

# **Santé et Communication**

**EFFETS D'UNE ACTION DE FORMATION  
A L'ACCOMPAGNEMENT  
ET DE SUPERVISION D'EQUIPE  
DANS UNE MATERNITE**

**Novembre 1997 - Dr Ana Estany**

---

**Santé et Communication 18, Place Marnac BP 74 31522 Ramonville Saint-Agne Cedex**

**05 62 19 08 67 Fax 05 61 75 75 52**

**Association Loi 1901 - Organisme de Formation N° 733100604 - Siret 33261650700056**

# **SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>II. JUSTIFICATION DE L'ETUDE</b>	<b>2</b>
a) Les facteurs déterminants des interventions obstétricales	2
b) Dystocies et interventions obstétricales	5
c) La conduite active du travail et ses composantes	6
d) Conséquences de la péridurale	10
e) Conséquences du déclenchement	11
<b>III. DESCRIPTION DE L'ACTION DE FORMATION ET SUPERVISION</b>	<b>13</b>
a) Objectifs et modalités de l'action	13
b) Substratum conceptuel schématique de la démarche	14
<b>IV. HYPOTHESE ET OBJECTIFS</b>	<b>17</b>
a) Hypothèse	17
b) Objectif principal	17
c) Objectif secondaire	17
<b>V. METHODOLOGIE</b>	<b>18</b>
a) Type d'étude	18
b) Population à l'étude	18
c) Variables à l'étude	20
d) Description des services	22
e) Recueil et fiabilité des données	24
f) Validité	25
g) Analyse de données	26
<b>VI. RESULTATS</b>	<b>27</b>
a) Caractéristiques de la population	27
b) Conduite générale pendant le travail	28
c) Interventions obstétricales à l'expulsion	31
d) Episiotomies et déchirures périnéales	35
e) Délivrance	36
f) Position d'accouchement et travail en baignoire	37
g) Santé de la mère et de l'enfant	37
<b>VII. DISCUSSION</b>	<b>41</b>
a) Comparabilité des maternités	41
b) Les interventions obstétricales à l'expulsion	42

c) Péridurale et déclenchement	43
d) Episiotomie et déchirures	46
e) Santé de la mère et de l'enfant	47
<b>VIII. CONCLUSION</b>	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>53</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Effectifs par année	27
Tableau 2. Caractéristiques de la population étudiée (valeurs moyennes)	28
Tableau 3. Interventions avant ou en cours de travail	29
Tableau 4. Relation entre déclenchement et péridurale dans les deux maternités	30
Tableau 5. Interventions obstétricales : effectifs et pourcentages	31
Tableau 6. Interventions obstétricales: risques relatifs	31
Tableau 7. Type d'accouchement sous anesthésie péridurale	33
Tableau 8. Résultats de l'analyse des variations du taux d'accouchements instrumentaux par un modèle de régression logistique	34
Tableau 9. Episiotomies et déchirures périnéales : effectifs et pourcentages	35
Tableau 10. Episiotomies et déchirures périnéales : risques relatifs	36
Tableau 11. Délivrance : effectifs et pourcentages	36
Tableau 12. Délivrance : risques relatifs	37
Tableau 13. Santé de la mère, allaitement, santé de l'enfant : effectifs et pourcentages	38
Tableau 14. Santé de la mère, allaitement, santé de l'enfant : risques relatifs	39
Tableau 15. Résultats de l'analyse des variations du taux de scores d'Apgar inférieurs ou égaux à 7 par un modèle de régression logistique	40

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Péridurale au cours des accouchements à la maternité d'Oloron	29
Graphique 2. Péridurale au cours des accouchements sur le site témoin.	30
Graphique 3. Accouchements instrumentaux à la maternité d'Oloron	32
Graphique 4. Accouchements instrumentaux sur le site témoin	32

## **CONTRIBUTIONS**

Le recueil de données a été effectué par Chantal AUDOIN, Fabienne CANDELOT et Gisèle GARAT.

Ce travail n'a été possible que grâce à la contribution de toute l'équipe d'Oloron et de celle de la maternité témoin (qui a voulu rester dans l'anonymat).

Le Dr Santiago ESNAOLA (épidémiologiste au Département de la Santé du Gouvernement Basque espagnol) et Mme Jacqueline MEYNARD (Université Bordeaux II) ont bien voulu revoir ce travail et apporter leurs critiques, observations et suggestions sur le plan méthodologique. Néanmoins, l'intégralité du contenu de ce document reste sous l'entièvre responsabilité de l'auteur.

## **SUBVENTIONS**

La Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (MIRE) et la Fondation de France ont accepté de soutenir financièrement la réalisation de ce travail d'évaluation.

Les effets des programmes et des services de soins sur la santé des individus et des populations ne dépendent pas uniquement de leur validité médicale, de leur qualité technique et de leur pertinence épidémiologique. Ces effets varient aussi selon les circonstances des interventions, leurs modalités, le sens qu'elles revêtent pour leurs destinataires. (...) Autrement dit, **la santé des individus et des populations est une affaire d'acteurs et d'interactions** [souligné par nous], tout autant qu'une affaire de savoirs scientifiques, de techniques diagnostiques et thérapeutiques et de systèmes d'offre de soins, considérés en eux-mêmes.

*La santé en France, Annexe: travaux des groupes thématiques*, novembre 1994, groupe 1 « La santé, une pluralité d'acteurs, de savoirs et de pratiques », p. 10

La dimension dite « humaine » de la pratique médicale renvoie bien sûr à l'attitude des professionnels de la santé à l'égard des usagers, à la qualité de leur écoute, à leur disponibilité, à leur aptitude à percevoir ce que le patient vit face à ses problèmes de santé et à y répondre, etc. (...) Plus précisément, les actes médicaux, qu'ils soient à visée diagnostique ou thérapeutique, et les paroles techniques et (plus ou moins) explicatives des professionnels peuvent constituer des vecteurs de « fonctions humaines » et véhiculer des éléments venant alimenter le vécu psychique et subjectif des personnes qui ont à faire face à diverses manifestations somatiques physiologiques ou pathologiques.

*La santé en France, ibid*, p. 12

## I. INTRODUCTION

Il est généralement reconnu que la femme connaît pendant toute la période de la maternité un important bouleversement psychologique, et que ces modifications retentissent sur son état et sur celui de son enfant. Toutefois, ce consensus ne repose pas sur un cadre théorique de référence commun, du fait d'un certain manque de recherches englobant à la fois le plan somatique et le plan psychoaffectif.

Un bon nombre d'études rétrospectives mettent en évidence une relation entre les événements stressants vécus pendant la grossesse et les complications de celle-ci (Chalmers 1982, Alexandre 1993). Une relation similaire a été établie entre ces événements et les difficultés de l'accouchement (dystocies), avec comme conséquence un taux plus élevé d'accouchements instrumentaux, ainsi qu'une morbidité plus importante chez la mère et l'enfant (Nuckolls 1972 ;Gunter 1963 ;consensus NIH 1981). A plus long terme, il est reconnu également que les mêmes événements augmentent le risque de perturbations de la relation entre l'enfant et ses parents (troubles de l'attachement) - parfois favorisé par les circonstances (comme prématurité, divorce, deuil, etc.), le plus souvent révélées à l'occasion de la grossesse -, avec des conséquences graves pouvant aller jusqu'à la maltraitance de l'enfant (Haut Comité de Santé Publique 1994).

## **II. JUSTIFICATION DE L'ETUDE**

A partir des prémisses qui viennent d'être posées, on ne peut éluder la question de savoir si une action visant à aider la future mère à faire face aux événements stressants de la gestation et de la naissance serait susceptible - et dans quelle mesure - de faire diminuer les interventions obstétricales et la morbidité maternelle et infantile, sans modifier les conditions de sécurité médicale et de surveillance obstétricale. La mesure concrète proposée en l'occurrence est un soutien psychologique de la future mère, en particulier dans la dimension relationnelle, faisant appel aux techniques de gestion des relations.

### **a) Les facteurs déterminants des interventions obstétricales**

#### **1. Taux d'interventions obstétricales**

L'indicateur le plus utilisé en obstétrique est sans doute le taux de césariennes. Ce taux connaît une tendance à la croissance assez régulière<sup>1</sup>. Tout porte à croire, cependant, que ses variations dépendent beaucoup plus des habitudes d'exercice professionnel que des caractéristiques des patientes.

Il est clair que la grande variabilité selon les pays, les régions ou même les établissements de santé de la proportion de naissances par césarienne (entre 5 et 25% des naissances vivantes)<sup>2</sup> révèle bien, en réalité, la diversité des pratiques obstétricales dans les pays occidentaux. Il n'est pas possible en effet d'établir une relation directe entre un taux plus ou moins élevé de césariennes et la sécurité de la mère et de l'enfant<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Taux global de césariennes en France : 6% en 1972, 8% en 1976, 11% en 1981, 14% en 1989, 15,6% en 1995. Dans la région Midi-Pyrénées : 15,1% en 1990, 16,3 en 1995 ; dans la région Aquitaine : 14,1% en 1990, 14,3% en 1995 (Enquête nationale périnatale).

<sup>2</sup> De 6 à 7% aux Pays-Bas et au Japon ; 11% en Irlande ; 16,9% en Allemagne en 1991 ; 25% aux Etats-Unis (Macfarlane 1993).

Il existe également en France une variation importante entre services, dans une proportion allant de 1 à 4 (Haut Comité de Santé Publique 1994).

<sup>3</sup> Divers facteurs peuvent expliquer cette variabilité, parmi lesquels on peut citer : des facteurs d'ordre médico-légal (médecine défensive) ou socio-économique (des femmes concernées), une sélection des clientèles par rapport au risque médical (ex. : existence ou non d'une unité de soins intensifs de néonatalogie dans l'établissement), la place relative des médecins et des sages-femmes dans la

Les accouchements instrumentaux (forceps, spatules et ventouses), quoique moins étudiés, épousent des tendances comparables à celles des césariennes, à savoir, augmentation globale dans les dernières années et variabilité importante entre pays et entre établissements<sup>4</sup>. En France, le taux d'interventions obstétricales est proche de 30%. En d'autres termes, césariennes et accouchements instrumentaux concernent, au total, approximativement 30% des naissances.

## 2. L'utilité du concept de « mère à faible risque »

Afin d'être en mesure de comparer les taux d'interventions entre régions, et entre établissements, tout en évitant les facteurs de confusion tels que l'âge, la parité et le niveau de risque médical et obstétrical des parturientes, les auteurs anglais ont proposé le concept, commun à toutes les maternités, de « mère à faible risque ».

Une telle femme se définit (rétrospectivement) comme une primipare, blanche, d'âge compris entre 20 et 34 ans, de taille supérieure à 1,55 m, et ayant accouché d'un seul enfant en position céphalique, à plus de 37 semaines de gestation et à l'exclusion des cas sujets à complications médicales de la grossesse. Sont exclues,

- les maladies chroniques systémiques : diabète, hypertension, épilepsie, maladie rénale ;
- certaines complications médicales survenues pendant la grossesse :
  - . anémie (hémoglobine < 10),
  - . hémorragie antepartum,
  - . hypertension (TA diastolique >96) (Paterson et coll. 1991, Cleary et coll. 1996).

Dans une population exclusivement composée de mères à faible risque de la région londonienne, au lieu du pourcentage uniformément faible d'interventions auquel on se serait attendu, Beard (1993) a mis en évidence des différences considérables en matière

---

pratique obstétricale et le « style » d'exercice de l'obstétrique, de la part tant des médecins que des sages-femmes (Butler 1993, Macfarlane 1993, Gould 1989, Haynes 1986).

<sup>4</sup> 15% des accouchements en Ile-de-France en 1989 (Haut Comité de Santé Publique 1994) ; 14,1 % en France 1995 (Enquête nationale périnatale).

d'interventionnisme. Un tel résultat suggère que ce n'est pas tant le risque médical et obstétrical pour la mère qui conditionne le recours aux techniques interventionnistes, mais bien plutôt les habitudes locales en vigueur dans l'établissement d'accouchement. D'où l'idée d'agir surtout sur ces habitudes.

### 3. Effets indésirables de la césarienne

Quelles sont, en effet, les conséquences essentielles de la pratique de la césarienne en termes de morbi-mortalité ? Chez les mères, on a démontré une augmentation de la mortalité (le risque relatif est assez élevé, mais ce risque porte sur des nombres absolus très faibles), et de la morbidité maternelle (3% de cas pour les complications majeures).

Par ailleurs, les conséquences psychologiques, à terme, de cette séparation chirurgicale du nouveau-né et de sa génitrice sont importantes, quoique parfois plus difficiles à objectiver. Un retentissement sur l'éclosion et le développement de la relation mère - enfant est signalé dans de nombreuses publications (Bréart, Haut Comité de Santé Publique 1994, p.53).

Si l'on tient compte du point de vue des femmes concernant cette augmentation de l'interventionnisme médical, la crainte majeure exprimée (enquête DRASS Languedoc-Roussillon) est celle d'une certaine « expropriation » de cet événement humain majeur qu'est la naissance, par les différents professionnels.

### 4. Comment éviter les césariennes inutiles ou non appropriées ?

Pour limiter l'augmentation ou réduire la fréquence des césariennes, le Haut Comité de Santé Publique dans son rapport 1994 sur la Sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance propose *grossost modo* deux approches : l'audit (analyse systématique et rétrospective de ses indications) et les politiques de prévention des dystociques.

Parmi les mesures qui semblent avoir eu un impact sur les indicateurs obstétricaux, il faut relever le « *peer-review* » (passage en revue par les pairs) en Angleterre et aux Etats-Unis (Myers 1988), ainsi que les mesures de prévention des dystociques que nous allons développer plus particulièrement dans cette étude. L'impact des conférences de consensus ne semble pas influencer vraiment les différentes pratiques (Macfarlane 1993).

Bien entendu, ces changements ne se répercutent sur les statistiques globales des pays qu'à long terme, mis à part au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, qui commencent à présenter une tendance à la baisse<sup>5</sup>.

L'étude proposée ici s'inscrit donc dans la perspective de prévention des dystocies.

## b) Dystocies et interventions obstétricales

Le terme dystocie est utilisé pour définir un travail considéré anormalement lent ou qui ne progresse pas (la disproportion céphalo-pelvienne, étant une cause anatomique de dystocie, peut être rattachée à ce cadre).

### 1. Diagnostic et conséquences des dystocies

Le critère objectif pour le diagnostic de dystocie pendant la première phase du travail est le manque de progression de la dilatation cervicale (moins de 0,5 cm/h sur une période de 4 heures). Pour porter ce diagnostic, il est important de disposer de critères précis permettant de déterminer le début du travail.

Les dystocies seraient à l'origine, directe ou indirecte, de la moitié des césariennes réalisées, soit 10% du total des naissances aux Etats-Unis (consensus NIH 1981, Canadian Consensus 1985). L'augmentation de l'incidence des césariennes dans les dernières années est donc probablement liée en bonne part à l'augmentation des diagnostics de dystocie portés, puisque les autres indications sont restées relativement stables (présentation du siège, détresse foetale, césariennes itératives, etc.).

