

L'accouchement en plateau technique des patientes à bas risque obstétrical dans le cadre de l'accompagnement global est-il sûr ?

Expérimentation au sein de 2 maternités françaises

Is the childbirth of patients at low obstetric risk within the technical platform of the global accompaniment safe ?

The experiment of 2 French maternity units

NOHUZ E.^{1,2}, PEPIN J.², PERRIER I.³, TARRAGA E.⁴, KOUNTOURIS A.² et GERBAUD L.⁵

¹Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital femme Mère Enfant, Hospices civils de Lyon, CHU de Lyon, Lyon-Bron

²Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre hospitalier de Thiers, Thiers,

³Service de Gynécologie-Obstétrique, Pôle Femme et Enfant, CHU Estaing, Clermont-Ferrand,

⁴Cabinet de Sages-femmes, Chamalières,

⁵Service de Santé publique, CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand, France

RÉSUMÉ

Introduction : L'objectif principal de cette étude est la comparaison du mode d'accouchement des patientes bénéficiant de l'accompagnement global à la naissance en plateau technique en maternité de niveau 1 (groupe 1) à celui des patientes bénéficiant d'une prise en charge classique en maternité de type 3 (groupe 2) sur une période de 3 ans. L'objectif secondaire est la comparaison des issues maternelles et néonatales des deux populations.

Matériel et méthodes : Étude de cohorte incluant 162 patientes à bas risque obstétrical et comparant les modes d'accouchement, la direction du travail, l'état périnéal et l'état néonatal.

Résultats : S'agissant des patientes primipares du groupe 1, les taux de voie basse spontanée étaient significativement plus élevés (78,5 % vs 41,6 %), le taux d'intervention par voie basse était significativement inférieur (9,5 % vs 38,8 %), de même que le taux d'épisiotomie (13,9 % vs 53,3 %). Toute parité confondue, il était trouvé dans le groupe 1 un taux significativement inférieur d'analgésie péridurale (29,6 % vs 86,4 %) et d'utilisation d'ocytociques pendant le travail (16 % vs 47 %). Il n'a pas été trouvé de différence significative concernant l'état néonatal ni le taux de transfert néonatal (3,7 % vs 4,9 %).

Conclusion : La prise en charge physiologique du travail et de l'accouchement des patientes à bas risque obstétrical dans le cadre de l'accompagnement global en plateau technique n'induit pas plus de risque pour la mère et l'enfant. Ce type de prise en charge semble octroyer des résultats obstétricaux globaux plus favorables en termes de voie d'accouchement et d'état périnéal chez la primipare. Les résultats néonataux ne paraissent pas modifiés.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 255-262

Doi : 10.30637/2020.20-001

ABSTRACT

Introduction : The first aim of this study was to compare the mode of delivery of parturients managed by independent midwives (physiological management) which have access to the technical facilities of a level 1 maternity hospital (group 1) with patients managed by a level 3 maternity's team (group 2), with a follow-up of three years. The second aim was to compare maternal and neonatal outcomes.

Material and methods : One hundred sixty-two pregnant patients with a low-risk profile were included to study the mode of delivery, the management of labor and the perineal and neonatal conditions.

Results : For primiparous patients in group 1, the spontaneous vaginal delivery rate was significantly higher (78.5% vs 41.6%), the operative vaginal deliveries rate (forceps and vacuum-assisted) was significantly lower (9.5% versus 38.8%) as well as the episiotomy rate (13.9% vs 53.3%). For multiparous and primiparous patients in group 1, a significantly lower rate of epidural analgesia (29.6% vs 86.4%) and use of oxytocin during labor (16% vs 47%) was found.

No significant differences in neonatal outcomes and transfer rates (3.7% vs 4.9%) were found.

Conclusion : The physiological management of labor and delivery for low-risk pregnancies by independent midwives, as part of the global support, does not induce more risk to mother and child. This management appears safe and grants even better overall obstetric outcomes in terms of type of delivery and perineal consequences in the primipara patients. Neonatal outcomes do not seem changed.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 255-262

Doi : 10.30637/2020.20-001

Key words : low risk pregnancy, technical platform, delivery, global accompaniment, maternity hospital

INTRODUCTION

La médicalisation systématique de la naissance ne laisse que peu de place à la physiologie. Or, un nombre croissant de couples aspire à une moindre technicité de l'accouchement afin que les dimensions affective et émotionnelle puissent combler ce moment particulier de leur vie. En écho à cette aspiration résonne dès lors un désir de voir s'étoffer la diversité de l'offre de soins en obstétrique. L'accompagnement global ainsi que la possibilité d'ouvrir le plateau technique des maternités aux sages-femmes libérales s'inscrivent dans la droite ligne de cette demande et des préconisations, en France, de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui recommande que « le suivi des femmes soit assuré, autant que possible, par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne »¹.

