

## **L'accouchement en maison de naissance plus physiologique : 4 fois moins de risque d'y accoucher par césarienne !**

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

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

Gérald Fioretta, statisticien et épidémiologiste, Registre des Tumeurs, Genève

Collectif des Sages-femmes « Aquila », Aigle

Dr Bernard Fasnacht, MPH, gynécologue-obstétricien, médecin chef Hôpital du Chablais

### **Résumé**

**Introduction :** Depuis dix ans l'Hôpital du Chablais/Vaud/Suisse abrite une maison de naissance gérée de manière indépendante par des sages-femmes en pratique libérale. Parallèlement, cet hôpital public accueille les naissances correspondant à une population d'environ 80'000 habitants. **L'objectif** est d'évaluer les résultats des deux lieux de naissance existant dans les mêmes murs, bien que dans des structures fonctionnelles et organisationnelles différentes. **Méthode :** Cette étude rétrospective compare 386 accouchements en maison de naissance et 788 accouchements similaires en maternité. **Résultats :** Le début du travail est spontané dans 93% des cas en maison de naissance contre 53% à la maternité. Il y a 3 fois moins d'épisiotomies en maison de naissance qu'en maternité, sans augmenter significativement le risque de déchirures du périnée. Le risque de césarienne y est 4 fois moindre. La durée de dilatation est significativement plus longue en salle de naissance qu'en maternité et les modes d'accouchements plus variés avec plus de 50% d'accouchements dans l'eau ou en position à quatre pattes. **Conclusion :** L'accouchement est nettement moins médicalisé en maison de naissance qu'à la maternité, sans risque augmenté pour la femme ou pour le bébé. Le lieu d'accueil des naissances n'est pas neutre et le choix éclairé des parents essentiel.

### **Mots-clés**

Maternité, maison de naissance, parturition, accouchement physiologique, analgésie péridurale, épisiotomie, césarienne,

## **Introduction**

Résultat d'un processus politique de planification sanitaire, la maternité de l'hôpital du Chablais, à Aigle/Vaud, est issue, d'une part, en 1999, de la fusion inter-cantonale – Vaud/Valais – de 2 hôpitaux régionaux, puis, en 2005, de la fermeture de la maternité la plus proche, Martigny/Valais ; d'autre part, depuis la fermeture de la maternité de Châtel-St-Denis/Fribourg, en 1999, elle accueille les 2 médecins-chefs de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique de ce dernier service qui y intègrent leur pratique alternative. Ces différentes étapes, à la fois de fusions d'établissements hospitaliers et de fermetures de services obstétricaux, amènent un afflux plus importants de femmes enceintes vers le centre obstétrical d'Aigle, passant de 350 naissances en 1998 à 1019 naissances en 2009.

En 1999, la fermeture de la maternité de Châtel-St-Denis, connue pour son approche alternative de la naissance, entraînait dans son sillon la disparition de la structure d'accouchements, autogérée par un collectif de sages-femmes indépendantes, implantée dans le giron de cet hôpital du sud fribourgeois : cette même année, ce fut l'éclosion des maisons de naissances, 4 installations simultanées, réparties en Suisse romande – La Grange Rouge à Nyon/Vaud, Zoé à Moudon/Vaud, Le Petit Prince à Givisiez/Fribourg et Aquila à Aigle/Vaud. Pour exemple, sur le seul territoire du canton de Vaud, cette dernière décennie, la fermeture d'une dizaine de maternités (publiques et privées)<sup>1</sup> permet d'expliquer, en partie, le phénomène de l'apparition des maisons de naissances répondant aux besoins de couples souhaitant accueillir leur enfant dans de petites structures favorisant un accompagnement physiologique de la naissance. En Suisse romande, le nombre d'accouchements en maisons de naissance a passé de 35

---

<sup>1</sup> Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud. *Point de situation sur les maternités vaudoises*. Conférence de presse du 10.03.08. [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dsas/cd/fichiers\\_pdf/pres-080310-mat.vaudoises.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/cd/fichiers_pdf/pres-080310-mat.vaudoises.pdf) Page consultée le 12.02.10  
C:\Users\Anne\Documents\NOPS\Congrès\FSSF 2010 + Bruxelles\Article revu suite SFI décembre 2010.doc

[1 maison de naissance] en 1998 à 186 [6 maisons de naissance] en 2008, dont près d'un tiers à Aigle<sup>2</sup>.

Au niveau suisse, l'Observatoire suisse de la santé [OBSAN, Künzi, Detzel, 2007]<sup>3</sup>, dans l'étude présentée en octobre 2007, relève le rôle déterminant des professionnels, les sages-femmes, en particulier, et des maisons de naissances, non seulement sur les coûts de la santé, mais aussi sur l'impact du suivi des femmes enceintes, des accouchées et de leurs nouveau-nés, en terme de résultat positif sur la santé – efficacité, satisfaction, efficience : la diminution des interventions – anesthésies épidurales, épisiotomies, entre autres – pouvant induire certains risques chez la mère comme chez l'enfant.

Ces dernières années, nous observons une augmentation importante des taux des différentes interventions médicales, épisiotomies, accouchements provoqués, péridurales et césariennes [SCRIS, 2010]<sup>4</sup>.

<b>Canton de Vaud</b>	<b>1999</b>	<b>2008</b>
Total des naissances	6323	7245
Accouchements non compliqués	4263	3502
Césariennes	1326	2297

Parallèlement, la demande des femmes et de leur partenaire est portée par un besoin croissant de garantie de sécurité maximale et de maîtrise des événements de leur vie, assorti d'une pression forte sur les professionnels de la santé afin d'obtenir une réponse immédiate aux demandes d'interventions obstétricales : les obstétriciens sont vécus par

<sup>2</sup> [http://www.maison-de-naissance.ch/main/naissance\\_statistiques.php](http://www.maison-de-naissance.ch/main/naissance_statistiques.php)

<sup>3</sup> Observatoire Suisse de la santé – OBSAN. Künzi, K., Detzel, P. Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Résumé pp. IX et X. octobre 2007.

