

# STOP ! RÉFLÉCHISSONS Accoucher et naître au XXI<sup>e</sup> siècle

►► Plus souvent le fruit de l'habitude que de l'évaluation scientifique, les conduites imposées à la parturiente méritent d'être discutées.

PAR LE DR BERNARD MARIA\*



BURGER/PHANIE

**L**a pratique obstétricale actuelle laisse insatisfaites nombre de patientes [3, 7, 11, 14, 22, 28\*\*]. Si on écoute les femmes, on entend des critiques : l'accouchement physiologique n'est pas respecté, la dimension affective de la naissance est oubliée, les moyens techniques employés sont discutables et contraignants, les professionnels ne communiquent pas entre eux, etc. Tout cela est vrai. Accoucher simplement, sans contraintes techniques, accompagnée par une sage-femme, semble être, en France, une idée incongrue.

Quelle est la bonne et la mauvaise façon d'accoucher pour la mère, et de naître pour l'enfant ? Comment devons-nous assurer la sécurité des naissances ? En fait,

les habitudes professionnelles et les angoisses médico-légales ont imposé un modèle de surveillance périnatale qui est inscrit dans le système de santé. Ainsi, la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement s'intensifie dans cette course effrénée à la sécurité. A l'époque de l'information, nous n'entendons plus les femmes. Il faut évaluer nos pratiques pour supprimer celles qui sont inutiles et appliquer celles qui sont bénéfiques.

## La séparation des corps

Qu'est-ce que l'accouchement ? Un moment unique qui n'appartient qu'aux femmes et que nous devrions mieux respecter. La naissance est la séparation des corps

maternel et foetal, et la transformation d'un espoir d'enfant en un être humain, reconnu et investi par ses parents. L'accouchement et les suites de couches comportent des aspects psychologiques de grande importance pour la mère et le nouveau-né. Il faut permettre à la mère et au père de se familiariser avec leur bébé, en salle d'accouchement et en maternité [25].

La technicité, si elle est nécessaire, doit s'intégrer dans une pratique obstétricale respectueuse des désirs et des besoins de la patiente. ■

\* Service de gynécologie obstétrique, centre hospitalier, Villeneuve-Saint-Georges [94].

\*\* Les chiffres entre crochets renvoient à la bibliographie (page 4).

## SOMMAIRE

- Le travail, tel qu'il se pratique P.2
- Changer les naissances P.5

# Le travail, tel qu'il se pratique

►► Nous allons survoler certains points de la pratique obstétricale actuelle pour en montrer, éventuellement, l'intérêt...

*L'accouchement s'accompagne de pratiques systématiques que l'on pense nécessaires pour la sécurité materno-fœtale. Elles sont le fruit d'affirmations, appliquées avec conscience, et non d'évaluations. La sécurité ne doit pas justifier des comportements rigides, mais des prises en charge rationnelles et personnalisées, compatibles avec le confort et l'intimité de la femme. Bien des gestes et des techniques pourraient être utilisés avec parcimonie, si nécessaire, et après information et consentement des parturientes.*

## Nutrition et hydratation des parturientes

DANS la plupart des maternités, les parturientes ne doivent ni manger ni boire pendant le travail [17]. Ces interdictions gênent les femmes, car, si elles ont rarement faim, elles ont souvent soif. Une des raisons avancées pour justifier cette règle est anesthésique : il faut éviter le risque de régurgitation bronchique (syndrome de Mendelson [17]). Or ce risque est exclusivement associé à l'anesthésie générale, qui est exceptionnelle de nos jours (2,6 % d'anesthésies générales pour les accouchements, en 1998 [4]). La dépense énergétique du travail se compare à celle d'une épreuve sportive intense.

Sans boire ni manger, on pourrait craindre une déshydratation ou une acidocétose. Ainsi est née la **pratique systématique de la perfusion intraveineuse de sérum glucosé** [17]. On la justifie aussi par le risque d'hémorragie de la délivrance : on doit disposer d'une voie veineuse. Or, même dans ces cas graves, on a toujours le temps d'agir. Est-ce qu'une perfusion du sérum glucosé en cours de travail protège des atonies utérines ? Pourquoi, en France, l'hémorragie de la délivrance est-elle la première cause de mortalité

maternelle ?