L'accès du plateau technique des maternités aux sages-femmes libérales permet une prise en charge alternative de la grossesse et de l'accouchement, dans le respect de la physiologie^{2,3}. Cependant, force est de constater que la quête d'une certaine sérénité au travers de ce dispositif génère encore quelques craintes. Mais sont-elles réellement justifiées ? Mettre au monde, dans le cadre de l'accompagnement global en plateau technique, comporte-t-il réellement plus de risques pour la mère et l'enfant ? Pourtant, chez des patientes évaluées « à bas risque » en début de grossesse, apparaît une diminution substantielle de la morbidité lorsque l'interventionnisme demeure limité⁴. Il nous paraissait dès lors important d'évaluer cette alternative de manière comparative et ainsi de confronter nos données, d'autant plus que l'HAS, constatant le manque de données quant aux différentes possibilités de suivi de la grossesse, préconise la réalisation d'études comparatives¹.

L'objectif principal de cette étude était de comparer le mode d'accouchement des patientes bénéficiant de l'accompagnement global à la naissance en plateau technique à celui de patientes jouissant d'une prise en charge classique en maternité de type 3. La comparaison des issues maternelles et néonatales en termes d'état périnéal, de score d'Apgar et de transfert néonatal en constituaient les objectifs secondaires.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une enquête rétrospective avec appariement (sur le moment de la naissance) entre femmes accouchant en maternité de type 1 et en maternité de type 3. S'agissant de la répartition des maternités en France, les pouvoirs publics ont encadré, voici une cinquantaine d'années, la pratique des accouchements afin de réduire les risques pour l'enfant et la mère au travers d'un cadre juridique imposant des normes de sécurité relatives aux locaux ainsi qu'au plateau technique^{1,5}. On distingue ainsi en France les maternités de type 1 (qui assurent la prise en charge des grossesses sans risque identifié), de type 2 (qui assurent, associées à une unité de néonatalogie, la prise en charge des grossesses à risque fœtal au-delà d'un terme de 32 semaines d'aménorrhée [SA]) et de type 3 (assurant

la prise en charge des grossesses à haut risque materno-fœtal et disposant d'une unité de réanimation néonatale).

Dans cette étude observationnelle à visée analytique de type cohorte, 2 groupes ont ainsi été déterminés :

- le groupe exposé, composé de patientes ayant accouché dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance en plateau technique à la maternité de type 1 (groupe 1) ;
- le groupe non exposé, composé de patientes ayant accouché dans le cadre d'une prise en charge classique à la maternité de type 3 (groupe 2).

Ces deux maternités, situées en France, dans le département du Puy-de-Dôme, sont distantes d'environ 35 km. Le choix de comparer la maternité de type 1 à une maternité de type 3 tient au fait que le département ne dispose pas de maternité de type 2. En outre, la maternité de type 3 ne propose pas de possibilité de suivi de la grossesse et de prise en charge de l'accouchement dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance en plateau technique.

Toutes les patientes ont accouché durant la période du 22 juillet 2012 au 28 septembre 2015. Nous avons établi le jour ainsi que l'heure de l'accouchement au sein du groupe 1 puis recherché un accouchement survenu, chronologiquement, au plus près du jour et de l'heure dans la structure du groupe 2 et répondant aux critères d'inclusion des patientes. Ces critères résidaient dans leur appartenance au groupe dit « à bas risque obstétrical » initial et gravidique défini par l'HAS ainsi que le réseau national d'information sur la naissance, au travers de l'association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (AUDIPOG)^{6,7}. Les critères d'exclusion résidaient dans la non-qualification de la grossesse en bas risque ainsi que la présence de facteurs de risques psycho-sociaux. Le recueil des données (réalisé du 28 novembre 2015 au 9 janvier 2016) concernait :

- les caractéristiques générales des parturientes ;
- la direction du travail ;
- la position d'accouchement ;
- la durée des efforts expulsifs ;
- le mode de terminaison du travail ;
- les taux d'épisiotomie, de déchirure périnéale, d'extraction instrumentale, de césarienne ;
- le score d'Apgar chez le nouveau-né, à la naissance ;
- les taux de transfert néonatal, d'allaitement maternel ;
- la durée du séjour en maternité.

