

Accouchement en maison de naissance : quatre fois moins de risques de césarienne

Autor(en): **Borel, Bernard / Fioretta, Gérald / Burkhalter, Anne**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **109 (2011)**

Heft 5

PDF erstellt am: **18.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949930>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Accouchement en maison de naissance

Quatre fois moins de risques de césarienne

Depuis plus de dix ans, l'Hôpital du Chablais (Aigle/VD) abrite une maison de naissance gérée de manière indépendante par des sages-femmes en pratique libérale. Parallèlement, cet hôpital public accueille les naissances correspondant à une population d'environ 80 000 habitants. Une étude rétrospective a comparé 386 accouchements dans la maison de naissance Aquila et 788 accouchements similaires en maternité hospitalière, afin d'en évaluer les résultats périnataux.

Pour ces accouchements pratiqués sur sept années et demie (janvier 2002 à juin 2009), la moyenne d'âge maternel est significativement plus élevée à Aquila (32.3 ans vs 30.4 ans), la moyenne de poids des nouveau-nés n'est pas significativement différente (3414 g vs 3385 g), les mesures d'Apgar sont similaires et le ratio garçons/filles n'est pas significativement différent. Les deux collectifs comprennent autant de primipares que de secondipares, les grandes multipares (4P et plus) sont cependant plus représentées dans le collectif d'Aquila. Les facteurs d'exclusion comme les dernières données nous permettent d'exclure un biais en défaveur des résultats du collectif de la maternité.

Résultats

La comparaison (*Tableau*) des types de travail d'accouchements, spontanés, stimulés et provoqués montre une différence nettement significative entre les deux structures que ce soit sur l'ensemble des parturientes, toute parité confondue.

Parallèlement, les données concernant les modes d'accouchement mettent en lumière une différence significative semblable ($p < 0.001$): toute parité confondue, 74% de modes spontanés en maternité vs 90% à Aquila, 11% de ventouses à la maternité vs 6% à Aquila, 4% de forceps à la maternité vs 1% à Aquila, 12% de césariennes à la maternité et 3% à Aquila; les données des primipares sui-

Comparaison entre maternité et maison de naissance

	Maternité	Maison de naissance	Pvalue
Travail spontané	53%	93%	$p < 0.001$
Travail spontané chez primipares	42%	87%	$p < 0.001$
Accouchement spontané	74%	90%	$p < 0.001$
Accouchement spontané chez primipares	55%	82%	$p < 0.001$
Césarienne	12%	3%	$p < 0.001$
Césarienne chez primipares	20%	5%	$p < 0.001$
Anesthésie	80%	27%	$p < 0.001$
Anesthésie chez primipares	80%	27%	$p < 0.001$
Épisiotomie	29%	10%	$p < 0.001$
Épisiotomie chez primipares	41%	16%	$p < 0.001$
Périnée intact	35%	47%	$p < 0.001$
Périnée intact chez primipares	27%	38%	$p < 0.001$

vent la même tendance et le taux de césarienne reste 4 fois plus bas.

Plus finement, en ne comparant que les deux collectifs selon le critère du mode d'accouchement spontané, la différence est toujours significative ($p < 0.05$), bien que plus faible: les taux d'interventions, ventouses, forceps et césariennes, sont encore inférieurs pour la population de femmes qui ont commencé leur accouchement dans la maison de naissance.

Les données concernant les anesthésies péridurales sont très significatives ($p < 0.001$): avec une inversion des tendances «accouchement avec anesthésie» vs «accouchement sans anesthésie» selon si l'événement se déroule à la maternité ($n=378$) ou à Aquila ($n=170$), même si l'on exclut les accouchements provoqués ou stimulés.

Les chiffres correspondant à l'état des périnées révèlent une tendance inverse: à la maternité, le taux d'épisiotomies est élevé (29%); le taux de périnées intacts

est plus faible à la maternité qu'à Aquila où le taux d'épisiotomies est de 10%; les périnées intacts sont supérieurs à 37% à Aquila; quant à elles, les déchirures (I à IV) sont manière générale légèrement supérieures à Aquila, sans que cela soit statistiquement significatif.

La comparaison des durées de dilatation montre une différence significative ($p < 0.001$): ce résultat met en évidence tant pour une durée moyenne que médiane, en heures, de 5.36 à la maternité ($n=312$) vs 6.47 à Aquila ($n=152$), tendance qui est la même pour l'ensemble des groupes étudiés.

