Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 99 (2001)

Heft: 11

Artikel: La césarienne est elle vraiment préférable?

Autor: Gogniat Loos, Fabiène

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951311

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

EDITORIAL

La naissance par voie basse d'un fœtus en présentation de siège est devenue de plus en plus rare, si bien que lorsqu'elle se produit c'est bien souvent un véritable événement autour duquel sont rassemblés médecins, anesthésistes, sages-femmes et étudiants divers et nombreux...

Auprès des femmes, nous constatons souvent que leur inconscient, chargés de notions angoissantes liées à l'histoire de l'obstétrique et aux issues parfois dramatiques de telles naissances, les amènent, la plupart du temps et sans grande hésitation, à accepter la césarienne proposée par leur obstétricien. Cette attitude étant en vigueur chez grand nombre d'entre eux, on se devait donc, à l'ère de l'«evidence base medecine», de mettre sur pied une recherche visant à apporter les preuves de son bien-fondé, voire à la remettre en question.

Ce fût fait et nous vous en présentons les résultats dans ce numéro. Mais vouloir mettre en évidence la supériorité d'une attitude par rapport à une autre semble, pour un tel sujet, un peu illusoire. Et le faut-il vraiment?

Contrairement à un médicament pour lequel une comparaison objective s'avère relativement possible, de très nombreux paramètres entrent en jeu lors d'une naissance par voie basse, et encore plus lorsqu'il s'agit d'une présentation du siège. Bien sûr, il sera toujours possible d'observer la morbidité/mortalité maternelle et néonatale ainsi que d'autres critères tels que Apgar, pH, etc., mais peut-on véritablement comparer des conditions de mise au monde aussi différentes que celles du Canada et du Pakistan?

Que les obstétriciens gardent les yeux ouverts et ne formulent pas des conclusions trop hâtives. Cette étude mérite d'être regardée d'un peu plus près...

C. Finger

Christine Finger-Peitrequin

Présentation en siège

La césarienne est

Un article paru l'année dernière dans le journal britannique le Lancet a mis le feu aux poudres. Une étude randomisée, multi-centriste et touchant 2088 femmes dans 21 pays différents concluait à la nette supériorité de la césarienne planifiée sur la naissance par voie basse en cas de présentation du fœtus en siège. Ces conclusions ont déclenché une polémique dans le monde médical.

Fabiène Gogniat Loos

Dans 3 à 4% des grossesses, le fœtus à terme se présente en siège. Dans la plupart des cas, le mode de délivrance optimal est controversé: césarienne planifiée ou naissance par voie basse? L'étude du Lancet[1] s'était fixé pour but de comparer, par des moyens scientifiques et randomisés, une politique de césarienne planifiée avec une politique de naissance par voie basse.

Ainsi, 121 centres, dans 26 pays[2], ont participé à l'étude, permettant de recruter 2088 femmes. Ces femmes étaient enceintes d'un seul fœtus, qui se trouvait, à terme, en présentation du siège en mode complet ou décomplété. Ces femmes ayant donné leur accord, elles ont été assignées par tirage au sort à une césarienne planifiée ou à un accouchement par voie basse. Celles qui étaient désignées pour un accouchement par voie basse avaient l'assurance d'être assistées par un obstétricien expérimenté lors de la naissance. Mères et enfants étaient ensuite suivis pendant 6 semaines après la naissance. Les relevés déterminants étaient: mortalité périnatale, néonatale ou sérieuse morbidité néonatale[3], ainsi que mortalité maternelle ou sérieuse morbidité maternelle[4].

Les données ont été récoltées pour 2083 femmes. Des 1041 femmes assignées à la césarienne planifiée, 941 (soit 90,4%) ont effectivement eu une césarienne. Des 1042 femmes assignées à un accouchement par voie basse, 591 (soit 56,7%) ont finalement accouché ainsi. La mortalité périnatale, néonatale ou une sérieuse morbidité néonatale était significativement plus basse pour le groupe césarienne planifiée que pour le groupe naissance par voie basse (17 sur 1039 (1,6%) contre 52 sur 1039 (5.0%); risque relatif 0.33 [95% IC 0.19–0.56]; $p < 0.0001$); il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en matière de mortalité maternelle ou de sérieuse morbidité maternelle (41 sur 1041 (3,9%) contre 33 sur 1042 (3,2%);1.24 [0.79–1.95]; p=0.35).