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.Document.102337.pdf> Page consultée le 12.02.10

<sup>4</sup> données issues du Service cantonal de recherche et d'information statistiques, SCRIS, page consultée le 30.04.2010

<http://www.scris.vd.ch/main.asp?DocID=5416&Language=F&ScrisKwd=S>

le public comme détenteurs de la connaissance et du pouvoir de maîtrise et de sécurité absolue.

Sur le plan national, 21 maisons de naissance sont recensées [2010]<sup>5</sup> dont 6 en Suisse romande, pour quelques 130 services publics et privés d'obstétrique de différentes tailles. Parallèlement un petit nombre de sages-femmes indépendantes pratiquent comme sages-femmes agréées permettant un accès hospitalier dans certaines maternités avec lesquelles elles sont liées par convention.

Le concept de *maison de naissance* défini par l'association suisse des maisons de naissance – IGGH<sup>6</sup> implique un accompagnement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum par une sage-femme, garantissant la continuité du suivi obstétrical et néonatal ; les conditions de prise en charge pour l'accouchement sont les suivantes : le consentement éclairé des femmes enceintes et de leur partenaire, une grossesse physiologique, pour les multipares des antécédents obstétricaux physiologiques ; à ces conditions générales, certains critères particuliers peuvent être apportés par les collectifs de sages-femmes indépendantes pratiquant en maison de naissance. Ces structures sont autogérées par des collectifs de sages-femmes, en pratique libérale ; des médecins, obstétriciens, pédiatres, parfois généralistes, peuvent y intervenir sur appel des sages-femmes, selon des accords privés. En ce qui concerne la maison de naissance Aquila à Aigle, un contrat de location des locaux est établi, annexé d'une convention de partenariat décrivant certaines modalités de collaboration en cas de pathologie durant le déroulement de l'accouchement et de transfert possible vers le service hospitalier de la maternité et/ou de la pédiatrie, voire du bloc opératoire.

**Une étude rétrospective** est conduite sur les 2 structures obstétricales sises à Aigle/Vaud, en Suisse romande, maternité de l'hôpital du Chablais et maison de naissance Aquila ; sur la base d'un bilan statistique des huit dernières années de

---

<sup>5</sup>IGGH-CH. Liste des maisons de naissance Suisse <http://www.maison-de-naissance.ch/main/adresses.php> Page consultée le 12.02.10

<sup>6</sup>FSSF : Fédération suisse des sages-femmes

C:\Users\Anne\Documents\NOPS\Congrès\FSSF 2010 + Bruxelles\Article revu suite SFI décembre 2010.doc

pratique obstétricale (2002 à juin 2009) ; **son but** est d'évaluer statistiquement et comparativement les résultats des données issus des 2 collectifs, de la maternité du Chablais à celles de la maison de naissance Aquila, tous les 2 sur le site d'Aigle, et de mettre en évidence deux types de pratiques en lien avec des demandes différenciées en matière de naissance. **La question** posée est la suivante : quelles sont les différences de résultats de santé entre la pratique hospitalière et celle de la maison de naissance d'Aigle ?

## **Méthode**

**Une évaluation statistique comparative** entre les accouchements de la maison de naissance « Aquila » à Aigle et la maternité de l'Hôpital du Chablais à Aigle, de 2002 à fin juin 2009, a été effectuée sur la base des données des dossiers obstétricaux. Les données ont été traitées de manière anonyme par un statisticien et épidémiologiste<sup>7</sup>, puis analysées par un pédiatre [Borel]<sup>8</sup> ; présentés et discutés au sein du groupe de professionnels concernés des 2 structures sanitaires, les résultats ont été interprétés par les auteurs de l'étude, puis soumis à la lecture d'un médecin-chef du service d'obstétrique [Fasnacht]<sup>9</sup>. La population étudiée représente un effectif total de 6359 naissances dont 5973 naissances pour la maternité et de 386 naissances pour la maison de naissance Aquila, sur 7 ans et 6 mois.

<b>Tableau 1</b>	<b>Maternit</b>	<b>Aquil</b>
<b>Années</b>	<b>é</b>	<b>a</b>
	<b>Total</b>	<b>Total</b>
<b>2002</b>	739	38
<b>2003</b>	706	51
<b>2004</b>	760	44

<sup>7</sup> G. Fioretta, statisticien et épidémiologiste, Registre des Tumeurs, Genève

<sup>8</sup> B. Borel, MPH, pédiatre FMH, médecin-chef Hôpital du Chablais, Aigle

<sup>9</sup> B. Fasnacht, MPH, gynécologue-obstétricien FMH, médecin-chef Hôpital du Chablais, Aigle

<b>2005</b>	941	39
<b>2006</b>	892	56
<b>2007</b>	969	51
<b>2008</b>	966	62
<b>2009/1<sup>er</sup></b> semestre	---	45
<b>Total</b>	<b>5973</b>	<b>386</b>

**Les paramètres** issus des dossiers obstétricaux des parturientes, pris en compte et comparés sont les suivants : le nombre d'accouchements, la parité, le terme de l'accouchement, la durée de la dilatation, le mode d'accouchement (positions, eau), le type d'accouchement (spontané, provocation, péridurale, forceps, ventouse, césarienne), le statu du périnée post-accouchement, l'âge des femmes, le sexe et le poids des nouveau-nés, les mesures d'Apgar, les complications néonatales et les transferts.