La réglementation française en vigueur n'imposait pas d'avis du Comité d'Éthique s'agissant d'une étude rétrospective de cohorte sans contact direct avec les patientes. Les données ont été anonymisées. Pour ce faire, seul le numéro IPP (identifiant du patient) a été utilisé afin de référencer les dossiers.

Les données ont été analysées avec le logiciel statistique R version 1386 3.2.3. Les variables qualitatives ont été étudiées avec le test du Chi² de Pearson et le

test de Fisher lorsque les conditions d'application du Chi² n'étaient pas remplies. Lorsqu'il s'agissait d'étudier les variables quantitatives, les moyennes étaient analysées avec le test d'égalité des moyennes de Student. Le seuil de significativité a été fixé à 5 %.

RESULTATS

Cette étude a inclus un effectif de 162 patientes réparties selon :

- un groupe de 81 patientes pour la prise en charge en accompagnement global en plateau technique au sein de la maternité de type 1 ;
- et un groupe de 81 patientes pour la prise en charge classique à la maternité de type 3.

Les patientes des deux groupes étaient comparables sur le plan de l'âge maternel, de l'origine géographique, du niveau d'étude, de la catégorie socioprofessionnelle et des antécédents obstétricaux. La moyenne d'âge était respectivement de 32,2 ans ($\pm 4,6$) et 31,6 ans ($\pm 4,4$) pour les groupes 1 et 2. S'agissant des cours de préparation à la parentalité, 79 (97 %) et 42 patientes (52 %) en avaient bénéficié respectivement dans les groupes 1 et 2. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,05$).

Terme à l'accouchement et mode de début de travail

Les moyennes des termes à l'accouchement étaient, dans les groupes 1 et 2, respectivement de 40,37 et 40,29 SA. Le taux de déclenchement des patientes des deux groupes était comparable (respectivement 8,6 % et 9 %).

Direction du travail

Il était retrouvé une différence significative quant à la rupture artificielle des membranes (17,3 % vs 39,5 %, $p < 0,01$). Le recours à l'utilisation d'ocytociques était significativement plus bas dans le groupe 1 (16 % vs 47 %, $p < 0,01$) (tableau 1). S'agissant de l'analgésie péridurale, toute parité confondue, il a été trouvé un recours significativement plus bas dans le groupe 1 (tableau 2). La durée moyenne du travail apparaissait semblable dans les 2 groupes (7 heures vs 6,5 heures).

Tableau 1

Direction du travail par ocytociques (exprimée en pourcentage, RR = risque relatif).

	Groupe 1	Groupe 2	p	RR
Ocytociques	16	47	< 0,01	0,36

Tableau 2

Recours à l'analgésie péridurale (exprimé en pourcentage, RR = risque relatif).

Analgésie péridurale	Groupe 1	Groupe 2	p	RR
Taux global	29,6	86,4	< 0,01	0,35
Primipares	45,9	100	< 0,01	0,46
Multipares	12,8	75,5	< 0,01	0,17

Durée des efforts expulsifs

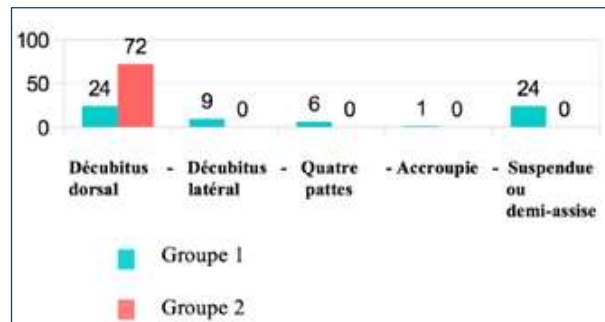
Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée.

Position d'accouchement

Toutes les patientes du groupe 2 ont accouché en position gynécologique, cette position n'étant adoptée que par 37,5 % des patientes du groupe 1 (différence statistiquement significative $p < 0,05$) (figure 1). A noter que 17 dossiers dans le groupe 1 et 9 dossiers dans le groupe 2 ne renseignaient pas la position d'accouchement.

Figure 1

Position d'accouchement



Mode d'accouchement

Il n'a pas été trouvé de différence statistiquement significative du mode d'accouchement toute parité confondue que le travail ait été spontané ou déclenché (80,2 % d'accouchement par voie basse spontanée dans le groupe 1 et 69,1 % dans le groupe 2). En revanche, s'agissant des primipares, dans le groupe 1, il a été trouvé :

- plus de taux d'accouchement voie basse spontanée ;
- moins de taux d'interventions voie basse ;
- moins de taux de césarienne.

Ces différences étaient toutes statistiquement significatives (tableau 3).