L'étude a été interrompue le 21 avril 2000 pour des motifs éthiques, à cause des mauvais résultats du groupe «naissance par voie basse».

Cette étude est naturellement extrêmement importante, car elle implique, pour la première fois, un nombre significativement important de mères et d'enfants. Elle marque indéniablement un passage dans l'histoire de la présentation en siège. Nous ne saurions qu'encourager les lectrices qui savent l'anglais à lire l'article dans son entier.

Néanmoins, ici et là, des voix se sont élevées pour mettre en lumière certaines faiblesses de l'étude et donc pour remettre en question ces résultats.

Des systèmes de santé trop disparates?

Tout d'abord le Dr Michael Krause, de la Frauenklinik II à Nuremberg en Allemagne a publié un article très pertinent, en collaboration avec son collègue, le Prof. Axel Feige[5].

L'équipe du Dr Krause a elle aussi été approchée pour participer à cette étude. Après avoir étudié attentivement le protocole de l'étude, il a décidé de ne pas y donner suite, jugeant certaines conditions inacceptables. Ainsi les différences des systèmes de santé entre les pays développés et les autres, ont été jugées trop importantes, et ne permettant pas les comparaisons. D'autre part, la barre pour les pays à bas risque de mortalité a été fixée à moins de 20 cas de mortalité périnatale sur 10000 (selon le barème établi par l'OMS), ce qui est un taux jugé bien trop haut pour les pays dits développés par le Dr Krause, lequel se réfère par exemple à un taux de 5,9 sur 10000 dans le Land de Bayern.

La structuration extrêmement différenciée des différents centres est aussi à

·elle vraiment préférable?

Photos: Susanna Hufschmid

Considérées sans esprit critique, les conclusions de l'étude du Lancet peuvent faire des dégâts dans le monde obstétrical, renforçant encore plus la primauté de la césarienne.

considérer. Ainsi, les centres étaient sélectionnés selon 4 critères, si

1) une césarienne pouvait être effectuée en l'espace de 10 minutes ou entre 10 et 60 minutes
2) si les enfants en détresse pouvaient être réanimés immédiatement ou dans un délai de 10 minutes
3) une intubation pouvait être effectuée immédiatement ou dans un délai de 30 minutes
4) un respirateur artificiel était disponible sur place en moins de 24 heures ou s'il y avait la possibilité d'un transport dans une autre unité.

De l'avis du Dr Krause, les dernières options nommées dans chaque critère ne sont pas caractéristiques d'un département d'obstétrique digne de ce nom. Il perçoit donc de très grosses différences du point de vue des conditions logistiques qui amènent des doutes quant à la possible comparaison des 121 départements de naissance.

L'auteur fait aussi quelques remarques au sujet des cas de mort fœtale, respectivement néonatale, enregistrés. Trois cas de mortalité ont été enregistrés dans des pays avec un taux de mortalité périnatale peu élevé. On peut ainsi constater qu'il n'a pas été possible, dans un pays avec un bas taux de mortalité périnatale, de pratiquer à temps une césarienne en présence d'un CTG parlant et après une tentative de délivrance par voie basse (cas 3). Selon le Dr. Krause, il s'agirait de remettre en question le caractère de «centre» de cette unité; ainsi, il est illusoire de comparer la qualité des soins obstétriques dans des centres qui présentent de telles différences techniques, matérielles et de personnel.

Au fond, qu'est-ce qu'un obstétricien expérimenté?

