

L'accouchement par sage-femme en pleine autonomie. Revue de la littérature et analyse de 80 mois d'activité à l'Hôpital Universitaire Erasme

Delivery by midwife in full autonomy. Literature review and analysis of 80 months of activity at the University Hospital Erasme

P. Gironi^{1,2}, C. Kirkpatrick¹, C. Baeyens³ et Y. Englert^{1,2}

Université libre de Bruxelles (ULB), ¹Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Erasme, ²Laboratoire de Recherche en Reproduction Humaine, Faculté de Médecine, ³Sage-femme, Hôpital Erasme

RESUME

Introduction : Le siècle dernier a porté toute son attention sur la prise en charge des grossesses pathologiques avec des résultats remarquables, au prix d'une surmédicalisation néfaste aux grossesses normales. Des efforts centrés sur les patientes enceintes à bas risque se développent. **Objectifs :** Comparer les issues obstétricales et néonatales obtenues par des sages-femmes indépendantes (SFI) autonomes à un groupe contrôle de parturientes à bas risque de l'Hôpital Erasme.

Matériel et Méthodes : Constitution rétrospective d'une cohorte multivariée cas-témoins 1:2 de patientes à bas risque dont 128 suivies en période prénatale et accouchées par les SFI et 256 suivies en période prénatale et accouchées par le groupe contrôle Erasme (E).

Résultats : Le taux d'accouchement spontané par voie basse est significativement plus élevé dans le groupe SFI (88,28 % versus 77,7 % dans le groupe E). Les taux de péridurales (66,79 % versus 37,50 %) et d'épisiotomie (24,61 % versus 8,60 %) sont significativement plus élevés dans le groupe E. Les transferts en service néonatal sont plus fréquents dans le groupe E.

Conclusion : Les attitudes obstétricales sont moins interventionnistes chez les SFI. Les raisons peuvent être liées à des biais de sélection ou à des pratiques obstétricales différentes au sein des deux groupes. Il en résulte des effets positifs en termes d'issues maternelles et néonatales.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 141-6

ABSTRACT

Introduction : The last century focused all its attention on the care of the pathological pregnancies with remarkable results, at the price of fatal overmedicalisation in normal pregnancies. Efforts centered on the pregnant patients at low risk are being developed.

Objectives : To compare obstetric and neonatal outcomes obtained by independent midwives (IM) to a group control of pregnant women at low risk at Hospital Erasme.

Material and Methods : Retrospective constitution of a multivariate cohort case-witnesses 1:2 of patients at low risk including 128 followed in antenatal and delivered by the IM and 256 followed in antenatal and delivered by the group control Erasme (E)

Results : The rate of spontaneous vaginal delivery is significantly higher in the group IM (88,28 % versus 77,7 % in the group E). The rates of epidurals (66,79 % versus 37,50 %) and episiotomies (24,61 % versus 8,60 %) are significantly higher in the group E. Transfers to the neonatal unit are more frequent in the group E.

Conclusion : The obstetrics attitudes are less interventionist in the IM group. The reasons can be linked to bias selection or to different obstetrics practices in both groups. Positive effects in terms of maternal and neonatal outcomes are quite positive.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 141-6

Key words : physiological delivery, independent midwives, obstetric outcome, neonatal outcome

INTRODUCTION

Le siècle dernier a porté toute son attention et tous ses efforts sur la prise en charge des grossesses pathologiques avec des résultats remarquables en termes de diminution drastique de la mortalité maternelle et néonatale ainsi qu'en termes d'amélioration de la santé des femmes qui accouchent et de leurs nouveau-nés^{1,2}. La médicalisation a été une révolution pour le monde de l'obstétrique.

Mais la pratique d'actes médicaux n'est pas un gage systématique de sécurité supplémentaire, surtout quand les techniques développées pour la pathologie sont parfois surutilisées par extension dans des situations à bas risque où leur utilité n'est pas démontrée et où souvent la morbidité iatrogène est supérieure à leur bénéfice³.

Depuis une vingtaine d'années, on observe dans certains pays de nouvelles politiques de soins maternels. On voit ainsi émerger peu à peu des modèles de soins, intra et/ou extrahospitaliers, axés sur la physiologie et gérés par les sages-femmes. De tels environnements de soins ont fait état de meilleures issues que les soins traditionnels⁴.

Cette étude a pour objectif de comparer les issues obstétricales et néonatales obtenues dans le groupe de parturientes suivies par les sages-femmes indépendantes autonomes à celles d'un groupe contrôle de patientes ayant suivi le parcours habituel des parturientes de l'Hôpital Erasme.