De plus, dans le sous-groupe travail spontané, toute parité confondue, il a été observé dans le groupe 1 un taux significativement plus élevé de 84,7 % d'accouchement par voie basse spontanée versus 71,2 % dans le groupe 2. Il n'a pas été retrouvé de différence quant au taux d'extraction instrumentale ou de césarienne dans ce même sous-groupe.

Épisiotomie

Le taux d'épisiotomie était significativement plus bas dans le groupe 1. Toutefois, cette différence n'était significative que chez les patientes primipares (tableau 4).

Type de délivrance en fonction de la prise en charge

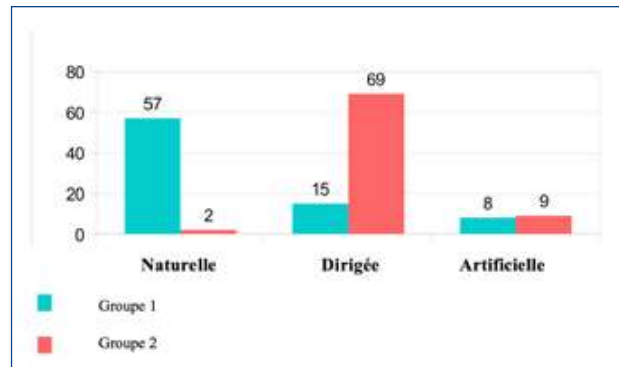
Il a été trouvé des différences statistiquement significatives des taux de délivrance naturelle et dirigée, respectivement 71,3 % vs 2,5 % et 18,7 % vs 86,2 % dans les groupes 1 et 2 ; le taux de délivrance artificielle demeurait quant à lui comparable (10 % vs 11,3 %) (figure 2). Les pertes sanguines moyennes ne faisaient pas apparaître de différence significative dans ces deux groupes (279 ml vs 234 ml, $p = 0,18$).

Hémorragie de la délivrance

Il n'a pas été trouvé de différence significative s'agissant du nombre d'hémorragie de la délivrance (8 cas sont survenus dans chaque groupe dont une consécutive à une plaie du col utérin et nécessitant la transfusion de culots globulaires chez une patiente du groupe 2).

Figure 2

Type de délivrance



Rétention placentaire

Il n'a pas été objectivé de différence significative quant au taux de rétention placentaire (1 cas vs 4 cas).

Scores d'Apgar à la naissance et taux de transfert néonatal

Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée quant aux scores d'Apgar à la naissance et au taux de transfert néonatal qui étaient, dans les groupes 1 et 2, respectivement de 3,7 % et 4,9 %.

Taux d'allaitement maternel

Il a été trouvé un taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité significativement plus élevé dans le groupe 1 (95 % vs 59,2 %).

Tableau 3

Mode d'accouchement (exprimé en pourcentage, RR = risque relatif).

		Groupe 1	Groupe 2	p	RR
Multipares	Voie basse spontanée	82	91	0,22	-
	Voie basse instrumentale	10,2	2,2	0,29	-
	Césarienne	7,7	6,7	0,31	-
Primipares	Voie basse spontanée	78,5	41,6	< 0,01	1,88
	Voie basse instrumentale	9,5	38,8	< 0,01	0,24
	Césarienne	11,9	19,4	< 0,01	0,6

Tableau 4

Taux d'épisiotomie (exprimé en pourcentage, RR = risque relatif).

Épisiotomie	Groupe 1	Groupe 2	p	RR
Multipares	5,5	7,3	1	-
Primipares	13,9	53,3	< 0,01	0,26
Taux global	9,7	26,8	< 0,01	0,36

Durée du séjour en maternité

La durée moyenne du séjour était significativement plus courte pour les patientes du groupe 1 (3,19 jours vs 3,94 jours).

DISCUSSION

L'accès au plateau technique des maternités octroie un suivi non fractionné, individuel au sens où la sage-femme libérale se consacre continuellement et exclusivement à sa patiente qui bénéficie, lors du travail et de l'accouchement, d'une plus grande liberté (monitorage cardiotocographique discontinu, pose d'un cathéter intraveineux sans perfusion, mobilisation encouragée, promotion des postures d'accouchement autres que la position gynécologique). Ce dispositif autorise un compromis entre la liberté des patientes de choisir la personne qu'elles souhaitent voir accomplir le suivi de leur grossesse et leur accouchement et la sécurité que cela sous-tend. Les enquêtes périnatales apportent des informations essentielles quant à la santé périnatale. La dernière s'est déroulée en 2016 et nous nous y référons durant cet exposé⁸.

