



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

Parturientes à « bas risque » :

quelle prise en charge

dans les maternités de type II pour l'année 2008 ?

Mémoire présenté et soutenu par

Virginie MOUYEAUX

Promotion 2004-2009

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

SOMMAIRE

Sommaire	2
Introduction	4
Partie 1 : La prise en charge des grossesses à bas risque au sein du système obstétrical français.....	5
1. Le système obstétrical en France : les conséquences d'une politique périnatale	6
1.1. Les étapes de la mise en place de la politique de périnatalité	6
1.2. L'organisation des maternités en 3 niveaux de soins.....	8
1.3. L'incidence des mesures législatives sur le fonctionnement des maternités. .	10
1.4. Les acteurs de la naissance et les moyens mis à leur disposition.....	10
2. La prise en charge de la physiologie.....	13
2.1. Quelles définitions pour la « physiologie » ?.....	13
2.2. Quel suivi pour les grossesses physiologiques?.....	16
2.3. Quelles recommandations pour le suivi des parturientes à bas risque ?	18
2.4. Quelles sont actuellement les pratiques en salle de naissance ?	20
Partie 2 : Etude rétrospective sur dossiers et enquête par entretiens auprès de sages-femmes	29
1. Présentation de l'étude	30
1.1. Le cadre de la recherche.....	30
1.2. La méthode.....	31
1.3. Les difficultés rencontrées	32
2. Présentation des résultats	33
2.1. Les caractéristiques de la population	33
2.2. Le suivi prénatal	35
2.3. Le pré travail	36
2.4. La gestion du travail.....	40
2.5. Le bien être fœtal	49
2.6. L'accouchement	51
2.7. Le nouveau-né.....	55

Partie 3 : Interprétation des résultats et propositions concernant la prise en charge des parturientes à bas risque au sein des maternités de type II.	56
1. Le suivi prénatal : période clé pour l'identification du niveau de risque	57
1.1. Les moyens actuels à l'identification du bas risque.....	57
1.2. L'organisation générale du suivi prénatal.....	60
2. L'accouchement au sein des maternités de type II	63
2.1. La gestion du pré-travail révélatrice de la médicalisation de la naissance	63
2.2. La gestion du travail.....	66
3. Le principe de sécurité inhérent à tout accouchement	74
Conclusion.....	78
Bibliographie	79
ANNEXES.....	84

Introduction

Depuis le décret de périnatalité en 1998, le système obstétrical a été réorganisé avec la mise en place d'une classification des maternités en trois types prenant en charge des grossesses dont le niveau de risque est différent. En France, la définition d'une grossesse physiologique n'est pas clairement énoncée, de ce fait de nombreuses classifications existent reprenant les facteurs de risque généraux et obstétricaux liés à la grossesse.

Dans les maternités de type II, les grossesses à bas risque sont prises en charge au même titre que des grossesses avec un niveau de risque plus élevé.

Au cours de mes stages, au sein des blocs obstétricaux des différents établissements de type II de la région, j'ai pu observer une similitude dans la prise en charge du travail et de l'accouchement entre des patientes ayant présenté une pathologie pendant la grossesse et celles dont la grossesse s'est déroulée physiologiquement. Dans quelle mesure la présence des grossesses et donc des parturientes à haut risque influence la prise en charge des parturientes à bas risque au sein des maternités de type II ?

Dans un premier chapitre, j'évoquerai les grossesses à bas risque au sein du système obstétrical en France, en décrivant l'évolution de la politique de périnatalité et la prise en charge actuelle des grossesses définies à bas risque lors du suivi prénatal et de l'accouchement.

Dans un deuxième chapitre, je présenterai mon étude qui consiste tout d'abord en un recueil de données à partir de dossiers pour constater les différentes pratiques autour de la naissance lors d'un travail physiologique, puis des entretiens auprès des sages-femmes de salle de naissances afin de définir à partir de quels facteurs elles orientent leur prise en charge pour les parturientes à bas risque.

Enfin, dans une troisième partie, je développerai l'analyse de mon étude en exposant les moyens actuels pour définir une grossesse à bas risque. De plus, j'aborderai les différentes pratiques en salle de naissances et leurs conséquences sur le déroulement d'un travail physiologique.

*Partie 1 : La prise en charge des grossesses à
bas risque au sein du système obstétrical
français.*

1. LE SYSTEME OBSTETRICAL EN FRANCE : LES CONSEQUENCES D'UNE POLITIQUE PERINATALE

1.1. Les étapes de la mise en place de la politique de périnatalité

A la fin des années **1960**, la mortalité périnatale en France était une des plus élevées d'Europe avec **23,3 décès pour 1000** naissances. Dans ce contexte, le gouvernement français a mis en œuvre une politique de périnatalité afin d'améliorer la sécurité pour toutes les naissances.

Les premiers décrets d'application datent du 21 février 1972 et concernent exclusivement les cliniques privées d'accouchement. Ils imposent des normes très détaillées par rapport à l'organisation des locaux, et des professionnels. En mai 1972, une circulaire est adoptée pour que ces mêmes normes soient appliquées aux « cliniques publiques ». L'application de ces décrets amène à la disparition de nombreuses cliniques d'accouchement de proximité au profit de plus grandes structures.

En 1991, la mortalité périnatale en France est de **8,2 décès pour 1000** naissances et reste élevée par rapport aux pays européens amenant les législateurs à réfléchir à de nouvelles mesures se prolongeant sur plusieurs années.

En 1994, le « plan périnatalité » est publié avec pour objectif, sur 5 ans de diminuer les taux de mortalité maternelle, périnatale et le taux d'hypotrophie à la naissance. Il impose certaines mesures, notamment sur les modalités d'exercice des professionnels :

- une garde sur place d'un gynécologue-obstétricien avec en cas d'astreinte une disponibilité en moins de 15 min pour chaque accouchement dès le début de l'expulsion jusqu'à la fin de la délivrance et sur appel de la sage-femme.
- une sage-femme présente en salle de naissances en cas d'activité supérieure à 1000 accouchements par an.

- la présence d'un pédiatre à temps plein des 1999 pour les maternités de plus de 1000 accouchements par an.

Il recommande également la pratique des transferts de l'enfant in utéro vers des structures pouvant prendre en charge les pathologies néonatales. (1)

Ainsi, naissent **les décrets sur la périnatalité de 1998**, bouleversant le paysage obstétrical français. En effet, ces décrets définissent des mesures concernant l'ensemble des maternités (2) :

- la **sécurité** : avec pour objectif d'identifier les facteurs de risques concernant la grossesse, l'accouchement et le nouveau-né visant à orienter la femme enceinte vers une structure adaptée.

Suite à ces mesures, le taux de transfert in utéro a presque doublé entre 1998 et 2003. (7).

Ces décrets recommandent d' « *assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique par un anesthésiste réanimateur de l'établissement.* »(3).

- l'organisation des trois types de maternités selon le niveau de soins pédiatriques, ainsi que la **proximité géographique** avec la création des centres périnataux de proximité pour compenser la fermeture des maternités à faible activité.
- la réorganisation des régions avec la création de **réseaux de soins**
- la **sécurité psychique** des femmes vise aussi à être renforcée par différents moyens.

Depuis 1998, d'autres mesures ont été mises en œuvre. En 2003, la « *Mission périnatalité* » comprend des mesures sur la formation des professionnels, le suivi de grossesse, la diffusion de recommandations de pratiques cliniques. En 2007, le plan « *Humanité, proximité, sécurité, qualité* » propose, entre autres, la mise en place d'entretien individuel au 4^{ème} mois de grossesse pour une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance, le développement des réseaux de

périnatalité et l'expérimentation de maisons de naissances attenantes à des plateaux techniques (4).

Toutes ces mesures gouvernementales visaient à sécuriser davantage la naissance et ont amené une réorganisation du système obstétrical.

1.2. L'organisation des maternités en 3 niveaux de soins

Les maternités en France sont classées en trois niveaux en fonction des soins pédiatriques qu'elles dispensent depuis les décrets sur la périnatalité de 1998.

- Les maternités de type I offrent aux femmes enceintes :
 - des séances de préparation à la naissance et à la parentalité
 - un dépistage, une orientation des grossesses à risque
 - une surveillance du travail
 - la pratique des accouchements à bas risque avec surveillance de l'accouchée. (5)

Ces maternités peuvent accueillir les nouveau-nés nécessitant des soins de type 1 (suivi du nouveau né bien portant à terme) et 2 (réchauffement, contrôle glycémique, alimentations orales difficiles, gavages transitoires, photothérapie, médicament per os, ou voie parentérale) du Groupe d'Etude sur la Néonatalogie et les Urgences Pédiatriques (GENUP). (6)

- Les maternités de type II sont définies par l'association d'une unité d'obstétrique avec une unité néonatale avec ou sans secteur de soins intensifs. (5)

Le niveau IIA peut prendre en charge les soins néonataux de type 1, 2 et 3 correspondant à la néonatalogie : perfusion, gavage prolongé, surveillance hémodynamique et respiratoire, oxygénothérapie à faible concentration, mise en condition en cas d'aggravation. (6)

Le niveau IIB permet en plus des soins néonataux des maternités de niveau IIA, de prendre en charge les soins néonataux de type 4 équivalents aux soins intensifs : alimentation parentérale par cathéter central, oxygénation en ventilation spontanée, surveillance hémodynamique continue, pression expiratoire positive nasale après phase aigue. (6)

- Les maternités de type III offrent une prise en charge spécifique des grossesses à haut risque, en plus de missions identiques à celles des maternités de niveau I et II. (5)

Les soins néonataux correspondent à la réanimation néonatale avec les techniques d'assistance respiratoire et hémodynamique pour toutes les pathologies aiguës ou chroniques. (6)

Toutes ces maternités sont légiférées par rapport au nombre de lits des différentes unités. (5)

• ***Quelle situation en Lorraine ?***

La Lorraine dispose d'un réseau de périnatalité organisé de 26 établissements pouvant accueillir les femmes enceintes. Ce réseau est composé d'une maternité type III à Nancy : la Maternité Régionale de Nancy ayant une convention de structure avec le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy notamment pour les secteurs de réanimation adulte et de chirurgie infantile. De plus, le réseau lorrain comprend 9 maternités de type II, 12 maternités de type I et 4 centres périnataux de proximité (8).

	Lorraine	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges
Nombre total d'accouchement en 2006 dont les césariennes	27303	9346	1726	11718	4513

Source DRASS, Lorraine, 2006.

1.3. L'incidence des mesures législatives sur le fonctionnement des maternités.

Suite à l'application des décrets de périnatalité de 1998, le paysage obstétrical a été bouleversé notamment par la fermeture ou les regroupements de nombreuses maternités.

En 1996, 57% des accouchements étaient effectués dans les maternités de type I, alors qu'en 2003 : 36,3% des accouchements ont eu lieu dans ces établissements. En 2005, 35% des accouchements y sont réalisés amenant alors une fermeture de certains centres dont l'activité est jugée insuffisante.

Parallèlement, les maternités de type II se sont largement développées. En 1996, 43% des accouchements ont eu lieu dans une structure de type II et III confondus. En 2005, le taux d'accouchement dans les structures de type II est de 45%.

Le nombre de maternités de type III a augmenté après 1998. Lors de l'enquête périnatale de 2003, le taux des accouchements de grossesses à bas risque dans les maternités de type III était de 19,3% alors qu'en 2005, il est de 20%. (10)

L'augmentation générale du nombre de naissance au sein des maternités de type III, ainsi que le regroupement de nombreuses maternités au sein de grandes structures inquiètent de nombreux spécialistes de la naissance. En effet, les fermetures des petites structures créent une inégalité dans la répartition des maternités avec un regroupement important au niveau urbain et un abandon des milieux ruraux. De plus, du fait de l'importance de la médicalisation de la naissance, des changements concernant la prise en charge des grossesses à bas risques, avec notamment la création d'espace physiologique au sein des maternités de niveaux III, sont actuellement en cours d'évaluation. (10)

1.4. Les acteurs de la naissance et les moyens mis à leur disposition

- *Les professionnels autour de la naissance*

Les décrets de périnatalité de 1998 appliquant « le plan périnatalité » de 1994, réglemente la présence des professionnels en salle de naissances en fonction de l'activité annuelle de l'établissement.

➤ Les sages-femmes

<u>Activité annuelle du service d'obstétrique</u>	<u>Nombre de professionnel</u>
<1000 accouchements	1 sage-femme en permanence au sein du bloc obstétrical.
> 1000 accouchements	Effectif majoré d'une sage-femme toutes les 200 naissances supplémentaires.
<500 accouchements	La sage-femme assure également les soins des patientes dans le service de suites de couches.

Si l'activité de la structure est supérieure à 2500 accouchements par an, la présence d'une sage-femme ayant la fonction de surveillante du secteur est recommandée.

➤ Les médecins

Quelque soit l'activité globale de l'établissement, la continuité au niveau des soins obstétricaux et chirurgicaux est assurée par un gynécologue obstétricien ayant une qualification chirurgicale, un médecin anesthésiste-réanimateur et un pédiatre. Si l'activité annuelle de l'établissement est supérieure à 1500 naissances, un gynécologue-obstétricien est présent sur le site 24 heures sur 24, le pédiatre et l'anesthésiste doivent pouvoir intervenir dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité. Le décret n°98-900 ne définit pas l'impératif de sécurité nécessaire en cas d'astreinte des médecins gynécologue obstétricien, anesthésiste-réanimateur, pédiatre. Le délai serait donc fonction de la situation d'urgence rencontrée et du jugement du médecin intéressé.

• ***Les locaux de l'unité d'obstétrique***

Le décret n°98-900 du 9 octobre 1998 régit les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités

d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Tous les locaux qui composent ce secteur doivent être implantés de manière contigüe et au même niveau.

L'unité d'obstétrique se compose d'un bloc obstétrical, de salles de réanimation du nouveau-né et d'un bloc opératoire obstétrical.

