2014 [cité le 19 mars 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf

37. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. L'accompagnement global [Internet]. 2017 [cité le 20 mars 2017]. Disponible sur : <http://ansfl.org/document/laccompagnement-global/>
38. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003766.pub2>
39. Collectif InterAssociatif autour de la Naissance. Qu'est ce que le Ciane ? [Internet]. 2011 [cité le 7 avril 2017]. Disponible sur : <http://ciane.net/ciane/ciane/>
40. Collectif InterAssociatif autour de la Naissance. Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? [Internet]. 2017 [cité le 20 mars 2017]. Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/CianeDossierAccompagnement2014.pdf>
41. The Royal Women's Hospital. Managing pain in labour [Internet]. 2017 [cité le 20 mars 2017]. Disponible sur : <https://www.thewomens.org.au/health-information/pregnancy-and-birth/labour-birth/managing-pain-in-labour/>
42. Association of women's health, Obstetric and Neonatal Nurses. Women's health and perinatal nursing care quality draft measures specifications [Internet]. 2013 [cité le 20 mars 2017]. Disponible sur : <http://c.ymcdn.com/sites/www.ahon.org/resource/resmgr/Downloadables/perinatalqualitymeasures.pdf?hhSearchTerms=%22Professional+and+nursing+and+support+and+laboring+and+women%22>
43. Collectif InterAssociatif autour de la Naissance. Contribution commune : La filière physiologique en obstétrique [Internet]. Collège National des Sages-Femmes. 2015 [cité le 20 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/2D971E4C-CB3D-48FD-65D45FF1F6647E3C.pdf>
44. Munier M. Accompagnement global avec accouchement à domicile en France de 1997 à 2001 [Mémoire]. Paris : Clinique universitaire Baudelocque;2005.
45. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Les grossesses après 40 ans [Internet]. 2005 [cité le 19 mars 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GO_065_martin.pdf
46. Bouafia N, Mahjoub M, Nouira A, Ben Aissa R, Saïdi H, Guedana N et al. Profil épidémiologique des grossesses à risque à Sousse (Tunisie). Eastern Mediterranean Health Journal [Internet]. 2013 [cité le 24 avril 2017];19(5):465-473. Disponible sur : http://applications.emro.who.int/emhj/v19/05/EMHJ_2013_19_5_465_473.pdf?ua=1

47. Béranger R, Chantry A-A. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 1: définition et caractéristiques du travail normal et anormal. La Revue Sage-Femme [Internet]. 2017 [cité le 29 janvier 2017];16(1):6-21.
48. Touchard C. L'accompagnement global à la naissance et l'accès des Sages-Femmes aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples [Mémoire]. Angers : Université d'Angers;2011.
49. Nohuz E, Brunel A, Tarraga E, Albaut M, Paganelli C, et al. Accès des sages-femmes libérales au plateau technique des maternités : l'expérimentation d'une maternité de type 1. Gynecologie Obstétrique Fertilité [Internet]. 2015 [cité le 12 janvier 2017];43:271-7. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/968456>
50. Nohuz E, Tarraga E, Albaut M, Simone LD, Gerbaud L. Accouchement sur un plateau : l'épopée d'une maternité dans l'octroi de son plateau technique aux sages-femmes libérales. Gynecologie Obstétrique Fertilité [Internet]. 2015 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/974589>
51. Pépin J. Patientes à bas risque obstétrical : accouchement en plateau technique en maternité de type I versus prise en charge classique en niveau III [Mémoire]. Clermont-Ferrand : Université d'Auvergne Rhône Alpes;2016
52. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail [Internet]. 2007[cité le 29 avril 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_surv-foet_2007.pdf
53. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique [Internet]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. 2015 [cité le 14 avril 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908103>
54. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique [Internet]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. 2016 [cité le 14 avril 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
55. Pla A, Beaumel C. Bilan démographique [Internet]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. 2010 [cité le 14 avril 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280950>
56. Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale [Internet]. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. 2010 [cité le 14 avril 2017]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

57. Troxler K. De l'intérêt de l'accompagnement global de la maternité en France [Mémoire]. Nancy:Ecole de Sage-Femme Albert Fruhinsholz;2003
58. Bailly D, Bouvard M, Corcos M, Fombonne E, Gressens P, Casadebaig F et al. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent.. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. 2002;2:69-98.
59. Touchard C. L'accompagnement global à la naissance et l'accès des Sages-Femmes aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples [Mémoire]. Angers : Université d'Angers;2011.
60. Abrous N, Aubin H-J, Berlin I, Junien C, Kaminski M, Le Foll B et al. Tabac : comprendre la dépendance pour agir. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. 2004;11:269-284.
61. De Saint Pol T. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent [Internet]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. 2003 [cité le 18 avril 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280848>
62. Le Goff C. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. 2012 [cité le 18 avril 2017]. Disponible sur : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
63. Danet S, Olier L, Moisy M, Brocas A-M, Cordier C, Hini E. La santé des femmes en France [Internet]. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. 2009 [cité le 18 avril 2017]. Disponible sur : https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/14270/1/sante_femmes_2009.pdf
64. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. L'accompagnement global [Internet]. 2017 [cité le 20 mars 2017]. Disponible sur : <http://ansfl.org/document/laccompagnement-global/>
65. HAS. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée [Internet]. 2008 [cité le 19 avril 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_synthese.pdf
66. Leduc D, Biringer A, Lee L, Dy J. Déclenchement du travail. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2013 [cité le 19 avril 2017];291:S1-S21. Disponible sur : <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/08/gui296CPG1309FrevC.pdf>

67. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique [Internet]. 1997 [cité le 19 avril 2017]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65958/1/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf
68. Carbonne B. Indications de césarienne en cas de dystocie. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2000 [cité le 19 avril 2017];29(S2):68-73. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/114133/index.pdf>
69. O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocya. Obstetrics & Gynecology. 1984;63(4):485-490.
70. Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. Partogram action line study: a randomised trial. Journal of Gynecology Obstetrics and human reproduction [Internet]. 1998;105(9):976-80. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9763048>
71. Dupont C. Dossier de Presse [Internet]. Conseil National des Sages-Femmes. 2001 [cité le 19 avril 2017]. Disponible sur : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/4EF68404-00ED-06AF-ED98B63B2E8ABF32.pdf>
72. Atechian N, Doubeck A. Les dystocies dynamiques en 1996 et leurs corrections [Internet]. Les Journées de Techniques Avancées. 1996 [cité le 20 avril 2017]. Disponible sur : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=516
73. Vidal. Oxytocine [Internet]. 2013 [cité le 19 avril 2017]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/substances/4027/oxytocine/>
74. HAS. Syntocinon, commission de la transparence [Internet]. 2009 [cité le 19 avril 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/syntocinon_-_ct-5833.pdf
75. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). List of high-alert medications in acute care settings [Internet]. 2014 [cité le 19 avril 2017]. Disponible sur : <https://www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf>
76. Sans C. L'amniotomie au cours du travail spontanée : étude descriptive rétrospective à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble [Mémoire]. Grenoble : Université Joseph Fourier;2012.
77. Mambourg F, Gailly J, Zhang W-H. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque [Internet]. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. 2010 [cité le 16 mars 2017]. Disponible sur : http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/national-guidelines/kce_139b_recommandations_accouchement__bas_risque.pdf

78. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail [Internet]. 2007[cité le 29 avril 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_surv-foet_2007.pdf
79. Korb D, Bonnin M, Michel J, Oury J-F, Sibony O. Analyse des anomalies du rythme cardiaque fœtal survenant dans l'heure suivant la pose d'une analgésie péridurale. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2013 [cité le 19 avril 2017];42:564-569. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/840399/main.pdf>
80. Thorp JA, Hu DH, Albin RM, McNitt J, Meyer BA, Cohen GR, et al. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: A randomized, controlled, prospective trial. Journal of Gynecology Obstetrics and human reproduction [Internet].1993 [cité le 15 janvier 2017];169(4):851-8.
81. Carbonne B. Indications de césarienne en cas de dystocie. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2000 [cité le 19 avril 2017];29(S2):68. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/114133/index.pdf>
82. Aveline C, Bonnet F. Influence de l'anesthésie péridurale sur la durée et les modalités de l'accouchement. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation [Internet].2001 [cité le 14 janvier 2017];20(5):471-84. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com/S0750765801003987/1-s2.0-S0750765801003987-main.pdf?_tid=ebb029f8-5111-11e7-beab-00000aab0f02&acdnat=1497452486_6dd80bf74a58a04ada4ac938fbab3a40
83. Aveline C, Bonnet F. Influence de l'anesthésie péridurale sur la durée et les modalités de l'accouchement. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation [Internet].2001 [cité le 14 janvier 2017];20(5):471-84. Disponible sur : https://www.researchgate.net/profile/Christophe_Aveline/publication/251597450_Influence_de_l'anesthésie_peridurale_sur_la_duree_et_les_modalites_de_l'accouchement/links/5519a1560cf2f51a6fea1fb6.pdf?origin=publication_detail
84. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Effet/utilisation de l'ocytocine pour traiter la progression ralentie du travail. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013 [cité le 19 avril 2017];6. Disponible sur : <http://www.cochrane.org/fr/CD007123/effetutilisation-de-loctocine-pour-traiter-la-progression-ralentie-du-travail>
85. Paufichet C. Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. La Revue Sage-Femme [Internet]. 2004 [cité le 13 janvier 2017];3(5):197-203. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/84863>
86. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement [Internet]. 2008 [cité le 19 avril 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf

87. Racinet C, Alexandre A, Lucas C, Pons J-C. Efforts expulsifs maternels : inspiration bloquée ou expiration freinée (essai randomisé). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2004 [cité le 12 janvier 2017];33(4):345p. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/showarticlefile/115011/pdf_61064.pdf
88. Ray CL, Audibert F. Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2008 [cité le 12 janvier 2017];37(4):325-328. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/166430>
89. Riethmuller D, Ramanah R, Maillet R, Schaal J-P. Ventouses : description, mécanique, indications et contre-indications. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2008 [cité le 12 janvier 2017];37(8S1):210-221. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/166430>
90. Venditelli F. Position allongée ou verticale durant le 2ème stade du travail : revue des méta-analyses [Internet]. Portail Naissance. 1998 [cité le 20 avril 2017]. Disponible sur : <http://portail.naissance.asso.fr/docs/metaposition.pdf>
91. Nohuz E, Brunel A, Tarraga E, Albaut M, Paganelli C, et al. Accès des sages-femmes libérales au plateau technique des maternités : l'expérimentation d'une maternité de type 1. Gynecologie Obstétrique Fertilité [Internet]. 2015 [cité le 12 janvier 2017];43:271-7. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/968456>
92. Wei S, Wo BL, Qi H-P, Xu H, Luo Z-C, Roy C, Fraser WD. Amniotomie précoce et administration précoce d'ocytocine par rapport aux soins de routine pour l'allongement du premier stade du travail spontané. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013 [cité le 19 avril 2017];8. Disponible sur : <http://www.cochrane.org/fr/CD006794/amniotomie-precoce-et-administration-precoce-docytocine-par-rapport-aux-soins-de-routine-pour-lallongement-du-premier-stade-du-travail-spontane>
93. Collectif InterAssociatif autour de la Naissance. Episiotomie : taux en baisse, mais tout reste à faire en matière de consentement et de transparence des établissements [Internet]. Collège National des Sages-Femmes. 2013 [cité le 20 mars 2017]. Disponible sur : <https://ciane.net/2013/11/episiotomie-taux-en-baisse-mais-tout-reste-a-faire-en-matiere-de-consentement-et-de-transparence-des-etablissements/>
94. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. L'épisiotomie [Internet]. 2005[cité le 29 avril 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM#intro

95. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement [Internet]. 2008 [cité le 19 avril 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf
96. Organisation Mondiale de la Santé. Prise en charge active de la délivrance [Internet]. 2012 [cité le 19 avril 2017]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120026/1/WHO_RHR_14.18_fre.pdf?ua=1&ua=1
97. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. The Cochrane Library [Internet]. 2017 [cité le 26 avril 2017];4. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28426160>
98. Université Médicale Virtuelle Francophone. Manœuvres Obstétricales [Internet]. Centre de ressources et d'information sur les multimédias pour l'enseignement supérieur. 2014 [cité le 20 avril 2017]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/manoeuvres_obstetricales/site/html/cours.pdf
99. Conseil de l'ordre des Sages-Femmes. L'exercice libéral : nouvel enjeu pour la profession. Contact [Internet]. 2016 [cité le 23 avril 2017];45:5-31. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/01/CONTACT-N45.pdf>
100. International Confederation of Midwives. Définition internationale de la sage-femme de l'ICM [Internet]. 2011 [cité le 23 avril 2017]. Disponible sur : <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20FRE-2011-%20updated%20August%202011.pdf>

Annexes

Annexe I Charte du plateau technique

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

- définir les conditions d'exclusion à l'accès au plateau technique,
 - définir les modalités de suivi de la grossesse, du travail et de l'accouchement afin que la coordination entre l'équipe du centre hospitalier et les sages-femmes libérales soit la plus efficace possible,
 - définir les critères et modalités d'un transfert de responsabilité en cas de pathologie pendant le travail,
 - d'organiser la prise en charge en suites de couches et le suivi en cas de sortie précoce.
1. Toute patiente admissible en plateau technique doit avoir eu :
 - la consultation du 7ème ou 8ème mois par un obstétricien du Centre hospitalier, un compte-rendu de cette consultation sera fait soit sur dossier ICOS, soit par courrier (remis à la patiente ou envoyé à la sage-femme libérale) ;
 - la consultation avec un médecin anesthésiste du Centre hospitalier ;
 - le bilan sanguin pré-opératoire à jour : NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, RAI, Carte de groupe sanguin.
 2. Les critères d'exclusion sont les suivants :
 - ATCD médicaux nécessitant une surveillance médicale spécialisée (SEP, lupus, néphropathie, thrombophilie, cardiopathie...).
 - Grossesse gémellaire.
 - Pathologie obstétricale : HTA, diabète insulino-dépendant ou de type I préexistant, cholestase, RCIU, placenta bas inséré....
 - Accouchement prématuré avant 36 SA.
 - Présentation du siège.
 3. Le déclenchement artificiel pour terme > 41 SA+6j ou RSM entre 24h et 48h est un critère d'exclusion relative ; il sera évalué avec l'obstétricien de garde selon le niveau de risque réel, les conditions plus ou moins favorables au déclenchement.
 4. La patiente doit être en possession de son dossier papier Audipog ou de sa carte d'accès ICOS lors de toute consultation. A cette fin, le Centre hospitalier, fournira des dossiers papier Audipog vierge aux sages-femmes libérales.