Les patientes des deux groupes étaient comparables. L'âge moyen des mères était inférieur à celui rapporté par la dernière enquête périnatale (30,4 ans). Cette enquête n'excluait toutefois pas les patientes à haut risque ainsi que celles qui étaient mineures. S'agissant du taux de déclenchement du travail, les résultats étaient pratiquement similaires dans les deux groupes. L'enquête périnatale retrouvait un taux de 22,6 %, mais ce taux englobait l'ensemble des grossesses et non uniquement les patientes à bas risque⁷. La durée du travail était également comparable dans les deux groupes. Ce point est quelque peu surprenant puisqu'on pouvait s'attendre à ce que le groupe prise en charge classique argue d'une durée plus longue eu égard à une médicalisation plus fréquente (en matière d'analgésie péridurale et de non déambulation par exemple). Cette constatation pourrait trouver son fondement dans le fait que, dans le groupe 1, la patiente prévient la sage-femme dès l'apparition des contractions utérines (bien que cela ne signifie pas nécessairement début de travail effectif), alors que dans le second groupe le début du travail est fixé à l'arrivée à la maternité (près d'une patiente sur deux arrivant à une dilatation supérieure à 5 cm). Par ailleurs, le recours plus fréquent aux ocytociques dans le groupe 2 pourrait aussi influencer sur la durée dudit travail. Ces différences pourraient dès lors sous-estimer la durée du travail dans le deuxième groupe.

Dans le groupe 1, chez les patientes primipares, le taux d'accouchement par voie basse spontanée sans extraction était significativement plus élevé, les taux d'extraction instrumentale et de césarienne étaient significativement plus bas. Lorsqu'on s'intéresse plus particulièrement aux patientes avec un travail spontané, toute parité confondue, on constate que les parturientes de ce groupe arguent d'un taux d'accouchement par voie basse spontanée (sans intervention) significativement plus élevé. Ces données favorables semblent résulter de la convergence de facteurs mul-

tiples, intriqués et interdépendants. En effet, le travail était globalement moins dirigé et le taux de rupture artificielle des membranes était inférieur ; la préservation de la poche des eaux répond à une demande prégnante d'une moindre « intrusion », d'une prise en compte de la physiologie afin de permettre une meilleure tolérance aux contractions utérines du fœtus et une optimisation de sa progression dans le bassin maternel.

L'accompagnement global renforce le lien mère-enfant-père au sens où il limite le morcellement engendré par un suivi traditionnel et promeut un suivi qui se veut plus individualisé, personnalisé. Toutefois, bien qu'il s'agisse de respecter la physiologie de l'accouchement et le projet de naissance du couple, cette désescalade et les résultats favorables qui y sont associés au sein de l'accompagnement global ne sont concevables qu'en raison de la totale disponibilité de la sage-femme qui se consacre uniquement à sa patiente (« une sage-femme = une patiente »). Une pratique centrée sur la femme et sa capacité naturelle à mettre au monde en représente la clé de voûte. Le taux de rupture membranaire artificielle dans le groupe 2 était proche de celui rapporté dans la dernière enquête périnatale (taux de 41,4 %) qui établissait en outre des taux de césarienne et d'extraction instrumentale de respectivement 20,2 % et 12,1 %. On note une diminution du taux de recours à la rupture artificielle des membranes qui était à 51,1 % dans l'enquête périnatale, ceci allant dans le sens des données scientifiques actuelles qui recommandent de réserver cette intervention aux situations de dystocie du travail. Le taux d'analgésie péridurale dans le groupe 2 est apparu conforme aux résultats de l'enquête périnatale (82,6 % des femmes ayant bénéficié d'une analgésie périmédullaire)⁸. En revanche, le recours à cette analgésie, dans le groupe 1, apparaissait significativement inférieur, quelle que soit la parité. Si cette pratique trouve elle aussi son origine dans le respect de la physiologie et parfois dans le choix initial des patientes, accoucher sans péridurale ne signifie pas nécessairement accoucher sans rien. Des méthodes alternatives, telles que la baignoire de dilatation, l'acupuncture, l'homéopathie, la sophronisation, la déambulation, l'utilisation de postures spécifiques ainsi que les techniques de respiration représentent autant de possibilités de gestion de la douleur. Cette évolution reflète certainement les modifications des pratiques au sein des maternités en réponse aux demandes des femmes. Une absence d'analgésie neuraxiale permet en outre la déambulation de la parturiente, la liberté posturale lors des efforts expulsifs, la préservation complète du réflexe de poussée, le relâchement du périnée et la surveillance discontinu du rythme cardiaque fœtal, aboutissant dès lors à des résultats maternels qui semblent plus favorables en termes d'accouchement par voie basse sans intervention, sans pour autant grever le pronostic fœtal. Il a été rapporté qu'en absence de disponibilité de l'analgésie péridurale et de la surveillance fœtale électronique, l'accompagnement et l'assistance continue de la parturiente (conseils et soutien moral notamment) procuraient des taux d'accouchement par