### 2. Facteurs favorisant les dystocies

#### \* Nulliparité

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic de dystocie est porté chez des primigestes (fréquence 8 fois supérieure dans les séries de O'Driscoll 1984). Les dystocies justifiant

---

<sup>5</sup> Différences en la pratique obstétricale entre la Norvège, l'Ecosse et les Etats Unis (Nortzon 1991) : les taux de césariennes augmentent dans les trois pays ; les accouchements par voie basse instrumentale diminuent aux Etats Unis et en Ecosse.

une césarienne chez les nullipares sont des dystocies dynamiques (contraction utérine insuffisante, persistance d'une position postérieure) et des dystocies osseuses (disproportion céphalo-pelvienne). Le plus souvent, il s'agit d'une insuffisance de contraction utérine, en rapport avec une dilatation cervicale incomplète. L'indication de césarienne est portée après tentative d'utilisation d'ocytociques (par ailleurs moins facilement utilisés chez les multipares, du fait d'un risque plus élevé de rupture utérine).

#### \* Relation entre facteurs psychologiques et dystocie

Il semblerait que la détresse ou l'angoisse vécue par la mère pendant la phase de latence de l'accouchement (tant que la dilatation n'a pas atteint un diamètre de 3 cm) ait un retentissement critique sur la biologie du processus. L'étude de Wuitchik (1989) montre, pour les différents types d'accouchement, la valeur pronostique de la douleur et de l'activité cognitive pendant cette phase<sup>6</sup>.

La relation inverse entre angoisse pendant l'accouchement et progression du travail serait expliquée par une augmentation des taux de catécholamines et de cortisol plasmatique (Lederman et coll., 1978). Des niveaux élevés d'adrénaline sont associés avec une activité de contraction utérine plus basse en début de phase 2 (3 cm de dilatation utérine), et avec un travail plus long en phase 2 (de 3 à 10 cm de dilatation). Ces associations sont significatives.

### c) La conduite active du travail et ses composantes

Pour prévenir les dystocies, les mesures le plus souvent proposées avant la phase d'expulsion sont l'amniotomie précoce et la perfusion d'ocytocine, d'une part, l'accompagnement pendant le travail, d'autre part. Ensemble, ces trois éléments composent ce qu'on a dénommé la conduite active du travail (Pierre 1988), introduite par l'Irlandais O'Driscoll dans une maternité de référence pour l'Eire, la *National Maternity* de Dublin.

---

<sup>6</sup> Par rapport aux femmes qui « font face » (*coping*), le groupe « en détresse » a présenté 2,6 fois plus d'accouchements instrumentaux (forceps ou ventouses : 24,3% pour les femmes qui « font face », 38,9% pour le groupe « en détresse » ; césariennes : respectivement 2,7% et 33,3%) et une probabilité multipliée par 5 d'avoir des anomalies de la fréquence cardiaque fœtale pendant la phase active, et par 3,6 que le pédiatre soit appelé pour détresse fœtale.

## 1. Conduite active du travail et interventions obstétricales

Cette technique associe donc deux composantes souvent considérées comme antithétiques. A un abord obstétrical « agressif » - rupture artificielle systématique des membranes, suivie d'une perfusion d'ocytocine en cas de stagnation du travail - fait pendant une personnalisation poussée des soins (*care*) : une infirmière - sage-femme assiste individuellement chaque parturiente pendant toute la durée de l'accouchement. Qu'observe-t-on ? Le taux de césariennes dans cette maternité est de 5,1% seulement (6,5% pour les primipares, et 4,2% pour les multipares), et les forceps ne sont utilisés que dans 5,3% des cas (12% pour les primipares et 1,5% pour les multipares)<sup>7</sup>.

Depuis les années 70, cette technique active de l'accouchement s'est beaucoup répandue dans les pays anglo-saxons, donnant lieu à la publication d'un certain nombre d'études d'observation et d'essais cliniques contrôlés.

## 2. Résultats liés à l'approche « agressive »

Thornton (1994) a publié une méta-analyse des nombreuses études expérimentales portant sur les diverses composantes de la conduite active.

### \* Amniotomie précoce

Mise en oeuvre isolément, cette mesure (dont traitent six études) est associée à une réduction faible de la durée de l'accouchement ; elle ne porte pas préjudice à l'enfant (pas d'augmentation de la proportion de nouveau-nés ayant un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes, ni des transferts néonatals), mais elle ne s'accompagne pas d'une diminution du taux de césariennes et d'accouchements instrumentaux.

### \* Utilisation précoce d'ocytocine dans les accouchements spontanés

Elle a été étudiée, isolément, dans quatre études expérimentales. On n'a constaté aucune réduction significative de la durée des accouchements, ni de l'incidence des césariennes

---

<sup>7</sup> Le recul de la *National maternity* de Dublin pour l'application de cette conduite homogène au cours du travail, porte sur les 25 dernières années, avec un total de 160.000 accouchements, dont environ 60.000 primipares.

et des accouchements instrumentaux. La seule différence significative portait sur les effets secondaires, à savoir une augmentation de la douleur et une hyperstimulation utérine.

Comme les quatre études portaient sur un petit nombre de femmes, les auteurs de la méta-analyse concluent que, même s'il n'est pas impossible que cette technique, à elle seule, puisse entraîner une certaine réduction du taux de césariennes, un fort effet protecteur est à exclure.

#### \* *Rupture précoce des membranes et perfusion d'ocytocine combinées*

On constate à nouveau, dans ces cas, une réduction modérée de la durée de l'accouchement, mais l'incidence des césariennes et des accouchements instrumentaux ne diminue pas, et les résultats chez l'enfant sont identiques (*cf.* proportion d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes et transferts néonatals).

Cependant, deux effets non recherchés ont été mis en évidence : une réduction de l'hyperstimulation utérine, et une augmentation des transfusions sanguines chez la mère.

Si ces résultats sont à considérer avec précaution, ils ont été confirmés par des études non expérimentales - l'augmentation des transfusions sanguines peut être en rapport avec une augmentation du risque d'atonie utérine lors du post-partum.

### 3. Le soutien psychologique

Troisième composante de la conduite active de Dublin, l'accompagnement pendant toute la durée de l'accouchement (avec soutien psychologique) par du personnel qualifié ou non, a été étudié dans 10 études randomisées, rassemblant au total plus de 3000 femmes.

#### \* *La méta-analyse conclut à la fois,*

- . à une diminution du recours à l'analgésie sous toutes ses formes,
- . à une réduction du nombre d'accouchements instrumentaux et de césariennes,
- . et à une amélioration des résultats chez l'enfant (estimés sur les mêmes indicateurs que précédemment).

L'analyse a tenté de contraster les résultats selon que le conjoint était ou non présent. La seule différence - à interpréter avec prudence - pouvant être attribuée à la présence du conjoint concerne le taux de césariennes : alors qu'on constate une baisse significative de la proportion de césariennes avec le soutien psychologique *per partum* lorsque le conjoint n'assiste pas à l'accouchement, on ne trouve plus de différence significative lorsque le conjoint est présent.

#### \* Autres études sur les techniques d'accompagnement et de soutien

Les résultats de l'utilisation isolée de ces techniques (*support care*), ou encore de techniques relationnelles personnalisées, associée à une conduite traditionnelle («non agressive») de l'accouchement, ont été étudiés également dans des travaux non expérimentaux, qui n'ont pas été pris en compte par la méta-analyse de Thornton.

-- L'équipe de Butler aux Etats Unis s'est intéressée à l'incidence comparée des césariennes selon que l'aide à l'accouchement était le fait de sages-femmes ou d'obstétriciens.

C'est en matière de disponibilité et de présence au côté des femmes qu'a été constatée (comme il était prévisible) la principale différence. Il ressort également, encore que d'une manière plutôt implicite, qu'une bonne partie des différences provient d'une conception différente de l'accouchement (envisagé plutôt comme naturel ou physiologique dans un cas, comme pathologique dans l'autre cas).

Les résultats de cette étude de cohorte rétrospective, sur une série de 4600 femmes dont le risque obstétrical *a priori* était aussi uniformément bas que possible, montrent que le risque relatif de césariennes chez les femmes accouchées avec l'aide d'une sage-femme par rapport à celles accouchées avec l'aide d'un médecin est de 0,70 (Intervalle de confiance : 0,32 - 0,77)<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Les deux groupes étaient standardisés sur l'âge de la mère, la race, la parité, la taille du fœtus et l'année de l'accouchement. Seules étaient incluses les femmes ayant eu au moins 5 visites prénatales, indemnes d'une liste de 52 complications médicales ou obstétricales, accouchant à terme d'un enfant vivant unique en présentation céphalique et sans anomalies congénitales. La décision de césarienne était prise dans tous les cas, sur des critères aussi objectifs que possible, par un professeur d'obstétrique n'intervenant pas personnellement dans le suivi de l'accouchement.

-- Parmi les expériences d'accompagnement comportant un soutien psychologique de la parturiente, qui méritent d'être approfondies, figurent celles réalisées par Sosa et son équipe au Guatemala (1980), puis par Kenell et coll. aux Etats Unis (1991).

Il s'agit de deux études expérimentales dans lesquelles, dès l'admission, la future accouchée bénéficie d'un accompagnement continu par une femme entraînée (*doula*), dont la fonction est d'expliquer, d'encourager et d'apaiser, par la parole et le toucher.

Dans l'enquête réalisée aux Etats-Unis, le groupe recevant ce type de soutien a une durée d'accouchement plus courte, et un taux moindre de césariennes (8%, contre 18% dans l'autre groupe) et d'accouchement avec forceps (8,2%, contre 26,3%).

#### **d) Conséquences de la péridurale**

Que se passe-t-il en cas de péridurale ? L'anesthésie péridurale est considérée comme une technique sûre, et elle est de plus en plus répandue en France<sup>9</sup> ; elle n'est cependant pas exempte d'effets secondaires.

Chez les bénéficiaires de cette technique, on rapporte un allongement du temps de travail et une augmentation considérable de la fréquence des accouchements instrumentaux, notamment avec forceps (Mayonda 1990, Hoult 1977)<sup>10</sup>.

Morton (1994) a passé au crible d'une méta-analyse les résultats sur le pourcentage de césariennes. Il conclut que l'analgésie péridurale est associée à un plus grand nombre de césariennes, et cela surtout chez les femmes présentant une dystocie<sup>11</sup>.

Ces résultats défavorables sur la dynamique de l'accouchement ne sont pas inattendus. Pour Crawford (1982) en effet, le blocage des racines sacrées diminue considérablement les efforts d'expulsion de la mère, et entrave la rotation interne du bébé. De même, Bates et coll. (1985) montrent que l'activité utérine est diminuée chez les femmes qui ont eu

---

<sup>9</sup> L'utilisation de l'anesthésie péridurale est passée de 4% à 21% des accouchements de 1981 à 1989 (Haut Comité de Santé Publique 1994), et elle atteint 48,6% en 1995 (Enquête nationale périnatale)

<sup>10</sup> Forceps ou ventouses: 49,5% pour les femmes avec péridurale, 32,5% pour le groupe « contrôle ». Césariennes : respectivement 18,5% et 4%.

<sup>11</sup> La combinaison de tous les études donne un taux de césariennes de 16% pour le groupe avec péridurale, et de 6,2% pour le groupe sans péridurale. En se limitant au seul *pool* d'études randomisées, on obtient un taux de césariennes de 21% pour les femmes ayant eu une péridurale, contre 7,1% chez celles n'en ayant pas eu.

une péridurale - diminution pouvant être mise en rapport avec une libération moindre d'ocytocine à la phase de dilatation complète.

Le fait qu'une parturiante ait bénéficié ou non d'une péridurale représente donc un facteur de confusion majeur, dont il faut tenir compte lors de l'analyse des résultats de toute étude sur une technique visant à améliorer les résultats de l'accouchement.

### e) Conséquences du déclenchement

Il convient d'abord de différencier le déclenchement pour indication médicale de celui sans indication, dit de convenance. L'incidence du premier est restée stable de 1988 à 1994, à 11,2% ; en revanche, celle du déclenchement de convenance est passée de 4,2% à 7,3% (Philippe 1996).

La Conférence de consensus française (Philippe 1996) met en balance les avantages et les inconvénients des déclenchements sans indications médicales<sup>12</sup>. Les effets psychologiques et organisationnels soulèvent déjà un certain nombre de controverses. Du point de vue strictement médical,

- les avantages sont « la réduction des grossesses prolongées et la diminution des liquides amniotiques méconiaux sans réduction des inhalations méconiales » ;
- parmi les inconvénients on relève : contractions plus intenses, hypotension, défaut de rotation du sommet et extractions instrumentales plus fréquentes « probablement en rapport avec la pratique d'une analgésie péridurale ».

Pour aucun autre élément, on ne note de différence significative, en particulier le taux de césarienne et le score d'Apgar. Cependant, le risque de césariennes augmente dans

---

<sup>12</sup> L'évaluation des risques et bénéfices est issue d'une méta-analyse des essais contrôlés sur les éléments suivants : liquide teinté, anomalies du rythme cardiaque fœtal, score d'Apgar, ictere, péridurale, voie basse opératoire, césarienne (Crowley 1989).

plusieurs études chez les nullipares, notamment dans les cas où le col n'est pas « favorable » (Wigton 1994, Macer 1992).

Nous retiendrons donc cette variable comme facteur de confusion, puisqu'elle est liée, que ce soit directement ou indirectement (à travers la péridurale), à une augmentation des accouchements instrumentaux.

### **III. DESCRIPTION DE L'ACTION DE FORMATION ET SUPERVISION**

L'action que nous nous sommes proposés d'évaluer découle d'une volonté, ainsi que d'un constat : volonté de toute l'équipe (aides-soignantes comprises) de développer un accueil personnalisé, constat d'un manque de formation des intéressés en ce domaine.

#### **a) Objectifs et modalités de l'action**

En 1991 le service a donc demandé une formation pour l'ensemble du personnel sur le thème « Accompagnement à l'enfantement et soutien du lien parental ». Diverses préoccupations sous-tendaient la demande de formation: prévention des pathologies périnatales, développement de la qualité des rapports mère-enfant et soutien des familles en situation de vulnérabilité (deuil, handicap, prématurité, transfert néonatal).

Cette formation, animée par le Dr Nicole Ferry (Santé et Communication Midi-Pyrénées) a été poursuivie en 1992, au-delà de ce qui avait été initialement prévu. En outre, elle a été complétée, à la demande de l'équipe, par une supervision extérieure au service visant à aider le groupe en formation à analyser les pratiques professionnelles et les situations rencontrées à travers la relation soignant-soignée.

C'est ainsi que le psychanalyste Dominique Plassat anime depuis 1993 un groupe de type « Balint » - au départ tous les deux mois, avec toute l'équipe, ensuite tous les mois, mais avec seulement une partie de l'équipe.