La perfusion n'est pas nécessaire, mais elle est contraignante et pas toujours anodine. Elle ne remplace pas une honnête surveillance clinique ni un véritable dialogue. Néanmoins, elle est habituelle, car elle sert de vecteur, ou de prétexte, à diverses thérapeutiques pendant le travail. En fait, on peut se passer de perfusion et laisser boire les femmes. Toute perfusion doit être justifiée et utilisée avec le consentement de la patiente.

## Position lors du travail et déambulation

L'INSTALLATION des parturientes en décubitus dorsal pour accoucher date du XVIII<sup>e</sup> siècle. Elle a été prônée par Mauriceau pour surveiller le périnée pendant l'expulsion [21, 29]. Puis rester couchée sur le dos, pendant le travail, s'est progressivement imposé, parallèlement à la surveillance des naissances. Le décubitus dorsal a des inconvénients : compression des gros vaisseaux, cause d'hypotension maternelle et de diminution du débit utérin, baisse de l'intensité des contractions utérines et augmentation de leur fréquence [23].

La position verticale s'accompagne d'une augmentation de l'intensité des contractions utérines et d'un accroissement de l'activité utérine [21, 23]. Paradoxalement, la douleur est atténuée et les besoins analgésiques sont réduits [29]. Les patientes restent volontiers debout, en marchant, jusqu'à une dilatation de six à huit centimètres et préfèrent, ensuite, s'allonger sur le côté. On observe une réduction des déchirures périmébrales graves [29]. Les positions verticales et la déambulation ne modifient pas la durée du travail et ne présentent aucun risque fœtal [21, 23, 29]. Mais il existe un



Le monitoring systématique entraîne une augmentation du taux des césariennes...

risque accru d'hémorragies de la délivrance [29].

Le décubitus dorsal doit être remplacé par une **plus grande liberté de position pendant le travail**. L'équipe obstétricale doit laisser le choix de la position aux patientes : la déambulation verticale, la position assise et le décubitus latéral sont préférables au décubitus dorsal permanent [21].

## Surveillance et monitoring du rythme cardiaque fœtal

LA surveillance électronique du rythme cardiaque fœtal pendant le travail est devenue systématique. Elle vise à dépister la « souffrance fœtale », terme utilisé pour décrire une combinaison d'hypoxie et d'acidose fœtale dont on pensait, dans les années 1970, qu'elle était la cause de l'infirmité motrice cérébrale (IMC [27]). Or, malgré la généralisation du monitoring fœtal, la prévalence de l'infirmité motrice cérébrale n'a pas varié, restant aux alentours de un cas pour mille naissances [5]. L'asphyxie périnatale

n'explique qu'une infirmité motrice cérébrale sur dix (la plupart ne sont pas liées à une hypoxie en cours de travail, mais sont d'origine prénatale [5]). Pourtant la fréquence des césariennes pour « souffrance fœtale », c'est-à-dire pour anomalies du rythme cardiaque fœtal, a notablement augmenté [27].

La diffusion de la technique s'est faite en oubliant ses effets adverses éventuels. Si la valeur prédictive d'un rythme cardiaque fœtal normal est excellente, témoignant d'un fœtus en bonne santé, la valeur prédictive d'un rythme cardiaque fœtal anormal est médiocre [27]. Cela est dû à la difficulté de l'interprétation des anomalies du rythme cardiaque fœtal et à la tendance contemporaine d'adopter une « attitude de sécurité ». La question est donc : le monitoring systématique du rythme cardiaque fœtal est-il toujours nécessaire ?

Pour répondre à cette question, Thaker a publié, en 1995, une analyse regroupant douze essais randomisés [26]. **L'utilisation routinière du monitoring du rythme cardiaque fœtal** n'a aucun effet mesurable sur la morbidité et la mortalité fœtale, à l'exception de la réduction du taux de convulsion néonatale (RR\* = 0,5). Parallèlement, le monitoring systéma-



Dans le cadre du travail spontané, la direction précoce ne semble pas apporter les bénéfices attendus.

tique entraîne une augmentation du taux de césarienne (RR = 1,33) et d'extraction instrumentale (RR = 1,23) [26]. En fait, le monitoring fœtal s'est largement répandu en pratique clinique, avant même d'avoir démontré son efficacité ou sa sécurité. Les bénéfices annoncés sont donc beaucoup plus modestes qu'on ne l'escomptait.