MATERIEL ET METHODES

Cette étude a été réalisée de façon rétrospective à partir des données collectées sur les dossiers des patientes admises entre janvier 2006 et août 2012 à l'Hôpital Erasme qui accueille en moyenne 2.000 accouchements par an.

Les grossesses à haut risque obstétrical ont été exclues sur base des critères classiques suivants : la présence d'un antécédent médical, chirurgical ou obstétrical à risque (maladie maternelle sévère, utérus cicatriciel, antécédent de pathologie obstétricale), la présence d'un risque anténatal (grossesse multiple, hypertension gravidique, diabète gestationnel, retard de croissance intra-utérin, présentation autre que céphalique en fin de grossesse), la présence d'un risque avant le travail (prématurité avant 37 semaines d'aménorrhée), la nécessité de déclenchement artificiel du travail et l'âge maternel < 16 ans et > 40 ans.

Parmi les 193 patientes suivies et accouchées par les sages-femmes, 59 ont été exclues de cette partie de l'étude afin de satisfaire à la définition de grossesse à bas risque (N = 134) : 1,55 % de patientes < 16 ans ou > 40 ans, 3,63 % de césariennes antérieures, 13 % de complications anténatales et 22,28 % de déclenchements.

Afin d'obtenir un groupe contrôle comparable, les mêmes critères d'exclusion ont été appliqués pour définir ce groupe représenté par des patientes suivies en prénatal par les médecins et dont les accouchements ont été effectués par l'équipe obstétricale de la salle d'accouchement (les post-gradués, les résidents et les gynécologues privés). Parmi les 12.401 patientes ayant été accouchées par le groupe contrôle entre janvier 2006 et août 2012, moins de 50 % d'entre elles (N = 5.227) entraient dans la définition de grossesse à bas risque : 2,9 % de patientes < 16 ans ou > 40 ans, 9,89 % d'antécédents maternels sévères, 10,22 % de césariennes antérieures, 30,11 % de complications anténatales, 28,04 % de déclenchements, 8,74 % de naissances prématurées et 4,90 % de présentations autres que céphalique.

Afin de minimiser les biais de sélection, un appariement 1:2 pour l'âge maternel et la parité a été réalisé à partir de la date de la première consultation prénatale. Cette donnée était manquante chez 6 patientes du groupe sage-femme (figure).

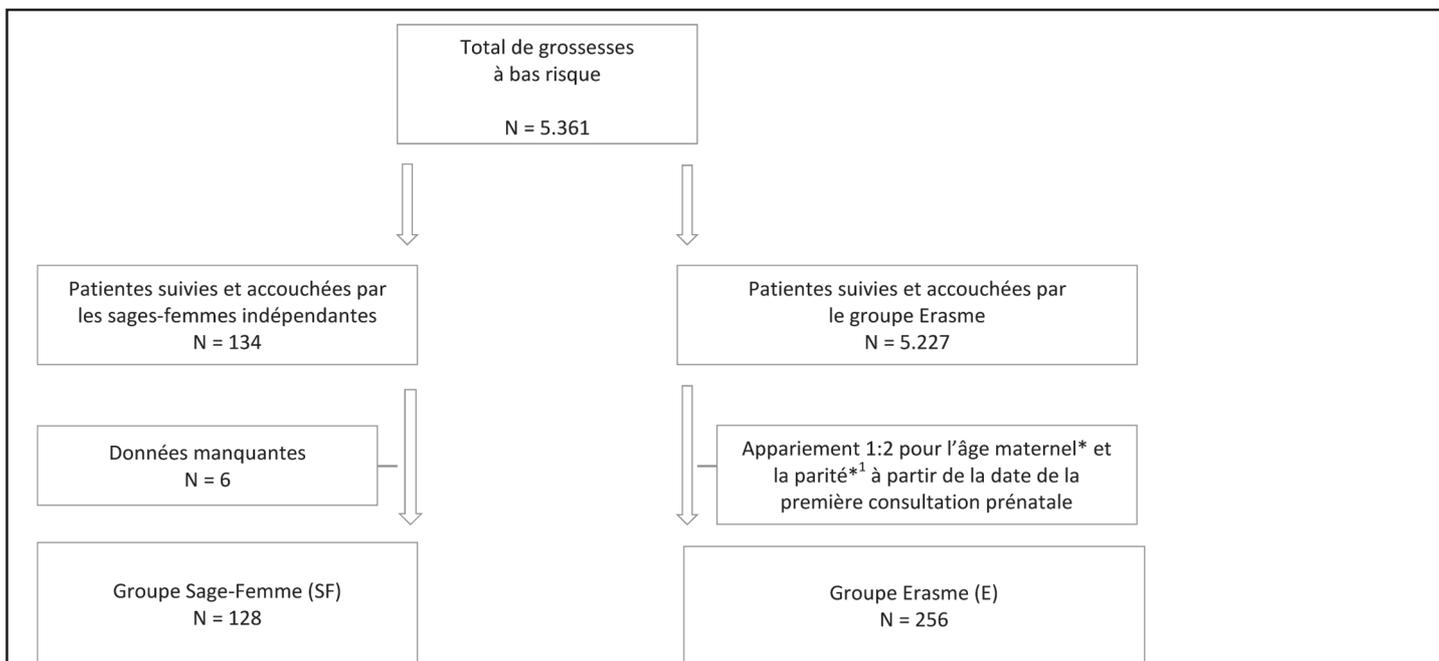
L'analyse statistique des variables qualitatives et quantitatives a été effectuée par le test exact de Fisher et le test du Chi². Concernant les comparaisons de moyenne ou de médiane, les hypothèses sous-jacentes au modèle (T-test / ANOVA) ont été testées au moyen des tests ad hoc (Bartlett pour l'homogénéité des variances et Kolmogorov-Smirnov pour la normalité des résidus). Un test t de Student ou de Wilcoxon a été entrepris sur les données. Toutes les hypothèses ont été testées au risque alpha de 0,05.