voie basse spontanée majorés⁸. Une revue Cochrane a ainsi déterminé que l'analgésie péridurale accroît le risque d'accouchement par voie basse instrumentale, de césarienne pour souffrance fœtale, de recours aux ocytociques, de fièvre maternelle, d'hypotension maternelle et d'allongement de la seconde partie du travail notamment. Cette revue n'objective cependant pas d'augmentation du taux global de césarienne⁹. Il faut noter que des patientes sous analgésie périmédullaire ont tout de même pu accoucher en décubitus latéral voire en suspension, dans le groupe 1 au sein duquel l'analgésie péridurale reste accessible à tout moment ; les parturientes bénéficiaient par ailleurs d'une plus faible utilisation d'utérotoniques, ce qui va de pair avec un moindre recours à l'analgésie péridurale. Les indications des ocytociques objectivées dans notre étude étaient comparables à celles retrouvées dans la littérature^{10,11}. Une utilisation plus modérée des ocytociques semble diminuer la survenue d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, d'hypercinésie de fréquence, d'hypertonie utérine et d'hémorragie de la délivrance^{12,13}.

La surveillance cardiotocographique continue au cours du travail semble associée, comparativement à une surveillance intermittente, à un risque plus élevé de césarienne et d'accouchement vaginal instrumentalisé. Ainsi, certaines sociétés savantes, à l'image de la société des gynécologues obstétriciens canadiens préconisent-elles une surveillance intermittente du rythme cardiaque fœtal pour les grossesses à bas risque¹⁴. Néanmoins, cette surveillance continue, lorsqu'elle est réalisée en association avec la mesure du pH fœtal par prélèvement au scalp diminue le risque de convulsions néonatales, sans cependant influencer le taux de mortalité périnatale¹⁰.

Le suivi traditionnel impliquant un grand nombre d'intervenants est propice au déploiement de la spirale d'une hypermédicalisation où un acte en entraîne un autre en cascade. Accepter des concessions réciproques, tant au niveau des praticiens que des parturientes, pour qui la technologie peut aussi être synonyme de sécurité et de confort ne signifie pas nécessairement qu'il faille sacrifier la sécurité. La surveillance intermittente du rythme cardiaque fœtal contribue à renforcer le soutien aux parturientes au sens où celles-ci n'ont plus d'entrave à leur liberté de mouvement ; et les nouveaux dispositifs sans fil ne permettent pas de s'en affranchir complètement.

L'accouchement en position gynécologique et les extractions instrumentales favorisent la survenue de lésions périnéales ; cependant, la déambulation pendant le travail ne réduit pas le nombre d'extractions instrumentales¹⁵. Toutes les parturientes du groupe 2 ont accouché en position gynécologique classique, ce qui a pu contribuer à diminuer le taux d'accouchement par voie basse spontanée sans intervention. La déambulation au cours de la première partie du travail devrait être encouragée et assistée tout autant que la promotion des postures d'accouchement autres que celles allongées sur le dos lors de l'expulsion en absence de contre-indication médicale ou obstétricale. Il est communément admis que le décubitus dorsal, bien que représentant la position la plus sécurisante afin de

surveiller le déroulement du travail et permettre l'exécution de manœuvres obstétricales, contrarie quelque peu la perception proprioceptive de la parturiente et la progression du mobile fœtal (horizontalisation du canal vaginal, réduction de l'effet de la force de gravité qui attire le fœtus vers le bas, diminution de la poussée induite par le poids des viscères maternels, frein à l'efficacité des contractions utérines et des efforts expulsifs). L'amélioration des enregistrements du rythme cardiaque fœtal en fin d'accouchement, la nette diminution des périnées incisés ou déchirés ainsi qu'une satisfaction accrue des parturientes vis-à-vis de ces « variantes positionnelles » devraient dorénavant être prises en compte lors des situations à bas risque obstétrical. Cela passe par la nécessaire conciliation voire (ré)adaptation de l'environnement technique traditionnel à la physiologie du travail et de l'accouchement¹⁶.