### Peut-on se passer du monitoring ?

Mais ces critiques doivent être nuancées, face aux réalités cliniques. Pour éviter d'inutiles césariennes, il faut analyser avec rigueur les anomalies du rythme cardiaque fœtal et utiliser d'autres moyens lorsque les conclusions ne sont pas univoques [27]. Si l'étude de Dublin [15, 27] ne montre pas de différences entre le monitoring du rythme cardiaque fœtal et l'auscultation itérative régulière, cette dernière pratique ne correspond pas à la réalité de nos salles de travail [27]. L'auscultation est aléatoire, alors que le monitoring du rythme cardiaque fœtal est objectif et continu, d'où son intérêt médico-légal. Alors peut-on s'en passer ?

Peut-on enregistrer le rythme cardiaque fœtal de façon discontinue, pour des grossesses normales et lors d'un travail à terme ? L'étude de Herbst [13] ne montre aucune différence pour la détec-

tion des anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal, pour l'incidence des césariennes, pour souffrance fœtale et pour l'état néonatal. L'enregistrement discontinu du rythme cardiaque fœtal mérite, donc, d'être proposé plus fréquemment.

## Le travail dirigé (amniotomie + ocytocine)

La dystocie, anomalie de la dilatation et de la progression du fœtus, est la première cause de césarienne en cours de travail. Or, les taux de césarienne actuels paraissent excessifs. La direction du travail (prise en charge systématique de toutes les parturientes) pourrait diminuer le taux de césarienne pour dystocie. Lacomme, au cours des années 1960, en a été le promoteur et nous avons tous en mémoire cette phrase : « *Il faut atténuer la douleur et agir sur la contractilité utérine pour obtenir une progression régulière au minimum de puissance.* »

La direction du travail, codifiée par l'école de Dublin, vise à **réduire la durée du travail** et à éviter le travail prolongé [15]. Elle concerne des primipares en travail spontané débutant. Le diagnostic de travail est posé devant des

contractions et un col effacé. La rupture artificielle des membranes est pratiquée dès l'admission, afin d'obtenir une progression régulière de la dilatation, supérieure à un centimètre par heure. Si cette vitesse de dilatation n'est pas obtenue, une perfusion d'ocytocine est ajoutée pour obtenir une contractilité efficace et une progression de la dilatation. L'objectif n'était pas de réduire le taux de césarienne, mais des études ultérieures ont constaté que la direction du travail s'accompagnait d'une baisse significative du taux de césarienne, en particulier des césariennes pour dystocie [15].

Chacun s'est donc mis à « diriger le travail », c'est-à-dire à rompre les membranes et perfuser de l'ocytocine, un peu n'importe comment... Or, pour démontrer l'intérêt de cette pratique dans la réduction du nombre de césariennes, sans autres inconvénients, il faut des essais respectant une méthodologie adéquate. Deux méta-analyses permettent de répondre à cette question [6, 10].

### Amniotomie : plutôt plus de césariennes que moins

La méta-analyse de Brisson-Carrol [6] concerne l'utilisation de la rupture artificielle précoce des membranes lors du travail spontané. Les essais rapportés montrent une réduction de la durée du travail (de 0,6 à 2,3 heures), une tendance à l'augmentation du nombre des césariennes (OR = 1,21) et aucun effet sur la fréquence des extractions instrumentales (OR = 1,0). L'amniotomie précoce réduit la fréquence des scores d'Apgar inférieurs à 7 à cinq minutes (OR = 0,51), sans effet particulier sur les autres indicateurs de la morbidité néonatale, et n'entraîne pas de satisfaction maternelle particulière.

L'étude plus récente de Johnson [18] montre que l'amniotomie n'a pas d'intérêt chez les multipares et réduit le travail des nullipares de une heure. Elle induit une tendance à l'augmentation du nombre des césariennes (OR = 1,9) et de touchers vaginaux pendant le travail. L'étude de Goffinet [12] est plus embarrassante, car elle montre une augmentation significative des anomalies du rythme cardiaque fœtal après amniotomie et, surtout, davantage de césariennes pour souffrance fœtale aiguë. La rupture artificielle pré-

**L'UTILISATION ROUTINIÈRE DU MONITORAGE DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL N'A AUCUN EFFET MESURABLE SUR LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ FŒTALE.**