<b>Tableau 1a : Nombre de bébés</b>		
	<b>%</b>	
Ok pour comparaison avec Aquila	788	81.3
Nés < 37 sem.	57	5.9
< 2500g	31	3.2
Césariennes programmées	84	8.7
Transferts d'Aquila	9	.9
<b>Total</b>	<b>969</b>	<b>100%</b>

Pour la comparaison entre les 2 structures, les accouchements à la maternité de l'année 2007 ont été pris en compte, dans la mesure où ils sont représentatifs du collectif total ;

une standardisation a été opérée, excluant du collectif annuel/2007 global (n=969) : 181

nouveau-nés prématurément (< 37 semaines de gestation, n=57, 5.9%), de faible poids (< à 2500g, n=31, 3.2%), des césariennes programmées (n=84, 8.7). Par ailleurs, les transferts d'Aquila vers la maternité, (n=9,9%), sont intégrés dans les chiffres de la maison de naissance; la comparaison est ainsi effectuée sur un collectif de 788 naissances (81,3%). Pour certains paramètres analysés, seuls les accouchements spontanés ont été inclus dans l'évaluation : les accouchements provoqués (n=178) et stimulés (n=186) ont été ainsi exclus du collectif de comparaison. Cette procédure d'exclusion permet d'éviter d'autant le risque de biais liés aux différents échantillons sélectionnés et aux pratiques professionnelles. Les critères d'exclusion choisis correspondent aux contre-indications pour un accouchement en maison de naissance et permettent ainsi de travailler sur des données d'une population comparable, standardisée.

## **Résultats**

<b>Tableau 2 : Résultats de la maternité</b>					
<b>Année</b>	<b>Modes d'accouchement</b>				<b>Total</b>
	<b>Autres</b>	<b>Provoqué</b>	<b>Stimulé</b>	<b>Spontané</b>	
<b>2002</b>	102 (13.8%)	199 (26.9%)	85 (11.5%)	353 (47.8%)	739
<b>2003</b>	87 (12.3%)	171 (24.2%)	85 (12.0%)	363 (51.4%)	706
<b>2004</b>	97 (12.8%)	188 (24.7%)	78 (10.3%)	397 (52.2%)	760
<b>2005</b>	94 (10.0%)	178 (18.9%)	126 (13.4%)	543 (57.7%)	941
<b>2006</b>	104	190	136	462	892

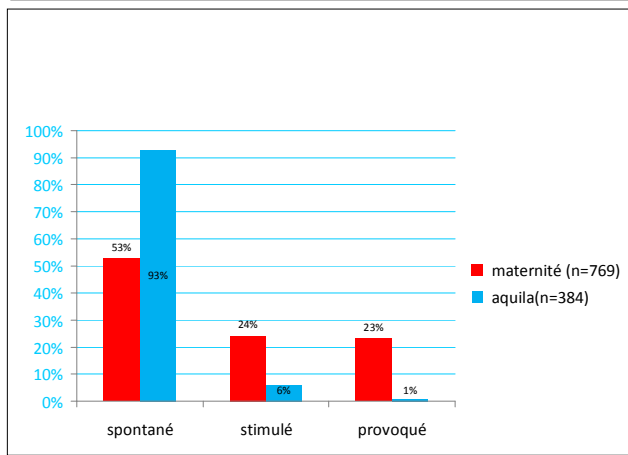
	(11.7%)	(21.3%)	(15.2%)	(51.8%)	
<b>2007</b>	<b>136</b>	<b>194</b>	<b>203</b>	<b>436</b>	<b>969</b>
	<b>(14.0%)</b>	<b>(20.0%)</b>	<b>(20.9%)</b>	<b>(45.0%)</b>	
<b>2008</b>	131	224	204	407	966
	(13.6%)	(23.2%)	(21.1%)	(42.1%)	
<b>Total</b>	751	1344	917	2961	<b>5973</b>
	(12.6%)	(22.5%)	(15.4%)	(49.6%)	

Les données telles que l'âge maternel, le poids et le sexe des nouveau-nés, ainsi que les mesures d'Apgar ont été analysées : la moyenne d'âge maternel est significativement plus élevée à Aquila (32.3 ans versus 30.4 ans), la moyenne de poids des nouveau-nés n'est pas significativement différente (3414 g versus 3385 g), les mesures d'Apgar sont similaires et le ratio garçons/filles n'est pas significativement différent. Les 2 collectifs comprennent autant de primipares que de secondipares, les grandes multipares (4P et plus) sont cependant plus représentées dans le collectif d'Aquila. Les facteurs d'exclusion, comme les dernières données nous permettent d'exclure un biais en défaveur des résultats du collectif de la maternité.

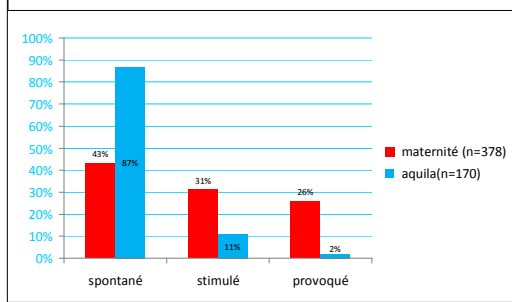
La comparaison des types de travail d'accouchements, spontanés, stimulés et provoqués, montre une différence nettement significative entre les 2 structures que ce soit sur l'ensemble des parturientes, toute parité confondue (histogramme 1) : 53% ( $p < 0.001$ ) d'accouchements spontanés à la maternité pour 93% ( $p < 0.001$ ) à Aquila, 24% ( $p < 0.001$ ) stimulés et 23% ( $p < 0.001$ ) provoqués à la maternité pour 5% ( $p < 0.001$ ) stimulés et 1% ( $p < 0.001$ ) provoqués à Aquila, que sur les primipares (cf. histogramme 2).