#### 1. Les objectifs de la formation

Ils ont été définis par N Ferry :

- objectif 1 : permettre aux professionnels de construire une continuité des liens au sein du service (favoriser la capacité de chacun des membres de l'équipe à se sentir reconnu dans son travail et à reconnaître la qualité du travail des autres), et entre les différentes équipes (nuit et jour) ;

- objectif 2: apprendre à parler et à interroger les pratiques professionnelles, afin de développer la «capacité contenante» de l'équipe et élaborer une «enveloppe humaine» réceptive pour accompagner les mères et les couples.

## 2. Fonctionnement du groupe de type Balint

Le formateur psychanalyste qui anime le groupe «Balint» en décrit ainsi le mode de fonctionnement :

*Le groupe travaille la présentation d'une situation relationnelle vécue entre une parturiente et l'équipe, chacun présente son vécu. A partir de la apparaissent des éléments de la vie psychique de la mère, qui semblent déterminants dans la compréhension des signes obstétricaux comme l'expression d'un traumatisme psychique antérieur. L'équipe se forme à l'accompagnement et à l'écoute de l'histoire de la mère. (Plassat, 1996).*

### **b) Substratum conceptuel schématique de la démarche**

Pour mieux comprendre cette démarche, nous ferons brièvement référence à deux psychanalystes, Racamier et Winnicott, qui ont travaillé et écrit sur cet état de grossesse.

#### 1. L'état de maternalité

Racamier nous dit que la femme enceinte est dans un état particulier qu'il appelle la maternalité et qu'il décrit de la façon suivante :

1. l'amour maternel est ambivalent ;
2. l'état de grossesse est un état de maturation de la femme, de changement physique et psychique comparable à l'adolescence ou à une renaissance ;
3. la mère revit à ce moment-là ce qu'elle a vécu avec sa propre mère et se met à le répéter dans la relation avec son enfant.

## 2. Préoccupation maternelle primaire et hypersensibilité psychique

Pour Winnicott, dès la grossesse (surtout à la fin), puis pendant l'accouchement et dans le premier mois, la mère développe un état particulier qu'il appelle la « préoccupation maternelle primaire » : dans cet état, la mère est centrée sur l'arrivée de l'enfant, sur ce qu'elle vit dans son corps. Elle développe alors un état particulier d'hypersensibilité qui lui permet de développer un sentiment d'empathie, qui va lui permettre de s'accorder aux besoins de son enfant, de les ressentir comme si c'était elle qui les vivait. Dans cet état-là, la mère est comme une éponge, ses barrières psychiques sont abaissées, elle ressent de façon intense ce qui vient d'elle ou de l'extérieur, son histoire est «à fleur de peau ».

C'est dans ce contexte psychologique qu'apparaît la pathologie de la grossesse, ainsi que les troubles du travail et ceux de l'accouchement. Le moment de l'expulsion apparaissant comme un « moment charnière » au cours duquel la mère transmet ou non une histoire et la vie, moment où l'inquiétude de l'équipe est au maximum, tout arrêt dans le travail en ce moment doit être compris au regard de l'histoire de la mère.

## 3. L'équipe, un contenant propice pour une expérience de vie

A travers le travail en groupe Balint et la formation, l'essentiel est de mettre en place un contenant, l'équipe, qui soit à la fois outil de recherche et enveloppe pour accompagner la mère sans oublier l'accompagnement strictement obstétrical. Il s'agit donc, peut-on dire, d'une **enveloppe** à plusieurs dimensions : **médicale, physique et psychique**.

Plassat (1996) commente cette expérience en distinguant deux types de situations :

*Certaines situations se travaillent dans l'après-coup. Leur compréhension n'a pu que renforcer la nécessité d'être attentif à ce qui se passe, à ce moment-là, dans le psychisme de la mère en relation avec l'équipe. nous n'avons pas pu être préventifs, mais nous avons appris.*

*D'autres situations, au contraire, ont été exposées avant l'accouchement dans le but de prévenir une pathologie éventuelle. L'équipe sentait que les choses allaient être difficiles et, soit la compréhension a dénoué la situation, soit elle ne l'a pas fait (deux raisons peuvent être invoquées : la mère n'était pas prête à entendre ; nous n'avions pas compris).*

En tout état de cause, il n'est pas question de développer ici la conception psychanalytique de l'accouchement, on se bornera à reprendre les propres mots de l'équipe (Candelot et coll., 1996), qui résument bien la démarche :

*Il ne s'agit pas de mettre en place un modèle idéal de la grossesse ou de l'accouchement. Les expériences doivent rester plurielles, multiples. Par contre, ce dont nous sommes sûrs, c'est que, sauf cas exceptionnel, la mère a besoin d'un contenant qui lui assure continuité et accompagnement, et dans lequel elle va vivre ce qu'elle veut ou peut dans ce moment créateur.*

## **IV. HYPOTHESE ET OBJECTIFS**

### **a) Hypothèse**

Les expériences répertoriées plus haut sur le soutien psychologique se caractérisent toutes par un point commun : l'accompagnement et le soutien continu, par une même personne, pendant toute la durée de l'accouchement. L'expérience qui est l'objet de notre évaluation ne repose pas sur l'accompagnement par une seule personne, mais par toute une équipe soignante.

L'hypothèse de travail que nous nous proposons de vérifier est que des résultats comparables à ceux découlant d'un soutien personnalisé peuvent être obtenus de la sorte.

### **b) Objectif principal**

Vérifier que la mise en place d'une formation à l'accompagnement (support psychologique, soins relationnels) et d'un groupe Balint au sein d'une maternité est susceptible de faire progressivement baisser les taux d'interventions obstétricales (césariennes et accouchements instrumentaux par voie basse).

### **c) Objectif secondaire**

Vérifier que les résultats en termes de santé de la mère et de l'enfant ne se sont pas détériorés.

## V. METHODOLOGIE

### a) Type d'étude

Il s'agit d'une étude analytique rétrospective de type « avant - après » avec comparaison avec un groupe témoin non équivalent.

Du fait du petit nombre de cas (100 / an), les mesures « avant » et « après » pour les deux groupes seront l'une et l'autre composées de trois années consécutives 1989-91, puis 1994-96. Les différences dans les résultats qu'on peut espérer pour les césariennes sont trop faibles pour qu'elles soient significatives du point de vue statistique (de l'ordre de 2 à 3%), on prendra donc l'indicateur composite taux d'interventions (expliqué plus bas), sur lequel on peut espérer des différences de l'ordre de 10%.

En réalité, c'est « pendant » qu'il faudrait dire, et non « après » puisque, même si l'action a commencé en 1992, elle se poursuit jusqu'à ce jour. On peut s'attendre à un changement progressif dans le taux d'interventions, de sorte que, même si l'on prend une mesure moyenne pour les trois années successives aux fins statistiques, on fera ensuite une analyse descriptive des données année par année, afin de mettre en évidence ces changements dans le temps.

Le groupe témoin non-équivalent a été constitué à partir d'une autre maternité privée, géographiquement assez proche, adoptant une conduite « traditionnelle » lors de l'accouchement. Les deux établissements, de taille comparable, sont implantés l'un et l'autre dans une ville moyenne (selon les critères régionaux), peu industrialisée, où coexiste un hôpital public.

### b) Population à l'étude

#### 1. Critères d'inclusion

Pour être incluse dans l'étude, une femme doit

- être primipare<sup>13</sup>,
- d'âge compris entre 20 et 34 ans,
- avoir accouché
  - . d'un seul enfant en position céphalique,
  - . à plus de 37 semaines de gestation.

## 2. Possibles biais à considérer

Ce groupe contient bien encore quelques femmes présentant un risque supplémentaire (maladies systémiques et complications médicales survenues pendant la grossesse).

### \* Maladies systémiques

Nous n'avons pas gardé les femmes souffrant de diabète, mais d'autres affections systémiques ont été admises. En réalité, le petit nombre de ces affections aura peu d'influence sur les statistiques globales du service.

### \* Complications médicales survenues pendant la grossesse (anémie, hypertension),

Du fait du manque d'information pour pouvoir inclure ou rejeter les cas selon le seuil proposé par Paterson, elles ont été retenues dans l'étude.

### \* Autres

Nous n'avons pas d'information sur la taille des parturientes, sur leur niveau socio-économique, ni sur leur origine. Toutefois les caractéristiques très voisines des deux maternités laisse à penser que leur clientèle ne devrait pas être très différente sur ces aspects.

L'avantage de n'inclure que des « primipares standard » vient de ce que la sélection réalisée corrige *ipso facto* les variations liées à la parité, aux âges extrêmes, à la présentation, aux grossesses multiples et à la prématurité. Du fait de ses caractéristiques

---

<sup>13</sup> Il s'agit d'un premier accouchement, mais pas nécessairement la première gestation.

intrinsèques et de sa large diffusion, ce critère a en outre l'avantage de garantir une bonne comparabilité externe.

**\* Effectifs résultats**

Environ 35-40% des accouchées répondent à ces critères, ce qui représente à peu près 105-130 cas à étudier pour chaque année retenue (l'activité du service étant en moyenne d'environ 300 accouchements / an). Au total, cela représente 4 échantillons de 300 à 400 femmes.

**c) Variables à l'étude**

Ce travail vise à évaluer les répercussions d'une intervention déterminée sur l'efficacité et la qualité des prestations de l'établissement. Il s'agit donc de mettre en relation un ensemble de résultats (variables à expliquer) chez la mère et chez l'enfant, avec cette intervention, et avec une série d'autres variables pouvant expliquer la variation de ces résultats (variables explicatives), indépendamment de cette intervention.

**1. Variables à expliquer**

Elles relèvent de trois catégories : interventions obstétricales chez la mère, santé de la mère, santé de l'enfant.

**\* *Les interventions obstétricales chez la mère :***

Elles sont de deux ordres:

- césarienne : qu'elle soit effectuée avant le début du travail ou entreprise en cours de travail ;
- accouchement instrumental par voie basse : forceps ou ventouse.

Ces variables ont été rapportées au nombre total d'accouchements sur la période considérée, pour calculer les taux correspondants.

**\* La santé de la mère :**

-- Certaines variables n'ont de sens qu'en cas d'accouchement par voie basse, celles relatives à la délivrance et à l'état du périnée :

- délivrance artificielle ;
- révision utérine ;
- déchirure périnéale ;
- épisiotomie<sup>14</sup> ;
- complications d'épisiotomie.

Ces variables ont, cette fois, été rapportées au nombre total d'accouchements par voie basse sur la période considérée, pour calculer les taux correspondants.

-- Allaitements :

- mode d'allaitement: maternel ou artificiel (l'allaitement mixte est pris en compte comme allaitement artificiel) ;
- problèmes mammaires : lymphangite, crevasses, etc.

-- Morbidité maternelle :

- infection / hyperthermie (infection confirmée ou suspectée) ;
- métrorragies;
- phlébite ;
- dépression, modérée ou sévère selon l'appréciation du personnel médical du service (médecin ou sage-femme).

**\* La santé de l'enfant :**

- score d'Apgar inférieur ou égal à 7 à une minute (concerne toutes les naissances) ;
- transfert néonatal vers un autre établissement<sup>15</sup> ;

---

<sup>14</sup> Un périnée intact étant défini comme un périnée sans épisiotomie et sans déchirure

- morbidité néonatale :
  - . ictère (physiologique ou sévère) ;
  - . infection / hyperthermie (infection confirmée ou suspectée) ;
  - . malformation ;
  - . autres.

## 2. Variables explicatives autres que l'intervention de formation et de supervision (possibles facteurs de confusion)

- déclenchement: initiation du travail provoquée, quelle que soit la méthode employée ;
- analgésie péridurale (ou non) ;
- modalités de l'expulsion : position couchée, baignoire, siège d'accouchement ;
- relaxation et activité pendant le travail : travail en baignoire.

### **d) Description des services**

#### 1. Site à l'étude

Le service de maternité de la clinique Olçomendy d'Oloron-Sainte-Marie (Pyrénées-Atlantiques), sur lequel porte l'étude, dispose de 15 lits d'hospitalisation, et réalise en moyenne 300 accouchements par an. Le rayon de recrutement est assez large, la clinique pouvant attirer des parturientes venues de 70 km de distance.

Pendant toute la période incluse dans l'étude, un service de maternité public a existé dans cette même ville, il a été fermé fin 1996.

La totalité des femmes venant accoucher dans l'établissement sur lequel a porté l'étude font suivre leur grossesse par l'un ou l'autre des deux obstétriciens (un homme et une

<sup>15</sup> Aucune des deux cliniques ne possède de service de néonatalogie, de spécialités chirurgicales ni d'autres disciplines pédiatriques.

femme) intervenant dans la clinique - au moins dans les derniers mois. Dans la majorité des cas, la présence de ce même obstétricien est assurée, en cas de complications et au moment de l'expulsion.

Les sages-femmes de garde assurent tout le suivi de l'accouchement, et ce sont elles qui prennent la décision d'appeler le médecin.

Le « plateau technique » répond aux normes de sécurité de la naissance, et l'analgésie péridurale est largement accessible à toutes les femmes qui le souhaitent. La conduite pendant l'accouchement concernant l'amniotomie et l'utilisation d'ocytocine n'est pas systématique. Un monitorage cardiaque foetal est fait à intervalles réguliers.

Dans la deuxième période considérée (1994-96), les femmes qui le souhaitent peuvent déambuler à leur guise, ou s'allonger dans l'eau pendant le travail. L'expulsion, en fonction des possibilités et du désir des parturientes, peut se faire en position allongée (table d'accouchement), assise (siège d'accouchement) ou encore dans l'eau.

## 2. Site contrôle

Le groupe contrôle est issu d'un service de maternité de caractéristiques similaires à celles du site à l'étude : clinique privée, située dans une ville de 20.000 habitants d'un département limitrophe. Le nombre d'accouchements pendant toute la période considérée reste stable, environ 300 par an. L'établissement dispose de 15 lits, et de deux gynécologues à plein temps (là aussi homme et femme, de la même tranche d'âge, formés dans la même faculté). Le rayon de recrutement de ce service est vaste puisque toutes les maternités du département (deux privées, l'une publique) sont situées dans la même ville.

Les procédures adoptées dans ce service ne diffèrent pas de ce qu'elles sont à Oloron en ce qui concerne le suivi pendant la grossesse, la disponibilité des obstétriciens en cas de complications et lors de l'expulsion, ainsi que la répartition des tâches entre médecins et sages-femmes. La péridurale est, là aussi, facilement accessible. Le *monitoring* n'est pas systématique, non plus que l'utilisation d'ocytocine - qui est pourtant largement utilisée.

Parmi les différences notables d'avec la clinique Olçomendy, il faut signaler en particulier l'absence de baignoire - et le fait que l'accouchement s'effectue toujours en position allongée.

On soulignera le fait que, pendant toute la période considérée par l'étude, cette équipe n'a modifié en rien sa ligne de conduite, ce qui est un gage supplémentaire de stabilité du groupe contrôle.

### e) Recueil et fiabilité des données

#### 1. Recueil à Oloron

Les données de la première période (89-91) ont été saisies à partir du livre des accouchements.

Comme faisaient défaut des variables aussi importantes que l'âge, la gestité et le terme, toutes trois indispensables pour décider de l'inclusion ou non de la femme dans l'étude, il s'est avéré nécessaire de faire une recherche sur dossier. Sur les trois années, 10% de dossiers n'ont pu être retrouvés, et ces femmes n'ont pas été retenues pour la suite.