## ▶ REFERENCES

- [1] Audipog. Le réseau sentinelle. Mise en commun des données, 1998. Inserm, Lyon, 1998 (36 p.).
- [2] Akrich M., « Soins périnataux : avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau : analyse et point de vue du sociologue », *J. gynécol. obstét. biol. rep.*, 1998, 27 (suppl. 2), 197-204.
- [3] Blondel B., Grandjean H., « Prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés à bas risque : bilan de la littérature », *J. gynécol. obstét. biol. rep.*, 1998, 27 (suppl. 2), 8-20.
- [4] Blondel B., Norton J., du Mazaubrun C., Breart G., *Enquête nationale périnatale, 1998*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Inserm, Paris, 2000.
- [5] Breart G., Rumeau-Rouquette C., « Asphyxie périnatale et handicaps à long terme chez l'enfant né à terme », in *Médecine périnatale*, 1995, Paris, Arnette, 1995, 75-79.
- [6] Brisson-Carroll G., Fraser W., Breart G., Krauss I., Thornton J., « The Effect of Routine Early Amniotomy on Spontaneous Labor : a Meta-analysis », *Obstet. Gynecol.*, 1996, 87, 485-490.
- [7] Brown S., Lumley J., « Changing Childbirth: Lessons From an Australian Survey of 1 336 Women », *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 1998, 105, 143-155.
- [8] Carroli G., Belizan J., « Episiotomy for Vaginal Birth (Cochrane review) », in *The Cochrane Library*, 4, 2000. Oxford: Update Software.
- [9] Chalmers B., « Who Appropriate Technology for Birth Revisited », *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 1992, 99, 709-710.
- [10] Fraser W., Venditelli F., Krauss I., Breart G., « Effects of Early Augmentation of Labour With Amniotomy and Oxytocin in Nulliparous Women: a Metaanalysis », *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 1998, 105, 189-194.
- [11] Glazener CMA., « Sexual Function After Childbirth: Women's Experiences, Persistent Morbidity and Lack of Professional Recognition », *Brit. J. Obstet. Gynecol.*, 1997, 104, 330-335.
- [12] Goffinet F., Fraser W., Marcoux S., Breart G., Moutquin J.M., Daris M., « The Amniotomy Study Group. Early Amniotomy Increases the Frequency of Foetal Heart Rate Abnormalities », *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 1997, 104, 548-553.
- [13] Herbst A., Ingemarsson I., « Intermittent Versus Continuous Electronic Monitoring in Labour: a Randomised Study », *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 1994, 101, 663-668.
- [14] Hundley V.A., Cruickshank F.M., Lang G.D., Glazener CMA, et coll., « Midwife Managed Delivery Unit: a Randomised Controlled Comparison With Consultant Led Care », *BMJ*, 1994, 309, 1400-1404.
- [15] Impey L., Boylan P., « Active Management of Labour Revisited », *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 1999, 106, 183-187.
- [16] Jacquetin B., « Episiotomie: contre une utilisation de routine », in *Médecine périnatale*, 1997. Paris, Arnette, 1997, 215-231.
- [17] Johnson C., Keirse MJNC, Enkin M., Chalmers I., « Nutrition and Hydratation in Labour », in *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989, 827-832.
- [18] Johnson N., Lifford R., Guthrie K., Thornton J., Barker M., Kelly M., « Randomised Trial Comparing a Policy of Early With Selective Amniotomy in Uncomplicated Labour at Term », *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 1997, 104, 340-346.
- [19] Jonkers H., *L'obstétrique aux Pays-Bas: place de la sage-femme*, mémoire, Ecole de sages-femmes, clinique Baudelocque, Paris, 1995.
- [20] Lede R.L., Belizan J.M., Carroli G., « Is Routine Episiotomy Justified? », *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1996, 174, 1399-1402.
- [21] Lupe P.J., Gross T.L., « Maternal Upright Posture and Mobility in Labor — a Review », *Obstet. Gynecol.*, 1986, 67, 727-734.
- [22] Mac Vicar J., Dobbie G., Owen-Johnstone L., Jagger C., Hopkins M., Kennedy J., « Simulated Home Delivery in Hospital: a Randomiser Controlled Trial », *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 1993, 100, 316-323.
- [23] Roberts J., « Maternal Position During the First Stage of Labour », in *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989, 883-892.
- [24] Sadler L.C., Davison T., McCowan LME., « A randomised Controlled Trial and Metaanalyse of Active Management of Labour », *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 2000, 107, 909-915.
- [25] Stoleru S., « Interactions mère-nouveau-né », in *Obstétrique*, Paris, Flammarion, 1995, 1495-1509.
- [26] Thaker S.B., Stroup D.F., Peterson H.B., « Efficacy and Safety of Intrapartum Electronic Fetal Monitoring: an Update », *Obstet. Gynecol.*, 1995, 86, 613-620.
- [27] Thoulon J.M., Laville M., « Le monitoring électronique foetal per-partum », in *Médecine périnatale 1995*, Paris, Arnette, 1995, 81-96.
- [28] Turnbull D., Homes A., Shields N., Cheyne H., et coll. « Randomised Controlled Trial of Efficacy of Midwife-Managed Care », *Lancet*, 1996, 348, 213-218.
- [29] Venditelli F., « Position allongée ou verticale durant le deuxième stade du travail: revue des méta-analyses », in *Médecine périnatale 1998*, Paris, Arnette, 1998, 167-176.
- [30] Waldenström U., Nilsson C.A., Winblad B., « The Stockholm Birth Center trial: Maternal and Infant Outcome », *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 1997, 104, 410-418.