Analyse

Les interventions médicales, provocations, stimulations, césariennes et épisiotomies, sont significativement moindres chez les parturientes dont l'accouchement a commencé à Aquila :

– types de travail d'accouchements: 24%

Bernard Borel, MPH, pédiatre FMH, médecin-chef Hôpital du Chablais

Anne Burkhalter, sage-femme, clinicienne et enseignante, Aigle

Gérald Fioretta, statisticien et épidémiologiste, Genève

Collectif des Sages-femmes «Aquila», Aigle
Bernard Fasnacht, MPH, gynécologue-obstétricien FMH, médecin-chef Hôpital du Chablais

($p < 0.001$) stimulés et 23% ($p < 0.001$) provoqués à la maternité pour 5% ($p < 0.001$) stimulés et 1% ($p < 0.001$) provoqués à Aquila;

- types d'accouchement: 11% de ventouses à la maternité vs 6% à Aquila, 4% de forceps à la maternité vs 1% à Aquila, 12% de césariennes à la maternité et 3% à Aquila ($p < 0.001$);
- taux élevé d'épisiotomies: 29% à la maternité vs 10% à Aquila ($p < 0.001$);
- taux de péridurales: 80% à la maternité vs 27% pour les parturientes provenant d'Aquila et accouchant à la maternité ($p < 0.001$).

Les résultats concernant l'état du périnée et la durée de dilatation sont intéressants: même si le taux d'épisiotomie est relativement haut pour un collectif de maison de naissance (10%), il est pourtant nettement moindre qu'à la maternité (29%, $p < 0.001$). Comme le montre le Tableau, ce taux bas est en corrélation avec un taux élevé de périnées intacts et le taux légèrement plus élevé de déchirures à Aquila n'est pas statistiquement significatif. Ces résultats confirment les différentes études effectuées et retrouvées dans la littérature (Sartore & al., 2004) concernant les facteurs influant à terme l'état du périnée et, avec leurs auteurs, nous sommes en mesure de confirmer la pratique d'Aquila comme non dommageable.

Les résultats concernant la durée de dilatation, avec un temps significativement plus court en maternité ($p < 0.001$) sont probablement à mettre en lien avec les interventions médicales significativement plus importantes à la maternité, telles que provocations, stimulations, forceps, ventouses et césariennes, réduisant le temps de dilatation. Cette différence de durée de dilatation peut comporter néanmoins un biais car la mesure du temps de dilatation n'est pas entièrement standardisé et comporte donc un élément subjectif.

Il est en outre à relever que le risque relatif standardisé pour un bébé né à la maternité d'un transfert en division de néonatalogie est de près de 2.5 plus élevé par rapport à ceux qui sont nés dans la maison de naissance ($p < 0.05$).

Discussion

Globalement, les résultats de cette étude comparative mettent en évidence une pratique de l'accouchement plus physiologique en maison de naissance: 53% ($p = 0.000$) d'accouchements spontanés à la maternité pour 93% ($p = 0.000$) à Aquila. S'il est évident que par la nature même de sa structure particulière, la maison de naissance Aquila exclut toute grossesse pathologique ainsi que les antécédents

d'accouchements dystociques, les deux populations, une fois standardisées (cf. critères d'exclusion), sont similaires et tout à fait comparables.

Le bas taux d'épisiotomies est en corrélation directe avec un taux élevé de périnées intacts, sans augmentation significative des déchirures – en particulier des déchirures du 3^e et 4^e degrés à la maison de naissance – est un élément important pour les femmes dont la physiologie est davantage préservée.

Cette étude comparative va dans le sens des nombreuses études sur ces sujets; parmi les dernières parues, l'étude randomisée présentée par le Département d'Obstétrique et de Gynécologie de Trieste-Italie (Sartore & al., 2004) et répertoriée dans The Cochrane Library, de bon niveau d'évidence, ne révèle aucun bénéfice à la pratique de l'épisiotomie médio-latérale, telle que pratiquée à la maternité.

Par ailleurs, cette étude semble confirmer des travaux déjà publiés (Rogers & al., 1999) en particulier chez les nullipares, qui ont démontré que l'anesthésie péridurale accroît significativement la durée du travail et augmente les naissances par césarienne pour dystocies.

D'autre part, cette étude montre que la patience et la possibilité offerte aux femmes d'accoucher dans différentes positions et non prioritairement en décubitus dorsal, comme c'est la règle à la maternité, sont des éléments importants pour assurer un accouchement qui respecte le plus la physiologie. Cela confirme les résultats repris dans un rapport issu de la base de données *Cochrane Library* (Hodnet & al., 2007).

Bénéfices d'un suivi continu

Un nombre conséquent d'études récentes (Klein, 2006), (Romano, Lothian, 2008), mettent en évidence les bénéfices – pour la mère et l'enfant – du suivi continu respectueux du rythme physiologique de la naissance vs les méthodes de suivi de type *active management*.

Tenant compte de la littérature et de l'évaluation statistique comparative d'Aquila, il paraît évident de recommander en première intention une pratique non interventionniste de l'accouchement, respectueuse de la physiologie propre à chaque parturiente: l'accompagnement continu d'un accouchement physiologique par une sage-femme serait-il alors le *gold standard* de la pratique hospitalière, en maternité? Quoi qu'il en soit, une information éclairée des femmes enceintes, une préparation à la naissance incluant une approche favorisant la promotion de la santé des femmes et de leur

enfant et le développement des compétences – *empowerment*, suivi du processus de consentement éclairé, s'avèrent indispensables.