Compte-tenu des différences significatives des types de délivrance, il semblait particulièrement intéressant de comparer les pertes sanguines totales après l'accouchement ainsi que les principales complications liées à la délivrance. Il n'a pas été trouvé de différence en matière d'hémorragie de la délivrance. Ceci peut en partie s'expliquer par la spécificité de la prise en charge en plateau technique, notamment la disponibilité et la vigilance accrue de la sage-femme. La dernière enquête périnatale retrouve un taux de délivrance dirigée de 92,7 % dans la prévention de l'hémorragie de la délivrance, taux qui apparaît en accord avec les recommandations d'autant plus qu'il était de 83,3 % en 2010^{8,17}. Un effort doit néanmoins être consenti afin d'appliquer cette recommandation, dans le cadre de l'accouchement en plateau technique au sein du groupe 1.

Le taux d'épisiotomie était significativement inférieur chez les primipares, dans le groupe 1. Pour autant, le taux de déchirures périnéales compliquées (3^e et 4^e degré) n'est pas apparu augmenté. La dernière enquête périnatale met en exergue un taux de 34,9 % chez les primipares et de 9,8 % chez les multipares⁷. Le taux d'épisiotomie a régulièrement diminué depuis plusieurs années ; à titre d'illustration, il était de 71,3 % en 1998 chez les primipares. Cette diminution épouse le consensus international pour limiter le taux d'épisiotomie ainsi que les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF)^{18,19}. Une étude de cohorte rétrospective belge s'est fixée pour objectif de comparer les issues maternelles et néonatales des grossesses à bas risque prises en charge par des sages-femmes dans un « gîte » de naissances (adossé à une structure intra-hospitalière) (n = 590) à une prise en charge classique (n = 394), au sein d'un même établissement de soins tertiaires (l'Hôpital Erasme de Bruxelles). Les auteurs ont trouvé des taux significativement plus bas de césariennes (10,3 % vs 16 %), de déclenchement artificiel du travail (16,3 % vs 30,5 %), d'épisiotomie (6,8 % vs 14,5 %) et d'analgésie péridurale (24,9 % vs 59,1 %) sans majoration des résultats indésirables néonataux²⁰. Nous avons en outre trouvé un taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité significativement plus élevé dans le groupe 1 ; le taux du groupe 2 demeure supé-

rieur à celui observé dans l'enquête périnatale 2016 et qui s'élevait à 52,2 %⁸. Ce taux était retrouvé à 60,3 % en 2010, ce qui peut interroger quant à l'efficacité des politiques promouvant l'allaitement maternel, même si la préférence des femmes peut en partie expliquer cette évolution. La durée du séjour en maternité après la naissance était inférieure pour le groupe 1, bien que dans le groupe 2, elle avoisine la moyenne observée en France en 2016 (4 jours)⁸.

La notion de bas risque n'est pas figée mais évolutive. Le passage du relais à l'équipe hospitalière peut se faire à tout moment, dès lors que la situation l'exige, puisque l'accouchement à bas risque se définit somme toute a posteriori^{1,21,22}. Certaines réticences perdurent toutefois quant à cette alternative qui semble octroyer des résultats plus favorables en termes de mode d'accouchement et de préservation du périnée chez les primipares. La réduction de l'interventionnisme médical semble même aller de pair avec une diminution de la morbidité maternelle. Cela ne se vérifie cependant,

dans notre travail, que pour la primipare. En outre, la présence de jeunes praticiens (internes et assistants) et le taux élevé d'analgésie péridurale ont pu contribuer à renforcer l'interventionnisme au sein de la maternité de type 3 dont l'environnement sécuritaire représente sans nul doute un atout¹. L'organisation mondiale de la santé a récemment mis en lumière des recommandations inhérentes à la limitation de l'interventionnisme médical intrapartum chez les femmes en bonne santé afin de faire de l'accouchement une expérience la plus positive possible²³.

Les forces de ce travail résident dans le fait que, s'agissant d'une étude de cohorte, celle-ci est adaptée à l'étude de plusieurs événements comme conséquences d'une exposition unique, ici l'accompagnement global à la naissance en plateau technique, permettant un calcul d'incidences et de risques relatifs. Bien que la puissance statistique demeure quelque peu limitée, ce travail livre des pistes de réflexion qui nous paraissent importantes.

CONCLUSION

Cet article s'inscrit dans la droite ligne des préconisations actuelles promouvant des travaux de recherche relatifs au bas risque obstétrical^{24,25}. La prise en charge du travail et de l'accouchement dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance en plateau technique n'induit pas plus de risque pour la mère et l'enfant et semble même procurer de meilleurs résultats obstétricaux globaux, notamment en termes de voie d'accouchement et d'état périnéal chez les patientes primipares. Les résultats néonataux, quant à eux, ne paraissent pas modifiés. Exigeant une grande disponibilité, ce dispositif ne peut toutefois se concevoir qu'au travers d'une préparation anténatale individualisée permettant aux patientes de vivre l'accouchement de manière physiologique, sans intervention médicale²⁰.