Le bloc obstétrical est composé de salles de travail et de pré-travail dont leur nombre varie en fonction de l'activité annuelle de l'établissement.

- 1 salle de travail et une salle de pré-travail pour une activité <500 accouchements par an
- 3 salles de travail pour une activité allant jusqu'à 1200 accouchements par an
- 4 salles de travail pour une activité allant jusqu'à 1800 accouchements par an
- 5 salles de travail pour une activité allant jusqu'à 2200 accouchements par an
- 6 salles de travail pour une activité supérieure à 2200 accouchements par an

Une salle de pré-travail proche des salles d'accouchements, voir de préférence au sein du bloc obstétrical, est prévue pour 2 salles de travail.

L'unité obstétricale doit également être pourvue au minimum d'une salle de réanimation du nouveau-né permettant une prise en charge d'au moins 2 enfants à la fois.

Un bloc opératoire obstétrical propre ou commun avec le secteur de chirurgie est rattaché à cette unité. Si l'activité annuelle de l'établissement est supérieure à 1200 accouchements par an, une salle servant exclusivement aux césariennes avec une salle de réanimation néonatale est recommandée (9).

2. LA PRISE EN CHARGE DE LA PHYSIOLOGIE

Toutes les grossesses et accouchements sont considérés comme comportant un risque potentiel, comme le précise le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français en 1999 : « *la grossesse et l'accouchement sont considérés par les professionnels comme des événements potentiellement dangereux justifiant une prise en charge de type médical, un recours large aux moyens techniques et l'emploi d'un même schéma de prise en charge pour toutes les grossesses.* » (CNGOF, 1999) (12).

2.1. Quelles définitions pour la « physiologie » ?

Dans le cadre du plan de périnatalité 2005-2007, un groupe de travail nommé par la Haute Autorité de Santé a été chargé de rédiger des recommandations pour le suivi de la grossesse physiologique. De nombreuses études se sont également intéressées à la définition du bas risque, mais aucun consensus n'a été publié.(13)

Une grossesse est dite « physiologique » si son évolution est qualifiée de « normale », c'est-à-dire qui ne présente aucun trouble pathologique. (Larousse 2005).

La grossesse à bas risque se définit par l'élimination du haut risque : c'est-à-dire l'existence d'antécédents familiaux, personnels ou gynécologiques ayant une incidence sur la grossesse ou l'accouchement. Cette définition n'est possible qu'à postériori c'est-à-dire que si l'enfant est né à terme bien portant, que la mère est rentrée chez elle depuis 6 semaines et qu'elle va bien selon l'Organisation Mondiale de la Santé.

Pour pouvoir définir le bas risque, il faut alors définir le haut risque. De nombreuses publications ont alors déterminé des facteurs de risques relatifs à la grossesse.

Une étude nommée « *Antenatal Care : routine care for the healthy pregnant women* » éditée par le National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) en 2003, énonce de nombreux facteurs de risque (13):

- les antécédents familiaux : anomalies génétiques, maladies génétiques, malformations...
- les antécédents personnels : diabète insulino ou non-insulino dépendant, l'obésité, l'âge maternel avancé...
- les antécédents gynécologiques
- les antécédents obstétricaux
- l'environnement socio-économique

Une grossesse est alors considérée à bas risque devant l'absence de ces facteurs.

Contrairement à l'étude du NICE, l'étude Néerlandaise « Verloskundig Vademecum » en 1999 classe les différents facteurs de risque en 6 groupes sans prendre en compte le niveau psycho-social de la patiente (13) :

- pathologies préexistantes non gynécologiques
- pathologies gynécologiques préexistantes
- antécédents de pathologies obstétricales
- pathologies apparues pendant la grossesse
- pathologies apparues pendant l'accouchement
- pathologies de la période postnatale

Pour chacun de ces groupes, un professionnel est recommandé pour prendre en charge la femme enceinte. Cependant, aucun de ces groupes ne définit concrètement le bas risque. (Annexe IV)

Cette étude prend en compte l'accouchement et la période postnatale donc la grossesse est définie physiologique qu'à postériori.

Le réseau sentinelle AUDIPOG (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie), en 2003, définit, quant à lui, la grossesse à bas risque par des critères précis en anté-natal :

Pour les primipares :

- âge maternel compris entre 18 et 35 ans
- l'absence d'antécédents médicaux ou gynécologiques nécessitant une surveillance
- l'absence de pathologie au cours de la grossesse

- une grossesse unique
- présentation céphalique

Pour les multipares, des critères sont ajoutés comme l'absence d'antécédents néonataux (prématurité, mort-né, mort néonatale) et l'absence d'utérus cicatriciel.

Pour beaucoup de professionnels cette définition est jugée insuffisante car il manque des critères tels que (10):

- les conditions environnementales et sociales
- les facteurs psychologiques
- les diverses addictions
- la qualité du suivi dès le début de la grossesse
- l'estimation pondérale du fœtus en fin de grossesse
- les antécédents familiaux
- la grande multiparité
- les antécédents d'accouchements dystociques ou d'hémorragie de la délivrance
- le poids, la taille maternelle, la prise de poids pendant la grossesse

Pour certains auteurs la primiparité peut être un facteur de risque, mais ce critère est controversé.

La notion de risque doit être évaluée constamment lors de la grossesse car toute grossesse définie comme physiologique peut basculer dans la pathologie avec la survenue d'un facteur de risque. Il est donc très difficile de déterminer cette notion de risque pour les grossesses. La grossesse physiologique se définit alors pour la majorité de ces études devant **l'absence de risque**.

2.2. Quel suivi pour les grossesses physiologiques?

- *Les professionnels concernés*

Différentes recommandations précisent quels professionnels de santé peuvent suivre les grossesses à bas risques.

La Haute Autorité de Santé, en 2005, dans la recommandation « *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* » conclue que le suivi d'une grossesse normale peut être réalisé par une sage-femme sans que cela modifie le pronostic néonatal et maternel.

L'« *Antenatal Care : routine care for the healthy pregnant women* » du National Institute for health and Clinical Excellence (NICE), propose également une surveillance assurée par des sages-femmes pour les grossesses qui se déroulent normalement. Leur étude rapporte également que l'intervention des obstétriciens dans le suivi des grossesses à bas risque n'améliore pas les indices périnataux.

L'étude Néerlandaise « *Verloskundig Vademecum* » de 1999 suggère que la surveillance des grossesses normales relève de la compétence des sages-femmes qui ont alors pour responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes à l'aide d'une grille préétablie. (Annexe IV)

D'ailleurs le Code de la Santé Publique définit la profession de sage-femme dans l'article L4151-9 comme pouvant exercer « *la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse* ». Le Code de Déontologie précise les compétences de la sage-femme lors du suivi prénatal d'une grossesse normale dans l'article R.4127-317 : « *l'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse, le frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse, l'amnioscopie de fin de grossesse, la surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail* ». De plus, la liste des médicaments qu'elles sont autorisées à prescrire, définie par l'article 1 et 2 de l'arrêté du 23 février 2004, est régulièrement complétée avec l'évolution des pratiques professionnelles. Dès que la grossesse ne correspond plus au domaine de la physiologie, elle oriente la patiente vers le gynécologue-obstétricien.

Alors que 80% des grossesses sont considérées comme physiologiques, les femmes ont consulté un gynécologue obstétricien pour le suivi prénatal dans 66,5% des cas et seul 26,9% ont été suivies par une sage-femme selon l'enquête nationale périnatale de 2003.

- ***L'organisation du suivi***

En France, sept consultations prénatales sont prises en charge à 100% par la caisse primaire d'assurance maladie : la première a lieu avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse pour la déclaration de grossesse suivie d'une consultation mensuelle. La première consultation de grossesse comprend notamment des examens obligatoires : un examen clinique, une recherche de l'albuminurie et de la glycosurie, une détermination du groupe sanguin, le dépistage sérologique de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose, et la recherche d'anticorps irréguliers. Il est recommandé de pratiquer une première échographie entre 10 et 12 semaines d'aménorrhée. Ce suivi est complété par une consultation pré anesthésique obligatoire et trois échographies recommandées. Ces consultations comportent des examens obligatoires et recommandés : (13)

	4 ^{ème} mois	5 ^{ème} mois	6 ^{ème} mois	7 ^{ème} mois	8 ^{ème} mois	9 ^{ème} mois
Examen clinique	X	X	X	X	X	X
Consultation de pré anesthésie					X	
OBLIGATOIRE						
Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X	X
2ème détermination (si non faite avant) du groupe sanguin					X	
RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel			X		X	
Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X	X
Recherche de l'antigène HBs			X			
Hémogramme			X			
SYSTEMATIQUE						
2ème échographie (entre 20 et 25 SA)	X					
3ème échographie (entre 30 et 35 SA)				X		
Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)					X	
Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X	X
EVENTUELLEMENT						
Dépistage du diabète gestationnel par le test de O'Sullivan			X			
Examen cyto bactériologique des urines en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X	X

De plus, 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont proposées à la femme (ou au couple) dont la première est consacrée à un entretien individuel ou en couple depuis le plan de périnatalité 2005-2007. Cet entretien a lieu au 4^{ème} mois de grossesse et il est mené par la sage-femme (ou par le professionnel qui suit la grossesse). Il a pour but de dépister les facteurs de risque pour la grossesse, d'orienter la femme vers un réseau de professionnels adapté à son niveau de risque et de favoriser l'élaboration d'un projet de naissance. Il doit être proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes. (14)

A la suite du suivi de la grossesse, la femme est orientée pour la consultation du 9^{ème} mois vers une structure adaptée au niveau de risque de sa grossesse. Cependant, selon l'enquête périnatale de 2003, le lieu de naissance est choisi par les femmes pour :(13)

- **La proximité (54,3%)**
- La qualité de l'accompagnement (41,3%)
- La connaissance du médecin ou de la sage-femme (41,0%)
- L'absence de choix possible (7,1%)
- **La présence de complication (2,8%)**

La majorité des femmes choisit donc la maternité la plus proche comme lieu d'accouchement même si le niveau de risque de leur grossesse ne correspond pas au type de la maternité choisie.

2.3. Quelles recommandations pour le suivi des parturientes à bas risque ?

Alors que la définition de la grossesse physiologique est un exercice difficile, celle de l'accouchement naturel est plus simple : *« l'accouchement est dit naturel lorsque l'enfant vient au terme de 9 mois, que la sortie n'est précédée d'aucun élément fâcheux, que la tête se présente la première et toute seule et que les eaux s'écoulent quelques moments avant la sortie »* (Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes 1999)

L'accouchement naturel se produit sous la seule influence de la physiologie sinon il est qualifié de « dirigé ». (15)

La surveillance du travail physiologique ainsi que la pratique de l'accouchement eutocique sont sous la responsabilité de la sage-femme selon l'article L 4151-1 du Code de la Santé Publique. La sage-femme a une obligation de moyens, sinon de résultats, décrit dans l'article R- 4127-326 du Code de la Santé Publique : « *la sage-femme doit élaborer son diagnostic, avec le plus grand soin en y consacrant le temps nécessaire en s'aidant des mesures les plus appropriées et en s'entourant des concours les plus éclairés.* » En cas d'apparition de pathologie, la sage-femme se doit de transmettre la patiente à un gynécologue-obstétricien.

En 1985, lors de la conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement, l'OMS publie 21 recommandations. Elles concernent par exemple l'utilisation inappropriée de lavement et du rasage du pubis. L'OMS encourage le recours à la déambulation de la femme lors du travail et l'arrêt des pratiques systématiques telles que l'épisiotomie ou la rupture artificielle de la poche des eaux. (16)

En 1988, au Journal Officiel des communautés européennes, le parlement européen publie la charte des droits de la parturiente. Cette charte exige notamment « *que soit dispensé le traitement approprié à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement en fonction de ses besoins et de ses caractéristiques personnels* ». La patiente est considérée comme actrice de son accouchement et cela lui donne : « *le droit à la parturiente de décider conjointement avec le médecin, après avoir reçu une information détaillée à ce sujet, des thérapies et des traitements* » (17)

Cette volonté de fournir une ligne de conduite pour la prise en charge des parturientes s'accroît en 1997 avec la publication par l'OMS des soins liés à l'accouchement normal. L'OMS propose un classement des actes lors d'accouchements normaux en fonction de leur utilité ou efficacité.

Dans la catégorie des actes à encourager, l'OMS propose que les facteurs de risque ayant une incidence sur la grossesse soient identifiés lors du suivi prénatal, que des méthodes non traumatiques pour soulager la douleur pendant le travail soit utilisées, qu'il est possible de surveiller le bien être fœtal par intermittence et que la femme est libre de choisir la position pendant le travail. (18)

En 2005, l’OMS publie également un guide destiné aux sages-femmes et aux médecins intitulé « *Prise en charge des complications de la grossesse et de l’accouchement* ». Ce guide reprend les principes cliniques liés à la prise en charge du travail et de l’accouchement eutocique ainsi que toutes les complications obstétricales. Concernant le suivi du travail eutocique, l’OMS préconise :

- une évaluation du rythme cardiaque fœtale pendant une minute toutes les 30 min pendant la phase active et toutes les 5 min pendant la phase d’expulsion
- une grande mobilité de la patiente
- une prise en charge de la douleur
- un accompagnement de la parturiente par le personnel ainsi qu’un proche de son choix. (19)

Plus récemment, les Etats Généraux de la Naissance de 2003 dénoncent une médicalisation excessive et proposent une évaluation des actes concernant la prise en charge des parturientes à bas risque. Dans la catégorie des actes d’efficacité inconnue, on retrouve l’usage de l’amnioscopie et l’utilisation d’ocytocique précoce ainsi que la direction du travail sans indication médicale. (20)

2.4. Quelles sont actuellement les pratiques en salle de naissance ?

• *Le déroulement du travail*

L’accouchement est considéré eutocique quand il s’accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Le processus de l’accouchement est composé de trois périodes :

- l’effacement et la dilatation du col
- la sortie du fœtus
- la sortie des annexes

Le début de travail est souvent franc mais peut être insidieux sans modifications cervicales. Le travail est caractérisé par la présence de contractions utérines qui sont : involontaires, intermittentes et rythmées, progressives dans leur durée et leur intensité, totales, douloureuses. Elles sont objectivées par la palpation de l'utérus : il devient cylindrique, se durcit empêchant de percevoir la présentation fœtale. L'enregistrement tocographique externe permet une bonne évaluation de la régularité alors que l'enregistrement interne évalue plus efficacement l'intensité de la contraction utérine.