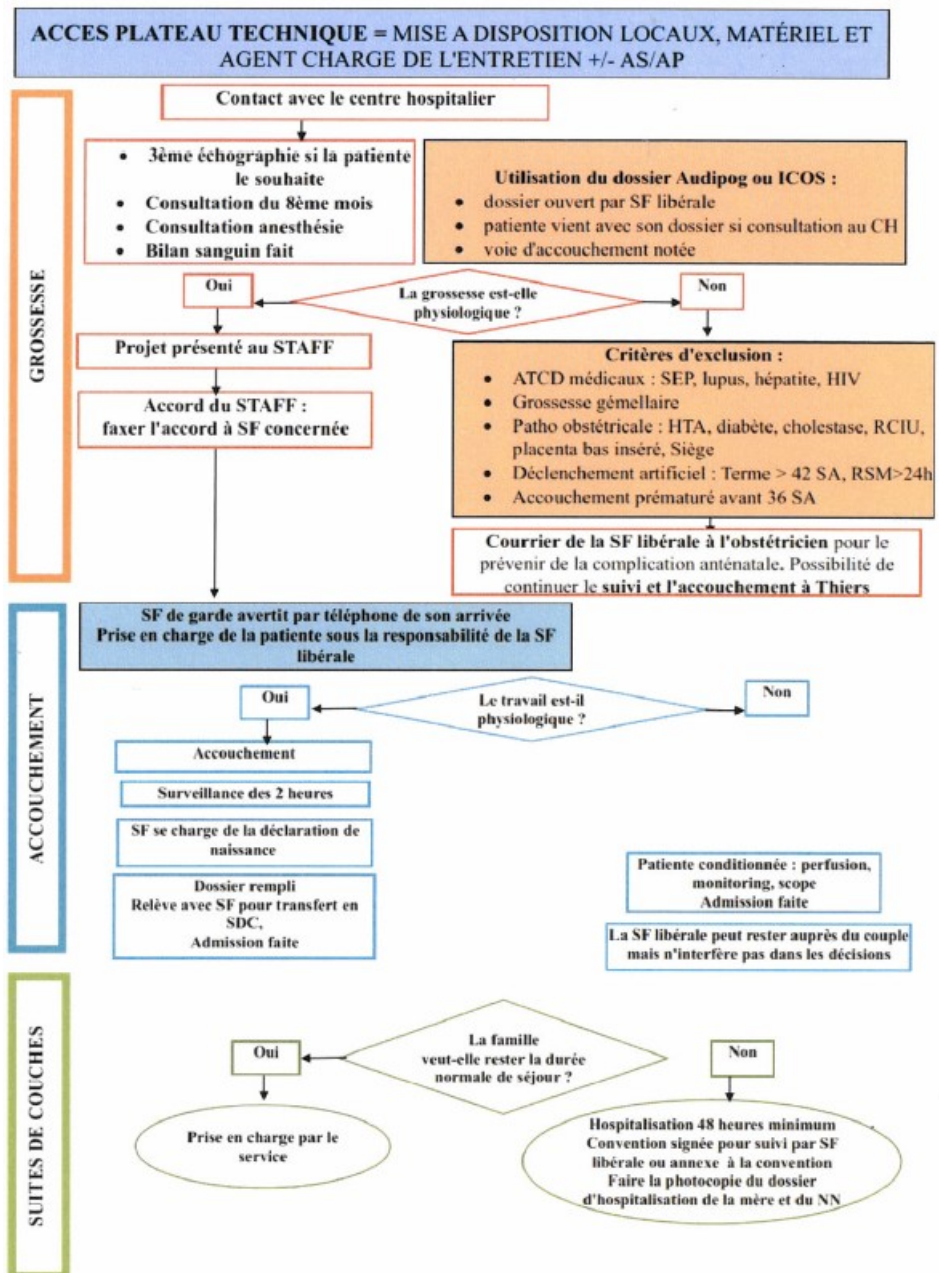
5. Un projet d'accès au plateau technique de naissance est présenté au Staff le plus tôt possible. L'accord du staff sera fait par mail OU par courrier postal à la sage-femme concernée.
6. La sage-femme libérale avertira par téléphone la maternité de son arrivée.
7. En l'absence de pathologie, elle prendra en charge sa patiente en toute autonomie pour le travail, l'accouchement et la surveillance des 2 premières heures.
8. La sage-femme pourra si la patiente le souhaite faire appel au médecin anesthésiste pour mettre en place une péridurale. Elle assurera alors la surveillance de la péridurale et restera responsable de l'accouchement et du post partum immédiat (2h).
9. Elle assurera le remplissage du dossier, l'admission administrative et fera une relève avec la sage-femme de garde avant le transfert en suites de couches.
10. En dehors de transfert de responsabilité, elle sera en charge de la déclaration de naissance. Elle informera la patiente sur les modalités de celle-ci. Elle renseignera l'état journalier.
11. En présence de pathologie, elle pourra prendre l'avis de l'obstétricien de garde ou du pédiatre qui jugera s'il y a lieu de procéder à un transfert de responsabilité.
12. La patiente devra être conditionnée lors de tout transfert pour cause maternelle : perfusion, monitoring, scope.
13. La décision de césarienne, entraînera automatiquement le transfert de responsabilité sur l'équipe hospitalière.
14. La sage-femme libérale pourra rester auprès du couple après un transfert de responsabilité.
15. La sage-femme libérale s'assurera que l'admission de la patiente soit faite au moment du transfert de responsabilité (2h après l'accouchement ou en cas de pathologie), ou au moment de l'appel de l'anesthésiste si décision de péridurale.
16. Toute patiente aura été informée de la durée d'hospitalisation minimale qui est de 48 heures.
17. En cas de sortie précoce, la sage-femme :
 - s'engage à prendre en charge la surveillance des suites de couches maternelles et la surveillance du bébé ;
 - surveillera l'apparition d'un éventuel ictère, ré adressera le nouveau-né pour surveillance par flash+/- traitement de l'ictère par photothérapie ;
 - pratiquera le test de Guthrie, le Centre hospitalier ayant remis à la patiente le matériel nécessaire à sa réalisation (carton, lancette et enveloppe) ;
 - s'assurera de la programmation de l'examen du 8ème jour par un médecin de ville.
18. De même, le Centre Hospitalier :
 - avertira, par téléphone, la sage-femme libérale si une pathologie survenait au cours du séjour ou retardait la sortie ;