RESULTATS

Lors de l'admission en salle d'accouchement, la majorité des primipares du groupe E (62,79 % *versus* 44,80 % du groupe SF, P = 0,054) se présentent avec une dilatation inférieure ou égale à 4 cm. Parmi les multipares, une proportion similaire de patientes se présentent avec une dilatation inférieure ou égale à 4 cm dans les deux groupes (50,82 % du groupe SF *versus* 45,00 % du groupe E, P = 0,533).

On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes concernant la durée moyenne du premier stade du travail. Par contre, la durée moyenne du deuxième stade significativement plus courte est constatée chez les primipares sans péridurale du groupe Erasme (tableau 1).

Le mode d'accouchement est significativement différent entre les deux groupes avec un taux d'accouchement spontané par voie basse significativement plus important dans le groupe SF (tableau 2). De plus, la répartition des indications d'extraction instrumentale est significativement différente puisque la lenteur d'expulsion constitue la première indication dans le groupe SF alors que c'est le rythme cardiaque fœtal (RCF) anormal dans le groupe E. Néanmoins, la répartition des différents motifs de césarienne est



*L'âge maternel (année) : distribution par catégorie d'âge et moyenne numérique.

	< 20	20-22	23-28	29-32	33-35	36-39	> 39	Moy (± ET)	P
Groupe E	6 (2,34 %)	22 (8,59 %)	92 (35,94 %)	76 (29,69 %)	36 (14,06 %)	20 (7,81 %)	4 (1,56 %)	28,9 (± 5)	0,83

Groupe SF	3 (2,34 %)	11 (8,59 %)	46 (35,94 %)	38 (29,69 %)	18 (14,06 %)	10 (7,81 %)	2 (1,56 %)	28,8 (± 4,7)	
-----------	------------	-------------	--------------	--------------	--------------	-------------	------------	--------------	--

Groupe E : Groupe Erasme ; Groupe SF : Groupe Sage-Femme ; Moy : moyenne ; ET : écart-type.

*1La parité : distribution et moyenne numérique.

	0	1	2 ou 3	4 ou 5	> 5	Moy (± ET)	P
Groupe E	134 (52,34 %)	88 (34,37 %)	30 (11,72 %)	2 (0,78 %)	2 (0,78 %)	0,67 (± 0,94)	0,94
Groupe SF	67 (52,34 %)	44 (34,37 %)	15 (11,72 %)	1 (0,78 %)	1 (0,78 %)	0,66 (± 0,92)	

Groupe E : Groupe Erasme ; Groupe SF : Groupe Sage-Femme ; Moy : moyenne ; ET : écart-type.

Figure : Diagramme de flux de l'étude.

Tableau 1 : Différents stades du travail dans le groupe sage-femme et le groupe Erasme.