Pour la seconde période (94-96), toutes les données nécessaires avaient été saisies dans le recueil informatisé individuel de l'activité du service.

#### 2. Recueil sur le site témoin

Un excellent remplissage du livre d'accouchements nous a permis de nous passer de la recherche sur dossier pour les deux périodes étudiées.

#### 3. Fiabilité des données

Elle peut être mise en doute sur trois points.

##### \* La morbidité maternelle et néonatale

Elle n'apparaît pas sur le rapport de sortie, surtout les problèmes mineurs. C'est pour cette raison que la rubrique fièvre puerpérale, présente dans d'autres études, ne figure pas dans la nôtre. De même, la recherche d'infection chez le nouveau né risque d'être passée sous silence s'il n'en est pas fait état dans le dossier de sortie.

#### \* La pathologie de la grossesse

Cette variable n'a pas été utilisée dans l'étude, puisque le recueil n'a été systématique ni sur un site ni sur l'autre. Seule une recherche exhaustive sur dossier, non réalisable du fait des contraintes matérielles et temporelles, aurait permis d'obtenir des données fiables.

#### \* Le terme

Il manque dans le recueil informatisé du groupe Oloron en 1994 et 95. Nous nous sommes assurés cependant de ne pas inclure de grossesses de moins de 37 semaines de gestation par une recherche sur dossier du terme chez les enfants de moins de 3000 g.

La fiabilité des données restantes, y compris la souffrance foetale, est très bonne.

### f) Validité

Le plan de recherche choisi - « avant - après » avec groupe témoin non équivalent - permet d'assurer une bonne validité interne. Cela permet de s'assurer qu'il n'y a pas eu d'autres événements pendant la période étudiée qui puissent expliquer les changements.

Outre la difficulté d'isoler l'intervention « formation- supervision » comme seul facteur de changement, il s'agit aussi de bien comprendre ce qu'on inclut dans le soutien psychologique. La plupart des variables confondantes retenues, si ce n'est toutes, sont proches du champ psychologique et de la relation soignant - soignée. Il en est ainsi, par exemple, du retentissement (qu'il soit positif ou négatif) sur l'aspect émotionnel de l'accouchement qu'induit la périnatale, ou encore de l'influence de la relaxation et de l'activité pendant le travail.

Dans l'évaluation d'une intervention complexe comme celle-ci, de type quasi-expérimental, il n'est pas besoin d'isoler chaque facteur, comme on le fait dans la recherche étiologique ou thérapeutique. Toutefois, la description et l'analyse approfondie, par des méthodes propres aux sciences humaines, des attitudes individuelles et de groupe des soignants, devraient faire l'objet, le cas échéant, d'une prochaine

recherche. Entre temps, il restera difficile de savoir quel élément particulier du programme est le plus déterminant par rapport aux résultats observés.

### **g) Analyse de données**

- Analyse descriptive et comparative avant - après pour chaque groupe: avec le logiciel Epinfo 6.
- Analyse multivariée (régression logistique) : Logiciel SAS.

## VI. RESULTATS

### a) Caractéristiques de la population

#### 1. Effectif

Suivant les critères annoncés plus haut, on retrouve comme prévu des primipares « standard », ou à faible risque, en nombre équivalent sur les deux sites : la différence d'effectif est inférieure à 2% en première période, à 6% en seconde période (Tableau 1).

*Tableau 1. Effectifs par année*

Année	Site témoin	Oloron	
1989	120	110	
1990	128	125	
1991	134	153	
<b>Sous-total 89-91</b>	<b>382</b>	<b>388</b>	<b>Période I</b>
1994	107	105	
1995	129	124	
1996	117	104	
<b>Sous-total 94-96</b>	<b>353</b>	<b>333</b>	<b>Période II</b>
<b>Total</b>	<b>735</b>	<b>721</b>	<b>Périodes I + II</b>

#### 2. Age des parturientes

La moyenne d'âge des populations étudiées est presque identique, sur les deux sites, pendant la période I, puis pendant la période II. Elle augmente d'environ une demi - année d'une période à l'autre, et ce mouvement est significatif du point de vue statistique seulement à Oloron (Tableau 2, page suivante).

### 3. Terme

Sur ce chapitre (Tableau 2, *ibid.*), les deux maternités suivent des tendances opposées, ce qui aboutit à réduire l'écart constaté à la période I :

- diminution significative, d'environ 3 jours, sur le site témoin ;
- augmentation de même durée à Oloron (la différence n'a pas été testée statistiquement, car les données complètes n'étaient disponibles que pour 1996).

### 4. Poids de naissance de l'enfant

La moyenne de poids de naissance des enfants se situe entre 3200 et 3300 g dans les quatre tranches étudiées (Tableau 2, *ibid.*). En deuxième période, les poids moyens de naissance sont quasi identiques.

**Tableau 2. Caractéristiques de la population étudiée (valeurs moyennes)**

Variables	Site témoin				p	Oloron				p	
	Période I		Période II			Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type		
	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type							
Age mère	26,6	4,1	27,1	3,6	<b>0,08</b>	26,8	3,4	27,4	3,5	<b>0,02</b>	
Terme	39,9	1,2	39,5	1,2	<b>&lt;0,01</b>	39,2	1,1	39,6	1,3	*	
Poids du nouv.-né	3219	414	3280	417	<b>0,05</b>	3282	401	3287	428	<b>0,87</b>	

\* Deux années avec données manquantes, la moyenne de la période II correspond à 1996.

### b) Conduite générale pendant le travail

Ce chapitre aborde les questions du déclenchement et de la périnatale.

#### 1. Déclenchement

Le pourcentage de déclenchements est beaucoup plus élevé à Oloron que dans la maternité témoin : jusqu'à 4 fois plus en période I, mais encore 2,5 fois plus en période

II. Ces pourcentages ont varié en sens inverse, d'une période à l'autre, sur les deux sites : diminution à Oloron, augmentation sur le site témoin (Tableau 3, ci-dessous), mais les différences sur chaque site ne sont pas statistiquement significatives.

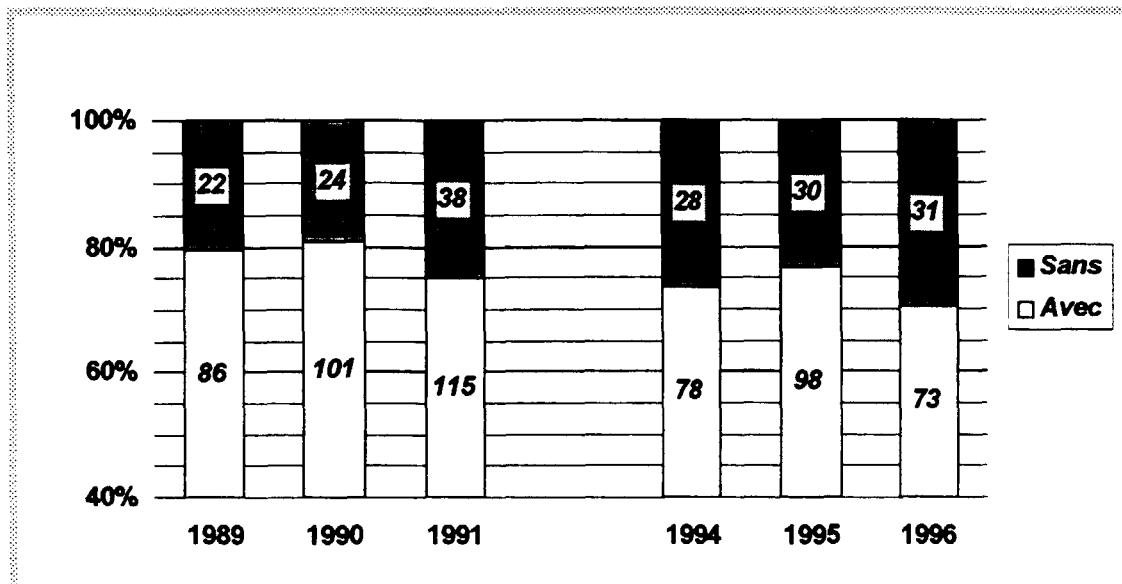
**Tableau 3. Interventions avant ou en cours de travail**

	Site témoin						Oloron					
	Période I		Période II		<i>p</i>	Période I		Période II		<i>p</i>		
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%
<b>Effectif</b>	382	100,0	353	100,0		388	100,0	333	100,0			
<b>Déclen- chement</b>	26	6,8	34	9,7	<b>0,16</b>	105	28,4	82	25,4	<b>0,38</b>		
<b>Péridurale</b>	301	78,8	309	87,5	<b>&lt;0,01</b>	302	78,2	244	73,3	<b>0,14</b>		

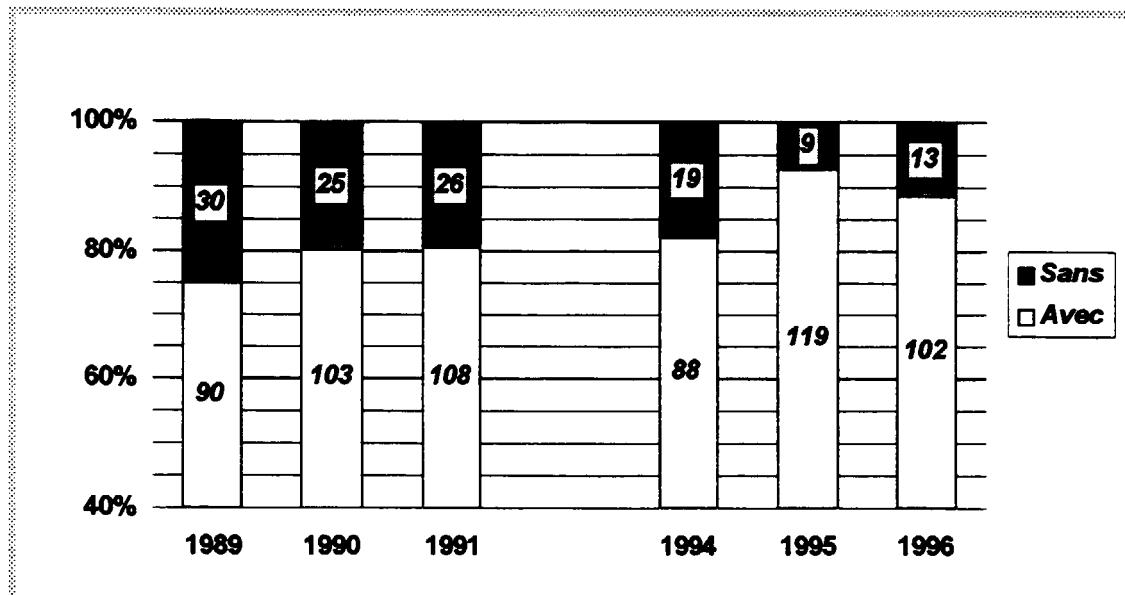
## 2. Péridurale

Pour l'analgésie péridurale, les taux de départ sont équivalents dans les deux maternités. Par la suite, les tendances vont en sens inverse (Tableau 3, ci-dessus ; Graphique 1, ci-dessous et Graphique 2, page suivante) : augmentation significative sur le site témoin, légère diminution à Oloron.

**Graphique 1. Péridurale au cours des accouchements à la maternité d'Oloron**



**Graphique 2. Pérnidurale au cours des accouchements sur le site témoin.**



### 3. Déclenchement et pérnidurale

La relation entre déclenchement et analgésie pérnidurale est très forte (Tableau 4, ci-dessous) : 93% des déclenchements aboutissent à une pérnidurale, à Oloron comme sur le site témoin.

**Tableau 4. Relation entre déclenchement et pérnidurale dans les deux maternités**

	Pérnidurale		Pas de pérnidurale		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Maternité témoin</b>	57	95,0	3	5,0	60	100,0
<b>Oloron</b>	174	93,0	13	7,0	187	100,0

### c) Interventions obstétricales à l'expulsion

#### 1. Analyse comparative des deux sites

Le Tableau 5 et le Tableau 6, ci-dessous, ainsi que le Graphique 3 et le Graphique 4 (pages suivantes) résument l'évolution dans le temps des interventions obstétricales, variable principale dans cette étude.

*Tableau 5. Interventions obstétricales : effectifs et pourcentages*

	Site témoin				Oloron			
	Période I		Période II		Période I		Période II	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Effectif total</b>	382	100,0	353	100,0	388	100,0	333	100,0
<b>Accouchement</b>								
1. instrumental	227	59,4	220	62,3	193	49,7	119	35,7
2. césarienne	31	8,1	31	8,8	31	8,0	23	6,9
<b>Total 1 + 2</b>	<b>258</b>	<b>67,5</b>	<b>251</b>	<b>71,1</b>	<b>224</b>	<b>57,7</b>	<b>142</b>	<b>42,6</b>

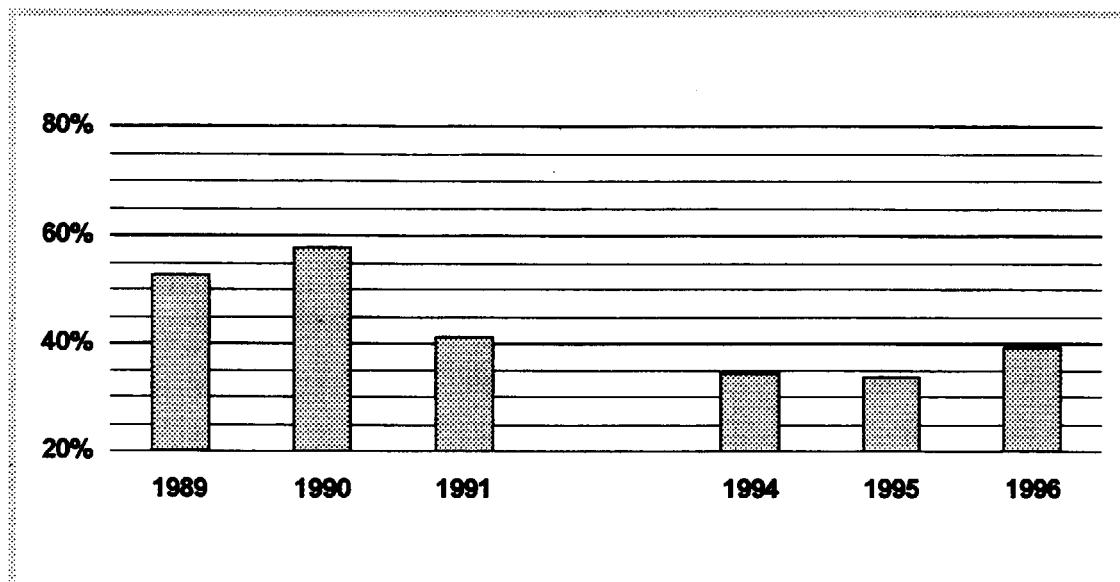
*Tableau 6. Interventions obstétricales: risques relatifs*