**Histogramme 1 : Comparaison maternité/Aquila.  
Type de travail (p<0.001)**



**Histogramme 2 : Comparaison maternité/Aquila.  
Primipares Type de travail (p<0.001)**

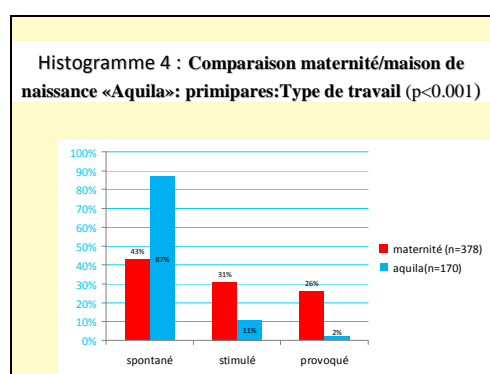
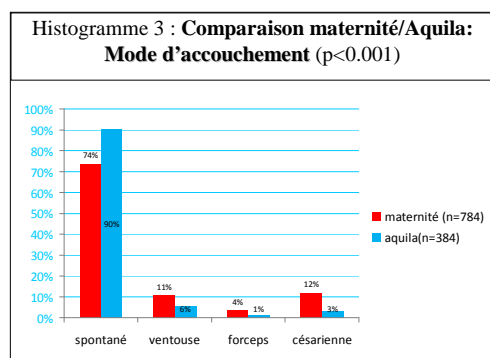


Parallèlement, les données concernant les modes d'accouchement mettent en lumière une différence significative semblable ( $p < 0.001$ ) : toute parité confondue, 74% de modes spontanés en maternité versus 90% à Aquila, 11% de ventouses à la maternité versus 6% à Aquila, 4% de forceps à la maternité versus 1% à Aquila, 12% de césariennes à la maternité et 3% à Aquila ; les données des primipares suivent la même tendance et le taux de césarienne reste 4 fois plus bas.

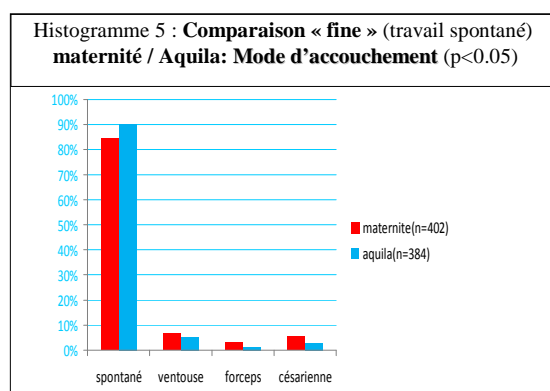
Les données concernant les anesthésies péridurales sont très significatives ( $p < 0.001$ ) : avec une inversion des tendances « accouchement avec anesthésie » versus « accouchement sans anesthésie » selon si l'événement se déroule à la maternité ( $n=378$ ) ou à Aquila ( $n=170$ ) (histogramme 4), même si l'on exclu les accouchements provoqués ou stimulés.

Plus finement (histogramme 5), ne comparant que les 2 collectifs, selon le critère du mode d'accouchement spontané, la différence est toujours significative ( $p < 0.05$ ), bien

que plus faible : les taux d'interventions, ventouses, forceps et césariennes, sont encore inférieurs pour la population de femmes transférées d'Aquila.

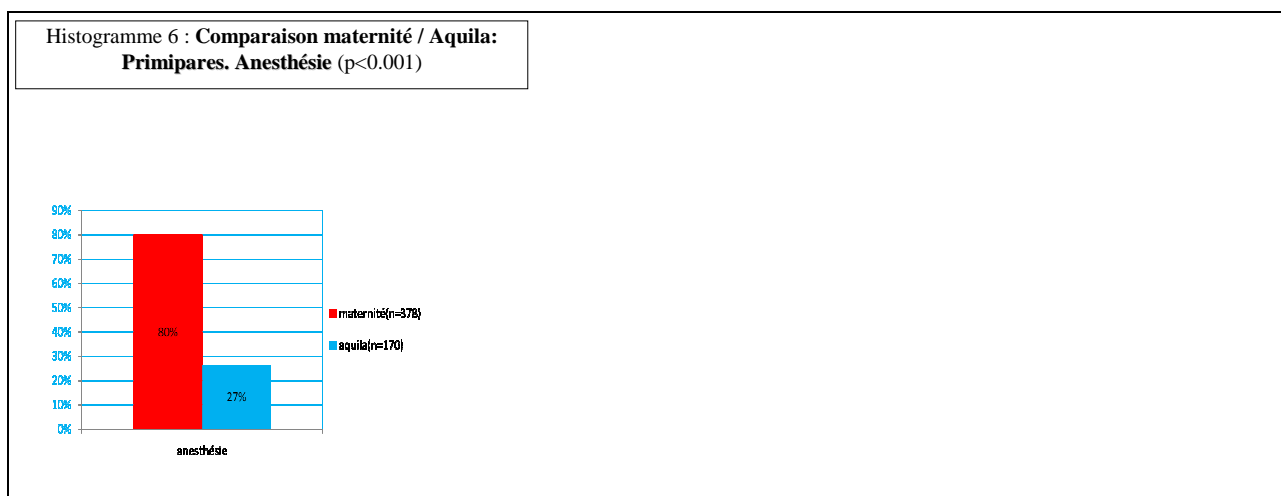


Plus finement (histogramme 5), ne comparant que les 2 collectifs, selon le critère du mode d'accouchement spontané, la différence est toujours significative (p<0.05), bien que plus faible : les taux d'interventions, ventouses, forceps et césariennes, sont encore inférieurs pour la population de femmes transférées d'Aquila.