Une dynamique utérine efficace permet l'effacement et la dilatation du col.

L'effacement est précédé d'un raccourcissement progressif du col jusqu'à ce qu'il soit entièrement incorporé dans le segment inférieur. La dilatation peut alors débuter selon 2 phases :

- la phase de latence jusqu'à 4-5cm avec une dilatation lente
- la phase active qui est rapide jusqu'à 10 cm

Chez les femmes primipares l'effacement et la dilatation se succèdent alors que chez les femmes multipares, ces périodes sont simultanées.

A dilatation complète, le fœtus doit traverser la filière génitale avec :

- le franchissement du détroit supérieur : l'engagement
- la descente et la rotation de la présentation fœtale
- le franchissement du détroit inférieur : le dégagement

Les modifications cervicales ainsi que le degré d'engagement de la présentation fœtale sont constatés au cours du travail par le toucher vaginal qui sera retranscrit sur le partogramme de l'accouchement dans le dossier obstétrical.

• ***La gestion active du travail***

Dans les années 1960, Lacomme a amorcé l'idée d'une gestion médicale du travail en déclarant qu' : « *il faut atténuer la douleur et agir sur la contractilité utérine pour obtenir une progression régulière au minimum de puissance* » (21).

Le concept *d'Active management of labour* est né à la maternité nationale de Dublin au cours des années 1970 dans le but de diminuer la durée du travail et de

pouvoir diminuer le nombre de césariennes dues à une dystocie. Pour la mise en œuvre de ce concept, le diagnostic de travail doit reposer sur la présence de contractions utérines régulières et d'un col effacé. La notion de dilatation du col ne figure pas dans cette définition. *L'Active management of labour* implique plusieurs pratiques :

- la nécessité d'une préparation à la naissance au sein de l'établissement
- la venue des patientes à la maternité le plus rapidement possible en début de travail
- la rupture artificielle de la poche des eaux dès l'admission en salle de naissances
- la réalisation de touchers vaginaux toutes les 2 heures
- l'utilisation d'ocytocique en cas de dilatation inférieure à 1 cm par heure
- un accompagnement individuel par une élève sage-femme
- la discussion des dossiers par l'ensemble des professionnels, la formation du personnel à cette pratique et une évaluation des pratiques fréquentes.

La pratique de la direction du travail implique une rupture artificielle de la poche des eaux précoce, l'administration d'ocytocique et la pose d'une anesthésie péridurale.

De nos jours, la pratique de la direction du travail est utilisée pour corriger ou éviter la dystocie lors du travail spontané. Le principe est d'assurer une contractilité utérine régulière et efficace pour permettre une dilatation brillante et la progression du mobile fœtal. (21)

Même si le terme de direction du travail n'est pas utilisé pour toutes les parturientes, il n'en résulte pas moins que la majorité des parturientes bénéficient d'une approche médicalisée de la naissance.

	1995	1998	2003
Début de travail spontané	71%	70,5%	67,8%
Début de travail déclenché	20,5%	20,3%	19,7%
Césarienne programmée	8,5%	9,2%	12,5%
Pas d'analgésie	38,4%	29,5%	22,5%
APD	48,6%	58%	62,6%
Anesthésie générale	5,4%	2,6%	1,7%

Source : Peristat Organisation de Coopération et de Développement Economique, 2003

➤ La rupture artificielle de la poche des eaux (RAPE)

La rupture artificielle de la poche des eaux, ou amniotomie, permet une meilleure application du mobile fœtal sur le col ainsi qu'une libération de prostaglandines. Plusieurs études et méta-analyse portent sur la pratique de l'amniotomie précoce :

Études	Durée du travail	Effets sur le rythme cardiaque fœtal (RCF)	Effets sur le taux de césariennes	Effets sur le nouveau-né	Nombre de touchers vaginaux
Brisson Carrol 1996*	Diminution de 0,6 à 2,3 H		Non	Diminution des Apgar <7 à 5 min	
Johnson 1997**	Pour nullipare : diminution d'1H Pas d'effet sur les multipares		Augmentation		Augmentation
Goffinet 1997 ***		Augmentation des anomalies du RCF après la RAPE	Non mais augmentation des césariennes pour hypoxie fœtale	Pas d'effet	

*The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor : a meta-analysis. Brisson et Carrol, 1996. 7 essais randomisés contrôlés comparant la RAPE précoce à l'expectative (3098 patientes)

**Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term. Johnson, Lilford, Guthrie, Thornton, Barker, Kelly, 1997. Essai clinique randomisé: 1540 femmes à terme avec un travail défini "non compliqué" et 1132 femmes avec une gestion active du travail.

***Early amniotomy increases the frequency of fetal heart rate abnormalities. Amniotomy study group. Goffinet, Fraser, Marcoux, Breat, Moutquin, Daris, 1997. Analyse secondaire d'un essai randomisé contrôlé : comparant 375 femmes ayant un travail spontané sur une grossesse unique avec amniotomie précoce et 377 femmes avec un travail spontané sur une grossesse unique avec une amniotomie sous indication médicale.

Ces différentes études permettent de conclure que l'amniotomie précoce ne diminue pas le taux de césariennes en cours de travail mais elle provoque une augmentation des anomalies du rythme cardiaque fœtal. Elles accordent tout de même à l'amniotomie une diminution de la durée du travail.

➤ L'utilisation d'ocytocique

L'ocytocine augmente la fréquence et l'intensité des contractions utérines en agissant rapidement (<1min en voie intra veineuse et entre 2 à 4 min en voie intra musculaire). L'ocytocine s'utilise par voie intraveineuse lors de travail dirigé à la posologie de 5 unités internationales dans 500 ml de sérum glucosé à 5% en débit contrôlé. Sa demi-vie est courte entre 3 et 17 minutes ce qui permet un contrôle aisé de l'activité utérine (23).

L'OMS déclare que « *l'accélération par ocytocine est une intervention majeure qui nécessite une justification valable* » (18). Ses indications sont :

- le déclenchement artificiel du travail
- l'harmonisation des contractions utérines (hypocinésie de fréquence ou d'intensité)
- la délivrance dirigée
- l'atonie utérine du post-partum

Lors de son utilisation, il est nécessaire de surveiller l'activité utérine (risque d'hypertonie) et l'état du fœtus (risque d'hypoxie fœtale).

Plusieurs études ont rapporté les effets de l'utilisation conjointe de l'amniotomie et des ocytociques (21):

Etudes	Durée du travail	Taux de césarienne	Extraction instrumentale	Morbidité, mortalité périnatale	Douleur	Vécu de l'accouchement
Fraser 1998*	Diminution	Diminution des césariennes pour dystocie	Pas d'effet	Pas d'effet	Augmentation	Moindre satisfaction
Rogers 1997**	Diminution de 1,7H	Pas d'effet		Pas d'effet		
Sadler 2000***	Diminution de 50min	Pas d'effet				Satisfaction élevée

*Effects of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women: a meta-analysis. Dr Fraser, Venditelli, Krauss, Breat, 1998. Meta analyse comprenant 12 essais comparant la gestion active du travail et le travail naturel.

**Active Management of labour: does it make a différence? Dr Rogers, Gilson, Miller, Izquierdo, Curett, Qualls, 1997. Essai clinique contrôlé de 405 nullipares à bas risqué dont 200 avec une gestion active du travail et 205 avec un travail naturel

***A randomised controlled trial and meta-analysis of active management of labour. Dr Sadler, Davison, McCowan, 2000. Essai randomise contrôlé comparant 320 parturientes avec une gestion active du travail et 331 parturientes avec un travail naturel.

➤ L'analgésie péridurale

La reconnaissance par le monde médical de la douleur lors de l'accouchement est apparue en France lors de l'introduction de la méthode Lamaze. Grâce à un contrôle respiratoire et une information de la patiente sur la mécanique obstétricale, la femme arrive à gérer la douleur. (24)

Jugée insuffisante, l'arrivée de l'analgésie péridurale (APD) en salle de naissances permet un contrôle objectif de la douleur. Alors qu'elle existe depuis l'entre deux guerres, son utilisation en obstétrique date des années 1970.

En 1994, la Haute Autorité de Santé considère l'APD comme un droit pour toutes les patientes et non plus comme un acte de simple confort. (2)

En 2003, 62,6% des femmes accouchent avec une analgésie péridurale et donc moins de un quart des femmes ne bénéficie d'aucune anesthésie. Les raisons évoquées sont soit un refus de la patiente, un travail trop rapide ou une contre-indication médicale. (7)

La pose de la péridurale implique, de par ses effets secondaires, une médicalisation de l'accouchement. En effet, lors de son installation elle provoque une hypotension corrigée par l'expansion volémique grâce à la voie veineuse périphérique, et surveillée par un monitoring tensionnel. (23) De plus, il existe une diminution de l'activité utérine liée au remplissage volémique.

Beaucoup d'études ont analysé l'effet de l'APD sur l'évolution du travail (23).

Thorp 1993*	Augmentation de la durée de la première phase du travail	Prolongation de la phase d'expulsion Augmentation du taux d'extraction instrumentale
Chestnut 1990**	Pas d'effet sur la première phase du travail Pas d'effet sur les besoins en ocytocique	Durée de la phase d'expulsion et le taux d'extraction instrumentale dépend de la concentration d'anesthésiques locaux

*The Effect of Intrapartum Epidural Analgesia on Nulliparous Labor: A Randomized, Controlled, Prospective Trial. Thorp, James A.; Hu, Daniel H.; Albin, Rene M.; McNitt, Jay; Meyer, Bruce A.; Cohen, Gary R.; Yeast, John D, 1993. Essai clinique randomisé comparant des nullipares à terme avec un travail spontané dont 45 ayant reçu une analgésie à base de narcotique et 48 ayant une APD.

**Continuous epidural infusion of 0,0625% bupivacaine- 0,0002% fentanyl during the second stage of labor. Dr Chestnut, 1990. Essai randomisé contrôlé comparant 29 patientes avec une APD avec la bupivacaine et le fentanyl et 34 patientes avec une APD avec de la solution saline.

➤ La surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF)

L'enregistrement cardio-tocographique vise à évaluer le bien être fœtal. Cette pratique est devenue systématique et le plus souvent pratiquée en continu pendant le travail. Ce type de surveillance fœtale a une valeur prédictive excellente pour un RCF normal mais médiocre pour l'interprétation des anomalies du RCF.

Depuis sa systématisation, le taux de césariennes pour hypoxie fœtale a largement augmenté.

En 1995, une méta analyse a été réalisée dans le but d'analyser le bénéfice d'un monitoring fœtal continu. Il a été prouvé que l'enregistrement continu n'a pas d'effet sur la morbidité et la mortalité néonatale mais il augmente le taux de césarienne et d'extraction instrumentale. Cependant, cette pratique permet une analyse objective alors que l'auscultation intermittente, recommandée par l'OMS, est aléatoire et ne permet pas une reproduction de la situation (au niveau médico-légal notamment.). (25)

• ***Pour une approche plus physiologique de la naissance***

Un suivi physiologique du travail est réalisable en salle de naissances par la sage-femme, mais il peut être complété par d'autres prise en charge.

➤ L'homéopathie en salle de naissances

L'homéopathie, développée par Christian Samuel Hahnemann en 1796, est une thérapeutique qualifiée de douce. Le médicament homéopathique résulte de la mise en forme pharmaceutique des souches homéopathiques. Ces souches peuvent être de nature animale, végétale ou minérale (27).

Avec les médicaments homéopathiques il n'y a aucun risque de toxicité pour la femme et le fœtus et aucun risque d'allergies.

La qualification « orientation homéopathie » est reconnue par l'Ordre des Médecins et l'Ordre des Sages-femmes. C'est une formation médicale spécifique délivrée dans certaines universités (DU ou DIU), dans certaines fédérations ou écoles créées par les laboratoires homéopathiques.

L'homéopathie peut faciliter le déroulement eutocique de l'accouchement et soulager la patiente des troubles du travail comme les spasmes du col, les douleurs lombaires et rectales ; les crampes, l'anxiété.

Par exemple, chez une femme primipare où l'on peut suspecter un travail long, les sages-femmes peuvent prescrire :

- ACTAE RACEMOSA, CAULOPHYLLUM, ARNICA à la dilution de 9 ch

Posologie de 5 granules toutes les 30 min en début de travail

Action : harmonisation des contractions utérines.

- GELSENIUM ou IGNATIA à la dilution de 15 ch

Posologie de 5 granules en début de travail puis à la demande

Action : diminution de la douleur.

- ACTAE RACEMOSA à la dilution de 30 ch

Posologie : une dose après 4 cm

Action : assouplit le col.

➤ La liberté posturale en salle de naissances

De nombreuses positions lors du travail ont été étudiées depuis des siècles. Hippocrate fut l'un des premiers à utiliser les positions de la femme comme outil de la mécanique obstétricale.

L'importance des positions maternelles ont d'abord été décrites pour faciliter la culbute de la tête fœtale, pour permettre un engagement de la présentation fœtale et pour que le fœtus puisse faire sa rotation dans le bassin.

La déambulation lors du travail permet de diminuer la durée du travail sans comporter de risque pour le fœtus (12). Elle a également un rôle antalgique : pour les femmes ayant des douleurs lombaires, la position à genoux penchée en avant est plus confortable (28).