Un autre point faible de l'étude est la classification de la qualité obstétricale de l'obstétricien présent lors de l'accouchement par voie basse. Les obstétriciens sélectionnés devaient simplement se juger eux-mêmes comme étant expérimentés en la matière et cette qualité devait être confirmée par leur supérieur. Il faut être très critique à ce sujet. En effet si la durée de l'activité clinique est un facteur déterminant pour l'expérience en matière de naissance en siège, elle n'est pas suffisante. Il faut voir par exemple combien de fois par an les obstétriciens expérimentés des hôpitaux participants ont conduit une naissance par voie basse en siège. Dans la plupart des hôpitaux européens, le taux de naissance vaginale en cas de siège n'est que de 10–20%, car la césarienne est le plus souvent mise en œuvre. Il y a donc assez peu d'occasions de récolter de l'expérience dans ce domaine. Dans la clinique du Dr Krause par contre, environ 150 femmes accouchent après la 32e semaine avec un bébé en siège. Le taux des naissances vaginales atteint presque 66%. Dans cet hôpital, un assistant en formation peut donc espérer diriger, en une année, 30 à 40 naissances par voie basse avec présentation en siège. En 2–3 ans, il a ainsi un bagage solide et peut se targuer d'être un obstétricien expérimenté en cette matière. On peut se demander si tel est le cas des 121 hôpitaux participant à l'étude. Si l'on divise les 2088 naissances en siège de l'étude par le nombre d'hôpitaux participant, on arrive à 17 présentations en siège par établissement. Comme la moitié des femmes subissent une césarienne, il reste environ 9 naissances vaginales en siège. L'étude s'est effectuée sur environ 4 ans. Il en résulte que par année, 2.3 naissances vaginales sont enregistrées par clinique. Parler en telle situation d'«expérience» n'est guère fondé, même si c'est un seul et même médecin qui dirige toutes les naissances en siège.

---

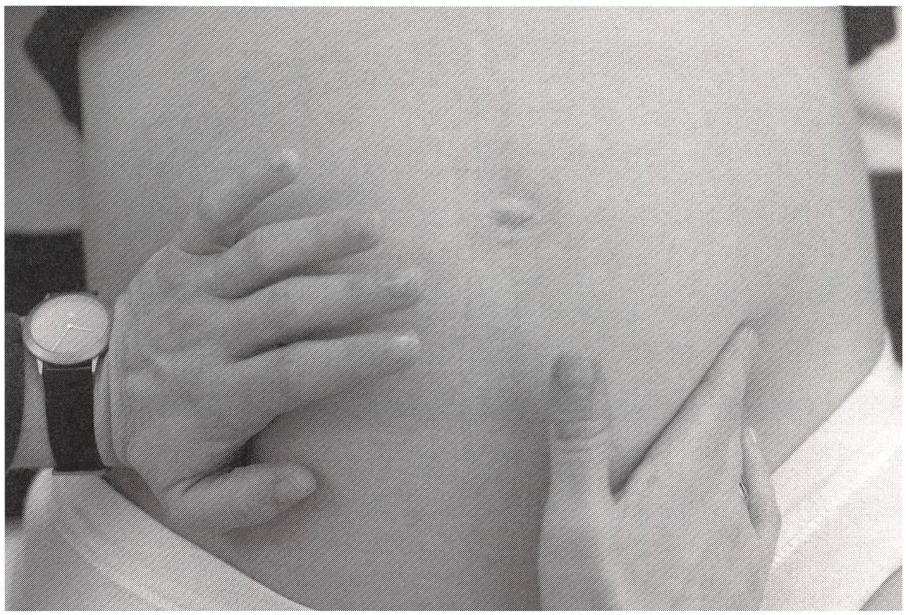
1 Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA et al.: «Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial» in Lancet, vol. 356, n° 9239, 21 oct. 2000, pp. 1375–1383.

2 Seize pays à bas taux de mortalité néo-natale (selon la définition de l'OMS: < 20/10000): Australie, Canada, Chili, Danemark, Israël, Finlande, Allemagne, Hollande, Nouvelle Zélande, Pologne, Portugal, Roumanie, Suisse, Grande-Bretagne, USA, Yougoslavie; et dix pays à taux de mortalité néonatale élevé (>20/10000): Argentine, Brésil, Egypte, Inde, Jordanie, Mexique, Pakistan, Palestine, Afrique du Sud, Zimbabwe.