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

Signature Nom et Signature sage-femme libérale

Dr Nohuz Erdogan

Annexe II Logigramme récapitulatif



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

Types de suivi recommandés

- **Suivi A** : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
 - **Avis A1** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.
 - **Avis A2** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- **Suivi B** : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Types de structures requises

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

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

Période préconceptionnelle ou 1 ^{re} consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Age (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1	Unité d'obstétrique si facteur isolé
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	A adapter pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	A adapter
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	A adapter en fonction de l'anomalie
TOXIQUES		
Sevrage alcoolique	A1	A adapter en fonction des conséquences
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2	A adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES		
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	A adapter
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B	À adapter
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	A adapter

Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	A adapter
Diabètes	B	A adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	A adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1	Unité d'obstétrique
- Maladie de Basedow	B	À adapter
Epilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	A adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B	A adapter
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A	Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives	A2 précoce	A adapter
(maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)		
Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :		
- mère homozygote	B	À adapter
- mère hétérozygote	A2	Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	A adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	A adapter
- Néphropathie	B	À adapter
- Uropathie	A2	Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	A adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce	A adapter

Maladies infectieuses			
Séropositivité VIH	B	A adapter	
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique	
Hépatite C ou B active	A2	A adapter	
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES			
Pathologies utéro-vaginales			
Malformation utéro-vaginales	B	A adapter	
Mutilations sexuelles	A1	A adapter	
Chirurgie cervico-utérine			
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	A adapter	
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	A adapter	
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	A adapter	
Distylbène syndrome	B	A adapter	
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE			
Antécédents médicaux			
Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique	
Diabète gestationnel	A	A adapter en fonction d'une récidence au cours de la grossesse	
Antécédents obstétricaux			
Césarienne	A2	A adapter	
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	A adapter	
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	A adapter en fonction du terme	
Hypertension gravidique	A2	A adapter en fonction de la récidence	
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B		
<u>Faussees couches répétées au cours du 1^{er} trimestre :</u>			
- sans étiologie	A2	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications	
- avec étiologie SAPL	B	A adapter en fonction de la récidence	
<u>Faussees couches tardives au cours du 2^e trimestre.</u>	B		

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

Durant la grossesse (de la 2^e à la 7^e consultation - du 4^e au 8^e mois)

Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Traumatisme abdominal	A2	A adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	A adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	A adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	A adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	A adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MÉDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	A adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	A adapter
Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	A adapter
Thrombose veineuse profonde	B	A adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	A adapter
Anémie gravidique	A	A adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique

Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	A adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)		
- au 1 ^{er} trimestre de grossesse	A2	Unité d'obstétrique
- au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	B	À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	A adapter si pathologie foetale
Rubéole	B	A adapter si pathologie foetale
Infection à cytomégalo virus	B	A adapter si pathologie foetale
Herpès génital primo-infection ou récidive	B	A adapter si survenue durant 3 ^e trimestre de grossesse
Infection à parvovirus B19	B	A adapter si pathologie foetale
Varicelle/ zona	B	A adapter si pathologie foetale
Hépatite B aiguë	B	A adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	A adapter
Tuberculose	B	A adapter
Infection VIH	B	A adapter
Syphilis	B	A adapter
Grippe	A1	A adapter en fonction du terme et des répercussions materno-foetales
Listériose	B	A adapter
Paludisme	B	A adapter
Chikungunya	B	A adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	A adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter

Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	A adapter
Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	A adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	A adapter
Hydramnios	B	A adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	A adapter
Amniocentèse/ponction des villosités chorionales	A2	A adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	A adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	A adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	A adapter
Hématome rétroplacentaire	B	A adapter
Béance cervicale	B	A adapter en fonction du terme atteint
Menace d'accouchement prématuré		A adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
	B	A adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire		
- bichorionale	A2	Unité d'obstétrique
- monochorionale	B	A adapter
Grossesse triple	B	A adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	A adapter

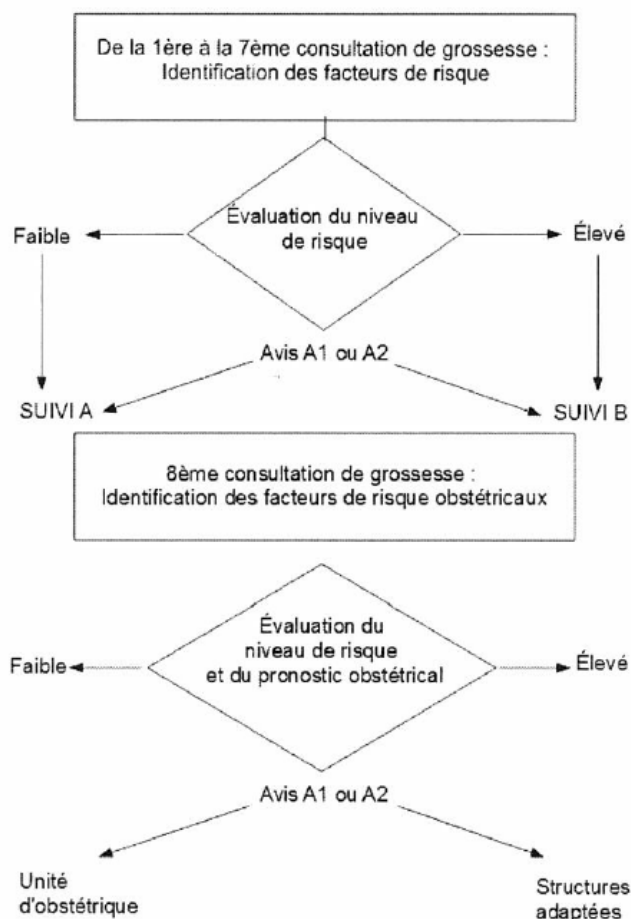
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	A adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	A adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	A adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	A adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prœvia après 32 SA	B	A adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

 Consultation du 9^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)

Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE OBSTÉTRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	A adapter
Macrosomie	A2	A adapter
Présentation non céphalique à terme	B	A adapter
Suspicion de dystocie	B	A adapter

Annexe IV Procédure et type recommandés

- Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
- Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- Suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.