Dr De Gasquet décrit la liberté posturale comme « *quasi universelle surtout pendant le travail. On ne retrouve jamais décrite la position de lithotomie, ni la position assise adossée bassin retro versé* ». Par contre, dans d'autres cultures on retrouve

« beaucoup de balancement soit en quadriplédie, soit à genoux assise penchée en avant ou accroupie...Les positions asymétriques sont fréquentes. On remarque souvent une aide, un soutien physique dans ces positionnements...une suspension, ou qui aident à l'étirement. » (29)

Il est pourtant nécessaire que la femme enceinte ait pu bénéficier d'une préparation à la naissance car il existe actuellement une culture de la femme occidentale à la passivité (12).

*Partie 2 : Etude rétrospective sur dossiers et
enquête par entretiens auprès de sages-femmes*

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Le cadre de la recherche

- *Problématique*

Depuis les décrets de périnatalité, trois niveaux de soins sont offerts aux femmes. Qu'en est-il de la prise en charge des parturientes à bas risque dans les maternités de type II accueillant de façon contiguë des patientes dont la grossesse est définie à bas risques et des patientes à haut risque ?

- *Hypothèses*

Les hypothèses suivantes ont été posées :

- En maternité de type II, les sages-femmes technicisent le processus de l'accouchement même pour la parturiente à terme définie à bas risque. Cette médicalisation se traduit par la pose d'une voie veineuse précoce, l'utilisation d'ocytocique et autres thérapeutiques agissant sur la dynamique utérine ou sur la dilatation du col, la rupture artificielle de la poche des eaux précoce dans le travail, la réalisation de sondage urinaire.
- L'absence d'identification des grossesses à bas risque lors du suivi prénatal favorise la gestion médicalisée du travail.
- En maternité de type II, l'importance du principe de sécurité chez les sages-femmes, induit par la présence au quotidien du risque obstétrical, technicise la prise en charge des parturientes à terme définies à bas risque.
- Le déroulement physiologique du processus de l'accouchement (caractérisé par l'absence de signes pathologiques maternels ou fœtaux au cours du travail, par un accouchement voie basse et une bonne adaptation du nouveau-né à la naissance) est favorisé par une prise en charge moins médicalisée chez les parturientes à terme définies à bas risque.

- **Objectif**

L'objectif est dans un premier temps de faire un constat des pratiques concernant la gestion du travail sans risques prévisibles. De plus, ce travail de recherche vise à identifier la gestion du pré travail des parturientes sans risques prévisibles. Dans un deuxième temps, cette étude a également pour but d'apprécier les moyens de différenciation des grossesses à risque et à bas risque par les sages-femmes en salle de naissances amenant une prise en charge différenciée.

1.2. La méthode

Mon étude se compose de deux enquêtes effectuées de façon parallèle d'octobre 2008 à janvier 2009 :

- une enquête rétrospective à partir des dossiers obstétricaux de femmes accouchées de l'année 2008 visant à rendre compte de la prise en charge des parturientes considérées à bas risque
- une enquête par entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes de salle de Naissances visant à apprécier leurs pratiques concernant la gestion du pré travail et du travail chez les parturientes à bas risques.

Ces études ont été réalisées dans une maternité de type IIA, effectuant environ 830 accouchements par an, et dans une de maternité de type IIB, effectuant environ 2600 accouchements par an, de la région Lorraine.

Les dossiers ont été sélectionnés à partir de critères définissant une grossesse à bas risque selon le réseau sentinelle AUDIPOG (13):

- Femme entre 18 et 35 ans
- Grossesse unique
- Présentation céphalique
- Absence d'antécédents gynécologiques ou médicaux
- Absence de pathologie obstétricale
- Absence d'antécédents néonataux (prématurité, mort-né, mort néonatal)
- Absence d'utérus cicatriciel

Cette sélection a été réalisée grâce aux ressources du Département d'Informations Médicales au sein des deux établissements.

Dans chaque maternité, les dossiers obstétricaux de l'année 2008 répondant aux critères sélectionnés ont été exploités selon une grille de recueil de données (Annexe II). La grille a été réajustée après un test sur trois dossiers. Ainsi, 89 dossiers, représentant 10,7% de l'activité annuelle, ont été exploités en maternité de type IIA et 90 dossiers, soit 3,46% de l'activité annuelle, en maternité de type IIB

Les entretiens semi-directifs (Annexe III) ont été menés auprès des sages-femmes de salle de naissances au sein des deux maternités à l'aide d'une grille réajustée après test auprès de deux sages-femmes. Les entretiens se sont menés sans enregistrement après présentation du travail de recherche. La durée de l'entretien n'a pas été préalablement établie, en moyenne l'entretien durait 10 minutes. Cette étude se compose de 9 entretiens auprès des sages-femmes de salle de Naissances en maternité de type IIA et 10 entretiens en type IIB.

Les résultats ont été exploités grâce au logiciel Excel.

1.3. Les difficultés rencontrées

Pour mon étude rétrospective sur dossier, certaines données médicales n'étaient pas ou peu transcrites, notamment :

- Indications médicales à l'utilisation de thérapeutiques durant le travail
- Les différentes positions de la parturiente au cours du travail et au moment de l'accouchement.

De plus, pour certains dossiers, l'interprétation du tracé cardio tocographique est impossible car il manquait l'enregistrement de l'activité utérine lors de l'expulsion.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

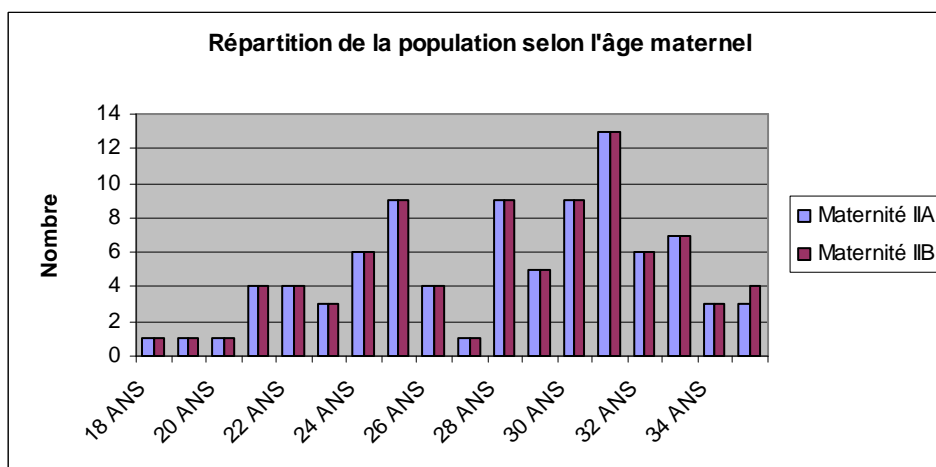
2.1. Les caractéristiques de la population

- *Enquête rétrospective*

- Age de la population

La population de la maternité de type IIA est n=89.

La population de la maternité de type IIB est n=90.



Graphique 1 : Répartition de la population selon l'âge maternel au sein des deux maternités.

La moyenne d'âge de la population au sein de la maternité IIA est de 26 ans.

La moyenne d'âge de la population au sein de la maternité IIB est de 28 ans.

- Parité de la population

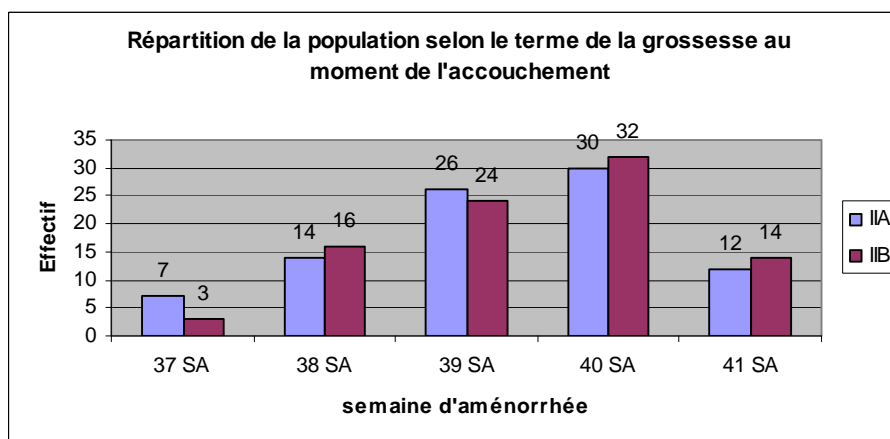
	Maternité IIA	Maternité IIB
Primipare	58,42%	48,89%
2ème pare	20,22%	36,7%
3ème pare	11,24%	10%
4ème pare	4,50%	4,44%
5ème pare	3,37%	
6ème pare	1,12%	
7ème pare	1,12%	

Tableau n°2 : Répartition de la population selon la parité

➤ Terme à l'accouchement

En 2008, le terme moyen de la grossesse au moment de l'accouchement est de :

- **39 semaines d'aménorrhée et 3 jours** pour la maternité de type IIA.
- **39 semaines d'aménorrhée** pour la maternité de type IIB.



Graphique 3 : Répartition de la population au sein des deux maternités selon le terme de la grossesse au moment de l'accouchement.

• ***Enquête prospective***

La durée d'exercice professionnel moyenne au sein du bloc obstétrical des sages-femmes interrogées en maternité de type IIA est de **5 ans et 2 mois**. Parmi elles, 4 sages-femmes entretenues sur 9 ont travaillé dans d'autres établissements :

- 1 sage-femme dans une maternité de niveau supérieur.
- 1 sage-femme dans une maternité de niveau inférieur.
- 2 sages-femmes dans une maternité de même niveau.

La durée d'exercice professionnel moyenne au sein du bloc obstétrical des sages-femmes interrogées en maternité de type IIB est de **11 ans et 3 mois**. Parmi elles, 6 sages-femmes sur les 10 interrogées ont travaillé dans d'autres établissements :

- 1 sage-femme dans une maternité de niveau supérieur.
- 4 sages-femmes dans une maternité de niveau inférieur.
- 1 sage-femme dans une maternité de même niveau.

2.2. Le suivi prénatal

En 2008, dans la maternité de type IIA :

- **37%** des patientes ont fait suivre leur grossesse exclusivement par un gynécologue-obstétricien.
- **63%** des patientes ont bénéficié d'un suivi avec un gynécologue-obstétricien et conjointement avec une sage-femme.

En 2008, en maternité de type IIB :

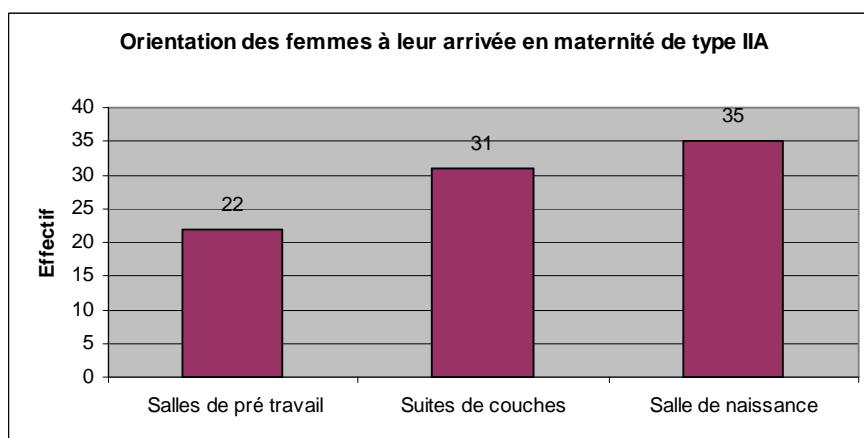
- **89%** des patientes ont été suivies par un gynécologue-obstétricien durant leur grossesse.
- **3,33%** des patientes ont bénéficié d'un suivi de grossesse conjoint gynécologue-obstétricien et sage-femme.
- **6,7%** des patientes ont été suivies exclusivement par une sage-femme durant leur grossesse.
- 1 dossier (0,97%) n'a pas été renseigné

40,4% des dossiers en maternité de type IIA et **53,3%** des dossiers en maternité de type IIB le nombre de consultations durant la grossesse n'est pas inscrit sur le dossier médical. Les patientes restantes ont toutes les sept consultations obligatoires pendant la grossesse.

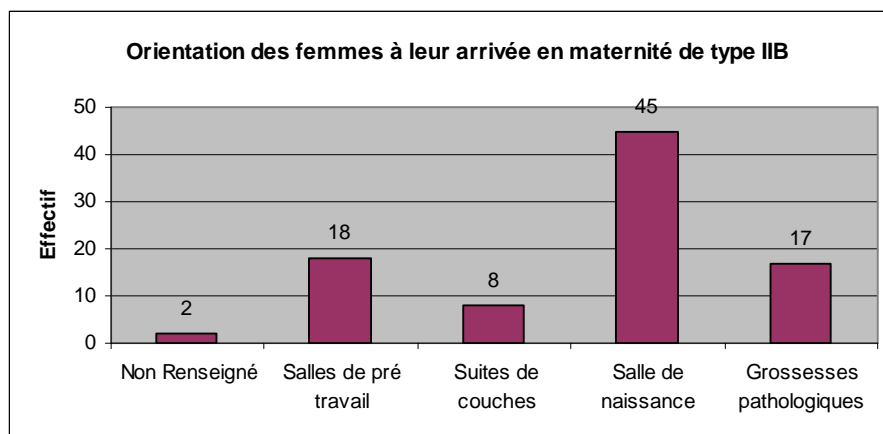
En maternité de type IIA, **62,9% des patientes** ont bénéficié d'un entretien prénatal individuel ou en couple mené par une sage-femme de la maternité et dans la maternité de type IIB **1,1% des patientes** ont eu cet entretien.

2.3. Le pré travail

Le diagnostic de début de travail établi par la sage-femme lors de l'admission, les femmes sont orientées :



Graphique 4 : Orientation des femmes à leur arrivée aux urgences gynécologique- obstétrique en maternité de type IIA.