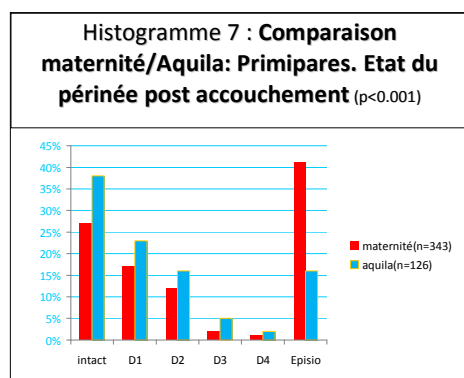


Les données concernant les anesthésies péridurales sont très significatives (p<0.001) (histogramme 6) : avec une inversion des tendances « accouchement avec anesthésie »

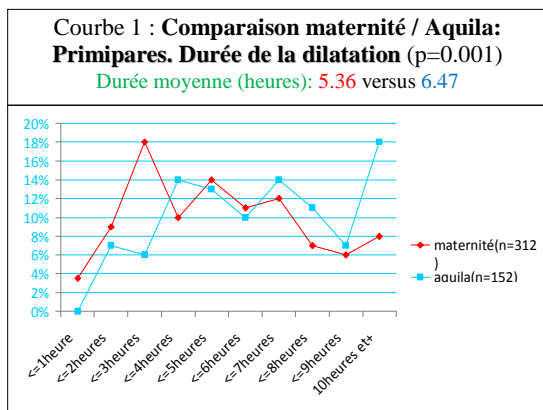
versus « accouchement sans anesthésie » selon si l'événement se déroule à la maternité (n=378) ou à Aquila (n=170).



Les chiffres (histogramme 7) correspondant à l'état des périnées révèlent une tendance inverse : à la maternité, le taux d'épisiotomies est élevé (29%) ; le taux de périnées intacts est plus faible à la maternité qu'à Aquila où le taux d'épisiotomies est de 10% ; les périnées intacts sont supérieurs à 37% à Aquila ; quant à elles les déchirures (I à IV) sont de manière générale supérieures à Aquila, sans que cela soit statistiquement significatif.



La comparaison des durées de dilatation (courbe 1) montre une différence significative (p=0.001) : ce résultat met en évidence tant pour une durée moyenne que médiane, en heures, de 5.36 à la maternité (n=312) versus 6.47 à Aquila (n=152), tendance qui est la même pour l'ensemble des groupes étudiés.



## Analyse

Le mode d'accouchement, pour des populations de femmes comparables, est très différent à l'hôpital en comparaison à la maison de naissance.

Globalement, les résultats de cette étude comparative mettent en évidence une pratique de l'accouchement plus physiologique en maison de naissance<sup>10</sup> : 53% (p=0.000) d'accouchements spontanés à la maternité pour 93% (p=0.000) à Aquila. S'il est évident que par la nature même de sa structure particulière, la maison de naissance, Aquila, exclut toute grossesse pathologie ainsi que les antécédents d'accouchements dystociques, les 2 populations, une fois standardisées (cf. critères d'exclusion), sont similaires et tout à fait comparables.

Les interventions médicales, provocations, stimulations, césariennes et épisiotomies, sont significativement moindres chez les parturientes transférées d'Aquila : types de travail d'accouchements<sup>11</sup>, 24% (p<0.001) stimulés et 23% (p<0.001) provoqués à la maternité pour 5% (p<0.001) stimulés et 1% (p<0.001) provoqués à Aquila, 11% de ventouses à la maternité versus 6% à Aquila, 4% de forceps à la maternité versus 1% à Aquila, 12% de césariennes à la maternité et 3% à Aquila, taux élevé d'épisiotomies (29%, p=0.001) à la maternité versus 10% à Aquila, 80% d'anesthésies péridurales à la maternité versus 27% pour les parturientes provenant d'Aquila et accouchant à la maternité (p<0.001).

<sup>10</sup> histogrammes 1 à 7

<sup>11</sup> idem

Les résultats concernant l'état du périnée et la durée de dilatation sont intéressants<sup>12</sup> : même si le taux d'épisiotomie est relativement haut pour la maison de naissance, 10%, il est pourtant nettement moindre qu'à la maternité, 29%. Comme le montre l'histogramme 7, ce taux bas est en corrélation avec un taux élevé de périnée intact, le taux légèrement plus élevé de déchirures à Aquila n'étant pas statistiquement significatifs. Ces résultats mettent en évidence une pratique de l'épisiotomie plus importante en maternité, avec une différence significativement moindre des déchirures périnéales ; parallèlement, si, à Aquila, les épisiotomies sont significativement moindres et les déchirures plus fréquentes, les périnées intacts sont significativement plus nombreux. Ces résultats confirment les différentes études effectuées et retrouvées dans la littérature [Sartore & al., 2004]<sup>13</sup> concernant les facteurs influant à terme l'état du périnée, et, avec leurs auteurs, nous sommes en mesure de confirmer la pratique d'Aquila comme non dommageable : la littérature ne montre pas plus d'incontinence urinaire quelque soit l'intervention – épisiotomie ou non, déchirure périnéale ou non, les épisiotomies ne préservant pas le périnée.

Quant à la durée de dilatation, les 2 courbes, maternité versus Aquila, s'inversent, montrant une tendance significative à la fois plus élevée pour les temps de dilatation très courts – 1 à 3 heures – et plus longs – 7 à 10 heures et plus – à Aquila ; les résultats concernant la durée de dilatation sont à mettre en lien avec les interventions médicales significativement plus importantes à la maternité, telles que provocations, stimulations, forceps, ventouses et césariennes, réduisant le temps de dilatation et inversant ainsi la tendance – avec une différence de la durée moyenne de 1.11 heure en défaveur d'Aquila. Cet écart de durée de dilatation en défaveur d'Aquila peut être attribué, en partie, par un biais de collecte de données dans la mesure où les sages-femmes y

---

<sup>12</sup> Histogramme 7 et courbe 1

<sup>13</sup> Sartore, A., MD, De Seta, F., MD, Maso, G., MD, Pregazzi, R., MD, Grimaldi, E., MD; Guaschino, S., MD. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. In : *Obstetrics and Gynecology* : avril 2004, volume 103 - issue 4 – pp. 669-673, effectuée par the Department of Obstetrics and Gynecology, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Burlo Garofolo, University of Trieste, Italy. [http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2004/04000/The\\_Effects\\_of\\_Mediolateral\\_Episiotomy\\_on\\_Pelvic.11.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2004/04000/The_Effects_of_Mediolateral_Episiotomy_on_Pelvic.11.aspx). Page consultée le 19.03.2010

pratiquant enregistrent dans leur dossier cette durée déjà dans leur suivi au domicile des parturientes, ce qui n'est pas le cas à la maternité.