3 = telles que: traumatisme à la naissance (qui comprenait entre autre hématome subdural, hémorragie intracérébrale ou intraventriculaire, fracture basale du squelette, etc.), crises intervenant à moins de 24 heures de vie ou requérant deux (ou plus) traitements médicamenteux, un score d'Apgar de moins de 4 à 5 minutes; un déficit en base du sang ombilical; hypotonie pendant au moins 2 heures; stupeur, réponse diminuant à la douleur ou coma; intubation et ventilation pendant au moins 24 heures; alimentation par tube pendant 4 jours ou plus; ou admission dans une unité de soins intensifs pour une durée supérieure à 4 jours.

4 = telles que: hémorragie post-partum de plus de 1500mL ou nécessité d'une transfusion sanguine; dilatation et curetage pour saignement ou rétention placentaire; hystérectomie; lacération cervicale impliquant le segment utérin inférieur (dans le cas d'une naissance vaginale); incision utérine verticale ou sérieuse extension d'une incision transverse (dans le cas d'une césarienne); hématome vulvaire ou périnéal réquérant une évacuation; thrombophlébite «deep-vein» ou embolie pulmonaire requérant une thérapie par anticoagulant; syndrome de détresse respiratoire (adulte); infection de la plaie réquérant un séjour prolongé à l'hôpital ou une réadmission à l'hôpital; fièvre maternelle supérieure à 38,5°C en deux occasions au moins au-delà de 24 h, n'incluant pas les premières 24 h; blessure à la vessie, à l'urêtre ou aux intestins réquérant une intervention; fistule génitale; obstruction intestinale; ou toute autre morbidité maternelle sérieuse.

5 «Kommentar zum Artikel *Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial*» in Die Hebamme 1/2001.



Pourquoi si peu de femmes suisses ont-elles participé à l'étude du Lancet? La césarienne pour un bébé en siège est-elle devenue si incontournable dans leur esprit?

Un autre point de critique important du Dr Krause se rapporte aux cas de fœtus morts-nés, respectivement de morts néonatales (16 en tout). Si l'on compare les poids de naissance avec le poids gestationnel correspondant, il apparaît rapidement que 8 fœtus sur 16 ont présenté des retards de croissance intra-utérin importants. Chaque obstétricien sait bien que des fœtus présentant un retard, quelque soit leur mode de présentation et leur mode de délivrance souffrent de handicaps anténatal. Ils ont, de facto, une haute morbidité et mortalité. Ces 8 cas sont tous apparus dans des pays qui, selon les critères de l'OMS sont des pays à haut taux de mortalité périnatale. Nous devons donc constater, avec le Dr Krause, qu'il y a eu, pour ces cas, une erreur de sélection. L'expérience montre que – quelque soit leur mode de présentation – des fœtus avec un retard de croissance profitent grandement d'une césarienne. De ce fait, ces cas auraient dû être exclus de l'étude. Les 8 autres cas de mortalité sont dus pour moitié à des motifs divers, sans lien aucun avec la présentation ou le mode de délivrance (mort intra-utérine, suspicion d'un syndrome ou malformation). Les quatre autres cas de mortalité sont la cause d'une délivrance vaginale difficile. Le Dr Krause pense que l'on revient inévitablement ici à la question de l'expérience et de la qualification des obstétriciens.

En Europe de l'ouest, la voie basse est à privilégier

L'étude conclut en disant que la césarienne est préférable pour le fœtus en cas de naissance par le siège. Mais cette affirmation n'est valable, selon l'expérience du Dr Krause, que pour les femmes qui ne peuvent accoucher dans des unités spécialisées en obstétrique. Elle n'est en aucun cas valable pour les nations industrialisées de l'Europe de l'ouest, où existent des centres structurés et bien équipés, qui sont à même de faire naître par voie basse un fœtus en présentation par le siège avec un taux de mortalité et de morbidité semblable à celui de la césarienne. La recommandation d'une césarienne pour des bébés en siège devrait être la deuxième meilleure solution pour les centres obstétriques structurés. Le Dr Krause termine en affirmant que notre objectif commun doit être de stimuler ces centres et de contribuer ainsi à éviter à des femmes jeunes et en bonne santé, des interventions opératives non absolument nécessaires.