Annexe V Facteurs de risque obstétricaux selon le NICE

<p>Antécédents familiaux Antécédents génétiques Maladies génétiques Malformation Maladie</p>	<p>Antécédents personnels DNID, DID HTA Obésité > IMC > 30 Âge maternel avancé Maladie thromboembolique Epilepsie Néphropathie, uropathie Maladie auto-immunes Cardiographie</p>
<p>Antécédents personnels gynécologiques Facteur de risque GEU DES syndrome Malformation utéro vaginales Chirurgie cervico-utérine (conisation)</p>	<p>Antécédents personnels obstétricaux IU récidivantes Mort foetal inexplicée Avortement tardif Accouchement prématurité HTA, pré-éclampsie RCIU Malformation congénitales Incompatibilité foetomaternelle Diabète gestationnel</p>
<p>Facteur de risque Environnement socio-économiques défavorable, pratique de métiers à risque avec une exposition à des agents avérés toxiques pour la reproduction (sérigraphies, peintres, vernis, contact avec des solvants, glycol, etc.) Toxicomanie, tabagisme, alcoolisme</p>	

Annexe VI Facteurs de risque obstétrical selon le « Verloskundig Vademecum »

Critères définissant les niveaux de risque obstétrical traduits et adaptés des critères néerlandais « Verloskundig Vademecum ».

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

(A) : correspond aux pathologies en cours de grossesse qui peuvent relever du professionnel dit de 1ère ligne (sage-femme ou médecin généraliste).

(B) : correspond aux pathologies nécessitant une concertation, entre la sage-femme ou le médecin généraliste de 1ère ligne et l'obstétricien de 2ème ligne, dont découlera une décision consensuelle commune quant aux modalités de prise en charge.

(C) : correspond à la nécessité d'une prise en charge par un obstétricien de 2ème ligne.

(D) : correspond à des grossesses dont les soins obstétricaux en cours de grossesse peuvent être de 1ère ligne, mais où l'accouchement doit avoir lieu en milieu spécialisé (grossesse normale et accouchement avec facteurs de risque ou potentiellement pathologique).

1. Pathologie préexistante – non gynécologique

1.1	Épilepsie non traitée	A
1.2	Épilepsie traitée	B
1.3	Hémorragie sub-arachnoïdienne, anévrisme	C
1.4	Sclérose en plaques	B
1.5	Hernie discale	A/C
1.6	Pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B
1.7	Asthme	A/C
1.8	Tuberculose traitée	C
	Antécédent de tuberculose	A
1.9	Infection par le VIH	C
1.10	Hépatite B : portage antigène HBs	A
1.11	Hépatite C	B
1.12	Pathologie cardiaque avec retentissement hémodynamique	C
1.13	Thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire	B
1.14	Anomalies de la coagulation	C
1.15	Anomalies rénales (avec incidence sur la fonction rénale)	C
1.16	Hypertension artérielle	C
1.17	Diabète	C
1.18	Affections thyroïdiennes (hyper ou hypothyroïdie)	
	– hyperthyroïdie, selon la pathologie	A/C
	– hypothyroïdie, selon la pathologie	A/C
1.19	Hémoglobinopathie	B
1.20	Maladie inflammatoire digestive	C
1.21	Maladie de système et maladies rares (Addison, Cushing, LEAD, SAPL, sclérodermie, arthrite rhumatoïde, Marfan, etc.)	C
1.22	Usage de drogues dures (héroïne, méthadone, cocaïne, XTC et autres)	C
1.23	Alcoolisme	C
1.24	Maladies psychiatriques	B

2. Pathologies gynécologiques préexistantes

2.1	Reconstruction pelvienne	C/A
2.2	Amputation cervicale	C
	Conisation	B
2.3	Cryothérapie et résection à l'anse	A
2.4	Myomectomie	C/A
2.5	Cytologie cervicale anormale	B/A
2.6	DES syndrome	B
	DIU en place	B
2.7	Grossesse survenue après élimination DIU	A
2.8	Grossesse après traitement de l'infertilité	A
2.9	Anomalie pelvienne (traumatisme, disjonction symphysaire, rachitisme)	B
	Excision/grave anomalie anatomique	A/B