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

## **Discussion**

Globalement, les résultats de cette étude comparative mettent en évidence une pratique de l'accouchement plus physiologique en maison de naissance<sup>14</sup> : 53% ( $p=0.000$ ) d'accouchements spontanés à la maternité pour 93% ( $p=0.000$ ) à Aquila. S'il est évident que par la nature même de sa structure particulière, la maison de naissance, Aquila, exclut toute grossesse pathologique ainsi que les antécédents d'accouchements dystociques, les 2 populations, une fois standardisées (cf. critères d'exclusion), sont similaires et tout à fait comparables.

Le bas taux d'épisiotomie est en corrélation direct avec un taux élevé de périnée intact, sans augmentation significative des déchirures, en particulier des déchirures du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> degrés à la maison de naissance est un élément important pour les femmes dont la physiologie est d'avantage préservée.

Cette étude comparative va dans le sens des nombreuses études sur ces sujets ; parmi les dernières parues, l'étude randomisée présentée par le Département d'Obstétrique et de Gynécologie de Trieste, Italie [Sartore & al., 2004]<sup>15</sup>, répertoriée dans The Cochrane Library<sup>16</sup>, de bon niveau d'évidence<sup>17</sup>, ne révèle aucun bénéfice à la pratique de l'épisiotomie médio-latérale – telle que pratiquée à la maternité : cette intervention ne protège pas de l'incontinence urinaire et anale et du prolapsus génital. Par ailleurs, les

---

<sup>14</sup> Tableau 2

<sup>15</sup> Sartore, A., MD, De Seta, F., MD, Maso, G., MD, Pregazzi, R., MD, Grimaldi, E., MD; Guaschino, S., MD. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. In : Obstetrics and Gynecology : avril 2004, volume 103 - issue 4 – pp. 669-673, effectuée par the Department of Obstetrics and Gynecology, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Burlo Garofolo, University of Trieste, Italy.

<sup>16</sup> Cochrane Central Register of Controlled Trials, CCRCT

<sup>17</sup> Level evidence : II-2

résultats récoltés dans cette étude, mettent en évidence une association entre l'épisiotomie et une force musculaire moindre du plancher pelvien en comparaison des déchirures périnéales spontanées avec des dyspareunies, ainsi que des douleurs périnéales augmentées.

En ce qui concerne la durée de la dilatation, l'étude randomisée effectuée par le Department of Obstetrics and Gynecology, Health Science Center, université du Nouveau Mexique<sup>18</sup>, répertoriée dans The Cochrane Library [Rogers & al., 1999]<sup>19</sup>, montre que les péridurales posées tôt dans le travail d'accouchement n'affectent pas la durée de la dilatation ou le taux de césariennes : ce résultat est associé à une durée de la dilatation plus courte comparativement aux péridurales posées plus tardivement. Hormis la pose de péridurale, cette étude montre une diminution significative du travail d'accouchement grâce à l'« active management » par rapport au groupe contrôle. Plus spécifiquement, chez les nullipares, l'anesthésie péridurale accroît significativement la durée du travail et augmente les naissances par césariennes pour dystocies. Une étude plus ancienne, portant sur une cohorte de 4403 nullipares [Cohen, Wayne, 1977]<sup>20</sup>, ne montre aucune augmentation significative de la fréquence de la mortalité périnatale et néonatale, ainsi que des Apgar à 5 minutes, associés à une durée allongée de la seconde phase de la dilatation.

Une étude qualitative [Chaillet & al., 2007]<sup>21</sup> menée dans trois hôpitaux de Montréal représentant environ 10% des naissances au Québec nous permet d'aborder, sous l'angle phénoménologique, les modes de pratiques en obstétrique. Son but était d'appréhender la perception par les obstétriciens des directives en matière de pratiques

---

<sup>18</sup> Rogers, R., MD, Gilson, G., MD, Kammerer-Doak, D., MD. Epidural analgesia and active management of labor: effects on length of labor and mode of delivery. In : *Obstetrics & Gynecology* : June 1999 - Volume 93 - Issue 6 – pp. 995-998.  
[http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/1999/06000/Epidural\\_Analgesia\\_and\\_Active\\_Management\\_of\\_Labor\\_.20.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/1999/06000/Epidural_Analgesia_and_Active_Management_of_Labor_.20.aspx). Page consultée le 19.03.2010

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Cohen, Wayne, R., MD. Influence of the duration of second stage labor on perinatal outcome and puerperal morbidity. In : *Obstetrics & Gynecology* : March 1977 - Volume 49 - Issue 3.  
[http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1977/03000/Influence\\_of\\_the\\_Duration\\_of\\_Second\\_Stage\\_Labor\\_on.3.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1977/03000/Influence_of_the_Duration_of_Second_Stage_Labor_on.3.aspx). Page consultée le 19.03.2010

<sup>21</sup> Chaillet, N., Dubé, E., Dugas, M., Francoeur, D., Dubé, J., Gagnon, S., Poitras, L., Dumont, A. Identification des éléments empêchant ou facilitant la mise en œuvre des directives visant à réduire les taux d'accouchement par césarienne au Québec. In : *Bulletin of the World Health Organization*. Octobre 2007, 85 (10) <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/10/06-039289.pdf> Page consultée le 26.03.2010

cliniques visant la prise en charge du travail et l'accouchement par les voies naturelles des femmes ayant antérieurement accouché par césarienne et identifier les éléments qui, dans la pratique, entravent ou facilitent la mise en œuvre de solutions obstétricales conformes à ces directives. Les résultats ont mis en évidence que les éléments entravant ou facilitant sont, notamment : 1) au niveau hospitalier, les politiques de prise en charge, 2) niveau du département, les facteurs liés à l'encadrement et à l'organisation, les incitations économiques et les disponibilités en équipements et en personnel, 3) les motivations et les mentalités des professionnels de santé (préoccupations médico-légales, niveaux de compétences, acceptation des directives et stratégies utilisées pour appliquer les recommandations et 4) les motivations des patientes. En conclusion, selon cette étude, l'adoption de directives est un moyen important pour guider le développement de stratégies efficaces ; la mise en œuvre de directives s'effectue mieux si les perceptions des professionnels de la santé sont prises en compte dans l'élaboration de recommandations acceptables et utiles. Les résultats de cette étude révèlent que les obstétriciens cherchent à mettre en œuvre les meilleures pratiques, pour ce faire, ils ont besoin d'outils et d'aides reposant sur des éléments factuels permettant d'évaluer leurs pratiques et d'améliorer leurs performances ; le contrôle par des pairs des pratiques est identifié par les obstétriciens comme la stratégie la plus appropriée.