coce des membranes, qui est proposée pour réduire la fréquence des césariennes, ne répond donc pas à cet objectif et doit être réservée au traitement des anomalies de la progression du travail [6].

▶ La méta-analyse de Fraser [10] étudie la direction du travail, association d'une rupture précoce des membranes et d'une perfusion d'ocytocine, et son intérêt pour réduire le taux de césarienne. Les essais confirment que la direction du travail entraîne une réduction de la durée du travail (de 2,5 à 20 %) et diminue la fréquence du travail prolongé au-delà de neuf ou douze heures (OR = 0,3). Mais on n'observe pas de réduction du taux global de césarienne (OR = 0,9), ni de modification du taux d'extraction instrumentale (OR = 0,9). Il n'existe aucune différence entre les groupes concernant la morbidité et la mortalité néonatale. La douleur est augmentée dans le groupe où le travail est « dirigé », les femmes de ce groupe vivant moins bien leur accouchement.

Ainsi la politique de direction précoce du travail, appliquée aux nullipares en travail spontané, n'est pas associée à une réduction significative du taux de césarienne. Le seul bénéfice observé concerne les patientes présentant une dystocie confirmée, pour lesquelles le taux de césarienne est sensiblement réduit (OR = 0,6) [10]. L'étude récente de Sadler [24] ne montre aucune réduction du taux de césarienne, mais une diminution de la durée de dilatation (240 minutes au lieu de 290) et du travail prolongé (RR = 0,39). Il n'y a pas de différence pour l'état néonatal ou les hémorragies de la délivrance, mais la satisfaction des patientes est élevée.

En conclusion, la direction précoce du travail ne semble pas apporter les bénéfices attendus, puisque, dans le cadre du travail spontané, elle ne réduit pas la fréquence des césariennes. En revanche, une telle politique obstétricale est contraignante pour les patientes puisque, dès leur arrivée en salle de travail, la prise en charge technique (perfusion d'ocytocine, surveillance électronique du rythme cardiaque foetal, analgésie péridurale) est indispensable et se fait au détriment d'un certain degré de liberté pendant le travail.

Cette pratique ne doit plus être appliquée systématiquement à toute patiente sans son consentement [6, 10, 15, 18, 24].

## A quoi sert l'épisiotomie ?

MÊME un geste aussi traditionnel que l'épisiotomie peut être remis en question. La pratique de l'épisiotomie s'est imposée au cours du temps dans le but louable de protéger les patientes, mais sans évaluation de ses conséquences. Or on découvre que l'épisiotomie n'est pas dénuée d'inconvénient dont les femmes se plaignent. L'épisiotomie est proposée pour éviter certaines complications obstétricales: déchirures périnéales graves (atteinte du sphincter anal et/ou de la muqueuse rectale), relâchement pelvien et incontinence urinaire, voire souffrance fœtale au cours de l'expulsion [16].