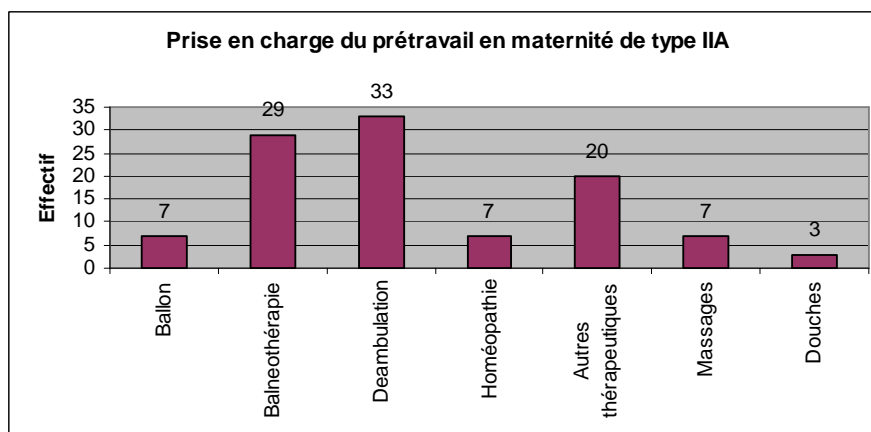
Graphique 5 : Orientation des femmes à leur arrivée aux urgences gynécologique- obstétrique en maternité de niveau IIB.

En maternité de type IIA : **39,3%** des femmes sont orientées directement en salle de Naissances.

En maternité de type IIB : **50%** des femmes sont admises dès leur arrivée en salle de Naissances.

24,7% des femmes utilisent les salles de pré travail en maternité de type IIA et **20%** en maternité de type IIB.

➤ Les modalités de prise en charge du pré-travail



Graphique 6 : Prise en charge du pré travail en maternité de type IIA.

En maternité de type IIA, lorsque la phase de pré travail est diagnostiquée, différents moyens de prise en charge sont proposés aux femmes :

- **32,6%** des femmes ont bénéficié de balnéothérapie.
- **37%** des femmes ont déambulé.

Différents types de thérapeutiques sont utilisés : **7,8%** reçoivent de l'homéopathie et **22,4%** d'autres médicaments notamment des antalgiques et antispasmodiques.

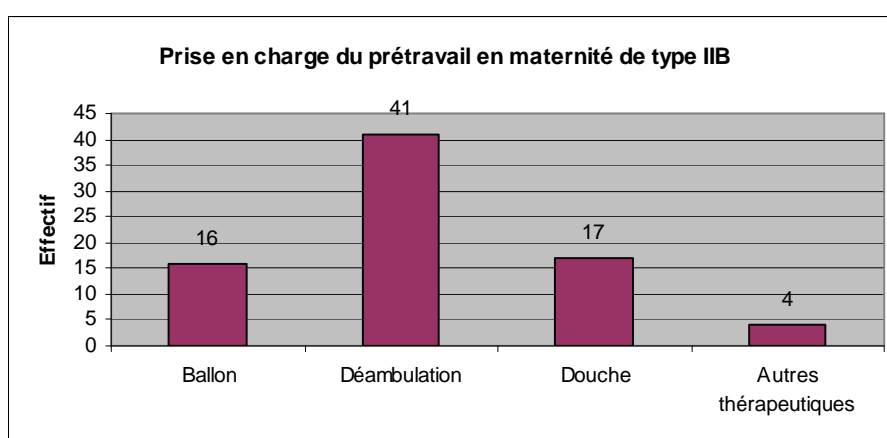
Selon les sages-femmes interrogées, l'existence de séances de préparation à la naissance durant la grossesse influence la prise en charge du pré-travail et du travail : « *Il est plus facile d'accompagner une femme informée* ».

Durant leur entretien, les sages-femmes ont également identifié comme facteur décisionnel pour le pré-travail et le travail :

- l'existence d'un projet de naissance.
- l'identification des facteurs de risque durant la grossesse.

En maternité type IIA, les sages-femmes considèrent que la prise en charge du pré travail « *s'adapte en fonction de la gestion de la douleur* ». Elles proposent aux patientes :

- la **balnéothérapie** pour 8 sages-femmes
- des **massages** (sacrum) pour 7 sages-femmes
- la **déambulation** pour 5 sages-femmes
- des **exercices de mobilité du bassin** (ballon) pour 4 sages-femmes
- l'**acupuncture** pour 2 sages-femmes
- l'**installation dans une chambre** de la maternité pour 1 sage-femme



Graphique 7 : Prise en charge du pré travail en maternité de type IIB.

En maternité de type IIB, lors du pré-travail :

- **45,55%** des patientes déambulent.
- **18%** des patientes font des exercices d'étirement sur un ballon.
- **4,4%** des patientes reçoivent des thérapeutiques durant cette période.

Lors des entretiens, les sages-femmes expriment comme moyens de gérer le pré-travail : la déambulation, douche et exercices sur le ballon. Deux sages-femmes considèrent les locaux inadaptés à la déambulation ou n'offrant pas une grande sécurité aux patientes :

« La configuration des locaux rend les choses difficiles pour proposer la déambulation »

« Je n'aime pas les installer trop longtemps en salle de pré-travail car je trouve qu'il n'y a pas tout le matériel pour travailler en sécurité ».

➤ La voie veineuse périphérique (VVP)

Une fois que la phase de travail est diagnostiquée, une voie veineuse périphérique est posée.

Pose VVP	Maternité	
	IIA	IIB
Admission	77,5%	2,2%
Phase de pré travail		1,1%
Au cours du travail	17,98%	95,5%
Total	95,48%	98,8%

Tableau n°8 : Pose de la VVP dans les deux maternités

4,52% des patientes de maternité de type IIA n'ont pas de voie veineuse périphérique et en maternité de type IIB **1,1%** des patientes n'ont pas de voie veineuse périphérique.

Lors des entretiens, les sages-femmes ont des avis contradictoires concernant la pose de la voie veineuse périphérique : pour **7 sages-femmes** interrogées la voie veineuse périphérique n'a pas d'indication si la patiente n'a pas d'analgésie péridurale (si bon état veineux observé) donc ce n'est pas un acte systématique et pour **2 sages-femmes** elle est obligatoire pour l'accouchement : « *Je ne dérogerai pas sur la pose de la voie, le tracé et la délivrance dirigé* ».

En maternité de type IIB, lors des entretiens, les sages-femmes interrogées considèrent, à l'unanimité, la pose de voie veineuse périphérique comme un acte obligatoire pour la sécurité de l'accouchement.

➤ L'enregistrement cardio tographique

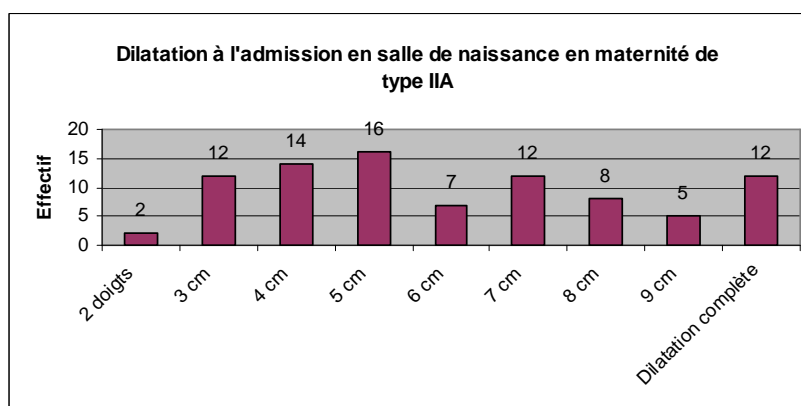
En maternité de type IIA, **35,95%** des enregistrements sont discontinus et en maternité de type IIB **2,2%** sont discontinus.

La seule indication d'enregistrement continu obligatoire reportée par les sages-femmes de type IIA lors des entretiens est la pose d'une analgésie péridurale :

« à l'admission je mets un tracé systématique mais pour le travail le monitoring sera continu que si la femme souhaite une analgésie péridurale »

2.4. La gestion du travail

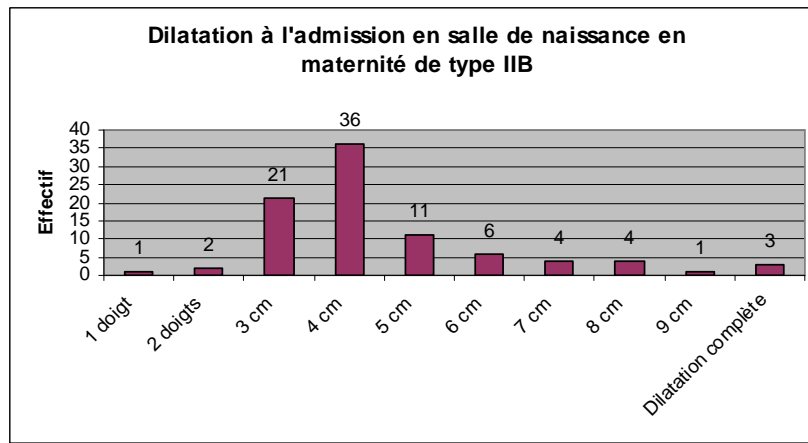
➤ Admission en salle de naissances



Graphique 9 : Dilatation cervicale à l'admission en salle de naissance en maternité de type IIA.

En maternité de type IIA :

- **66,3%** des patientes sont admises en salle de naissances à partir de 5 cm de dilatation cervicale.
- **13,5%** sont admises en salle de naissances à dilatation complète.



Graphique 10 : Dilatation cervicale à l'admission en salle de naissances en maternité de type IIA.

En maternité de type IIB:

- **32,2%** des femmes sont admises en salle de naissances à partir de 5 cm de dilatation cervicale.
- **3,3%** des femmes sont admises en salle de naissances à dilatation complète.

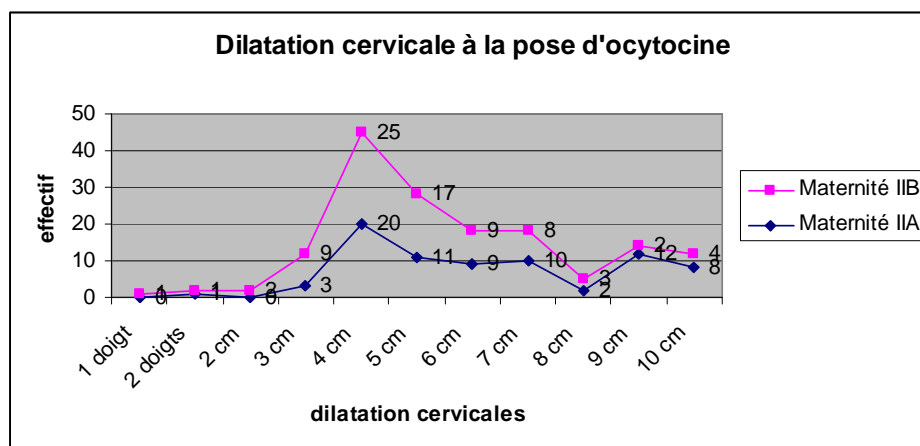
➤ Utilisation de l'ocytocine au cours du travail

En maternité de type IIA, **49,43%** des patientes ont eu 5 unités internationales d'ocytocine dilués dans 500 cc de soluté glucosé à 5% avec contrôle du débit lors du travail donc **50,57%** n'ont pas eu d'ocytocine durant le travail.

90% des patientes en maternité de type IIB ont eu de l'ocytocine pendant le travail donc **10%** n'en ont pas eu.

Lors des entretiens, les sages-femmes de maternité de type IIB utilisent l'ocytocine :

- systématiquement pour l'accouchement pour **4** sages-femmes sur les 10 interrogées
- en fonction de la dynamique utérine et de l'évolution du travail pour **1** sage femme.



Graphique 11 : Dilatation cervicale à la pose de perfusion d'ocytocique au sein des deux maternités.

En moyenne, l'ocytocine est mise en place à :

- **6 cm** de dilatation cervicale en maternité de niveau IIA.
- **5 cm** de dilatation cervicale en maternité de niveau IIB.

Dans **36%** des dossiers de la maternité type IIA **aucune indication médicale** n'est transcrite pour l'usage des ocytociques. En maternité de type IIB, **87%** des dossiers avec utilisation d'ocytocique n'ont aucune indication transcrite.

On retrouve comme indication à l'usage des ocytociques (5 unités dans 500 cc de sérum glucosé 5%) :

- l'hypocinésie de fréquence : **46%** des utilisations d'ocytocique en maternité de type IIA et **1%** en maternité de type IIB.
- la direction du travail pour liquide amniotique teinté au cours du travail : **5%** en maternité de type IIA et **9%** en maternité de type IIB
- la stagnation du travail de plus de deux heures : **2%** en maternité de type IIA et **3%** en maternité de type IIB.

Concernant l'utilisation d'autres thérapeutiques agissant sur la dilatation cervicale :

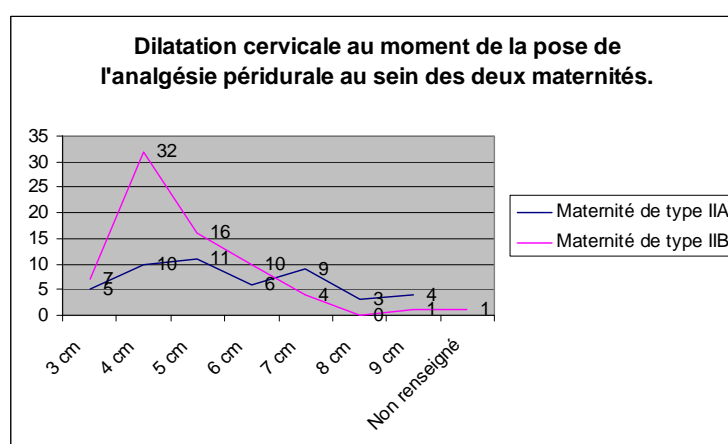
- **15,7%** des patientes en maternité de type IIA ont reçu une injection intraveineuse d'antispasmodique en moyenne à **7 cm** de dilatation cervicale.