Enfin, l'étude rétrospective comparative conduite à Aigle suggère que les différentes positions d'accouchement, la confiance dans les compétences maternelles et le respect du rythme physiologique propre à chaque accouchement, même avec un temps de dilatation plus long, jouent probablement un rôle important, préservant mieux la physiologie, réduisant à la fois le nombre d'interventions médicales au cours du travail d'accouchement (lors de la dilatation et de l'expulsion), les risques qui y sont liés et les coûts induits.

De plus, cette étude suggère que, pour des accouchements physiologiques, la médicalisation et l'*active management*, non seulement n'améliorent pas l'état du nouveau-né, mais augmentent même le risque d'une asphyxie et le transfert en division de néonatalogie.

A partir de ces éléments, certaines questions sont désormais posées:

- Lors de chaque entrée de parturientes en maternité, pour un accouchement présumé physiologique, un suivi continu par une sage-femme compétente n'est-il pas systématiquement et spécifiquement envisageable?
- Pourrait-il en améliorer l'efficacité meilleure (coût/efficacité) pour une qualité d'accompagnement optimal (satisfaction des parturientes, de leur partenaire et des professionnels)?
- Par leur formation, les sages-femmes acquièrent-elles les compétences attendues et nécessaires pour mener *activement* des accouchements physiologiques? ◀

Avec mes remerciements à l'équipe de sages-femmes d'Aquila pour leurs commentaires.
Anne Burkhalter

Bibliographie

- Hodnett ED., Gates S., Hofmeyr G.J., Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Base de données des analyses documentaires systématiques Cochrane 2007, 4e éd.
- Klein MC. L'analgésie péridurale accroît-elle les taux de césariennes? In: Le Médecin de Famille Canadien. Avril 2006.
- Rogers R., Gilson G., Kammerer-Doak D. Epidural analgesia and active management of labor: effects on length of labor and mode of delivery. In: *Obstetrics & Gynecology*: June 1999, 995–998.
- Romano AM., Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. In: *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008 Jan–Feb; 37(1): 94–104.
- Sartore A. et al. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. In: *Obstetrics and Gynecology*: avril 2004, 669–673.



Marion Kaplan et Prof. Jean-Pierre Relier

Réussir son enfant pour la vie

Jouvence, 2009, 244 p.
ISBN = 2-88353-657-9

Les auteurs voudraient faire découvrir des aspects méconnus – ou moins connus – de l'aventure de la naissance, en particulier l'impact de l'alimentation, l'inconscient du fœtus et l'empreinte de la naissance, ce qu'apporte son thème astrologique ou la constitution de son arbre généalogique.

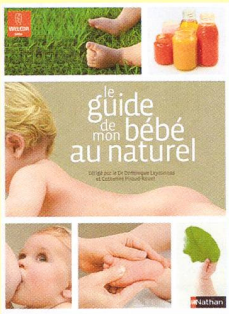


Anne Deville

La grossesse des paresseuses

Marabout, 2009, 346 p.
ISBN = 2-501-05081-4

«En étant enceinte, j'en avais un peu assez de ce discours gnangnan qui vous fait croire que l'on va vivre 9 mois dans l'émerveillement total, les mains collées sur votre bidon, la mine réjouie et le sourire de Madone aux lèvres... Pour moi, la grossesse n'a pas été un long fleuve tranquille et je voulais un peu démystifier tout ce qui concerne la grossesse».

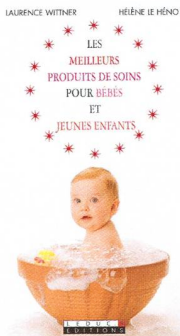


Sous la direction de Dr. Dominique Leyronnas

Le guide de mon bébé au naturel de 0 à 2 ans

Nathan, 2010, 259 p.
ISBN = 2-092-78290-8

Un guide écrit par une équipe de professionnels favorables au respect des processus naturels et à la reconnaissance des médecines alternatives pour soigner bébé. Avec divers conseils sur la manière de prendre soin de Bébé «autrement», y compris ostéopathie, homéopathie, vaccins, portage, médecines alternatives, alimentation saine, mode de vie, etc.



Laurence Wittner et Hélène Le Héno

Les meilleurs produits de soins pour bébés et jeunes enfants

Leduc, 2009, 128 p.
ISBN = 2-84899-278-5

Une sélection très exigeante des meilleurs produits à acheter en toute confiance: gels lavants et produits pour le bain, eaux et lotions nettoyantes, laits et crèmes visage et corps, crème pour le change, huiles et baumes de massage, crèmes solaires.



Mariela Michelena

Les femmes mal aimées

Payot, 2009, 283 p.
ISBN = 2-228-90388-2

L'auteure, psychanalyste madrilène, s'adresse à toutes les femmes mal aimées: pas nécessairement femmes battues, mais femmes prisonnières de relations impossibles, destructrices, qui pleurent un amour perdu, qui vivent des amours interdits, qui sont trompées... Elle montre à chacune d'elles comment reprendre les rênes de sa vie.