Regards de sages-femmes

Dans un article paru dans la revue sage-femme MIDIRS[6], Gill Gyte et Julie Frohlich font une analyse très semblable, quoique différente, car elles se placent d'un point de vue sage-femme. Elles regrettent par exemple que ni la mobilité maternelle, ni la position d'accouchement (en cas de voie basse) n'aient été prises en considération dans cette étude. De leur point de vue, il y aurait là une piste importante à investiguer. Elles soulignent aussi une chose plutôt surprenante: le déclenchement artificiel du travail et l'emploi d'ocytocine a été autorisé dans cette étude, si les obstétriciens le jugeaient «raisonnable».

D'autre part, Mmes Gyte et Frohlich ont demandé à Mary Hannah, auteur de l'article du Lancet, de leur fournir le décompte exact des femmes et des pays participants à l'étude, détail qui n'apparaît pas dans l'article. Ainsi, 1027 femmes viennent de pays avec un bas taux de mortalité périnatale et 1056 de pays avec un taux élevé de mortalité périnatale. Les commentatrices ont ainsi pu constater que si l'on tient compte du fait que l'étude a couru sur 40 mois, il est surprenant que dans certains pays seule une poignée de femmes ait été d'accord de participer à l'étude (exemple une seule femme en Nouvelle Zélande comme au Danemark, 11 en Allemagne, 9 au Mexique et 19 en Suisse[7]). On ne peut que conjecturer à ce sujet: les femmes de ces pays étaient-elles à l'origine déjà opposées à l'idée d'une naissance par voie basse avec un bébé se présentant en siège, la considérant comme trop risquée et ont donc refusé de participer? Les responsables de recrutement ont-ils écarté des femmes du protocole pour des raisons obscures?

Cela soulève aussi la question de l'expertise exacte des obstétriciens dans ces pays. Les obstétriciens exerçant dans les hôpitaux ayant eu très peu de femmes participantes n'ont à coup sûr pas une aussi bonne expérience des accouchements en siège que leurs collègues des pays en voie de développement, qui ne recourent pas aussi systématiquement à la césarienne. La tendance à privilégier la césarienne dans nos pays dits développés fait que la plupart des obstétriciens n'ont pas une large expérience de la délivrance par voie basse. Cela fausse inévitablement les chiffres, naturellement en défaveur de la naissance vaginale.

D'autre part, Mmes Gyte et Frohlich soulignent que le suivi des mères a été fait «autant que possible» six semaines après la naissance, avec un taux de morbidité maternelle sérieuse de 3,9% pour la césarienne et de 3,2% pour la voie basse. Les auteurs du Lancet en concluent que la politique de césarienne planifiée n'est pas associée avec un taux plus élevé de complications pour la mère. Mais en ce qui concerne la morbidité après une césarienne, les deux commentatrices soulignent qu'il serait im-

6 Gill Gyte and Julie Frohlich: «Commentary on *Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial*» in MIDIRS, Midwifery Digest, Mars 2001, 11:1, pp. 80–83.

7 Deux hôpitaux ont participé à l'étude: les HUG à Genève (3300 accouchements/an) et l'hôpital régional de Bienne (800 accouchements/an), soit un total potentiel de 430-500 femmes (si l'on considère que le phénomène touche 3–4% des naissances et que l'étude a duré 40 mois).

portant de voir au-delà des six semaines considérées. Certains des problèmes reconnus à plus long terme après une césarienne, comme le placenta praevia ou le placenta accreta, qui se rencontrent au cours d'une grossesse ultérieure, n'ont pu être pris en compte ici.

Comprendre pour mieux pouvoir conseiller

Une chose est sûre, malgré toutes ses faiblesses, parfois non négligeables, cette étude aura une grande influence sur la manière dont les femmes seront conseillées à l'avenir sur leur mode d'accouchement en cas de présentation en siège. L'étude même pas encore publiée, des obstétriciens n'ont ainsi pas hésité à lancer un plaidoyer dans la presse en faveur de la césarienne «de routine» en cas de présentation en siège. Seule une claire compréhension des données de l'étude et de ses faiblesses nous permettra de répondre aux questions des femmes.

Peut-être devrions-nous aussi trouver de nouvelles voies pour contourner la présentation en siège. La version externe doit être prise en considération: de nombreuses études montrent que c'est une bonne option si elle est faite de manière appropriée et par un praticien expérimenté. D'autres thérapies (alternatives) vaudraient aussi la peine d'être investiguées.