Aucune étude de méthodologie adéquate n'a démontré que la pratique de l'épisiotomie réduit le risque de déchirure du troisième degré [8, 16, 20]. C'est même le contraire avec l'épisiotomie médiane qui accroît la fréquence des lésions du sphincter anal. L'épisiotomie médio-latérale, au mieux, ne prévient pas les déchirures périnéales graves. La méta-analyse de Carroli [8] confirme que la réduction du taux d'épisiotomie s'accompagne d'une diminution des déchirures périnéales postérieures (RR = 0,88) et des problèmes de cicatrisation (RR = 0,69), mais accroît la fréquence des lésions périnéales antérieures (RR = 1,79); il n'y a de différences pour les déchirures graves (RR = 1,11), la dyspareunie (RR = 1,02) et l'incontinence urinaire (RR = 0,98).

L'épisiotomie protège-t-elle le plancher pelvien et prévient-elle la survenue ultérieure de prolapsus ou d'incontinences urinaires ou anales? Aucune étude ne montre un effet bénéfique en faveur de l'épisiotomie [8, 16]. Plusieurs équipes ont étudié les capacités contractiles du périnée, mais aucun travail ne montre un quelconque avantage pour l'épisiotomie [20]. Enfin, les paramètres urodynamiques ne sont pas modifiés huit semaines après l'accouchement par la réalisation d'une épisiotomie médio-latérale [16].

# Changer les naissances

►► Pourquoi n'avons-nous plus confiance en nous, en la capacité des parturientes et de leurs enfants? ►► La sécurité périnatale peut être assurée sans débauche technique.

## Le risque périnatal est-il prévisible ?

**E**N fait, les grossesses et les accouchements se passent souvent bien. Certes, il y a un siècle, la mortalité maternelle était de 1 % et on réalisait moins de une césarienne pour mille naissances. Maintenant, accoucher est moins risqué : la mortalité maternelle est de 13 pour 100 000. Pourtant le taux national de césarienne atteint 17 % [1, 4\*].

De nos jours, 20 % des multipares présentent un antécédent obstétrical (césarienne, accouchement prématuré, etc.) et 36 % des grossesses sont compliquées d'une pathologie (menace d'accouchement prématuré, HTA, etc.). La fréquence des femmes à bas risque (sans antécédents ni pathologie) est modeste : 32 % des primipares et 25 % des multipares [1]. Néanmoins, 70 % des femmes accouchent normalement [1, 4]. Cela fait beaucoup de grossesses et d'accouchements normaux, ne justifiant pas toujours l'arsenal technique mis en place [3].

La philosophie qui sous-tend la pratique obstétricale française est simple : l'accouchement est une situation à risque qui rend nécessaire un environnement médicalisé. Un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance, et certaines complications, rares, mais graves, peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir. Cette considération justifie que la naissance ait lieu dans un endroit où l'on dispose vingt-quatre heures sur vingt-quatre d'un bloc opératoire et où l'on trouve en permanence une sage-femme, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre [2].

Malgré une prise en charge systématique des accouchements en milieu hospitalier, malgré le développement de techniques nouvelles, toujours plus sophistiquées,



malgré le niveau élevé des dépenses de santé, les performances périnatales françaises apparaissent médiocres, comparées à celles d'autres pays européens. Mais a-t-on jamais cherché à évaluer ces pratiques ou ces techniques ?

### Des accouchements sans interventions médicales

D'autres philosophies obstétricales existent en Europe. Certains systèmes de santé affirment que le risque obstétrical peut se repérer en cours de grossesse, permettant aux patientes à « bas risque » de choisir un accouchement non médicalisé [3, 14, 19, 22, 28]. Cette conception est tout autre : on y affirme le caractère physiologique de l'accouchement. Pour une part de la population, la grossesse et l'accouchement ne supposent pas d'intervention médicale. On ne considère qu'une situation est pathologique qu'au vu d'arguments solides. La frontière entre le

Le nouveau-né en bonne santé doit rester auprès de sa mère

physiologique et le pathologique est déterminée par un dispositif de classification qui est utilisé par les sages-femmes [2, 19]. Certaines pathologies imposent l'avis d'un gynécologue-obstétricien, d'autres, plus sévères, le suivi et l'accouchement à l'hôpital. Dans ces systèmes, les résultats périnataux sont meilleurs qu'en France.