Parallèlement, dans leur article original, se référant à l'enquête nationale française [1995], [Langer, Schlaeder, 1998]<sup>22</sup> révèlent la nécessité de stabiliser le taux de césarienne, alors de 15.9%, dans la mesure où l'augmentation de cette intervention ne trouve aucune justification médicale, n'offrant aucun bénéfice sur les résultats périnataux alors qu'on accroît les risques sur le versant maternel ; ces 2 auteurs recommandent la mise en place d'une fiche de renseignements standardisée identique pour tout

---

<sup>22</sup> Langer, B. et Schlaeder, G. Que penser du taux de césarienne en France ? In : J Gynecol Obstet Biol Reprod. Vol. 27, n°1, 1998.  
<http://www.em-consulte.com/showarticlefile/113641/index.pdf>. Page consultée le 26.03.2010



accouchement réduisant le taux de césarienne : actions ayant montré des résultats lors d'audits internes, notamment ; d'une part, cette fiche synthétisée de renseignements périnataux propose de réunir les données des maternités volontaires à partir d'un dossier périnatal commun, en particulier en notifiant le mode d'accouchement, s'il y a lieu, le motif de provocation et de césarienne ; d'autre part, par un système de *benchmarking*, elle permet de comparer les données statistiques standardisées, entre autre, les taux personnels de césariennes ; afin d'infléchir la tendance croissante des césariennes, les auteurs en viennent à proposer une modification de paiement en fonction des indications.

D'autre part cette étude montre que la patience et la possibilité offerte aux femmes d'accoucher dans différentes position et non prioritairement en décubitus dorsal, comme c'est la règle à la maternité, sont des éléments important pour assurer un accouchement qui respecte le plus la physiologie. Cela confirme les résultats repris dans un rapport issu de la base de données *Cochrane Library* [Hodnet & al., 2007]<sup>23</sup>. Seize RCT's portant sur 13 391 femmes, évaluant les effets, chez la mère et son bébé, d'un soutien individualisé continu pendant l'accouchement ; les facteurs tels que : 1) les pratiques et les politiques systématiques dans l'environnement de l'accouchement agissant sur l'autonomie, la liberté de mouvement et la capacité de la femme à supporter le travail, 2) le soutien assuré par une personne faisant partie ou non de l'institution, et 3) le moment où commence le soutien au cours du travail. Les résultats mettent en lumière que les femmes avec soutien continu pendant l'accouchement ont de plus fortes chances d'avoir un travail raccourci, de donner naissance spontanément par voie basse et ont moins recours à une analgésie péridurale ou d'exprimer du mécontentement quant à leur expérience de la naissance. Les auteurs de cette revue de littérature – études issues de pays à haut revenu, Belgique, Canada, Royaume-Uni, Etats-Unis, et à faible revenu,

---

<sup>23</sup> Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, G.J, Sakala, C. Continuous support for women during childbirth. *Base de Données des Analyses Documentaires Systématiques Cochrane* 2007, 4ème Édition. Art. No.: CD003766. DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub2.  
C:\Users\Anne\Documents\NOPS\Congrès\FSSF 2010 + Bruxelles\Article revu suite SFI décembre 2010.doc

Botswana, Guatemala, Mexique, Afrique du Sud – observent que le soutien continu pendant l'accouchement est associé à des effets bénéfiques accrus lorsque le prestataire n'est pas un membre du personnel hospitalier, si ce soutien commence au début du travail et dans des milieux où l'analgésie péridurale n'est pas systématiquement disponible : cette observation devrait questionner les sages-femmes hospitalières quant à la qualité de l'accompagnement des femmes en parturition.

## **Conclusion**

Un nombre conséquent d'études récentes [Klein, 2006]]<sup>24</sup> [Romano, Lothian, 2008]<sup>25</sup>, mettent en évidence les bénéfices – pour la mère et l'enfant – du suivi continu respectueux du rythme physiologique de la naissance versus les méthodes de suivi de type *active management*.

Tenant compte de la littérature et de l'évaluation statistique comparative d'Aigle, il paraît évident de recommander en première intention une pratique non interventionniste de l'accouchement, respectueuse de la physiologie propre à chaque parturiente : l'accompagnement continu d'un accouchement physiologique par une sage-femme serait-il alors le *gold standard* de la pratique hospitalière, en maternité ? Quoiqu'il en soit, une information éclairée des femmes enceintes, une préparation à la naissance incluant une approche favorisant la promotion de la santé des femmes et de leur enfant et le développement des compétences – *empowerment*, suivi du processus de consentement éclairé – élaboration d'un dossier périnatal, d'un projet de naissance, sont autant d'étapes renforçant une prise en charge responsable de la décision par la principale actrice de l'événement : la mère. Dans ce processus d'accompagnement, les professionnels du domaine obstétrical, sages-femmes et obstétriciens, se trouvent investis d'une responsabilité face à la santé de leurs patients, mères et enfants et

---

<sup>24</sup> Klein, MC., MD. L'analgésie péridurale accroît-elle les taux de césariennes ? In : Le Médecin de Famille Canadien. Avril 2006 [www.cfpc.ca/cfp/2006/apr/vol52-apr-editorials-2\\_fr.asp](http://www.cfpc.ca/cfp/2006/apr/vol52-apr-editorials-2_fr.asp)

<sup>25</sup> Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. In : J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008 Jan-Feb;37(1):94-104; quiz 104-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18226163> Page consultée le 25.03.2010

doivent participer activement à informer et à offrir à toutes des conditions favorables à la santé.