		Groupe SF (N = 128)	Groupe E (N = 256)	P
Stade 1 (min) Durée Moy (± ET) ou Méd	Primipare	284,1 (± 219,1)	306,4 (± 203,4)	0,187
	Multipare	163,1 (± 133,1)	190,0 (± 127,7)	0,475
Stade 2 (min) Durée Moy (± ET) ou Méd	Primipare sans péridurale	50,6 (± 39,15)	31,8 (± 26,97)	0,025
	Primipare avec péridurale	73,3 (± 37,66)	67,6 (± 47,27)	0,528
	Multipare sans péridurale	16	12	0,427
	Multipare avec péridurale	24,5	22	0,719
Stade 3 (min) Durée médiane		14	12	0,002

Moy : moyenne ; ET : écart-type ; Méd : médiane ; Groupe SF : Groupe Sage-Femme ; Groupe E : Groupe Erasme.

Tableau 2 : Issues obstétricales et néonatales dans le groupe SF et le groupe Erasme.

	Groupe SF (N = 128)	Groupe Erasme (N = 256)	P	*P globale
<i>Mode d'accouchement</i>				0,020
Voie basse spontanée	113 (88,28 %)	199 (77,7 %)	< 0,001	
Extraction instrumentale	14 (10,94 %)	44 (17,19 %)	0,131	
Césarienne	1 (0,78 %)	13 (5,08 %)	0,068	
<i>Lésions périnéale</i>				< 0,001
Périnée intact + D1	90 (70,31 %)	134 (52,44 %)	0,003	
Épisiotomie	11 (8,60 %)	63 (24,61 %)	< 0,001	
D2 ou D3 ou D4	27 (21,09 %)	59 (23,05 %)	< 0,001	
Score d'Apgar > 7 à 5 minutes de vie	1 (0,78 %)	7 (2,74 %)	0,377	
Poids de naissance (g) Moyenne (± écart-type)	3.445 (± 384)	3.391 (± 423)	0,224	
Hospitalisation néonatale	1 (0,78 %)	10 (3,90 %)	0,16	

D1 : déchirure du 1^{er} degré ; D2 : déchirure du 2^e degré ; D3 : déchirure du 3^e degré ; D4 : déchirure du 4^e degré ; Groupe SF : Groupe Sage-Femme ; Groupe E : Groupe Erasme. *Test exact de Fischer pour la P-value globale comparant l'ensemble des classes de ce critère.

Tableau 3 : Prise en charge du travail dans le groupe SF et le groupe Erasme.

	Groupe SF (N = 128)	Groupe E (N = 256)	P
RAPE	54 (41,19 %)	116 (45,31 %)	0,637
Péridurale	48 (37,50 %)	171 (66,79 %)	< 0,001
Ocytocine	0 (0,00 %)	8 (3,125 %)	0,021

RAPE : rupture artificielle de la poche des eaux ; Groupe SF : Groupe Sage-Femme ; Groupe E : Groupe Erasme.

comparable avec comme indication principale le RCF anormal dans les deux groupes.

Les taux de score d'Apgar à 5 minutes et d'hospitalisations néonatales ne sont pas significativement différents entre les groupes (tableau 2).

Les taux de péridurales et d'ocytocine sont significativement plus élevés dans le groupe E. Par contre, on n'observe aucune différence significative dans le pourcentage de rupture artificielle des membranes entre les deux groupes (tableau 3).

DISCUSSION

En 2012, Johantgen *et al.* ont réalisé une méta-analyse de 21 études essentiellement observationnelles comparant les issues obstétricales et néonatales obtenues par les SF et les médecins. Leurs résultats confirmaient une plus grande fréquence d'accouchement par voie basse spontanée avec des résultats néonataux similaires voire meilleurs par les SF⁵. À l'inverse, un essai clinique randomisé en double aveugle portant sur 492 patientes à bas risque⁶ ne constatait aucune différence significative dans le taux

de césarienne (2,1 % SF *versus* 0,4 % médecins).