3. Antécédents obstétricaux

3.1	Incompatibilité foetomaternelle	C
	Incompatibilité ABO	A
3.2	Hypertension gravidique au cours de la grossesse précédente	A
	(Pré)éclampsie/syndrome de HELLP au cours de la grossesse précédente	B
	Fausse couches répétées	A
3.3	Accouchement prématuré (< 37 semaines) grossesse précédente	
3.4*	Accouchement prématuré (< 33 semaines) grossesse précédente	C
	Accouchement prématuré (> 33 semaines) grossesse précédente	A
	Béance cervicale et/ou cerclage, selon la pathologie	C/A
	Décollement prématuré du placenta	C
3.5	Forceps ou ventouses	A
3.6	Césarienne, selon le terme	A/C
3.7	Dysmaturité (retard de croissance intra-utérine)	C
3.8*	Asphyxie	B
3.9*	Mort périnatale	B
3.10	Enfant précédent présentant une anomalie congénitale et/ou génétique	B
3.11	Hémorragie post-partum à la suite d'une épisiotomie	A
3.12	Hémorragie post-partum à la suite d'une rupture cervicale (constatée cliniquement)	
3.13		
3.14	Hémorragie post-partum sévère (> 1 000 cc), autres causes	D
3.15	Antécédent de délivrance artificielle, selon la pathologie	D
3.16	Déchirure complète (rétablissement fonctionnel/pas de rétablissement fonctionnel)	D/C
3.17		A/C
3.18	Disjonction symphysaire	A
3.19	Dépression postnatale	A
3.20	Psychose postnatale	A
3.21	Grande multipare	A
3.22	Terme dépassé	A

4. Pathologie apparue/constatée pendant la grossesse

4.1	Datation incertaine en cas de grossesse à partir de 22 semaines	A/B
4.2	Anémie, Hb < 5,6 mmol/l	B
4.3	Infection urinaire pendant la grossesse	A
	Infections urinaires récurrentes pendant la grossesse	B
4.4	Pyélonéphrite	C
4.5	Toxoplasmose, diagnostic et thérapie	C
4.6	Rubéole	C
4.7	Infection à cytomégalovirus	C
4.8	Herpès génital (primo-infection)	C
	Herpès génital (récidive) selon la pathologie	A/C
	Herpès labial	A
4.9 4.10	Infection à parvovirus	C
4.11	Varicelle/zona	B
4.12	Hépatite B – portage antigène HBs	A
4.13	Hépatite virale A, B, C, D ou E	B
4.14	Tuberculose	C
4.15	Infection VIH	C
	Syphilis :	
	- sérologie positive et traitée	A
	- sérologie positive pas encore traitée	B
4.16	- primo-infection	C
4.17	Hernie discale apparue pendant la grossesse	B
4.18	Cytologie cervicale PAP III ou plus élevée	C/A
4.19	Laparotomie pendant la grossesse	B
4.20	Prise de médicaments	A/B
4.21	Toxicomanie drogues dures (héroïne, méthadone, XTC et autres)	C
4.22	Alcoolisme	C
4.23	Maladies psychiatriques (névroses/psychoses)	A/C
4.24	Vomissements gravidiques	C
4.25	Grossesse extra-utérine	C
4.26	Diagnostic prénatal	C
4.27	Perte de liquide amniotique (< 37 SA)	C
	Diabète	C
4.28	Diabète gestationnel	A
4.29	Hypertension artérielle gravidique, selon les chiffres tensionnels	A/B/C
4.30	Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	C
4.31	Incompatibilité foetomaternelle	C
4.32	Thrombose veineuse profonde	C
4.33	Troubles de la coagulation	C
4.34	Pertes de sang persistantes avant 16 semaines	B
4.35	Pertes de sang après 16 semaines	C
4.36	Décollement prématuré du placenta	C
4.37	Suspicion de retard de croissance foetale	B
4.38	Suspicion de dystocie (disproportion foetopelvienne)	B
4.39	Dépassement de terme	C
4.40	Menace d'accouchement prématuré	C/A
4.41	Béance cervicale	C
4.42	Instabilité pelvienne	A
4.43	Grossesse multiple	C
4.44	Présentation anormale à terme (dont présentation par le siège) Présentation non	C
4.45	engagée à terme, présentation haute	B
4.46	Grossesse non suivie (± à terme)	A
4.47	Nouveau-né prévu pour l'adoption	A
4.48	Mort foetale	C
	Utérus myomateux	B

5. Pathologie apparue pendant l'accouchement

5.1	Présentation anormale de l'enfant	C
5.2	Signes de détresse fœtale	C
5.3	Mort fœtale pendant l'accouchement	C
5.4	Non-déclenchement de l'accouchement après rupture de la poche	C
5.5	Stagnation de la dilatation	B
5.6	Stagnation à la phase d'expulsion	C
5.7	Perte de sang excessive pendant l'accouchement	C
5.8	Décollement prématuré du placenta	C
5.9 5.10	Vaisseaux prævia	C
5.11	Rétention complète (ou partielle) du placenta	C
5.12	Déchirure complète	C
5.13	Liquide amniotique contenant du méconium	C
5.14	Fièvre	C
5.15	Médication contre la douleur/sédation	B
5.16	Hématome vulvaire	C
5.17	Symphysiolyse	B
	Grossesse non suivie avant l'accouchement	C

6. Pathologie de la période postnatale

6.1	Pré-éclampsie, (suspicion de) syndrome de HELLP	C
6.2	Thrombose veineuse profonde	C
6.3	Psychose	B
6.4	Saignements vaginaux anormaux	C
6.5	Indication d'hospitalisation pour le nouveau-né	C