	Site témoin			Oloron		
	Risque relatif		<i>p</i>	Risque relatif		<i>p</i>
	RR	I.C.		RR	I.C.	
<b>Accouchement</b>						
1. instrumental	1,06	0,95 - 1,18	0,29	0,71	0,60 - 0,84	< 0,01
2. césarienne	1,09	0,67 - 1,75	0,74	0,86	0,51 - 1,45	0,58
<b>Total 1 + 2</b>	<b>1,07</b>	<b>0,97 - 1,17</b>	<b>0,20</b>	<b>0,74</b>	<b>0,64 - 0,86</b>	<b>&lt; 0,01</b>

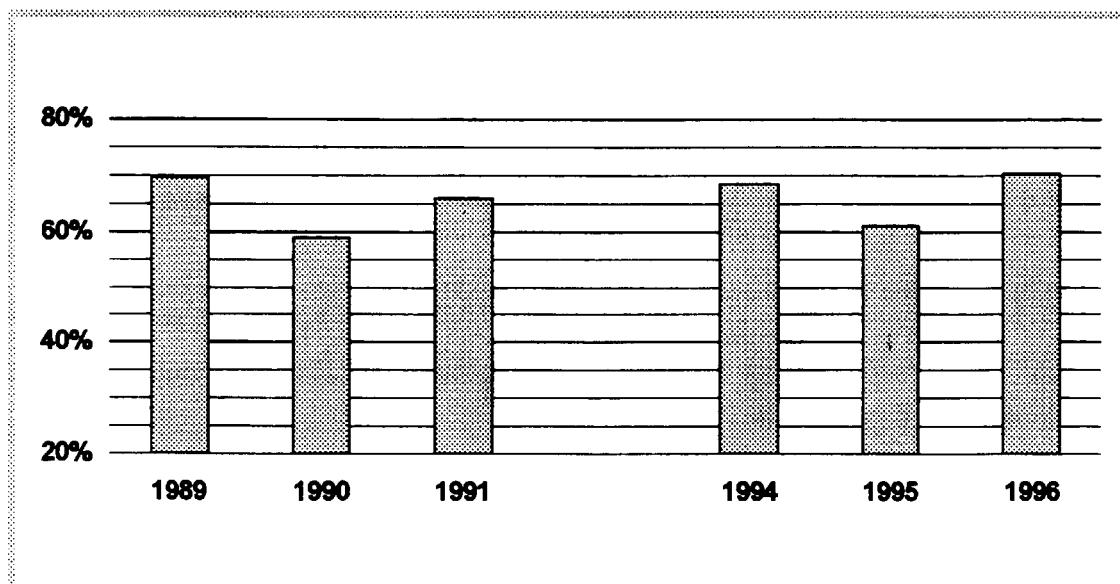
⇒ A Oloron (Graphique 3, page suivante), le risque d'accouchement instrumental (forceps ou ventouse) est significativement moindre (0,71) en période II que pendant la période I. La variable césarienne, quant à elle, ne présente pas de différence significative entre les deux périodes.

⇒ Sur le site témoin (Graphique 4), le type d'accouchement ne subit pas de changements importants entre les deux périodes, le risque relatif est proche de 1 et aucune des différences n'est significative (Tableau 6, page précédente). Le Graphique 4 illustre cette stabilité, année par année, pour les accouchements instrumentaux.

*Graphique 3. Accouchements instrumentaux à la maternité d'Oloron*



*Graphique 4. Accouchements instrumentaux sur le site témoin*



En définitive, le taux global d'interventions obstétricales (accouchements instrumentaux + césariennes) connaît une variation significative à la baisse entre les deux périodes (risque relatif = 0,74).

Le taux d'interventions obstétricales chez les femmes ayant eu une péridurale (Tableau 7, ci-dessous) est plus élevé que la moyenne toutes femmes confondues. Toutefois, les tendances générales sont les mêmes dans les deux groupes : légère augmentation sur le site témoin, diminution importante à Oloron.

**Tableau 7. Type d'accouchement sous anesthésie péridurale**

	Site témoin				Oloron			
	Période I		Période II		Période I		Période II	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Effectif</b>	301	78,8	309	87,5	302	77,8	244	73,3
<b>Accouchement</b>								
1. instrumental	189	62,8	203	65,7	169	56,0	105	43,0
2. césarienne	31	10,3	29	9,4	30	10,0	23	9,5
Total 1 + 2	220	73,1	232	75,1	199	66,0	128	52,5

Entre les deux sites, il existait au départ (période I) une différence de l'ordre de 10% pour les accouchements instrumentaux ; cette différence atteint 27% à la période II.

## 2. Contrôle des variables de confusion

Nous avons fait appel à la régression logistique pour contrôler les variables susceptibles de modifier le risque relatif (RR) d'accouchement instrumental dans la deuxième période par rapport à la première et cela dans les deux sites.

### \* Résultats globaux

Le modèle final, après « l'élimination » de toutes les autres variables (notamment le déclenchement, le travail en baignoire et la position d'accouchement) qui n'en améliorent pas la valeur explicative, est résumé dans le Tableau 8, page suivante.

Il comprend six variables explicatives, et pour quatre d'entre elles, le risque relatif est significativement différent de 1. Ainsi, le risque d'accouchement instrumental augmente de 71% en cas de péridurale ( $RR = 1,7$ ), il s'accroît aussi, plus marginalement, avec le poids de l'enfant ( $RR = 1,02$ ). En revanche, il diminue si l'accouchement se passe à la maternité d'Oloron ( $RR = 0,81$ ), et ceci d'autant plus en deuxième période (interaction Maternité \* période :  $RR = 0,77$ , voir interprétation plus loin).

**Tableau 8. Résultats de l'analyse des variations du taux d'accouchements instrumentaux par un modèle de régression logistique**

Variables	Risque relatif		<i>p</i>
	RR	I.C.	
Maternité (Oloron)	0,81	0,71 - 0,92	
Période (94-96)*	0,98	0,88 - 1,10	NS
Interaction : Maternité * période	0,77	0,62 - 0,95	
Péridurale	1,71	1,43 - 2,06	
Age de la mère*	1,01	0,95 - 1,07	NS
Poids de l'enfant**	1,02	1,01 - 1,03	

\* RR pour une augmentation d'âge de 5 ans.

\*\* RR pour une augmentation de poids de 100 g

A noter que la variable déclenchement n'avait pas d'effet supplémentaire sur l'accouchement instrumental, une fois la péridurale introduite dans le modèle.

*\* La prise en compte de l'interaction*

⇒ Par rapport au site témoin en première période, le risque d'accouchement instrumental à Oloron était déjà inférieur de 20% en période I, il l'est de 40% en période II (voir tableau ci-dessous).

	1989-91	1994-96
Oloron	0,81 [0,71 ; 0,92]	0,61 [0,52 ; 0,72]
Site témoin	1	0,98 [0,88 ; 1,10]

Sur le site témoin, à l'inverse, le risque en période II est pratiquement le même qu'au début (quasi absence d'évolution).

⇒ Si l'on prend, sur chaque site, la période I comme référence, le risque relatif d'accouchement instrumental en deuxième période est de 0,76 à Oloron (diminution statistiquement significative)<sup>16</sup>.

	1989-91	1994-96
Oloron	1	0,76 [0,59 ; 0,93]
Site témoin	1	0,98 [0,88 ; 1,10]

#### d) Episiotomies et déchirures périnéales

Sur aucun des deux sites, on n'observe de variation significative du taux de périnées déchirés.

En revanche, les écarts importants dans la fréquence des épisiotomies entre les deux sites, observés au cours de la période I, s'atténuent fortement en période II (Tableau 9, ci-dessous; et Tableau 10, page suivante).

*Tableau 9. Episiotomies et déchirures périnéales : effectifs et pourcentages*

Effectifs et pourcentages	Site témoin				Oloron			
	Période I		Période II		Période I		Période II	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Effectif	382	100,0	353	100,0	388	100,0	333	100,0
Déchirure du périnée	8	2,1	17	4,8	25	6,4	20	6,0
Episiotomie	329	86,1	274	77,6	255	65,7	256	76,9

<sup>16</sup> La même évolution peut être rendue en disant que l'interaction (RR Oloron / RR Site témoin) est de 0,77 [I.C. : 0,63 ; 0,95] ; en d'autres termes, le risque d'accouchement instrumental en deuxième période a davantage diminué à Oloron que sur le site témoin, le recul supplémentaire de 23% étant statistiquement significatif.

**Tableau 10. Episiotomies et déchirures périnéales : risques relatifs**

<b>Risques relatifs</b>	Site témoin			Oloron		
	Risque relatif		<b>p</b>	Risque relatif		<b>p</b>
	RR	I.C.		RR	I.C.	
Déchirure du périnée	0,99	0,51 - 1,95	<b>0,98</b>	1,39	0,86 - 2,26	<b>0,18</b>
Episiotomie*	0,91	0,86 - 0,96	< 0,01	1,14	1,05 - 1,24	< 0,01

\* : Ajustement par stratification sur la variable Pérédurale.

Dans la maternité témoin en effet, le nombre d'épisiotomies diminue de façon significative (RR = 0,91).

Sur Oloron à l'inverse, on constate une augmentation significative des épisiotomies d'une période à l'autre (RR = 1,14), et cela après ajustement pour la variable pérédurale.

### e) Délivrance

Le taux de délivrance artificielle ne varie de façon significative, d'une période à l'autre, sur aucun des deux sites (Tableau 11, ci-dessous ; Tableau 12, page suivante).

La délivrance naturelle est globalement un peu moins fréquente à Oloron du fait que cette équipe effectue plus de révisions utérines.

**Tableau 11. Délivrance : effectifs et pourcentages**

	Site témoin				Oloron			
	Période I		Période II		Période I		Période II	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Effectif</b>	382	100,0	353	100,0	388	100,0	333	100,0
Révision utérine	2	0,5	1	0,3	17	4,4	8	2,4
Délivrance artificielle	46	12,0	40	11,3	48	12,4	46	13,8

**Tableau 12. Délivrance : risques relatifs**

	Site témoin			Oloron		
	Risque relatif		<i>p</i>	Risque relatif		<i>p</i>
	RR	I.C.		RR	I.C.	
Révision utérine	0,54	0,05 - 5,89	0,60	0,56	0,24 - 1,27	0,18
Délivrance artificielle*	0,88	0,59 - 1,30	0,60	1,17	0,81 - 1,70	0,47

\* Ajustement par stratification sur la variable Périnatale.

## f) Position d'accouchement et travail en baignoire

Dans la deuxième période, au moment même où débutait la supervision d'équipe, la maternité d'Oloron s'est dotée d'une baignoire (1993). Elle sert soit pendant le travail, soit pour l'accouchement dans l'eau, soit les deux.

L'analyse des données montre que toutes les femmes primipares qui accouchent dans l'eau (33, soit 9,9%) ont effectué un travail en baignoire. Nous avons déjà dit au chapitre précédent que cette variable n'avait pas d'effet supplémentaire sur le risque relatif d'accouchement instrumental.

## g) Santé de la mère et de l'enfant

### 1. Analyse comparative

#### \* Site témoin

La morbidité néonatale et le transfert ne présentent pas de variations significatives entre les deux périodes étudiées. Le taux d'Apgar inférieur ou égal à 7 a diminué, mais de façon non significative. Il n'en est pas ainsi pour la morbidité maternelle<sup>17</sup> : le risque est bien moindre en deuxième période, et cela aux dépens du diagnostic de métrorragies.

<sup>17</sup> Nous présentons seulement les rubriques plus fréquentes. La morbidité maternelle comprenait aussi : phlébite, problèmes de sein et complications de l'épisiotomie.

L'allaitement artificiel baisse lui aussi d'une façon significative (Tableau 13, ci-dessous, et Tableau 14, page suivante).

#### \* *Maternité d'Oloron*

Les variations ne sont pas les mêmes que sur le site témoin. Les variables qui ne se modifient pas durant les deux périodes sont l'allaitement, l'Apgar, et le transfert.

La morbidité maternelle et néonatale apparaît plus importante dans la deuxième période, et les différences sont significatives, mais nous avons déjà souligné nos doutes sur la fiabilité de ces données de morbidité dans un chapitre précédent.

- ⇒ Les changements de la morbidité maternelle sont attribuables à une augmentation importante des diagnostics de dépression post-partum (passant de 0,3% à 5,4%), les autres diagnostics restant stables.
- ⇒ Pour la morbidité néonatale également, un seul diagnostic se modifie entre les deux périodes, l'ictère.

**Tableau 13. Santé de la mère, allaitement, santé de l'enfant : effectifs et pourcentages**

	Site témoin				Oloron			
	Période I		Période II		Période I		Période II	
<i>Effectifs et pourcentages</i>	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Effectif</b>	382	100,0	353	100,0	388	100,0	333	100,0
<b>Morbidité maternelle</b>	23	6,0	8	2,3	29	3,7	34	10,2
- infection/hyperthermie	1	0,3	4	1,1	3	0,8	3	0,9
- métrorragie	10	2,6	1	0,3	1	0,3	1	0,3
- dépression	0	0	0	0	1	0,3	18	5,4
<b>Allaitement artificiel</b>	233	62,6	187	53,9	194	52,7	171	51,3
<b>Morbidité néonatale</b>	7	1,8	6	2,0	9	2,4	21	6,3
- ictère	2	0,5	0	0	3	0,8	13	3,9
- infection/hyperthermie	3	0,8	6	1,7	0	0	2	0,6
- malformation	2	0,5	0	0	2	0,5	3	0,9
<b>Apgar ≤ 7 à 1 minute</b>	19	5,0	13	3,7	13	3,4	12	3,6
<b>Transfert</b>	6	1,6	9	2,5	1	0,3	5	1,5

**Tableau 14. Santé de la mère, allaitement, santé de l'enfant : risques relatifs**

	Site témoin			Oloron		
	Risque relatif		<i>p</i>	Risque relatif		<i>p</i>
	RR	I.C.		RR	I.C.	
Morbidité maternelle	0,38	0,17 - 0,83	<b>0,01</b>	2,92	1,57 - 5,44	<b>&lt; 0,01</b>
Allaitement artificiel	0,86	0,76 - 0,97	<b>0,02</b>	0,97	0,84 - 1,12	<b>0,74</b>
Morbidité néonatale	0,93	0,32 - 2,75	<b>0,9</b>	2,61	1,21 - 5,63	<b>0,01</b>
Apgar < ou = 7 à 1 minute	0,74	0,37 - 1,48	<b>0,39</b>	1,06	0,49 - 2,29	<b>0,88</b>

Les résultats en termes de risque (Tableau 14, ci-dessus) sont significatifs pour l'allaitement artificiel sur le site témoin (0,86). La morbidité maternelle et néonatale connaît elle aussi des différences significatives, mais le manque de fiabilité des données, déjà signalé, ne permet pas de la retenir.

#### \* Mortalité (sur les deux sites)

Il faut souligner que, même si la mortalité ne peut pas être étudiée valablement sur de si petits effectifs, il n'y a eu aucun cas de mortalité maternelle dans les deux services parmi les cas étudiés. Quant à la mortalité néonatale, il y a eu deux cas dans chaque service durant la période I (dont un dans chaque maternité pour malformation sévère) et un cas en période II à la maternité d'Oloron.