Enfin, l'étude rétrospective comparative conduite à Aigle suggère que les différentes positions d'accouchement proposées, la confiance dans les compétences maternelles et le respect du rythme physiologique propre à chaque accouchement, même avec un temps de dilatation plus long, jouent probablement un rôle important, préservant mieux la physiologie, réduisant à la fois le nombre d'interventions médicales au cours du travail d'accouchement – lors de la dilatation et de l'expulsion, les risques qui y sont liés et les coûts induits. Bien qu'une étude mexicaine<sup>26</sup> parle en faveur d'une durée raccourcie de la dilatation lors de péridurale précoce, de manière générale la littérature révèle un bénéfice évident au mode d'accouchement physiologique, favorisé par un suivi individualisé continu ce que notre étude semble confirmer.

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

A partir de ces éléments, certaines questions sont désormais posées : lors de chaque entrée de parturiente en maternité, pour un accouchement présumé physiologique, un suivi continu par une sage-femme compétente, présente et empathique, n'est-il pas envisageable systématiquement et spécifiquement ? Pourrait-il en améliorer l'efficacité meilleure (coût/efficacité) pour une qualité d'accompagnement optimal (satisfaction des parturientes, de leur partenaire et des professionnels) ? Par leur formation, les sages-femmes acquièrent-elles les compétences attendues et nécessaires pour mener *activement* des accouchements physiologiques ?

---

<sup>26</sup> Rogers, R., MD, Gilson, G., MD, Kammerer-Doak, D., MD. Epidural analgesia and active management of labor: effects on length of labor and mode of delivery. In : Obstetrics & Gynecology : June 1999 - Volume 93 - Issue 6 – pp. 995-998.  
[http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/1999/06000/Epidural\\_Analgesia\\_and\\_Active\\_Management\\_of\\_Labor\\_.20.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/1999/06000/Epidural_Analgesia_and_Active_Management_of_Labor_.20.aspx). Page consultée le 19.03.2010

En conclusion, en accord avec les différents travaux conduits par des experts de l'OMS<sup>27/28</sup>, à la suite des résultats de notre étude, considérant l'accès facilité entre les 2 structures, maison de naissance et service hospitalier de maternité, de l'un vers l'autre en cas de pathologie, nous sommes en mesure de recommander d'adopter et de diffuser des stratégies et des directives favorables à la promotion de la physiologie de la naissance tout en garantissant la sécurité essentielle à la santé des mères et de leurs enfants.

### **Remerciements :**

Aux sages-femmes N. Gendroz, V. Hubik, B. Ley, AM. Mettraux, C. Meyer, pour leurs réflexions

### **Bibliographie**

Chaillet, N., Dubé, E., Dugas, M., Francoeur, D., Dubé, J., Gagnon, S., Poitras, L., Dumont, A. Identification des éléments empêchant ou facilitant la mise en œuvre des directives visant à réduire les taux d'accouchement par césarienne au Québec. In : Bulletin of the World Health Organization. Octobre 2007, 85 (10)

Cluett, ER., Burns, E. Immersion in water in labour and birth. In : The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 3

Cohen, Wayne, R., MD. Influence of the duration of second stage labor on perinatal outcome and puerperal morbidity. In : Obstetrics & Gynecology : March 1977, volume 49, issue 3.

Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, G.J, Sakala, C. Continuous support for women during childbirth. Base de données des analyses documentaires systématiques Cochrane 2007, 4<sup>ème</sup> Éd. Art. no.: CD003766. DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub2.

---

<sup>27</sup> OMS. Soins pendant l'accouchement. In : Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/fr/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/fr/)  
Page consultée le 26.03.2010

<sup>28</sup> OMS. Soins liés à un accouchement normal : guide pratique – rapport d'un groupe de travail technique. 1996. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf) Page consultée le 26.03.2010  
C:\Users\Anne\Documents\NOPS\Congrès\FSSF 2010 + Bruxelles\Article revu suite SFI décembre 2010.doc

Klein, MC., MD. L'analgésie péridurale accroît-elle les taux de césariennes ? In : Le Médecin de Famille Canadien. Avril 2006

Langer, B. et Schlaeder, G. Que penser du taux de césarienne en France ? In : J Gynecol Obstet Biol Reprod. Vol. 27, n°1, 1998.

Rogers, R., MD, Gilson, G., MD, Kammerer-Doak, D., MD. Epidural analgesia and active management of labor: effects on length of labor and mode of delivery. In : Obstetrics & Gynecology : June 1999 - Volume 93 - Issue 6 – pp. 995-998.

Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. In : J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008 Jan-Feb;37(1):94-104; quiz 104-5.

Sartore, A., MD, De Seta, F., MD, Maso, G., MD, Pregazzi, R., MD, Grimaldi, E., MD; Guaschino, S., MD. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. In : Obstetrics and Gynecology : avril 2004, volume 103 - issue 4 – pp. 669-673, effectuée par the Department of Obstetrics and Gynecology, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Burlo Garofolo, University of Trieste, Italy.

Observatoire Suisse de la santé – OBSAN. Künzi, K., Detzel, P. Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Résumé pp. IX et X. octobre 2007.

OMS. Soins pendant l'accouchement. In : Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS.

OMS. Soins liés à un accouchement normal : guide pratique – rapport d'un groupe de travail technique. 1996.

Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud. *Point de situation sur les maternités vaudoises*. Conférence de presse du 10.03.08.

Statistiques issues du Service cantonal de recherche et d'information statistiques, SCRIS, page consultée le 30.04.2010

IGGH-CH. Liste des maisons de naissance Suisse