Annexe VII questionnaire de recueil de données

Annexe VIII Lettre aux sage femmes libérales

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante en 5^{ème} année d'école de sage-femme à Clermont-Ferrand et je souhaite réaliser mon mémoire sur l'influence du type de prise en charge lors de l'accouchement sur la sécurité maternelle et néonatale pour les patientes à bas risque obstétrical. L'année dernière, une étudiante a réalisé son mémoire de fin d'étude sur le thème suivant : « Patientes à bas risque obstétrical : accouchement en plateau technique en maternité de type 1 versus prise en charge classique en niveau 3 ». Son étude a montré qu'il n'y a pas de sur risque lors du travail et de l'accouchement avec une prise en charge physiologique dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance en Plateau technique par rapport au niveau 3. Il est apparu intéressant et pertinent de poursuivre cette recherche en comparant, le travail et l'accouchement pour les parturientes à bas risque obstétrical ayant accouché à la maternité de Thiers et celles ayant bénéficié d'une prise en charge en plateau technique au sein de la même maternité. Ceci dans le but de mettre en valeur l'innocuité de l'accompagnement global à la naissance dans le cadre du plateau technique, ainsi qu'en niveau 1, la comparaison entre le plateau technique et le niveau 3 ayant été faite. De plus, je souhaiterais mettre en évidence un profil de patientes ayant recours à l'accompagnement global à la naissance. Ceci en se référant aux conditions socio-économiques des parturientes ainsi que leur suivi de grossesse. L'idée d'un suivi global, d'un accompagnement du couple tout au long de la grossesse, jusqu'à l'accouchement et dans le post partum, en préservant la sécurité, tant pour les mères que pour leur enfant, sont un moteur de contribution à la réflexion autour de la prise en charge en plateau technique. Pour pouvoir réaliser cette étude, je sollicite auprès de vos services, la possibilité d'avoir accès aux dossiers ICOS des patientes pour pouvoir effectuer mon recueil de données. Je me tiens à votre disposition pour vous rencontrer et vous faire part de mes motivations.

Je vous communiquerai les résultats à l'issue de mon travail de recherche.

Dans l'attente de votre réponse que j'espère favorable, je vous en remercie d'avance.

Très Cordialement, Julie GOUTALAND

Résumé :

Introduction : Le plateau technique, alliant physiologie et moindre médicalisation, n'engendre-t-il pas un sur risque materno-foetal ? le profil socio-démographique des mères n'est-il pas spécifique ?

Objectifs : Décrire les complications maternelles et néonatales au cours du travail et de l'accouchement et le profil épidémiologique des parturientes selon le type de prise en charge.

Matériel et méthode : Étude de cohorte incluant 291 parturientes à bas risque. Les données maternelles et périnatales étaient analysées.

Résultats : 85,71 % des enfants sont nés par voie basse spontanée en plateau contre 71,34 % en maternité niveau 1, cette différence n'étant pas significative. Au sein du plateau technique, a été constaté un taux significativement inférieur : d'analgésie péridurale (35,29 % versus 69,73 %), de délivrance dirigée (19,3 % versus 87,25%), d'amniotomie (16,61 % versus 47,87%), d'ocytociques (16 % versus 51,06%) et d'épisiotomies (11,26 % versus 25,44%). Aucune différence significative concernant l'issue néonatale.

Bien que comparables du point de vue géographique, de la parité et de la corpulence, les parturientes en plateau étaient significativement plus âgées (64,08 % de 30/40 ans), d'un niveau d'études plus élevé (82,44 % d'enseignement supérieur), moins consommatrices de tabac (15,53 %) et mieux couvertes socialement (6,67 % de CMU).

Discussion : Indéniablement satisfaites, les parturientes accédant au plateau bénéficient d'une alternative sûre, sous couvert d'une prise en charge hospitalière si nécessaire.

Conclusion : les parturientes s'orientant vers le plateau technique, en moyenne plus âgées, appartiennent à une CSP plus élevée. Cette pratique n'induit pas davantage de complications materno-foetal, voire améliore le pronostic maternel.

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

Abstract :

Introduction: Does the technical support center combined with physiology and less medicalisation, generate a higher materno-foetal risk? Isn't the mother's socio-demographic profile specific?

Goals: To describe the maternal and neonatal complications during labour and delivery, as well as the parturients' epidemiological profile depending on the medical care.

Tools and Method: Troop's study including 291 low risks parturients. Maternal and perinatal data were analysed.

Results: 85,71% of children were born after spontaneous vaginal delivery against 71,34% in level 1 maternity. This difference is not significant. It has been noted that within the technical support there were significantly lower rates of epidural analgesia (35,29% versus 69,73%), directed delivery (19,3% versus 87.25%), amniotomy (16,61% versus 47.87%), oxytocic used (16% versus 51.06%) and episiotomies (11,26% versus 25.44%). However there was no significant difference concerning the neonatal exit.

Although comparable from the geographical point of view, the parity and the corpulence, the parturients in technical unit were significantly older (64,08% were between 30 and 40 years old), with a higher level of education (82,44% have a higher education degree), consume less tobacco (15,53% only consume tobacco) and have a better social cover (6,67% of CMU).

Discussion: Undeniably satisfied, the parturients accessing the technical unit enjoy a safe alternative and remain covered in terms of hospital care and expenses if necessary.

Conclusion: The parturients who tend to go for the the technical support are on average older and belong to a higher socio professional category. This practice does not induce more maternal neither foetal complications and even improves the maternal prognosis.

Key words : Maternity hospital, technical support, independant midwife, global caring, childbirth, low-risk pregnancy.