## 2. Contrôle des variables de confusion

La variable Apgar inférieur ou égal à 7 a été, comme précédemment les accouchements instrumentaux, traitée par un modèle de régression logistique.

Les résultats confirment l'analyse comparative : il n'y a pas de différence significative des risques relatifs entre Oloron et le site témoin (Tableau 15, page suivante).

Les points mis en évidence sont les suivants :

1. Une augmentation de l'âge de la mère de 5 ans est associée à une augmentation du risque que l'Apgar soit inférieur ou égal à 7 de 46% (RR = 1,46).

2. Une augmentation du poids de l'enfant de 100 g est associé à une diminution du risque que l'Apgar soit inférieur ou égal à 7 de 7% (RR = 0,93).
3. Quoique la variation ne soit pas significative pour un risque de première espèce égal à 5% ( $p = 0,16$ ), la péridurale augmente le risque de 94% (RR = 1,94).
4. Même si l'on inclut la variable Déclenchement, l'excès de risque de la péridurale se maintient dans le modèle. Autrement dit, le degré d'association entre les variables Péridurale et Déclenchement n'est pas si fort que les effets des deux variables se « mélangent » totalement dans le modèle. Le déclenchement « frôle » la signification statistique ( $p = 0,06$ ), le risque de d'Apgar  $\leq 7$  augmente de 90% (RR = 1,90).

**Tableau 15. Résultats de l'analyse des variations du taux de scores d'Apgar inférieurs ou égaux à 7 par un modèle de régression logistique**

<b>Variables</b>	<b>Risque relatif</b>		<b>p</b>
	<b>RR</b>	<b>I.C.</b>	
Maternité (Oloron)	0,87	0,48 - 1,58	NS
Période (94-96)*	0,84	0,47 - 1,48	NS
Age de la mère*	1,46	1,01 - 2,13	
Poids de l'enfant**	0,93	0,86 - 0,99	
Péridurale	1,94	0,76 - 4,94	NS
Déclenchement du travail	1,90	0,98 - 3,70	NS

\* RR pour une augmentation d'âge de 5 ans.

\*\* RR pour une augmentation de poids de 100 g.

## VII.DISCUSSION

### a) Comparabilité des maternités

Ce travail a tenté de décrire et de comparer l'évolution des interventions obstétricales dans deux services d'obstétrique très semblables (par la taille, le personnel la localisation, la vocation, etc.). Dans ces services, une clientèle dite de «primipares à faible risque» (PAFR) a été sélectionnée pour assurer plus de comparabilité. La population étudiée des deux sites présente, d'ailleurs, des moyennes d'âge et de terme obstétrical très proches.

Il faut souligner cependant certaines différences que nous tenterons d'expliquer :

1. Le site témoin a un taux anormalement élevé d'accouchements instrumentaux (autour de 60%), du fait de la fréquente utilisation de la ventouse. Le groupe d'Oloron part également d'un taux très élevé (presque 50%), mais c'est surtout le recours aux spatules qui en est la cause<sup>18</sup>.

A ce sujet, on peut relever que les taux d'accouchements instrumentaux par voie basse chez les primipares varient selon les pays et les établissements. Si la proportion va de 10 à 24% en Angleterre, elle est de 15% en Hollande (Drife 1996), de 48% dans l'étude de Ruderman au Canada (Toronto 1988). Le choix entre ventouse et forceps est aussi controversé. Il semblerait que la ventouse soit plus populaire, mais ce débat, aux dires de Drife «n'est pas pertinent puisqu'il nous distrait des questions importantes : est-ce qu'il y a trop d'accouchements instrumentaux ?».

2. Le début de travail provoqué (déclenchement) est, de toutes les variables principales, celle qui connaît la plus grande variabilité, et la disproportion entre les deux sites se maintient pendant les deux périodes étudiés. En effet, le taux de déclenchements à Oloron est très supérieur aux chiffres retrouvés sur le site témoin, sans que des raisons médicales particulières le justifient : la durée moyenne de gestation dans la

---

<sup>18</sup> A titre indicatif, le taux global (toutes parités confondues) d'accouchements instrumentaux en Aquitaine était de 17% (CNAM 1993).

deuxième période est exactement la même dans les deux groupes (39,6 semaines), avec un taux de déclenchement qui va du simple au double. Donc il ne semble pas y avoir de raisons liées à un terme dépassé, et aucun autre risque n'a pas pu être identifié.

Dans dix hôpitaux français, Grandjean (1995) a mis en évidence de très grandes disparités entre établissements pour le taux global de déclenchements (toutes femmes confondues): les chiffres allaient de 11% à 56%<sup>19</sup>. La même variabilité se retrouve dans les comparaisons internationales, puisqu'en 1981, les taux rapportés étaient de 10,1% en France, de 12% au Danemark et de 36% en Grande-Bretagne. Il faut noter que ces taux ne cessent de croître pour la France entière, atteignant 20,5% en 1995 dans l'enquête nationale périnatale, avec même 26,9% en Aquitaine - taux régional le plus élevé.

En fait, il semblerait que le site témoin fasse très peu de déclenchements dits de « convenance » (modalité très fréquente en France), par comparaison avec la maternité d'Oloron, dont les taux sont très proches de la moyenne régionale.

3. La morbidité maternelle et néonatale présentent aussi des différences notables, mais nous avons déjà souligné à plusieurs reprises le problème de fiabilité des données.

## b) Les interventions obstétricales à l'expulsion

Les résultats de cette évaluation montrent que les techniques d'accompagnement et de soutien mises en place à Oloron ont bien eu pour résultat une diminution significative du recours aux interventions obstétricales: l'action a réussi à faire diminuer le risque d'accouchements instrumentaux de 24%.

Cependant, et contrairement à ce qui a été constaté dans le cadre d'autres expériences, cette diminution n'affecte pas significativement le taux de césariennes<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> Taux global de déclenchements en 1993 qui porte sur 6 centres hospitaliers universitaires, 3 centres hospitaliers généraux, et une clinique privée – les taux extrêmes étant celui de la clinique Jean-Villar à Bruges, et celui du CHU de Toulouse.

<sup>20</sup> Butler (1993) : comparaison entre médecins et sages-femmes ; Sosa (1980) et Kennell (1991) : accompagnement continu par une femme entraînée « doula » ; Thornton (1994) : résumé de dix études sur l'accompagnement psychologique par du personnel qualifié ou non.

Dans l'étude de Kennell (1991), sur une population de PAFR similaire à la nôtre<sup>21</sup>., le taux de césariennes pour le groupe de femmes bénéficiant du support émotionnel pendant le travail (Doula) est de 8%, taux qui contraste avec celui de 18% pour son groupe contrôle. Le taux de recours au forceps est lui aussi très différent (5,2% chez les femmes accompagnées par une doula, 26,2% pour le contrôle), mais cette étude ne donne pas d'information sur le taux global de recours à la voie basse instrumentale. A Oloron, le taux de césariennes pendant la première période était déjà proche de 8%.

Dans la région de Londres en 1992, la voie basse instrumentale n'est pratiquée chez les primipares que dans 22,7% des accouchements, et les césariennes dans 7,9% (Cleary 1996). Le taux global d'interventions obstétricales (30,6%) est donc bien inférieur à celui observé à Oloron après l'action de formation et de supervision (42,6%).

Ces comparaisons internationales et d'expériences locales d'une population de primipares « standard » montrent que, s'il est vrai que la baisse du taux global d'interventions dans notre situation expérimentale a été importante (15%), des améliorations seraient encore possibles, dans le sens d'une diminution. C'est notamment le cas pour le taux des voies basses instrumentales, puisque le taux de césariennes est déjà parmi les plus bas des études qui ont été consultées. Ainsi, l'analyse des taux d'interventions obstétricales en relation avec les variables confondantes (notamment péridurale et déclenchement) apporte des pistes dans ce sens.

### c) Péridurale et déclenchement

Ces deux variables sont analysées ici ensemble, car elles sont étroitement associées - dans notre étude, 93% des accouchements déclenchés appellent une péridurale. En effet, on sait que le déclenchement est généralement suivi d'un accouchement dirigé (*cf.* conduite active : RPM et oxytocine) et, dans la plupart des cas, d'une péridurale.

Nous ne connaissons pas précisément la fréquence de recours à la péridurale chez la population de PAFR en France. Toutes parités confondues, le taux était de 48,6% en

---

<sup>21</sup> Le recrutement se différencie seulement en deux points : il inclut la tranche d'âge 13-19 ans, et exclut l'hypertension et l'abus de drogues et alcool..

1995<sup>22</sup> mais, bien entendu, on a plus facilement recours à la péridurale chez les primipares. Dans l'étude canadienne portant sur les hôpitaux de la ville de Toronto (Ruderman, 1993), le taux chez les primipares à faible risque était de 76% en 1988, très proche de celui retrouvé sur nos deux sites à la même période (78%).

Bien des auteurs mettent en cause la péridurale dans l'augmentation de la fréquence des césariennes et des accouchements instrumentaux, notamment avec forceps (Mayonda 1990, Hoult 1977), et il en est ainsi également pour les déclenchements<sup>23</sup>. Thorp et coll. (1993) signalent que l'on ne pourra inverser ce phénomène qu'à condition de ne mettre en place cette analgésie qu'à partir d'une dilatation cervicale d'au moins 5 cm. A un tel degré de dilatation, en effet, les effets adverses de la péridurale se font moins sentir, si on les met en balance avec l'incidence des malpositions et des dystocies. Dans la même ligne, Soliman et Burrows (1993) considèrent que le déclenchement est un facteur qu'on peut modifier, un « facteur corrigible », parmi ceux qui sont mis en cause dans l'augmentation du taux de césariennes.

Cependant, dans toutes ces études, l'évaluation porte sur une péridurale utilisant des doses plus fortes qu'aujourd'hui<sup>24</sup>. La diminution des doses permet notamment aux accouchées de percevoir les contractions, et respecte mieux la physiologie de l'accouchement. Malheureusement le recul est insuffisant pour en évaluer les effets.

Dans notre étude, la probabilité d'avoir un accouchement instrumental sous péridurale (les deux sites confondus) est supérieur de 70% à ce qu'elle est en l'absence de péridurale (RR=1,71).

Toutefois, le taux assez élevé (73%) de péridurales observé à la maternité d'Oloron dans la deuxième période (le groupe Balint étant en cours) - taux qui ne diminue pas de façon significative par rapport à la première période (avant le groupe) - n'a pas fait obstacle à la diminution du taux global d'interventions obstétricales pendant l'accouchement. Il faut même remarquer que ce taux diminue de façon significative parmi

---

<sup>22</sup> La maternité d'Oloron avait en 1995, toutes parités confondues, un taux d'analgésie péridurale de 62%.

<sup>23</sup> Selon la Conférence de Consensus sur le déclenchement, les extractions y sont plus fréquentes, probablement en rapport avec la pratique d'une analgésie péridurale (Philippe 1996).

<sup>24</sup> Depuis 1995, les dosages à Oloron ont diminué de moitié (Marcaine 0,125 mg).

les accouchements avec pérnidurale (même s'il reste toujours plus élevé que dans les accouchements sans pérnidurale), contrairement à ce qu'a retenu la littérature à ce sujet<sup>25</sup>.

Certaines questions restent posées, et seraient à approfondir: la pérnidurale est-elle utilisée à un stade de dilatation assez avancé ? moins dosée, la pérnidurale diminue-t-elle le risque d'accouchements assistés ? l'accompagnement de l'équipe reste-t-il entièrement valable même avec pérnidurale ?

En effet, on s'attendait à ce que la pérnidurale ait des effets contraires à ce qui est souhaité dans l'accompagnement à l'accouchement tel qu'il est pratiqué par la maternité d'Oloron - comme si elle empêchait, ou diminuait tout au moins, les *situations relationnelles* entre la parturiente et le personnel ainsi que l'expression de la vie psychique de la femme. Akrich (1995), dans son étude sociologique de comparaison de pratiques obstétricales, estime que « l'utilisation routinière de la pérnidurale renforce le caractère impersonnel des relations ». Quant à elles, les sages-femmes déplorent que cette utilisation soit rendue de plus en plus nécessaire par le manque de temps disponible pour réaliser un véritable accompagnement de la femme en travail. Pour l'équipe d'Oloron l'accompagnement se fait indépendamment de la mise en place ou non de la pérnidurale.

Il existe un véritable débat scientifique en France autour de la pérnidurale. Toujours selon Akrich (1995), les arguments qui mettent en avant la « demande » des femmes pour justifier une certaine pratique d'utilisation de la pérnidurale sont très ambigus, et cela pour deux raisons. La première est que « les femmes disent elles-mêmes ne pas toujours savoir ce qu'elles veulent, ou du moins ne pas être forcément capables d'arbitrer entre un désir de court terme et un désir de long terme ». La deuxième raison est que « cette *demande* fait l'objet d'un nombre incalculable d'évaluations, de traductions, de négociations, à moins que ce ne soit la relation inverse ».

---

<sup>25</sup> Une étude européenne dans trois pays (Belgique, France, Grèce) qui évalue les effets de l'accompagnement permanent durant le travail par une sage-femme (Bréart in « *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance* » 1994): trouve des différences significatives dans les interventions obstétricales (30% groupe test, 35% groupe témoin) en France et en Belgique mais pas en Grèce. Selon l'auteur cette différence entre pays est à rapprocher du recours à la pérnidurale qui diminue de façon significative en France et Belgique mais qui n'est pas utilisé dans les centres grecs. L'étude de Butler conclut aussi que l'effet (moins d'interventions des sages-femmes par rapport aux médecins) est « mediated » pour une moindre utilisation de pérnidurale.

En définitive, il est patent que les femmes ne sont pas suffisamment bien informées des effets adverses de la péridurale pour formuler un choix éclairé. Les établissements devraient être en mesure d'estimer la probabilité de survenue d'une intervention obstétricale lors d'un accouchement sous péridurale dans leur établissement. Dans notre site à étude, pour les primipares à faible risque, cette occurrence est de 52,5% (deux fois sur quatre), dans le groupe témoin cette probabilité est de 75,1% (trois fois sur quatre).

#### **d) Episiotomie et déchirures**

L'épisiotomie dans le groupe Oloron augmente de façon significative pendant la deuxième période sans que l'on sache pourquoi d'autant plus qu'une diminution des accouchements instrumentaux par voie basse semblerait devoir entraîner une évolution contraire. Au Canada, chez des primipares de Ruderman (1988), ce taux diminuait (70,2% contre 60,7%). Cependant, les données concernant aussi bien les épisiotomies que les déchirures ne sont pas discordantes avec les données régionales : le taux global d'épisiotomies pour l'Aquitaine (CNAM, 1993), toutes parités confondues, était de 47%, ce qui correspond à la première période à l'étude, et l'on sait que ce taux est plus élevé chez les primipares ; quant au taux global pour les déchirures, il était beaucoup plus élevé (15%).