Une espèce en voie de disparition?

Mmes Gyte et Frohlich concluent leur commentaire avec une vision d'avenir: qu'arrivera-t-il dans 10 ans, quand une maman arrivera à la maternité en travail bien avancé, avec un bébé en siège, et que nous aurons tous oublié que faire pour une naissance par voie basse? Il est certain qu'alors la naissance vaginale sera moins sûre que la césarienne! Il incombe à tous les obstétriciens et à toutes les sages-femmes de développer leur habileté et leurs talents en matière de délivrance par voie basse en cas de siège (n'oublions pas que, dans cette étude, 10% des femmes devant avoir une césarienne ont finalement accouché dans l'urgence, par voie basse, et aussi qu'il y aura toujours des femmes pour préférer la naissance vaginale à la césarienne). Nous devons identifier dans notre domaine professionnel celles et ceux qui ont l'expérience clinique et l'expertise pour accompagner de telles naissances et veiller à ce qu'ils ne soient pas bientôt une espèce en voie de disparition. ◀

Canton de Vaud

Suivi des femmes enceintes requérantes d'asile

Tout a commencé en avril 1999, pendant la guerre du Kosovo. L'afflux exceptionnel de réfugiés de ce conflit annonçait une hausse probable du nombre de femmes enceintes à suivre à la Policlinique de gynécologie-obstétrique du CHUV à Lausanne. C'est ainsi qu'est né le projet de collaboration entre les Centres de santé de la Fondation vaudoise pour l'accueil des requérants d'asile (FAREAS) et le groupe des sages-femmes indépendantes vaudoises.

Evelyne Roulet

Au printemps 99, des contacts ont été pris avec M. Rodolphe Schäublin, infirmier-chef du Service de santé infirmier de la FAREAS (SSIF) afin de lui soumettre un projet prévoyant la rencontre, à son domicile, de chaque requérante enceinte, dans le but d'établir une anamnèse et de programmer un suivi de grossesse adéquat. L'idée a été reçue avec beaucoup d'enthousiasme. De notre côté, quatorze sages-femmes indépendantes vaudoises se sont lancées dans ce projet, chapeautées par une sage-femme de référence.

Simultanément, un immense effort de traductions écrites a été entrepris, afin d'arriver, en juillet 99, à l'impression d'un carnet de grossesse français-albanais, contenant toutes les informations nécessaires, autant pour les équipes soignantes intra et extra hospitalières, que pour les requérantes elles-mêmes, ainsi qu'à la création d'un lexique de questions pour tous les stades de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, également traduit en albanais.

Evelyne Roulet
Après un parcours varié (aide en pharmacie, infirmière en Suisse et au Bénin), Evelyne Roulet s'est formée à la relation d'aide avant de prendre en charge un centre de requérants d'asile pendant 3 ans, puis de suivre l'école de sages-femmes de Chantepierre (diplômée en 1996). Actuellement, elle partage son temps entre le CHUV et une activité de sage-femme indépendante. Elle est également mère de trois enfants.

Durant le premier semestre de lancement du projet, nous avons ainsi suivi 61 familles. L'année 2000 nous a permis d'affiner les procédures, et tenter de faire reconnaître le projet dans le réseau de soins de la FAREAS et au niveau des assurances maladies.

Fonctionnement du nouveau réseau

Désormais, dès qu'elle suspecte une nouvelle grossesse, la femme requérante s'adresse au Centre de santé dont elle dépend et effectue un test. A la confirmation de la grossesse, l'infirmière en informe la sage-femme de référence par fax, au travers d'une fiche de liaison médicale, comportant les coordonnées de la requérante, la date des dernières règles, la date d'arrivée en Suisse, le nombre d'enfants et la langue parlée.

La sage-femme de référence évalue la situation. En cas de physiologie, elle cherche alors une sage-femme indépendante disponible pour prendre en charge ce suivi de grossesse. Elle aiguille les grossesse à risque directement chez le médecin gynécologue. En outre, elle tient des statistiques du nombre de grossesses signalées par les Centres de santé.

La sage-femme indépendante est totalement responsable du suivi de la grossesse de la requérante. C'est elle qui