- **4,5%** des patientes ont bénéficié d'homéopathie, **4,5%** ont eu une séance d'acupuncture lors du travail et **4,5%** ont eu des massages.
- **27,8%** des patientes en maternité de type IIB ont reçu une injection intraveineuse d'antispasmodique en moyenne à **6 cm** de dilatation cervicale.

➤ **Analgésie au cours du travail**

54% des patientes en maternité de type IIA ont bénéficié d'une analgésie péridurale. **7,3%** des patientes qui n'ont pas eu d'analgésie péridurale ont été soulagées de la douleur par une seringue électrique de dérivés morphiniques type nalbuphine.

79% des patientes en maternité de type IIB ont bénéficié d'une analgésie péridurale.



Graphique 12 : Dilatation cervicale au moment de la pose de l'analgésie péridurale.

En moyenne l'analgésie péridurale est pratiquée à **6 cm** de dilatation cervicale en maternité de type IIA et **5 cm** en IIB.

Lors des entretiens au sein des deux maternités, toutes les sages-femmes ont mis en évidence que la prise en charge du travail est fonction de l'analgésie péridurale.

Pour les sages-femmes de type IIA :

- l'analgésie péridurale n'est pratiquée qu'à partir de 4/5 cm quand la dynamique utérine est efficace.
- L'analgésie péridurale n'est pratiquée qu'en dernier recours quand la patiente ne gère plus sa douleur.
- L'analgésie péridurale est devenue quasiment systématique pendant l'accouchement.

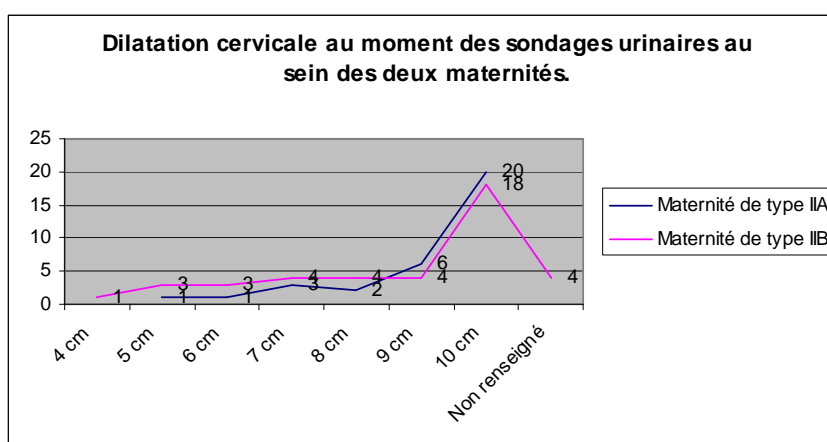
Pour les sages-femmes de type IIB :

- si la patiente a recours à une analgésie péridurale, le travail sera systématiquement dirigé.
- si la patiente souhaite une analgésie péridurale, elle sera plus précocement admise en salle de naissances.
- Si la patiente n'a pas d'analgésie péridurale, la voie veineuse périphérique sera posée le plus tard possible, la rupture artificielle de la poche des eaux ne sera pas pratiquée, et les sages-femmes n'utilisent pas d'ocytocine.

➤ La pratique du sondage urinaire

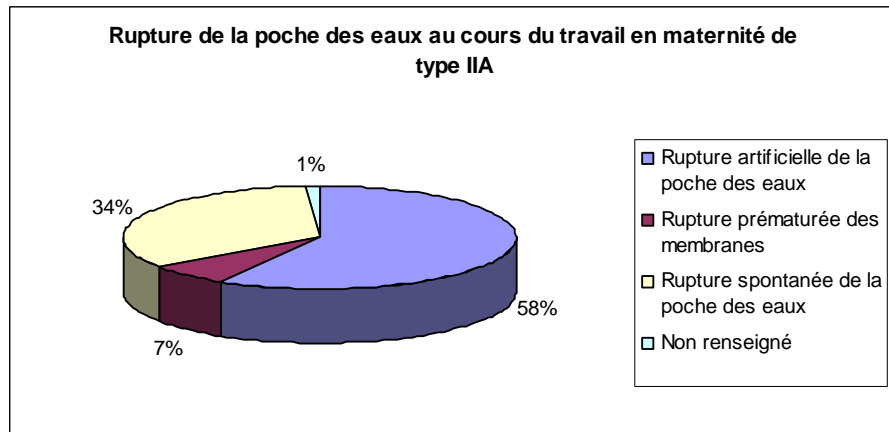
32% des patientes ont eu un sondage urinaire et **2%** des patientes en ont eu deux en maternité de type IIA. **39%** des patientes ont eu un sondage urinaire et **3%** des patientes en ont eu deux en maternité de type IIB.

Dans les deux maternités, **51,35%** des sondages urinaires ont lieu à dilatation complète.



Graphique 13 : Dilatation cervicale au moment du sondage urinaire.

➤ La rupture de la poche des eaux

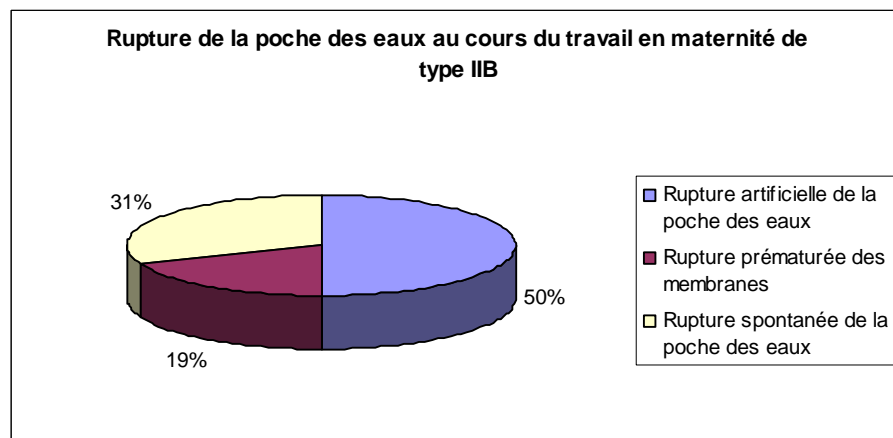


Graphique 14 : Rupture de la poche au cours du travail en maternité de type IIA.

En maternité de type IIA, **58%** des poches des eaux sont rompues artificiellement.

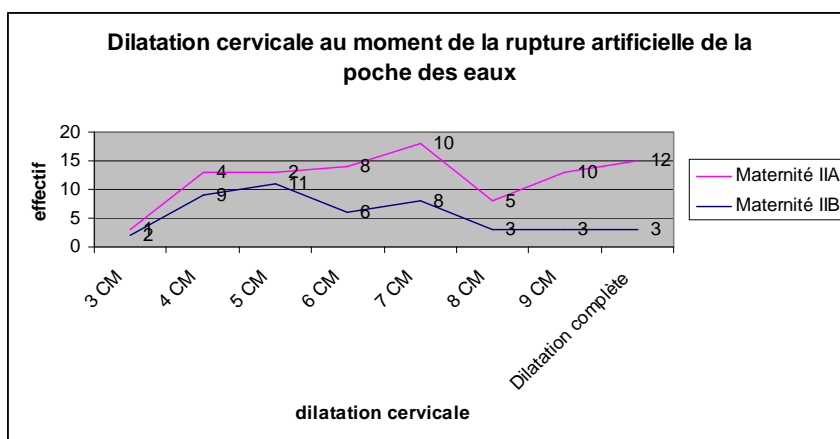
En maternité de type IIA, la rupture artificielle de la poche des eaux est pratiquée en moyenne à **8 cm** de dilatation cervicale et **98%** des ruptures artificielles ont lieu pendant la phase active.

En maternité de type IIB, le pourcentage des ruptures artificielles de la poche des eaux est de **50%**



Graphique 15 : Rupture de la poche des eaux au cours du travail en maternité de type IIB.

En maternité de type IIB, la rupture artificielle de la poche des eaux est pratiquée en moyenne à **6 cm** de dilatation cervicale avec **95,6%** pendant la phase active du travail.



Graphique 16 : Dilatation cervicale au moment de la rupture artificielle de la poche des eaux au sein des deux maternités.

➤ Les positions et alternatives au cours du travail

En maternité de type IIA :

Patientes sur la table d'accouchement	Décubitus latéral gauche	32%
	Décubitus latéral droit	13%
	Assise	12%
	« 4 pattes »	5%
	Hyperflexion	4%
Autres	Ballon	1,12%
	Balnéothérapie	5%
	Déambulation	8%

Tableau 17 : Positions des parturientes en maternité de type IIA.

En maternité de type IIB :

Patientes sur la table d'accouchement	Décubitus latéral gauche	38%
	Décubitus latéral droit	23%
	Assise	10%
	« 4 pattes »	1%
	Hyper flexion	2%
	Décubitus dorsal	2%
Autres	Ballon	1%

Tableau 18 : Positions des parturientes en maternité de type IIB.

Lors des entretiens en maternité de type IIB, une sage-femme décrit proposer aux parturientes le changement de postures toutes les 30 minutes au cours du travail.

Dans les dossiers des deux maternités, les positions des parturientes ne sont pas renseignées dans **20%** des cas en type IIA et **23%** en type IIB.

➤ La durée du travail

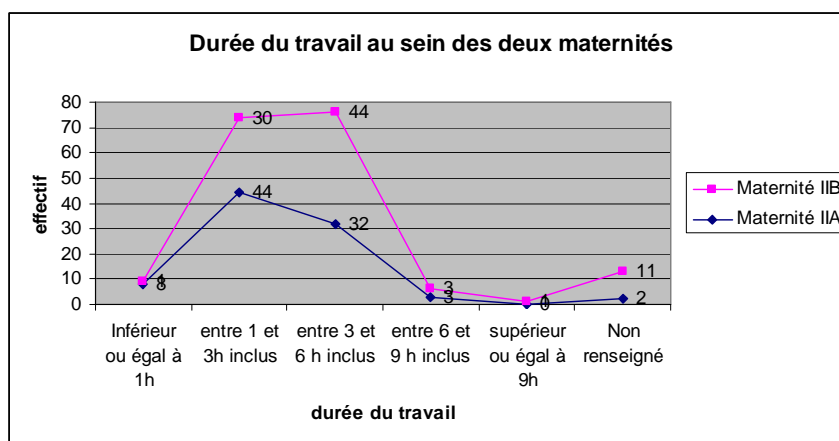
La répartition des primipares est approximativement identique au sein des deux maternités. Cependant les grandes multipares sont plus nombreuses dans l'échantillon de la maternité de type IIA.

En maternité type IIA :

- **49,4 %** des patientes ont eu un travail compris entre une et trois heures.
- La durée moyenne du travail est de **2h36 minutes**.

En maternité type IIB :

- **48,9 %** des patientes ont eu travail compris entre trois et six heures.
- La durée moyenne du travail est de **3h28 minutes**.



Graphique 19 : Durée du travail chez les parturientes au sein des deux maternités.

➤ L'activité utérine

Après analyse du tracé, la dynamique utérine est :

- physiologique pour **67%** des patientes en maternité de type IIA.
- physiologique pour **88%** des patientes en maternité de type IIB.

En maternité de type IIA, les pathologies rencontrées sont :

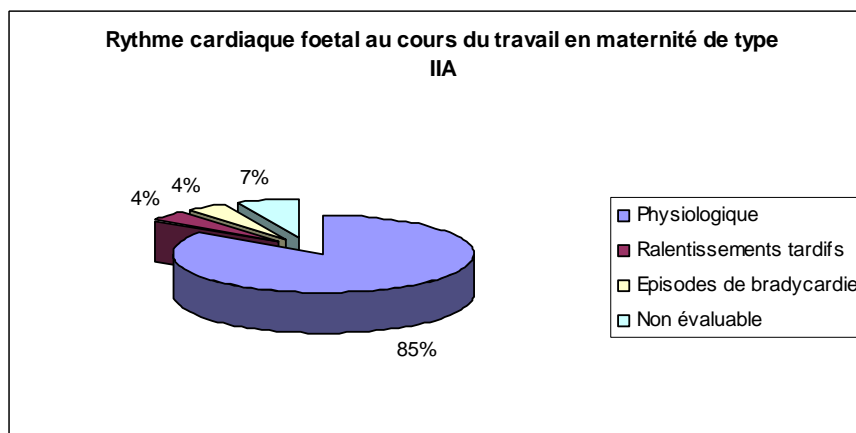
- hypocinésie de fréquence pour **21%**.
- hypotonie pour **5%**.
- Non évaluable pour **7%**

En maternité de type IIB, les pathologies rencontrées sont :

- **3%** d'hypercinésie de fréquence.
- **3%** d'hypertonie.
- **4%** d'hypotonie.
- Non évaluable pour **2%**

2.5. Le bien être foetal

➤ Pendant le travail



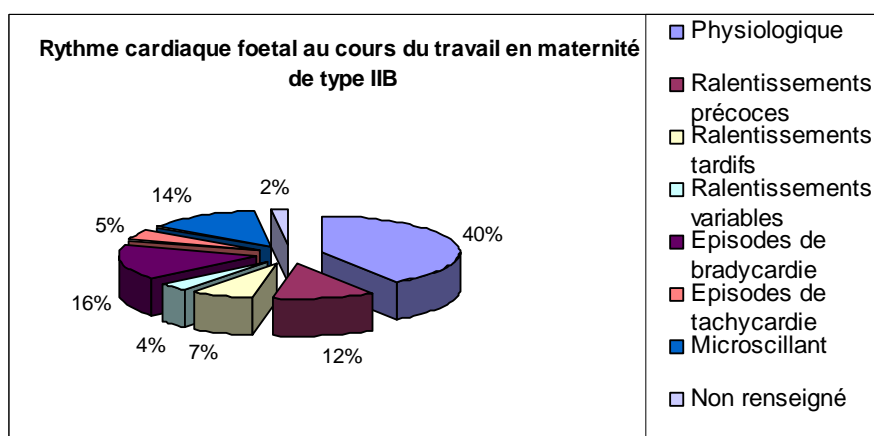
Graphique 20 : Analyse des enregistrements du rythme cardiaque foetal au cours du travail en maternité de type IIA.