Les délivrances artificielles demeurent très stables d'une période à l'autre sur les deux sites. Les données globales pour l'Aquitaine (CNAM, 1993), incluant primipares et multipares, aboutissent au chiffre de 9%. Nos taux sont un peu supérieurs

## e) Santé de la mère et de l'enfant

### 1. Morbidité maternelle, néonatale et allaitement

L'objectif secondaire de cette étude était de s'assurer que les résultats de cette action ne portaient pas atteinte à la sécurité de la naissance, c'est à dire à la santé des mères et des enfants.

- Les différences constatées à Oloron, dans le sens d'une augmentation de la morbidité maternelle, se révèlent faussées du fait que le diagnostic de dépression post-partum augmente au cours de la deuxième période, en raison justement d'une plus grande sensibilisation à cette éventualité du fait de la formation et du groupe Balint, ainsi que d'un meilleur recueil des données. Pour le reste des diagnostics, tout reste stable avec de taux très bas<sup>26</sup>.
- La variable morbidité néonatale se modifie aussi sensiblement dans la deuxième période dans le groupe Oloron, ceci en relation avec une augmentation du diagnostic d'ictère. Nous n'avons pas trouvé d'explications à cette augmentation, si ce n'est que pendant la deuxième période, le service a réalisé un recueil systématique suivi d'une saisie informatique. Le recueil de données s'est donc sensiblement amélioré pour ce type d'items, qui n'apparaissaient pas systématiquement dans le rapport de sortie de la maternité, source des données de la première période. Dans le groupe témoin nous avons également dans les deux périodes des taux anormalement bas d'ictère<sup>27</sup>, ce qui est compréhensible du fait que notre source essentielle de données était le livre d'accouchements, et que ce diagnostic n'y figurait pas.

En somme ces deux variables ont été affectées par des problèmes de fiabilité importants, et il n'est pas possible de conclure qu'il y ait eu des changements entre les deux périodes étudiées, ni dans l'un ni dans l'autre des deux groupes.

---

<sup>26</sup> La rubrique infection/hyperthermie représente 1,5% des complications en Aquitaine (CNAM 1993). Malheureusement les métrorragies et la dépression n'y apparaissent pas.

<sup>27</sup> L'enquête CNAM 1993 rapporte pour l'Aquitaine 6,5% d'enfants avec ictère physiologique et 1,1% avec ictère pathologique.

- Sur l'allaitement, l'action qui fait l'objet de l'évaluation n'a pas eu d'effets, et il n'y a guère qu'une femme sur deux qui allaite son enfant. A titre comparatif, le taux d'allaitement maternel en France (enquête nationale périnatalité 1995) est de 40,5%. Nous n'avions pas formulé d'hypothèses concernant l'allaitement, puisque tel n'était pas le but de cette recherche. Cependant, l'action visant aussi à instaurer dès la naissance un meilleur lien mère - enfant, on aurait pu s'attendre à mettre en évidence une amélioration des taux. De fait, l'équipe obstétricale estime à ce sujet que le choix du type d'allaitement est fait dans la plupart des cas pendant la grossesse, bien avant le moment de l'accouchement, qui est trop tardif pour changer certaines attitudes négatives vis-à-vis de l'allaitement maternel.

## 2. Apgar et transfert

Le taux de scores d'Apgar inférieurs ou égaux à 7 est de 7,1% dans l'enquête nationale périnatalité 1995, pour tous les enfants nés en France. Dans l'étude de Cleary (1996) dans la région de Londres, le taux d'Apgar inférieurs à 7 pour les « primipares standard » est de 1,1%. Dans nos deux groupes les taux se situent entre 3 et 4%, sans variations significatives d'une période à l'autre.

Le taux de transfert est particulièrement bas sur les deux sites. Le taux global en France pour les naissances avec un seul enfant, d'après l'enquête nationale périnatalité (1995), est de 7,9%, et de 8,1% en Aquitaine. Toutefois, ces données comprennent tous les nouveau-nés vivants issus d'une grossesse unique, et aucune donnée spécifique concernant ceux nés des primipares à faible risque n'est disponible.

En résumé les résultats de ces deux variables confirment qu'il n'y a pas eu de répercussions négatives sur la santé de l'enfant, notamment en matière de souffrance foetale.

Cependant cette étude a montré que, si le taux d'Apgar inférieur ou égal à 7 ne dépendait pas du « site » ni de la « période » considérée, il était par contre lié aux variables « âge de la mère » (le risque augmente avec l'âge) et « poids de l'enfant » (le risque diminue avec le poids). Par ailleurs, quoique sans atteindre un niveau de signification statistique, la péridurale et plus encore le déclenchement semblent majorer le risque de souffrance

foetale. Ces résultats devraient être pris en compte, avec toute la prudence nécessaire, et confrontés avec ceux d'autres travaux.

Il est vrai que la méta-analyse de Thornton, citée au premier chapitre, ne met pas en évidence de différences significatives relatives au score d'Apgar dans les accouchements déclenchés. En revanche, certains auteurs notent que l'indication d'accouchement instrumental et de césarienne est souvent posée pour souffrance foetale, et mettent en cause l'hyperstimulation utérine, provoquée par l'ocytocine aussi bien que par les prostaglandines, hyperstimulation qui produirait une hypoxie néonatale (Alcalay 1996, Ekblad 1994).

## VIII.CONCLUSION

Les interventions obstétricales (césariennes et accouchements instrumentaux) connaissent, en France et dans d'autres pays occidentaux, une tendance à la croissance assez régulière. Nous avons abordé, avec la problématique, les moyens qui sont proposés pour inverser ces tendances, notamment par le Haut comité de la Santé publique.

Parmi les mesures qui semblent avoir eu un impact sur les indicateurs obstétricaux, il faut relever le « *peer-review* » (passage en revue par les pairs) en Angleterre et aux Etats-Unis, ainsi que diverses mesures de prévention des dystociques que nous avons développées plus particulièrement dans cette étude. L'impact des conférences de consensus ne semble pas influencer vraiment les différentes pratiques.

Les mesures en question de prévention des dystociques reposent sur ce qu'on appelle « conduite active de l'accouchement ». Introduite par O'Driscoll, à Dublin, cette conduite a trois composantes principales. Elle associe amniotomie précoce, perfusion d'ocytocine et accompagnement pendant le travail. On peut donc parler d'accouchement dirigé avec personnalisation des soins d'un bout à l'autre.

Une méta-analyse (analyse de toutes les recherches parues sur ce sujet) a montré sans conteste que, parmi ces trois composantes, seul l'accompagnement personnalisé avec soutien psychologique entraînait une diminution significative des accouchements instrumentaux et des césariennes.

Paradoxalement, c'est l'accouchement dirigé dans son aspect le plus instrumental (sans accompagnement particulier) qui a obtenu le plus largement droit de cité et continue à accroître sa pénétration. Il est vrai qu'il se prête tout naturellement à la rationalisation de l'organisation des soins, ce qui peut être moins le cas des techniques centrées sur le relationnel, qui demandent en outre l'adhésion et la formation d'une équipe.

Le Haut Comité de santé publique le proclame (1994), les équipes obstétricales « doivent intégrer des éléments qui renvoient à des disciplines diverses (médicale, sociale et psychologique) pour garantir le bien-être de l'enfant et des parents. Or ils n'ont pas reçu de formation pour les aspects psychosociaux ». L'équipe de la maternité d'Oloron a

cherché à se former sur ces aspects, et le suivi par un travail de type Balint est mis en place depuis maintenant cinq ans.

Dans notre étude, nous avons montré comment les tendances, toujours à la hausse dans notre pays, d'accouchements instrumentaux et de césariennes peuvent être inversées localement par une action de prévention des dystocies fondée sur l'accompagnement et le soutien des femmes, sans que les indicateurs de morbidité n'en soient affectés. La démonstration a été étayée en présentant l'évolution en parallèle sur deux sites semblables, mais avec des politiques de soins différentes.

A la différence d'autres expériences, l'accompagnement à Oloron ne se centre pas seulement autour du soutien individualisé à la femme qui accouche par une personne qualifiée (sage-femme, élève sage-femme, « doula »). Ici, toute l'équipe participe à ce soutien (médecin, sage-femme, aide soignante) et la réflexion sur les situations vécues est alimentée par tous ceux qui étaient présents. Le caractère global du projet a pour effet de permettre de mieux travailler les aspects de la relation à l'autre et, en même temps, de renforcer les liens de l'équipe. C'est ainsi que les compétences et les limites de chacun sont comprises, et les soins ne sont plus cantonnés aux seuls aspects techniques<sup>28</sup>.

En termes épidémiologiques, il ressort de cette étude évaluative que les interventions obstétricales, pour une population de primipares « à faible risque » ont effectivement baissé (15% d'interventions en moins), et en particulier l'accouchement instrumental. Autrement dit, comparée à elle-même dans une période antérieure, la maternité d'Oloron a réussi à faire baisser le risque d'accouchement instrumental de 24%, ce risque devenant de 39% inférieur à ce qu'il était dans la maternité témoin.

Les résultats en termes de santé de la mère et de l'enfant ne se sont pas modifiés, mis à part une augmentation des épisiotomies effectuées (+ 11%). Ainsi donc, on peut affirmer que la sécurité médicale n'est nullement mise en cause par l'action réalisée.

Il est apparu cependant dans notre travail que deux éléments interviennent de manière importante dans le déroulement de l'accouchement. Il s'agit du déclenchement du travail

---

<sup>28</sup> Le Haut Comité de santé publique (1994) fait une remarque sémantique à ce sujet : « Le terme (hyper)médicalisation est inadéquat quand il s'agit en fait dans ce débat d'(hyper)technicisation somatique. Il est discutable conceptuellement et éthiquement de réduire la pratique médicale à des actes techniques. Cette pratique doit prendre en charge des personnes dans leur totalité... ».

et de la péridurale, qui sont d'ailleurs fortement associés entre eux (93% d'accouchements déclenches vont se suivre d'une péridurale). Ces éléments affectent les taux d'interventions obstétricales à l'expulsion et les résultats chez l'enfant notamment l'Apgar, variable qui a été étudiée de façon plus approfondie que les autres. La péridurale, conformément aux données de la littérature, augmente le risque d'accouchement instrumental de 71%, ce qui est statistiquement significatif. De même, l'évaluation semble montrer que le déclenchement et la péridurale ont, séparément, une influence négative sur le score d'Apgar, l'erreur de première espèce étant proche du seuil de signification statistique ; il y aurait donc lieu de confirmer ce résultat par d'autres travaux.

Pendant la période d'évaluation, les taux de péridurales et de déclenchement du travail sont restés élevés à Oloron, sans modification avec le temps. La maternité a néanmoins réussi à réduire de façon importante son taux d'accouchement instrumental. Serait-il possible d'aller encore plus loin dans ce sens, avec une diminution des déclenchements et des péridurales ? La question reste posée.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alcalay M, Hourvitz A, Reichman B, et coll. Prelabor rupture of membranes at term : early induction of labor versus expectant management. *Euro j obstet gynecol & reprod méd* 70(2) : 129-33 ; 1996.
- Alexandre B. *Tombé du nid trop tôt. Prévention de la prématurité et détresse maternelle.* Rapport à la MIRE, Geral, 1993.
- Akrich M, Pasveer B. De la conception à la naissance : comparaison France/Pays-Bas des réseaux et des pratiques obstétriques. *Rapport MIRE-CSI*, Paris 1995.
- Barbier ML. Transferts médicalisés des nouveau-nés : influence du plateau technique. *Actes du colloque savoir pour agir. Initiatives en périnatalité.* Conseil Général Seine Saint-Denis 1993.
- Bates RG, Helm CW, Duncan A, Edmonds DK. Uterin activity in the second stage of labour and the effect of epidural analgesia. *Br J Obstet Gynecol* 92 : 1246-50 ; 1985.
- Beard R. Evaluation régionale des soins obstétricaux en Angleterre au moyen du recueil de données de la maternité Ste Mary. *Colloque Savoir pour agir- initiatives en périnatalité* ; Conseil Général de la Seine Saint-Denis 1993.
- Blondel B, Mazaubrun C, Bréart G. Enquête nationale périnatale. *Rapport de fin d'étude.* INSERM U. 149 ; 1996.
- Bréart G, Darchy P. Evolution de la fréquence des césariennes en fonction des caractéristiques maternelles et de la grossesse. In Roumeau-Rouquette et coll. ; *Naître en France, 10 ans d'évolution.* Ed. INSERM : 84-103 ; 1984.
- Butler C, Abrams B, Parker J, Roberts J, Laros RK. Supportive nurse- midwife care is associated with a reduced incidence of caesarian section. *Am J Obstet Gynecol* 168 : 1407-13, 1993.
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (Groupe d'animation et d'impulsion national). *L'obstétrique en France. Enquête 1991.* CNAMTS-ENSM, Oct. 1993.
- Chalmers B. Psychological aspects of pregnancy : some thoughts for the eighties. *Soc. Sci. Med.* 16 : 323-31 ; 1982.
- Cleary R, Beard RW, Chapple J, Coles J, Griffin M, Joffe M, Welch A. The standard primipara as a basis for inter-unit comparisons of maternity care. *Br J Obstet Gynecol* 103 : 223-29 ; 1996.

- Cohen GR, O'Brien WF, Lewis L, Knuppel RA. A prospective randomized study of the aggressive management of early labor. *Am J Obstet Gynecol* 157 : 1174-7, 1987.
- Crawford JS. The effects of epidural block on the progress of labour. In Studd JWW ed ; *Progress in obstetrics and gynecology*. Edinburgh : Churchill Livingstone : 85-93 ; 1982.
- Crowley P. Post-term pregnancy: induction or surveillance, in *Effective care in pregnancy and childbirth*, Chalmers I, Enkin M, Keirse M. eds, Oxford University Press, Oxford, 1989.
- Drife JO. Choice and instrumental delivery. *Br J Obstet Gynecol* 103 : 608-11 ; 1996.
- Ekblad U, Erkkola R, Pirhonen J. Comparison of intravaginal and two intracervical prostaglandin E2 gels pre-induction of labor. *Ann Chir & Gynecol supplementum* 208 :64-7 ; 1994.
- Goodfellow CF, Hull MGR, Swaab DF, Dogterom J, Buijs RM. Oxytocin deficiency at delivery with epidural analgesia. *Br J Obstet Gynecol* 90 : 214-19 ; 1983.
- Gould J, Davey B, Stafford R. Socioeconomic differences in rates of caesarean section. *N Eng J Med* 321 : 233-9, 1989.
- Grandjean H, Cance-Rouzaud A. Quelle est la place du déclenchement en France et dans le monde ? *J. Gynecol. Obstet. Reprod.* 24, suppl.: 4-7 ;1995.
- Gunter LM. Psychopathology and stress in the life experience of mothers of premature infants. *Am J Obstet Gynecol* 86 : 333 ; 1963.
- Haut Comité de la Santé Publique. La santé, une pluralité d'acteurs, de savoirs et de pratiques. In *La santé en France. Annexe : travaux des groupes thématiques*. La Documentation française, Paris 1994.
- Haut Comité de la Santé Publique *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité*. Collection avis et rapports, éd. ENSP, Rennes 1994.
- Haynes de Regt R, Minkoff H, Feldman J, Schwarz RK. Relation of private or clinic care to the caesarean birth rate. *N Eng J Med* 315 : 619-24, 1986.
- Hoult IJ, Maclean AH, Carie LES. Lumbar epidural analgesia in labour: relation to fetal malposition and instrumental delivery. *Br Med J*: 14-6 ; 1977.
- INSERM U. 149. Enquête nationale périnatale. *Rapport de fin d'étude*. Paris, fev. 1996.
- Klaus MH, Kennell J, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br Med J*293 : 385-87 ; 1986.