La moindre fréquence de l'analgésie péridurale chez les patientes suivies par les SF dans ce travail pourrait être due à un soutien psychologique plus important par la sage-femme durant le travail. La prise de bain et le massage pourraient aussi être utiles à la gestion de la douleur durant le travail⁷. Ce taux plus faible d'analgésies péridurales peut expliquer le taux plus élevé d'accouchement spontané. Les effets de l'analgésie péridurale sur le déroulement du travail sont toujours débattus dans la littérature. Les études randomisées publiées⁸⁻¹⁰ ne permettent pas de conclure définitivement sur l'influence de l'analgésie péridurale sur le taux de césarienne. Une méta-analyse de la Cochrane comparant l'analgésie péridurale et celle par opiacés¹¹ montrait une tendance à l'augmentation du taux de césarienne pour RCF anormal dans le groupe bénéficiant d'une analgésie péridurale (OR 1,30 ; IC 95 % 0,93-1,83) ainsi qu'une augmentation significative de la durée de la seconde phase du travail, du besoin en ocytocique et du taux d'extraction instrumentale.

Dans notre étude, le taux d'épisiotomie est trois fois moins important chez les SF avec un taux de déchirure périnéale du 2^e, 3^e ou 4^e degré similaire entre les deux groupes. Janssens *et al.*¹² ne retrouvent pas de différence significative dans le taux d'épisiotomie (11,5 % SF *versus* 14,7 %, P = 0,12) mais une augmentation mineure du taux de D1 ou D2 (51,8 % *versus* 50 %, P = 0,55) et de D3 ou D4 (4,3 *versus* 2,9 %, P = 0,25) chez les SF. D'autres études démontrent une différence significative dans le taux d'épisiotomie, moins important chez les SF^{6,13,14}.

Bien que les données sur la durée des différentes phases de travail soient rares, l'essai clinique de Chambliss *et al.* publié en 1992⁶ a constaté une

première phase plus courte chez les médecins (8,4 heures *versus* 10 heures chez les SF, $P = 0,02$) suite à une utilisation plus importante d'ocytocine. A l'inverse, ils retrouvent une deuxième (33 minutes *versus* 45 minutes chez les médecins, $P = 0,0005$) et troisième phase (15 minutes *versus* 20 minutes chez les médecins, $P = 0,01$) plus courte chez les SF qui s'expliquerait par un taux d'analgésie péridurale plus élevé chez les médecins. Dans notre étude, des résultats opposés sont observés concernant les trois phases du travail.

Concernant l'issue néonatale, la grande majorité des études ne trouvent également aucune différence significative dans l'Apgar à 5 minutes de vie^{6,12,14-17}. Concernant le taux d'admission au centre néonatal, notre étude ne rapporte pas de différence significative. A ce titre, une augmentation non significative est également rapportée dans l'étude prospective de Jackson *et al.* 1993¹⁸ (11,8 % *versus* 9,7 %, OR -1,3 ; IC 95 % -3,8-1,1). Par contre, une différence significative est retrouvée dans deux essais rétrospectifs avec une hospitalisation néonatale plus fréquente chez les obstétriciens^{13,16}.

Dans ce travail, on constate qu'accoucher avec une sage-femme indépendante autonome se fait le plus souvent spontanément avec moins de lésions périnéales et sans altération de la morbidité néonatale. Les raisons peuvent être liées à des biais de sélection ou à des pratiques obstétricales différentes au sein des deux groupes.

Les biais de sélection sont à prendre soigneusement en compte du fait de l'absence de randomisation. Cette étude travaille sur un échantillon réduit : 384 dossiers ont été analysés sur une population initiale à bas risque de 5.361 patientes. Bien que les biais de sélection soient minimisés par l'analyse multivariée, les facteurs de risque généraux tels que le BMI, le niveau socio-économique ou encore les assuétudes n'intervenant pas dans cette étude peuvent être également responsables de l'apparition de ces biais. Il est également important de souligner que le score d'Apgar est généralement attribué par la sage-femme que l'accouchement soit effectué par le médecin ou par la sage-femme elle-même.

Par ailleurs, la prise en charge des patientes en salle de naissance dépend de nombreux facteurs, comme la personnalité et les pratiques obstétricales de la sage-femme ou du médecin, son interprétation personnelle du comportement des patientes (douleur, fatigue, ...), mais aussi du contexte général (charge de travail, gestion des urgences, ...). On pourrait suggérer dans le groupe contrôle Erasme une variation liée à l'expérience du praticien qu'il s'agisse d'un médecin résident ou d'un post-gradué mais l'homogénéité de la pratique est bel et bien existante car elle est non seulement supervisée par les médecins résidents mais également liée aux *guidelines*.

CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons démontré qu'accoucher avec une sage-femme se fait le plus souvent spontanément avec moins de lésions périnéales et sans altération de la morbidité néonatale.