En maternité IIA, le rythme cardiaque foetal est physiologique en cours du travail pour **85%** des enregistrements cardio-tocographiques.

Les pathologies retrouvées sont des :

- Ralentissements tardifs : **4%** des tracés
- Episodes de bradycardie : **4%** des tracés.

7% des enregistrements ne sont pas interprétables.



Graphique 21 : Analyse des enregistrements du rythme cardiaque foetal au cours du travail en maternité de niveau IIB.

En maternité de type IIB, les enregistrements du rythme cardiaque fœtal physiologiques représentent **40%** des dossiers analysés. Dans les dossiers de la maternité de type IIB, les ralentissements précoces au cours du travail représentent **12%** des tracés. Les pathologies du rythme cardiaque fœtal, témoignant de l'atteinte du bien être fœtal, sont :

- ralentissements tardifs **7%**
- ralentissements variables **4%**
- Episodes de bradycardie **16%**
- Episodes de tachycardie **5%**
- Rythme cardiaque microscillant **14%**

Le nombre d'enregistrements ininterprétables (par mauvaise qualité de l'enregistrement tocographique) est de **2%** dans les maternités de type IIB et de **7%** dans les maternités de type IIA.

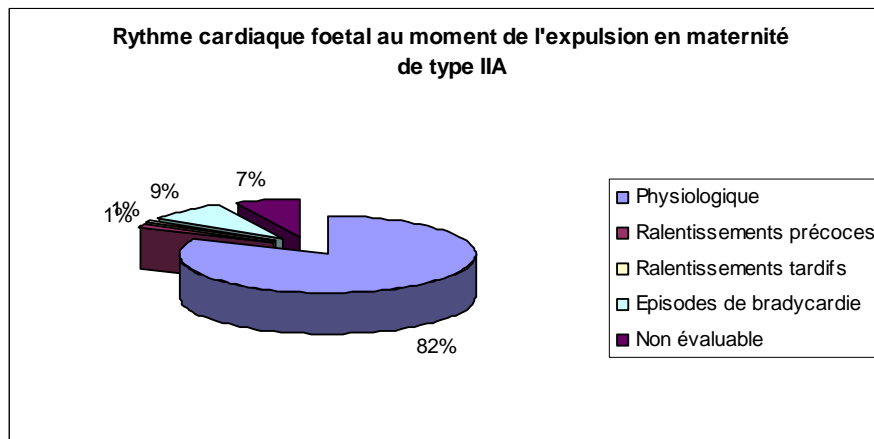
➤ Au moment de l'expulsion

La fréquence des enregistrements ininterprétables par retrait du capteur tocographique est de :

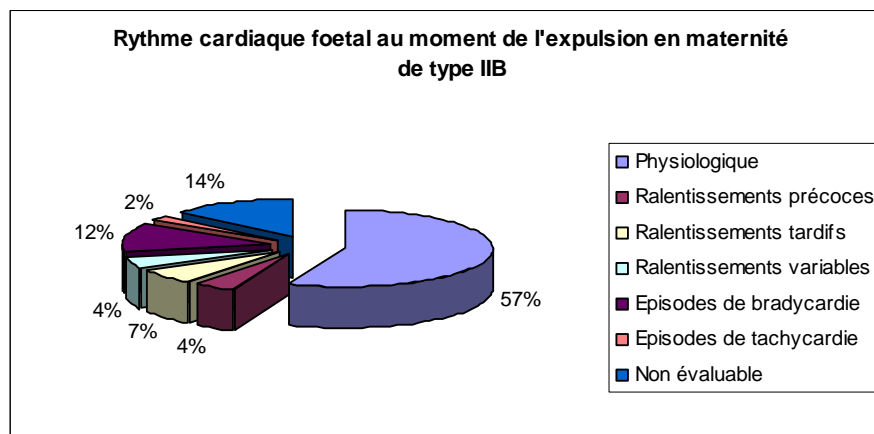
- **7%** des enregistrements dans les maternités de type IIA
- **14%** des enregistrements dans les maternités de type IIB.

La fréquence des enregistrements physiologiques est de :

- **82%** des enregistrements dans les maternités de type IIA.
- **57%** des enregistrements dans les maternités de type IIB.



Graphique 22 : Analyse des enregistrements du rythme cardiaque foetal au moment de l'expulsion en maternité de type IIA.



Graphique 23 : Analyse des enregistrements du rythme cardiaque foetal au moment de l'expulsion en maternité de type IIB.

2.6. L'accouchement

La fréquence des accouchements naturels par voie basse est de :

- **80%** en maternité de type IIA.
- **83%** en maternité de type IIB.

La fréquence des extractions instrumentales est de :

- **18,88%** en maternité de type IIA
- **15,88%** en maternité de type IIB

Les indications médicales aux extractions instrumentales dans les deux maternités sont: l'altération du rythme cardiaque fœtal, des efforts expulsifs insuffisants, et la non progression de la présentation.

Les indications médicales à la réalisation des **2 césariennes** sont, pour les deux maternités : le non engagement de la présentation fœtale.

➤ Les positions d'accouchements

Les positions d'accouchements en maternité de type IIA sont :

- **55%** de décubitus dorsal
- **22%** de décubitus latéral
- **1%** de position accroupie

Pour **22%** des accouchements, la position n'est pas renseignée.

En maternité de type IIB, elles sont :

- le décubitus dorsal **95%**
- le décubitus latéral **2%**
- position dite « aménagée » **2%** (position non définie sur le dossier)
- non renseigné **1%**

➤ La délivrance

En maternité de type IIA, la délivrance est dirigée pour **43,8%** des dossiers.

En maternité de type IIB, la fréquence des délivrances dirigées est de **91%**.

➤ Prise en charge active du travail

La prise en charge active du travail se définit par l'utilisation d'ocytocique au cours du travail et la rupture artificielle de la poche des eaux avant 4 cm de dilatation cervicale.

En maternité de type IIA, **5,6%** des patientes (5 parturientes) ont eu une prise en charge active du travail :

- la durée moyenne du travail est de **4 heures 48 minutes** (comprise entre 3 heures et 8 heures).
- **4 enregistrements sur 5** du RCF au cours du travail sont physiologiques.
- **4 enregistrements sur 5** du RCF à l'expulsion sont physiologiques.
- **3 accouchements sur 5** sont naturels
- **tous les nouveau-nés** ont un score d'Apgar compris entre 8 et 10 à 1 minute de vie.

En maternité IIB, **13,3%** des patientes (12 parturientes) ont bénéficié de cette prise en charge :

- la durée moyenne du travail est de **4 heures 07 minutes** (comprise entre 1 heure et 9 heures).
- **6 enregistrements sur 12** du RCF au cours du travail sont physiologiques.
- **5 enregistrements sur 12** du RCF à l'expulsion sont physiologiques.
- **9 accouchements sur 12** sont naturels.
- **tous les nouveau-nés** ont un score d'Apgar compris entre 8 et 10 à 1 minute de vie.

➤ Alternative à la prise en charge active du travail

En maternité de type IIA, **44,9%** des patientes (40 parturientes) n'ont pas eu d'ocytocique au cours du travail ni de rupture artificielle de la poche des eaux précocement dans le travail :

- la durée moyenne du travail est de **2 heures 04 minutes** (comprise entre 10 minutes et 5 heures).
- **39 enregistrements sur 40** du RCF au cours du travail sont physiologiques.
- **39 enregistrements sur 40** du RCF à l'expulsion sont physiologiques.
- **36 accouchements sur 40** sont naturels.

- **2 nouveau-nés** ont un score d'Apgar compris entre 5 et 7 à une minute de vie.

En maternité de type IIB, **10%** des patientes (9 patientes) ont bénéficié de cette prise en charge :

- la durée moyenne du travail est de **2 heures 12 minutes** (comprise entre 1 heure et 4 heures).
- **7 enregistrements sur 9** du RCF au cours du travail sont physiologiques.
- **6 enregistrements sur 9** du RCF à l'expulsion sont physiologiques.
- **Tous** les accouchements sont naturels.
- **un nouveau-né** a un score d'Apgar moyen à une minute de vie.

➤ Facteurs décisionnels pour la prise en charge du travail selon les sages-femmes

En maternité de type IIA, à la question : « *Dans votre pratique quotidienne, quels sont les facteurs qui influencent la prise en charge d'une parturiente (d'un point de vue organisationnel et personnel) ?* » les sages-femmes répondent :

- la demande des patientes (pour 6 sages-femmes)
- la survenue de pathologie au cours du travail (pour deux sages-femmes), l'évolution de la femme dans le travail
- la charge de travail globale du service (pour deux sages-femmes)
- les antécédents de la femme (pour deux sages-femmes)
- la liberté d'action qu'offrent les médecins
- la volonté des cadres et médecins concernant le respect de la physiologie.

En maternité de type IIB, les sages-femmes proposent comme facteurs décisionnels :

- la charge de travail globale : « *même inconsciemment, on ne peut pas se permettre d'occuper une salle pendant douze heures donc c'est vrai qu'on est pressé qu'elle accouche* »
- le comportement des patientes (2 sages-femmes)
- l'existence d'un projet de naissance
- la disponibilité de l'anesthésiste (3 sages-femmes)
- la personnalité de la sage-femme
- les habitudes de travail
- l'évolution du travail (2 sages-femmes)

2.7. Le nouveau-né

➤ Adaptation à la vie extra-utérine

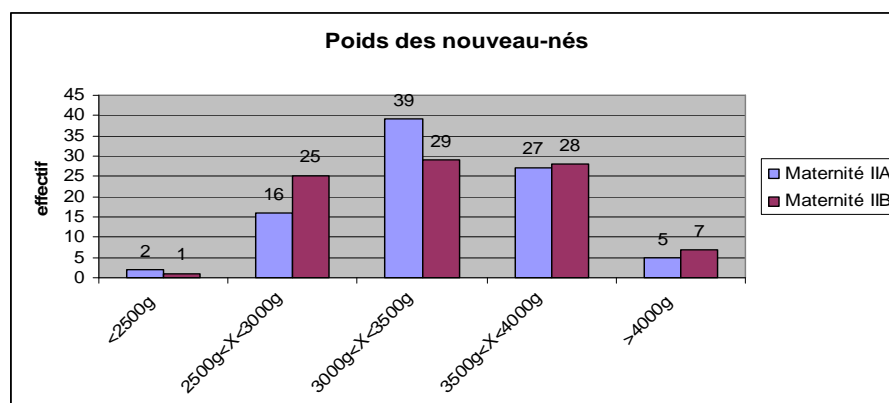
	Maternité IIA	Maternité IIB
Score d'Apgar élevé : 8 à 10 à 1 min	95,5%	96,6%
Score d'Apgar moyen : 5 à 7 à 1 min	4,5%	3,4%
Score d'Apgar bas : 1 à 4 à 1 min	0%	0%
Transfert en réanimation néonatale	3,37%	1,1%

Tableau 24 : Adaptation des nouveau-nés au sein des deux maternités

➤ Poids des nouveau-nés

En maternité de type IIA, le poids moyen des nouveau-nés est de **3350,6 grammes**.

En maternité de type IIB, le poids moyen des nouveau-nés est de **3297,6 grammes**.



Graphique 25: Poids des nouveau-nés au sein des deux maternités.

Partie 3 : Interprétation des résultats et propositions concernant la prise en charge des parturientes à bas risque au sein des maternités de type II.

1. LE SUIVI PRENATAL : PERIODE CLE POUR L'IDENTIFICATION DU NIVEAU DE RISQUE

En maternité de type II, grossesses à bas risque et grossesses à haut risque se côtoient dans toutes les étapes de ces 9 mois : lors du suivi prénatal, du travail, de l'accouchement et en service de suites de couches. Cette étude, concernant la population des parturientes à bas risque au sein des deux établissements de type II représente 10,7% de l'activité annuelle en maternité de type IIA et 3,4% de l'activité de l'année 2008 dans la maternité de type IIB ce qui peut nous amener à nous interroger sur les moyens nécessaires à la différenciation du bas risque et du haut risque.

Bien qu'aucune définition du bas risque ne soit clairement énoncée, les différentes études sur ce sujet s'entendent à désigner la notion de bas risque comme une évaluation constante au cours de la grossesse et du travail. L'identification de la grossesse physiologique débute alors dès le suivi prénatal.

1.1. Les moyens actuels à l'identification du bas risque

Le plan de périnatalité a amené à repenser l'organisation des séances de préparation à la naissance et à la parentalité en y incluant l'entretien prénatal précoce (EPP) comme la première séance au cours du 4^{ème} mois de grossesse. Cet entretien a pour objectif de dépister les facteurs de risque de la grossesse, d'informer les femmes et les couples, d'envisager l'environnement psycho-social et par conséquent d'orienter si besoin la patiente et le couple vers d'autres professionnels. (4)

Selon les recommandations de l'HAS, cet entretien a pour objectif (30):

- de repérer des facteurs de risque psycho-sociaux
- d'informer les femmes enceintes sur le déroulement de la grossesse, d'offrir toutes les informations de prévention
- de créer un réseau de professionnel nécessaire autour de la femme enceinte.

Il est sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une reconnaissance de la part du réseau de périnatalité.

En maternité de type IIA, 62,9% des patientes bénéficient de cet entretien au cours de la grossesse. Seul 1,1% des patientes ont bénéficié de l'EPP en maternité IIB. (cf page 36)

Alors que l'EPP serait un moyen adapté pour « diagnostiquer » la physiologie, pourquoi n'intervient-il que rarement dans le suivi prénatal ?