- Kennell J, Klaus MH, McGrath S, Robertson SS, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital, a randomized controlled trial. *JAMA* 265 : 2197-2201; 1991.
- Lederman RP, Lederman E, Work B, McCan DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 132:495-96 ; 1978.
- Macer JA? Macer CL, Chan LS. Elective induction versus spontaneous labor : A retrospective study of complications and outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 166 : 1690 ; 1992.
- Macfarlane A, Chamberlain G. What is happening to caesarean section rates ? *The Lancet* 342 : 1005-6 ; 1993.
- Manyonda IT, Shaw DE, Drife JO. The effect of delayed pushing in the second stage of labor with continuous lumbar epidural analgesia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 69 : 291-95 ; 1990.
- Morton SC, Williams MS, Keeler EB, Gambone JC, Khan KL. Effect of epidural analgesia for labor on the cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 83 : 1045-51, 1994.
- Myers S, Gleicher N. A successful program to lower cesarean-section rates. *N Engl J Med* 349 (23) :1511-16, 1988.
- National Institutes of Health Consensus Development Statement on Caesarean childbirh. *Obstet Gynecol* 57: 537, 1981.
- Notzon F.C, Bergsjo P, Cole S, Irgens L.M, Kjersti Daltveit A. International collaborative effort on birth weight, plurality, perinatal, and infant mortality. IV. Differences in obstetrical delivery practice : Norway, Scotland and the United States. *Acta Obstet Gynecol Scand* 70 : 541-60,1991.
- Nuckolls KB, Cassel J, Kaplan BH. Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *Am J Epidemiol* 95 : 431-41 ; 1972.
- O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol* 63 : 485-90, 1984.
- Paterson CM, Chapple JC, Beard RW, Joffe M et coll. Evaluating the quality of the maternity services - a discussion paper. *Brit Obstet Gynaecol* 98 : 1073-1078 ; 1991.
- Philippe HJ. Déclenchement de l'accouchement. Conférence de consensus. Encycl. Méd Chir (Elsener, Paris), Obstétrique, 5-049-D-26 ; 1996.

Pierre F. La conduite active du travail à Dublin : qu'en est-il quinze ans plus tard ? *Rev Fr Gynécol Obstet* 83 : 359-67 ; 1988.

Plassat D. Journées de rencontre des maternités. *Santé et Communication*, Toulouse, nov. 1996.

Porreco RP, Thorp JA. The cesarean birth epidemic : Trends, causes, and solutions. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 175: 369-74 ; 1996.

Ruderman J, Carroll JC, Reid AJ, Murray MA. Are physicians changing the way they practise obstetrics ? *CanMed Assoc J.* 148 :409-14 ; 1993.

Soliman SRH, Burrows RF. Cesarean section : analysis of the experience before and after the National Consensus Conference on aspects of cesarean birth. *Can Med Assoc J.* 148 : 1315-27; 1993.

Sosa R, Kennell J, Klaus M, Robertson SS, Urrutia J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N Engl J Med* 303 : 597-600 ; 1980.

Thornton J G, Lilford R J. Active management of labour : current knowledge and research issues. *Br Med J*309: 366-9, 1994.

Wigton TR, Wolk BM. Elective and routine induction of labor : A retrospective analysis of 274 cases. *J Reprod Méd* 39(1): 21-26 ; 1994.

Wuitchik M, Bakal D, Lipshitz J. The clinical significance of pain and cognitive activity in latent labor. *Obstet Gynecol* 73: 35-41, 1989.

# **Santé et Communication**

## **Note de Synthèse**

### **EFFETS D'UNE ACTION DE FORMATION A L'ACCOMPAGNEMENT ET DE SUPERVISION D'EQUIPE DANS UNE MATERNITE**

---

**Santé et Communication 18, Place Marnac BP 74 31522 Ramonville Saint Agne Cedex**

**05 62 19 08 67 Fax 05 61 75 75 52**

**Association Loi 1901 - Organisme de Formation N° 733100604 - Siret 33261650700056**

*La documentation Française : Effet d'une action de formation à l'accompagnement  
et de supervision d'équipe dans une maternité / Santé et Communication, Dr Ana Estany.*

## **NOTE DE SYNTHESE**

Il est généralement reconnu que la femme connaît pendant toute la période de la maternité un important bouleversement psychologique, et que ces modifications retentissent sur son état et sur celui de son enfant. Toutefois, ce consensus ne repose pas sur un cadre théorique de référence commun, du fait d'un certain manque de recherches englobant à la fois le plan somatique et le plan psychoaffectif.

La question posée ici est celle de savoir si une action visant à aider la future mère à faire face aux événements stressants de la gestation et de la naissance serait susceptible - et dans quelle mesure - de réduire les interventions obstétricales sans affecter la morbidité maternelle et infantile, dans un contexte où les conditions de sécurité médicale et de surveillance obstétricale sont assurées. La mesure concrète proposée en l'occurrence est un soutien psychologique de la future mère, faisant appel en particulier aux techniques de gestion des relations.

### **Les facteurs déterminants des interventions obstétricales**

Les interventions obstétricales (césariennes et accouchements instrumentaux) connaissent, en France et dans d'autres pays occidentaux, une tendance croissante assez régulière. Nous avons passé en revue divers moyens qui ont été proposés pour inverser cette tendance, notamment ceux retenus par le Haut Comité de la Santé publique.

Parmi les mesures qui semblent avoir eu un impact sur les indicateurs obstétricaux, il faut relever le « *peer-review* » (passage en revue par les pairs) en Angleterre et aux Etats-Unis, ainsi que diverses mesures de prévention des dystociques que nous avons développées plus particulièrement dans cette étude. L'impact des conférences de consensus ne semble pas influencer réellement les différentes pratiques.

#### *Les dystociques*

L'augmentation de l'incidence des césariennes dans les dernières années est probablement liée en bonne part à celle du nombre des diagnostics de dystocie, les autres indications étant restées relativement stables (présentation du siège, détresse foetale, césariennes itératives, etc.).

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic de dystocie est porté chez des primigestes - la fréquence chez elles en est jusqu'à 8 fois supérieure. Le plus souvent, il s'agit d'un problème de contraction utérine insuffisante, en rapport avec une dilatation cervicale incomplète. L'indication de césarienne est portée après tentative d'utilisation d'ocytociques - ces derniers étant par ailleurs moins facilement utilisés chez les multipares, du fait d'un risque plus élevé de rupture utérine.

#### *Relation entre facteurs psychologiques et dystocie*

La détresse ou l'angoisse vécue par la mère pendant la phase de latence de l'accouchement (tant que la dilatation n'a pas atteint un diamètre de 3 cm) peut avoir un retentissement critique sur la biologie du processus. La valeur pronostique de la douleur et de l'activité cognitive à cette phase a été reconnue pour les différents types d'accouchement.

La relation inverse entre angoisse pendant l'accouchement et progression du travail serait expliquée par une augmentation du taux plasmatique des catécholamines et du cortisol. Des niveaux élevés d'adrénaline sont associés avec une activité de contraction utérine plus basse en début de phase 2 (3 cm de dilatation utérine), et avec un travail plus long en phase 2 (de 3 à 10 cm de dilatation).

#### *Prévention des dystocies*

Les mesures de prévention des dystocies les plus utilisées actuellement sont les éléments de l'ensemble dénommé « conduite active de l'accouchement ». Introduite par O'Driscoll, à Dublin, cette procédure a trois composantes principales : amniotomie précoce, perfusion d'ocytocine et accompagnement pendant le travail. On peut donc parler d'accouchement dirigé avec personnalisation des soins d'un bout à l'autre.

Une méta-analyse portant sur toutes les recherches parues sur ce sujet a montré sans conteste que, parmi ces trois composantes, seul l'accompagnement personnalisé avec soutien psychologique entraînait une diminution significative des accouchements instrumentaux et des césariennes.

Paradoxalement, c'est l'accouchement dirigé dans son aspect le plus instrumental (sans accompagnement particulier) qui a obtenu le plus largement droit de cité et continue à accroître sa pénétration. Il est vrai qu'il se prête tout naturellement à la rationalisation de l'organisation des

soins. C'est moins le cas des techniques centrées sur le relationnel, qui demandent en outre l'adhésion et la formation d'une équipe.

Le Haut Comité de la Santé publique déplore que les équipes obstétricales n'aient pas reçu de formation sur les aspects psychosociaux qu'il est nécessaire d'intégrer, à côté des éléments médicaux, pour garantir le bien-être de l'enfant et des parents. L'équipe de la maternité d'Oloron a cherché à se former sur ces aspects, et le suivi par un travail de type Balint est mis en place depuis maintenant cinq ans.

## **Etude évaluative sur l'expérience de la maternité d'Oloron**

Dans notre travail, nous avons montré comment la tendance à la hausse en matière d'accouchements instrumentaux et de césariennes peut être inversée localement par une action de prévention des dystocies fondée sur l'accompagnement et le soutien des femmes, sans que les indicateurs de morbidité n'en soient affectés. La démonstration a été étayée en présentant l'évolution en parallèle sur deux sites semblables, mais avec des politiques de soins différentes.

Il s'agit d'une étude analytique rétrospective de type « avant - après » (1989-91, puis 1994-96) avec comparaison d'un groupe soumis à l'intervention (maternité d'Oloron) à un groupe témoin sur un autre site. La population à l'étude était constituée par l'ensemble des femmes primipares sélectionnées, sur les périodes données, pour être à faible risque de complications (on parle de « primipares standard »). Un tel choix a le double avantage de recentrer la problématique sur les primipares et de ménager une bonne comparabilité externe et interne.

Le groupe témoin a été constitué à partir d'une autre maternité privée, géographiquement assez proche, adoptant une conduite « traditionnelle » lors de l'accouchement. Les deux établissements, de taille comparable, sont implantés l'un et l'autre dans une ville moyenne (selon les critères régionaux), peu industrialisée, où coexiste un hôpital public.

Outre une analyse descriptive et comparative classique, nous avons réalisé une analyse multivariée par régression logistique, ce qui a permis de bien analyser l'effet de deux facteurs de confusion primordiaux, l'analgésie périderale et le déclenchement de l'accouchement.

### *L'expérience*

A la différence d'autres projets innovants, l'accompagnement à Oloron ne se centre pas seulement autour du soutien individualisé à la femme qui accouche par une personne qualifiée (sage-femme,

élève sage-femme, etc.). Ici, toute l'équipe participe à ce soutien (médecin, sage-femme, aide soignante) et la réflexion sur les situations vécues est alimentée par tous ceux qui étaient présents.

Le caractère global du projet a pour effet de permettre de mieux travailler les aspects de la relation à l'autre et, en même temps, de renforcer les liens de l'équipe. C'est ainsi que les compétences et les limites de chacun sont comprises, et les soins ne sont plus cantonnés aux seuls aspects techniques. Cette approche rejoint celle que préconise le Haut Comité de la Santé publique, qui estime qu'il est discutable conceptuellement et éthiquement de réduire la pratique médicale à des actes techniques, et qu'il s'agit au contraire de prendre en charge des personnes dans leur totalité.

### *Les résultats*

Les interventions obstétricales dans la population des primipares «à faible risque» ont effectivement baissé (15 % d'interventions en moins), et en particulier les accouchements instrumentaux. D'une période à l'autre, la maternité d'Oloron a réussi à faire baisser le risque d'accouchement instrumental de 24%, ce risque devenant inférieur de 39% à ce qu'il était dans la maternité témoin.

Les résultats en termes de santé de la mère et de l'enfant ne se sont pas modifiés, mise à part une augmentation des épisiotomies (+ 11%). Ainsi donc, on peut affirmer que la sécurité médicale n'est nullement mise en cause par l'action réalisée.

### *L'effet déclenchement et pérnidurale*

Deux éléments interviennent cependant de manière importante dans le déroulement de l'accouchement : le déclenchement du travail et la pérnidurale. Ils sont d'ailleurs fortement associés entre eux (une pérnidurale fait suite à 93% des déclenchements).

Ces éléments affectent les taux d'interventions obstétricales à l'expulsion et les résultats chez l'enfant, notamment le score d'Apgar. Conformément aux données de la littérature, la pérnidurale augmente le risque d'accouchement instrumental de 71% (les deux sites confondus), ce qui est statistiquement significatif.

De même, l'évaluation semble montrer que le déclenchement et la pérnidurale ont, séparément, une influence négative sur le score d'Apgar, l'erreur de première espèce étant proche du seuil de signification statistique - il y aurait donc lieu de confirmer ce résultat par d'autres études.

Pendant la période d'évaluation, les taux de péridurales et de déclenchement du travail sont restés stables à Oloron (73% et 25% respectivement pour les primipares). La maternité a néanmoins réussi à réduire de façon importante son taux d'accouchement instrumental.

## En conclusion

L'hypothèse de départ de cette évaluation a bien été confirmée : la mise en place d'une formation à l'accompagnement et d'un groupe Balint au sein d'une maternité est susceptible de faire progressivement baisser le taux d'interventions obstétricales. Ce taux est probablement susceptible de diminuer encore, pour se rapprocher de résultats obtenus ailleurs avec une population comparable.

Toutefois, certaines questions seraient à approfondir. Les unes concernent la péridurale :

- ses effets adverses se feraient-ils moins sentir en l'utilisant à un stade de dilatation suffisamment avancé ?
- des doses plus faibles d'analgésique feraient-elles baisser le risque d'accouchement instrumental ?
- l'accompagnement de l'équipe reste-t-il entièrement valable même avec péridurale (l'équipe d'Oloron s'attache en effet à ce que l'accompagnement soit assuré indépendamment de la mise en place ou non d'une péridurale) ?

D'autres questions se posent à propos du facteur « déclenchement », qui entraîne un risque plus élevé d'accouchements instrumentaux. Il reste notamment à réfléchir sur les accouchements déclenchés dits de convenance, c'est-à-dire sans justification médico-obstétricale.

Enfin, il faudrait encourager l'évaluation d'autres expériences, en soulignant le double intérêt de se référer particulièrement à la population des femmes primipares à faible risque :

- \* d'une part, aux fins de comparabilité entre établissements, pour évaluer, à risque médical et obstétrical pour la mère donné, les facteurs locaux qui conditionnent le recours aux techniques obstétricales interventionnistes - afin d'être mieux en mesure, ensuite, d'agir sur ces facteurs.
- \* d'autre part, et corrélativement, parce que des taux élevés d'interventions dans une population sans risque particulier ne sont guère justifiables.