C'est pourquoi, il semble intéressant de replacer les sages-femmes au sein d'un environnement, tel qu'une " salle centrée sur la physiologie ", où elles pourront développer des pratiques spécifiques à la prise en charge des patientes à bas risque en lien avec leur concept de la physiologie et ainsi préserver, à bon escient, le caractère naturel de la naissance.

Le Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Erasme est sur le point d'ouvrir un gîte de naissance intra-hospitalier destiné à favoriser des prises en charge adaptées aux grossesses à bas risque. Ce gîte sera intégré dans un travail en réseau avec différents acteurs assurant la continuité dans la prise en charge de la grossesse. La sage-femme qui dépistera un problème ou une pathologie dans le pré, per ou post-partum, orientera la parturiente vers le professionnel le plus adapté. Ce réseau permet la sélection des femmes à bas et haut risque déterminant l'importance de la médicalisation nécessaire de la grossesse. Au cours du travail et de l'accouchement, il permet également d'assurer des conditions de transfert de qualité optimale entre le gîte de naissance et la salle d'accouchement traditionnelle, voire le quartier opératoire ou toute structure hospitalière nécessaire de manière imprévue. En effet, il ne faut pas oublier que quelle que soit la définition de la grossesse à bas risque, l'évaluation du niveau de risque est évolutive jusqu'à la fin de l'accouchement.

Conflits d'intérêt : néant.

Les auteurs signalent que ce projet est soutenu par un grant de la firme Merck Serono.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loudon I : Death in Childbirth : An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950. Oxford, England, Clarendon Press, 1993 : 112-23
2. Van Lerberghe W, De Brouwere V : Of blind alleys and things that have worked : history's lessons on reducing maternal mortality. Studies Health Services Organisation and Policy 2001 ; 17 : 7-33
3. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D : Home like versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 ; 1 : CD 000012
4. Rowe-Murray HJ, Fisher JR : Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. Br J Obstet Gynaecol 2001 ; 108 : 1068-75
5. Johantgen M, Fountain L, Zangaro G, Newhouse R, Stanik-Hutt J, White K : Comparison of Labor and Delivery Care Provided by Certified Nurse-Midwives and Physicians : A Systematic Review, 1990 to 2008. Women's Health 2012 ; 22 : 73-81

6. Chambliss LR, Daly C, Medearis AL, Ames M, Kayne M, Paul R : The role of selection bias in comparing cesarean birth rates between physician and midwifery management. *Obstet Gynecol* 1992 ; 80 : 161-5
7. Cluett ER, Burns E : Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009 ; 2 : CD 000111
8. Howell CJ, Kidd C, Roberts W *et al.* : A randomized controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labor. *Br J Obstet Gynaecol* 2001 ; 108 : 27-33
9. Lieberman E, O'Donoghue C : Unintended effects of epidural analgesia during labor : a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 186 : 31-68
10. Kotaska AJ, Klein MC, Liston RM : Epidural analgesia associated with low-dose oxytocin augmentation increases cesarean births : a critical look at the external validity of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol* 2006 ; 194 : 809-14
11. Howell CJ : Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003 ; 2 : CD 000331
12. Janssen PA, Ryan EM, Etches DJ, Klein MC, Reime B : Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth* 2007 ; 34 : 140-7
13. Butler J, Abrams B, Parker J, Roberts JM, Laros RK : Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1993 ; 168 : 1407-13
14. Rosenblatt RA, Dobie SA, Hart LG *et al.* : Interspecialty differences in the obstetric care of low-risk women. *Am J Public Health* 1997 ; 87 : 344-51
15. Blanchette MD : Comparison of obstetric outcome of a primary-care access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group obstetricians in the same community. *Am J Obstet Gynecol* 1995 ; 172 : 1864-71
16. Oakley D, Murray ME, Murtland T *et al.* : Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives. *Obstet Gynecol* 1996 ; 88 : 823-9
17. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME *et al.* : Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals : A randomized controlled trial. *JAMA* 2002 ; 288 : 1373-81
18. Jackson D, Lang J, Swartz W *et al.* : Outcomes, safety, and resource utilization in a collaborative care birth center program compared with traditional physician-based perinatal care. *Am J Public Health* 2003 ; 93 : 999-1006

Correspondance et tirés à part :

P. GIRONI
 Université libre de Bruxelles (ULB)
 Hôpital Erasme
 Service de Gynécologie-Obstétrique
 Route de Lennik 808
 1070 Bruxelles
 E-mail : pamela.gironi@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 29 décembre 2013 ; accepté dans sa version définitive le 15 juillet 2014.