## La pratique des accouchements à bas risque

**L**ES femmes se plaignent des conditions dans lesquelles sont organisés les soins périnataux, surtout quand la grossesse et l'accouchement se passent bien : les services sont surchargés, l'accou-

Faut-il remplacer une hypothétique déchirure périnéale par une incision chirurgicale ? Le bilan n'est pas en faveur de l'épisiotomie [16]. Pratiquer une épisiotomie est plus douloureux qu'une déchirure spontanée. Au cours du post-partum, les épisiotomies sont plus douloureuses que les déchirures. A distance, la reprise de l'activité sexuelle est plus précoce après déchirure qu'après épisiotomie. L'épisiotomie médio-latérale est beaucoup plus hémorragique que l'épisiotomie médiane. On admet que 10 % des patientes subissant une épisiotomie vont présenter une perte sanguine supérieure à 300 millilitres [16]. Un moyen efficace pour réduire l'importance des hémorragies survenant pendant l'accouchement est de supprimer l'épisiotomie !

Ainsi les bénéfices de l'épisiotomie sont modestes, compte tenu de ses avantages allégués [16]. L'épisiotomie ne prévient pas les déchirures graves du périnée et ne préserve pas du risque ultérieur d'incontinence urinaire ou fécale. Et la liste des complications de l'épisiotomie est longue... Avoir une épisiotomie est vécue par les patientes comme un handicap. L'épisiotomie double l'insatisfaction des patientes au décours de leur accouchement. Les conséquences sur la qualité de la vie sexuelle sont sans doute plus marquées, mais malheureusement sont peu prises en compte par les professionnels de santé [11].

L'épisiotomie de routine n'a plus de raison d'être. Plusieurs études récentes concluent qu'on peut souvent s'abstenir de recourir à l'épisiotomie [8, 16, 20]. Les sages-femmes, qui réalisent moins d'épisiotomies que les médecins spécialistes, ont davantage de périnées intacts. Mais la pratique de l'épisiotomie est régie par des habitudes plus que par des évaluations correctes. Le changement d'attitude ne pourra être que progressif, mais, incontestablement, il faut se retenir pour ne pas réaliser trop d'épisiotomies. ■

\* \* RR: Risque relatif. C'est le rapport de la probabilité à contracter une maladie quand on est exposé à un facteur, à la probabilité de la contracter quand on n'est pas exposé à ce facteur. Il permet de repérer, dans un ensemble déterminé, les sujets à risque majoré.

OR: Odds ratio. C'est le risque relatif approximatif, ou rapport de chances. Il exprime l'éventualité d'une liaison entre deux éléments.

## S'EN TENIR AU NÉCESSAIRE ET À L'UTILE

**Rappelons les recommandations de l'OMS** pour les naissances en Europe [9].

- ▶ Les femmes peuvent être accompagnées librement par un membre de leur famille et doivent bénéficier de l'écoute et de l'assistance du personnel.
- ▶ Les femmes doivent participer aux décisions concernant leur accouchement (information et consentement).
- ▶ Éviter les césariennes abusives et encourager l'accouchement vaginal des femmes césarisées.
- ▶ La rupture des membranes systématique n'est pas justifiée.
- ▶ Le monitoring permanent du rythme cardiaque fœtal ne doit pas être systématique.
- ▶ Le décubitus dorsal pendant le travail n'est pas recommandé. La déambulation et le choix de la position doivent être proposés.
- ▶ L'épisiotomie systématique n'est pas justifiée.
- ▶ Le nouveau-né en bonne santé doit rester auprès de sa mère.
- ▶ L'allaitement maternel immédiat et les contacts mère-enfant doivent être encouragés.

En fait, il ne faut faire que ce qui est nécessaire et utile. Le rôle des sages-femmes et des obstétriciens est simple et délicat : surveiller et respecter la bonne évolution du travail, attendre et ne rien faire qui ne soit justifié, encourager et aider la femme en travail et lui permettre de découvrir et d'accueillir son enfant.



BURGER/PHANIE

chement est trop médicalisé, le suivi de grossesse et l'accouchement font appel à de multiples intervenants, souvent mal coordonnés. Elles souhaitent être prises en charge, de la grossesse jusqu'au post-partum, par une seule sage-femme ou une équipe réduite [3, 22, 30].

### Des services de sages-femmes

La prise en charge des grossesses à bas risque et des accouchements à domicile par les sages-femmes est organisée depuis longtemps aux Pays-Bas, avec des résultats périnataux favorables [3, 19]. Un vaste débat a eu lieu en Grande-Bretagne, durant les années 1990, aboutissant à un rapport parlementaire (1992) et à des recommandations professionnelles : Changing Childbirth (1993) [7, 14, 28]. On constatait trop d'interventions pendant le travail et une morbidité maternelle excessive lorsque les grossesses à bas risque étaient prises en charge dans les maternités comme des grossesses à haut risque. Des services de sages-femmes ont été créés pour répondre à ces critiques [3, 7, 14, 22, 30].

