

Contre la surmédicalisation de la naissance

La grossesse à bas risque est une grossesse dont le déroulement reste physiologique chez une patiente sans problèmes de santé. Cette définition trouvée dans la littérature introduit la notion d'évolutivité du niveau de risque d'une grossesse au cours de son suivi prénatal mais également à l'entrée en travail, au cours du travail et en *post-partum*¹.

Dans les pays occidentaux, jusqu'au cours des années 1980, toutes les grossesses étaient prises en charge de la même façon, sans distinction. Cela entraînait une « surmédicalisation » des grossesses physiologiques avec un risque non négligeable de morbidité maternelle induite². En réaction à cette situation, la notion de grossesse à bas risques est apparue avec une réflexion et une adaptation des soins à administrer^{3,4}. Dans cette perspective, l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) a publié ses recommandations en 1997⁵. Les sages-femmes sont devenues des interlocutrices et des actrices privilégiées dans la création de nouvelles offres de soins adaptées à ces grossesses. Accoucher à domicile est redevenu une option et les maisons de naissances sont apparues. Elles proposent une prise en charge globale des patientes et des couples en période anténatale, pendant le travail et dans la période *post-partum* uniquement par des sages-femmes. Ces maisons de naissance recréent le climat rassurant du domicile et mettent l'accent sur la préparation anténatale.

Des études menées dans plusieurs pays démontrent que ces trajets de soins donnent de meilleures issues obstétricales. Par contre, certaines d'entre elles ont tiré la sonnette d'alarme sur les risques néonataux de ces naissances en dehors de l'hôpital⁶. D'autres études ont souligné l'importance du facteur de distance géographique entre le lieu

d'accouchement et un hôpital en cas de nécessité de soins urgents maternels ou néonataux⁷. L'avènement de maisons de naissance adossées à une salle de naissance traditionnelle a répondu à cette préoccupation et a permis de réagir rapidement lors de complications grâce à la disponibilité immédiate de médecins et d'un plateau technique⁸.

La création en 2014 du « Cocon », premier gîte de naissance intrahospitalier belge, s'est inscrite dans cette volonté d'offrir aux patientes enceintes à bas risque le choix d'un trajet de soins entièrement aux mains de sages-femmes, avec la sécurité d'un environnement hospitalier. Cette structure de soins, qui a ses propres salles de consultation et ses propres salles de naissance, est située sur un niveau différent de la salle de naissance traditionnelle⁹. La création d'un espace de naissances indépendant, géré par les sages-femmes en toute autonomie, en intrahospitalier, génère cependant de nombreuses difficultés, tant financières qu'humaines.

L'article de Nohuz (groupe de sages-femmes)¹⁰ décrit un accompagnement global à la naissance avec prise en charge physiologique du travail et de l'accouchement sur un même plateau technique et montre des avantages comparables sur le plan des résultats obstétricaux globaux, sans augmenter les risques pour la mère et l'enfant.

Ces deux types de prise en charge, exigeant une grande disponibilité (une sage-femme par patiente pendant le travail), permettent aux couples de vivre la naissance de manière physiologique, sans intervention médicale.

Ch. Kirkpatrick
Chef de Clinique honoraire,
Service d'Obstétrique, Hôpital Erasme,
Université libre de Bruxelles (ULB)

BIBLIOGRAPHIE

- Selvi Dogan F, Calmelet P, Cottenet J, Sagot P, Mace G. L'accouchement à bas risque existe-t-il ? J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2013;42(6):557-63.
- Bernitz S, Rolland R, Blix E, Jacobsen M, Sjøborg K, Øian P. Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. BJOG. 2011;118:1357-64.
- 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(2):140-7.
- Ryan M, Roberts C. A retrospective cohort study comparing the clinical outcomes of a birth centre and labour ward in the same hospital. Australian Midwifery Journal. 2005;18(2):17-21.
- OMS. Les soins liés à un accouchement normal : Guide pratique. Organisation mondiale de la Santé, Département Santé et Recherche génésiques. OMS/FRH/MSM/96.24.
- Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. N Engl J Med. 2015;373:2642-53.
- Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Syst Rev. 2012;8:CD000012.
- Gaudineau A, Sauleau EA, Nisand I, Langer B. Issues obstétricales et néonatales en « maison de naissance » : une étude cas-témoins. Gynecol Obstet Fertil. 2012;40(9):524-8.
- 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. 2019;00:1-8.
- Nohuz E, Pepin J, Perrier I, Tarraga E, Kountouris A, Gerbaud L. 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. Rev Med Brux. 2020;41(4): 255-262.