Nos résultats demandent à être corroborés par une étude prospective multicentrique comportant une plus grande cohorte de patientes.

Conflits d'intérêt : néant

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège de la Haute Autorité de Santé. (Consulté le 13/09/2019). Suivi des femmes enceintes-recommandations. 2016. [Internet]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
2. Nohuz E, Brunel A, Tarraga E, Albaut M, Paganelli C, Julien G *et al.* Accès des sages-femmes libérales au plateau technique des maternités : l'expérimentation d'une maternité de type 1. *Gynecol Obstet Fertil.* 2015 ;43:271-7.
3. Nohuz E, Tarraga E, Albaut M, De Simone L, Gerbaud L. « Accouchement sur un plateau » : l'épopée d'une maternité dans l'octroi de son plateau technique aux sages-femmes libérales. *Gynecol Obstet Fertil.* 2015 ;43:338-41.
4. Maria B, Dauplain G, Gaucherand P, Cohen H, Vige P *et al.* Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003;32:606-16.
5. DREES. (Consulté le 14/03/2020). Les établissements de santé - Les maternités. 2016. [Internet]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche27-2.pdf>
6. Collège de la Haute Autorité de Santé. (Consulté le 20/09/2019). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007. [Internet]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_argumentaire.pdf
7. Réseau National d'Information sur la Naissance, Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés, en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG). (Consulté le 23/09/2019). La Santé Périnatale en 2002-2003 : Évaluation des pratiques médicales. [Internet]. http://www.audiopog.net/pdf/cahier_2002_2003.pdf
8. Enquête périnatale 2016. (Consulté le 5/09/2019). 2017. [Internet]. http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
9. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011.7;(12):CD000331.

10. INESS. (Consulté le 22/09/2019). Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque. 2012. [Internet]. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf
11. Verspyck E, Sentilhes L. Pratiques obstétricales associées aux anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail et mesures correctives à employer en cas d'anomalies du RCF pendant le travail. *Rev Sage-Femme*. 2008;7:99-107.
12. Collège de la Haute Autorité de Santé. (Consulté le 22/09/2019). Commission de la transparence: Syntoncinon®. Direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique. 2009. [Internet]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/syntocinon_-_ct-5833.pdf
13. Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharoux C. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open*. 2011;1(2):e000514.
14. Liston R, Sawchuck D, Young D ; Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada ; British Columbia Perinatal Health Program. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29:S3-56.
15. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (Consulté le 22/09/2019). Recommandations pour la pratique clinique: Extractions instrumentales. 2008. [Internet]. <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2008%252FGO-2008%2BFINAL-RPC-El.pdf&i=21955>
16. Racinet C, Brement S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Tome XXXII, 2008, Paris, Vigot.
17. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (Consulté le 22/11/2019). Recommandations pour la pratique clinique: Les hémorragies du post-partum. 2014. [Internet]. http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf
18. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. [Systematic Review] *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Cochrane Database Syst Rev*. 2008; doi: 10.1002/14651858.CD00081.
19. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (Consulté le 21/12/2019). Recommandations pour la pratique clinique: L'épisiotomie. 2005. [Internet]. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_episio2005.pdf.
20. Wellfens K, Derisbourg S, Costa E, Englert Y, Pintiaux A, Warnimont M *et al*. The "Cocoon", first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. *Birth*. 2020;47:115-22.
21. Colmant C, Frydman R. Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? *Gynecol Obstet Fertil*. 2009;37:195-9.
22. Langer B, Gaudineau A, Weinertner AS, David E. Contre la notion de grossesse et d'accouchement à bas risque ? *Gynecol Obstet Fertil*. 2009;37:200-3.
23. Organisation mondiale de la Santé. (Consulté le 15/03/2020). Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. 2018. [Internet]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>
24. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (Consulté le 22/12/2019). 41^e Journées du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2017. [Internet]. <http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/CNGOF-MAJ-RPC.htm>
25. Laws PJ, Tracy SK, Sullivan EA. Perinatal outcomes of women intending to give birth in birth centers in Australia. *Birth*. 2010;37:28-36.

Travail reçu le 1^{er} janvier 2020 ; accepté dans sa version définitive le 25 mars 2020.

CORRESPONDANCE

E. NOHUZ

Centre hospitalier de Thiers
Service de Gynécologie-Obstétrique
Route du Fau - F - 63300 Thiers
E-mail : enohuz@yahoo.fr