Ces « centres de naissances », sont exclusivement organisés par des sages-femmes, sans médecin responsable. Elles peuvent et doivent référer les patientes au service d'obstétrique voisin en cas de besoin. Les sages-femmes assurent un suivi longitudinal et personnalisé des grossesses et des accouchements. L'aspect physiologique de l'accouchement est respecté, le recours aux techniques étant limité. Plusieurs études descriptives ont montré que ces structures fonctionnaient comme prévu : les femmes prises en charge sont à bas

Les femmes doivent bénéficier de l'écoute et de l'assistance du personnel

risque, elles sont transférées en cas de difficultés, bénéficient de moins d'interventions médicales, présentent moins de complications postnatales, leurs enfants sont en aussi bonne santé que ceux des accouchements habituels et restent plus souvent auprès de leur mère [3].

### Des protocoles de « démedicalisation »

Plusieurs essais contrôlés randomisés ont été publiés [3, 14, 22, 28, 30]. Ils concernent tous des unités de sages-femmes implantées dans des centres obstétricaux, où les salles de naissance sont voisines du bloc obstétrical. Les protocoles traduisent une « démedicalisation » : pas de recours à l'amniotomie ou à l'ocytocique systématique, absence de péridurale, pas de monitoring du rythme cardiaque fœtal, possibilité de déambuler ou de choisir la position d'accouchement. La comparaison est faite avec la prise en charge usuelle dans les services d'obstétrique.

Un seul essai précise le nombre de patientes prises en charge par les sages-femmes : 44 % de la population [22]. Après randomisation, 33 à 45 % des patientes sont orientées vers l'obstétricien ou transférées au bloc obstétrical [3, 14, 22, 30]. Pendant la grossesse, les causes de transfert sont l'hypertension artérielle, le dépassement du terme et les sièges ; pendant le travail, la souffrance fœtale, la stagnation de dilatation et la rupture prolongée des membranes. Ces transferts concernent surtout les primipares. Plus la randomisa-

tion est tardive, moins le taux de transfert est élevé : 54 % au début de la grossesse, 6 % à l'entrée en salle de travail [3].

La prise en charge du travail par les sages-femmes est moins active : moins de déclenchements, de rupture artificielle des membranes (ou amniotomie) et d'ocytocine, moins d'enregistrements du rythme cardiaque fœtal, moins d'analgésie et de péridurales, mais davantage de déambulation, de massages et de bains [3, 14, 22, 28, 30]. Les durées de travail sont plus longues, sans réduction significative du nombre des césariennes, mais avec une baisse significative de la fréquence des extractions instrumentales. Il y a moins d'épisiotomie et le périnée est plus souvent intact. La mortalité périnatale, le score d'Apgar et les transferts néonataux ne diffèrent pas. Néanmoins, dans deux études, certaines morts périnatales ont été attribuées à des erreurs de décision de la sage-femme [22, 30]. Enfin, les femmes suivies par les sages-femmes sont plus satisfaites que dans les groupes témoins.

Ces essais montrent donc qu'une prise en charge par les sages-femmes entraîne une moindre médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Mais, pour démontrer l'intérêt de cette pratique et l'absence d'effets néfastes, il faut poursuivre des études sur des effectifs suffisants [3]. **La sélection des femmes à bas risque doit être définie, et l'objectif de l'orientation vers les sages-femmes clairement annoncé** [3, 19].

Les pratiques obstétricales doivent évoluer pour satisfaire les attentes des parturientes et appliquer les conclusions des évaluations publiées. Celles qui restreignent l'autonomie de la femme, sa liberté de choix et l'accessibilité à son enfant ne sont acceptables que si le bénéfice escompté a été prouvé. Dans l'ensemble, il convient de rester critique, car la médicalisation systématique de l'accouchement est excessive, coûteuse, non dénuée d'inconvénients. Elle ne correspond pas à l'attente des femmes qui souhaitent un accouchement serein et intime. Rien ne justifie nombre de nos gestes techniques qui cachent, trop souvent, nos difficultés à entendre et à respecter les parturientes. ■

\* Les chiffres entre crochets renvoient à la bibliographie (page 4).