Mon étude révèle que lorsque les sages-femmes investissent le suivi prénatal des patientes (maternité IIA), la fréquence de l'EPP est augmentée. (cf page 36). En effet, au sein de cet établissement, il existe un service de consultations sages-femmes et l'EPP fait entièrement partie de son activité. Cependant, si l'organisation du service de consultation sage-femme ne permet pas la pratique de cet entretien, **quels sont alors les professionnels pouvant assurer cette mission ?**

Les sages-femmes libérales peuvent se voir confier cette mission. La collaboration entre les médecins gynécologue-obstétriciens et les sages-femmes est alors nécessaire. Pour cela, il est important, que la sage-femme lors de son installation en cabinet libéral rencontre tous les professionnels amenés à prendre en charge une femme enceinte de la naissance afin de leur présenter les différents actes pratiqués.

Il existe également au sein du service de protection maternelle et infantile (PMI), une sage-femme pouvant pratiquer cet entretien. Le service de PMI, au travers de ses différentes actions, participe à l'information, à l'accompagnement et au soutien des parents, et participe ainsi au dispositif général de Protection de l'Enfance.

L'EPP n'est-il pas une première rencontre, entre la femme et le professionnel de santé, nécessaire au dépistage ou à l'identification des grossesses à bas risque ?

Le plan de périnatalité 2005-2007 a simplement énoncé les objectifs de cet entretien et c'est à la sage-femme qui le pratique de choisir un support à l'entretien et de le mener de la façon dont il convient. Le support choisi est-il adapté à toutes les femmes enceintes primipares mais également multipares ?

De plus, les informations concernant cet entretien sont-elles transmises aux autres professionnels participant au suivi prénatal? Le réseau périnatal lorrain a

émis un support rédigé à l'issue de l'entretien à destination des professionnels amenés à suivre la grossesse de la patiente et un exemplaire est à lui transmettre. Ce support pourrait alors être intégré au sein du dossier médical de suivi prénatal ce qui faciliterait l'identification du niveau de risque de cette grossesse.

Cependant, bien que la maternité de type IIA puisse assumer pleinement l'activité de cet entretien, 37,1% des patientes n'en ont pas bénéficié. **Il est possible de s'interroger sur les informations transmises aux femmes concernant cet entretien ; par qui leur est-il présenté et à quel moment de la grossesse ?** Une information précoce permettrait-elle que les femmes demandent, elles-mêmes, l'entretien ?

Les recommandations «*Comment mieux informer les femmes enceintes ?*» éditées en 2005, proposent de «*fournir à toute femme enceinte des informations écrites sur la surveillance médicale de la grossesse et sur l'offre de soins locale*». Le réseau périnatal pourrait alors fournir une liste des professionnels de la naissance de la région comportant le nom des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes libérales avec les caractéristiques de leurs activités, ainsi qu'une information sur l'importance de l'entretien prénatal précoce. **Cette information doit être délivrée précocement dans la grossesse, donc lors de la déclaration de la grossesse, soit par le professionnel de santé, soit par le service de protection maternelle et infantile lors des déclarations de grossesse.** De plus, le Code de la Santé Publique, par l'arrêté du 5/07/2005, fixe le modèle du formulaire «*Premier examen prénatal, vous attendez un enfant*». Il fait apparaître les possibilités de suivi de grossesse dès la première consultation par le médecin ou la sage-femme. Cette brochure d'information devrait être proposée à la patiente au même titre que les ordonnances pour les examens de grossesse alors que trop souvent elle est disposée en salle d'attente.

1.2. L'organisation générale du suivi prénatal

- Les professionnels participant au suivi

Selon la réglementation française en vigueur, le suivi prénatal peut être réalisé par un médecin généraliste, un gynécologue-obstétricien, ou par une sage-femme.

Le référentiel métier et compétences de la sage-femme propose que la consultation prénatale soit **un moyen d'évaluer le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse** (31):

- en analysant et synthétisant les données recueillies
- en diagnostiquant les conduites ou comportement à risque (addiction, conditions de travail, temps de transport, conditions de vie domestique, maltraitance)
- en identifiant les signes qui nécessitent d'orienter la femme vers un autre professionnel (obstétricien, psychologue, travailleurs sociaux).

Qu'en est-il alors de la place de la sage-femme lors du suivi prénatal ?

En majorité, les patientes en maternité de type II sont suivies lors de la grossesse par un médecin gynécologue-obstétricien. En effet, au sein de la maternité de type IIA, aucune patiente n'est suivie exclusivement par une sage-femme mais la majorité (56,3%) ont bénéficié d'un suivi conjoint entre une sage-femme hospitalière et un gynécologue-obstétricien.

Le suivi prénatal effectué par une sage-femme en maternité de type IIB représente 6,7% de la population mais seul 3,37% des patientes ont bénéficié d'un suivi conjoint avec un gynécologue-obstétricien et une sage-femme. (*cf page 36*).

Globalement, les sages-femmes participent peu au suivi prénatal des patientes en maternité de type II.

Pourtant, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé en 2005, une grossesse normale peut être suivie par une sage-femme ou un médecin généraliste sans que cela modifie le pronostic maternel ou néonatal (30).

En 1999, une étude néerlandaise considère que 85% des grossesses débutent en soins primaires (sans facteurs de risque) et parmi elles 57% débutent un travail en soins primaires. Elle recommande alors que la surveillance des grossesses soit effectuée par une sage-femme qui évaluera le niveau de risque (13).

De plus, alors que la profession de gynécologue-obstétricien est en crise démographique : 1 gynécologue-obstétricien pour 3700 femmes en France (Source CNGOF, 2000), l'enquête de périnatalité de 2003 révèle que 65,5% des femmes ont consulté un gynécologue-obstétricien au sein de la maternité pour le suivi de la grossesse. **Nous pouvons alors nous interroger sur l'orientation des femmes dès le début de la grossesse, ou pour la consultation du 9^{ème} mois qui a lieu dans l'établissement de l'accouchement.** Au sein des établissements, les secrétaires reçoivent les appels des patientes pour les orienter auprès d'un professionnel pour le suivi prénatal. **Une grille de recrutement, reprenant les facteurs d'identification des grossesses à bas risque, pourrait être réalisée par les différents professionnels participant au suivi prénatal, et mis à la disposition des secrétaires médicales afin d'orienter ces femmes vers le professionnel adapté : gynécologue-obstétricien ou sage-femme.**

- La transmission des informations concernant le suivi prénatal

En France, le suivi prénatal est composé de sept consultations : la première correspondant à la déclaration de grossesse, suivie de consultations mensuelles. La consultation du 9^{ème} mois doit avoir lieu dans l'établissement choisi pour l'accouchement.

L'étude relève que le nombre de consultations de grossesse était peu renseigné sur les dossiers. En effet, 40,4% des dossiers en maternité de type IIA et 53,3% des dossiers en maternité de type IIB n'ont pas d'informations sur le suivi prénatal de ces patientes. (*cf page 36*).

L'HAS, en 2005, préconise d'utiliser un dossier périnatal structuré et partagé entre les différents professionnels qui assurent la surveillance de la

grossesse. Ce partage d'informations médicales constitue un véritable garant de la sécurité lors du suivi prénatal (30). « *Le dossier périnatal devrait contenir :*

- *un minimum d'informations communes standardisées au niveau national notamment dans un but épidémiologique*
- *le projet de suivi de grossesse et de naissance*
- *les résultats des examens biologiques, des échographies et des autres examens*
- *toutes les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse et la santé de la femme. »*

Une alternative à ce dossier unique peut être le carnet de maternité remis à chaque femme enceinte **au début de la grossesse**. Le Code de la Santé Publique, par l'article L.2122-2, prévoit un carnet de grossesse délivré gratuitement à toute femme lors du premier examen prénatal. Il pourra alors être intégré au dossier médical personnel de la patiente. Le nouveau carnet de santé-maternité, édité par le Conseil Général de la Moselle, a été mis en circulation au cours de l'année 2008. Une évaluation de son utilisation semble nécessaire un an après sa mise en circulation : à quelle période de la grossesse les femmes reçoivent-elle ce carnet, est-il utilisé lors de leur suivi ?

La continuité d'un suivi cohérent entre les différents professionnels de la naissance est nécessaire pour évaluer à chaque instant le caractère physiologique de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. En effet, le bas risque doit être constamment évalué car la grossesse, l'accouchement ou le post-partum peuvent basculer dans le haut risque à tout moment.

L'hypothèse annonçant l'importance du suivi prénatal sur le déroulement de l'accouchement ne peut être affirmée en l'état car il aurait fallu démontrer que le pourcentage de grossesses étiquetées à bas risque et suivies comme tel amène une prise en charge physiologique du travail.

2. L'ACCOUCHEMENT AU SEIN DES MATERNITES DE TYPE II

2.1. La gestion du pré-travail

➤ Les moyens

Lorsque le diagnostic du début de travail est formulé par la sage-femme, la femme est orientée, selon sa dilatation cervicale le plus souvent, dans les différents secteurs de la maternité : salle de naissances ou salles de pré-travail, et le service de suites de couches. En maternité de type IIA, 24,7% utilisent les salles de pré-travail alors que seuls 20% des parturientes utilisent ces salles au sein de la maternité de type IIB. (*cf page 37*). De plus, les femmes sont admises en salle de naissances à un stade plus précoce du travail dans la maternité IIB. : 66,5% des patientes à partir de 5cm en maternité IIA et seul 32,2% dans la maternité de type IIB (*cf pages 41-42 graphiques n°9-10*). Quels peuvent être les moyens proposés aux femmes dans l'attente de l'admission en salle de travail ?

L'étude révèle que la gestion du pré-travail est plus diversifiée au sein de la maternité de type IIA. En effet, lors des entretiens, les sages-femmes proposent comme moyen de soulager la douleur : la balnéothérapie, les massages du sacrum, la déambulation, les exercices de mobilité du bassin sur un ballon, l'acupuncture. En maternité de type IIB, les différents moyens évoqués par les sages-femmes sont la déambulation, la douche et les exercices à l'aide du ballon (*cf page 38 graphiques 6 et 7*). En vue de l'étude, il est possible d'affirmer qu'une prise en charge plus diversifiée du pré-travail, comme au sein de la maternité de type IIA, retarde le moment d'admission en salle de travail. **Le pré-travail est donc une période révélatrice de la médicalisation de la naissance.**

Deux sages-femmes de la maternité de type IIB évoquent également les problèmes des locaux quant à la déambulation et les problèmes de sécurité au sein des salles de pré-travail. (*cf page 39*)

Pourtant, selon les décrets de périnatalité de 1998 (9), les salles de pré-travail doivent être localisées au sein, ou à proximité, du bloc obstétrical donc la sécurité est identique à celle des salles de naissances. Il est vrai, que cette localisation limite alors la déambulation offerte aux parturientes.

La configuration des locaux joue donc un rôle important dans la gestion du pré-travail. Un projet de service pourrait être rédigé afin d'améliorer les locaux et d'obtenir les ressources matérielles nécessaires à la diversification du pré-travail.

Cette diversification du mode de prise en charge du pré-travail est également liée aux compétences des sages-femmes. En effet, le recours à l'acupuncture notamment nécessite l'obtention d'un diplôme universitaire. Il est intéressant de nous interroger sur le contenu de la formation continue offerte aux sages-femmes. Effectivement, la participation à un diplôme universitaire est couteuse en temps et en personnel. Les établissements possèdent t-il les ressources nécessaires pour offrir à ces sages-femmes une formation continue importante? Cependant, parfois les apprentissages sont difficiles à appliquer car l'organisation du travail, ou le savoir faire ne s'y prêtent pas.

De plus, bien que la première phase de formation à l'école de sage-femme soit entièrement dédiée à l'apprentissage de la physiologie, toutes ces méthodes de prise en charge du pré-travail dites « naturelles » ne sont pas enseignées. **Pourquoi les étudiants sages-femmes ne bénéficieraient pas de formations supplémentaires comme des diplômes universitaires au même titre que les internes de la faculté de médecine ?** Si le programme d'enseignement ne permet pas de libérer assez de temps pour ses formations, un système de module avec des initiations pourrait être alors proposé afin de développer l'intérêt des étudiants à ces pratiques. Dans le contexte « d'universitarisation » des études de sage-femme avec une reconnaissance master du diplôme, les formations complémentaires seront-elles plus facilement accessibles aux étudiants ?

De plus, une réforme concernant les droits de prescription des sages-femmes qui autoriserait les sages-femmes à prescrire l'homéopathie devrait paraître prochainement.

L'homéopathie pourra alors faire partie du programme de pharmacologie de l'enseignement des étudiants sages-femmes au même titre que les moyens médicamenteux pendant l'accouchement.

➤ L'importance des séances de préparation à la naissance.

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ont pour objectif d'améliorer l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive. Lors de mes entretiens, les sages-femmes évoquent que l'existence de séances de préparation à la naissance influence la prise en charge des parturientes lors des différentes phases du travail. Elles affirment également leur adaptation face à un projet de naissance.

L'existence de séances à la préparation à la naissance au sein des établissements permettrait alors une prise en charge adaptée au projet de naissance des parturientes. Ce projet de naissance pourrait alors être « négocié » entre le désir de la femme enceinte (voir du couple) et la réalité des pratiques en salle de naissance ce qui améliorerait le vécu de l'accouchement pour ces femmes. De plus, une équipe de sage-femme polyvalente au sein des différents secteurs de la maternité, notamment dans ce cas, entre la préparation à la naissance et la salle de naissance favoriserait une cohérence des pratiques qui sont présentées à la femme en prénatal et qui lui sont proposées pour le travail.

Si l'organisation ou service ne permet pas la mise en place de séances au sein de l'établissement, les sages-femmes libérales peuvent pallier à ce manque.

Alors que la préparation à la naissance fait entièrement partie du suivi médical, aucune information sur les séances de préparation à la naissance ne figurait sur les dossiers obstétricaux des patientes lors de l'étude. Est-ce que cette information est demandée aux femmes lors de l'anamnèse à son admission? L'enquête de périnatalité de 2003 établit que la fréquentation des séances de préparation à la naissance a diminué pour les primipares, quelle sera l'évolution dans l'enquête de périnatalité de 2009 ? Les femmes n'ayant pas bénéficié de ces séances déclarent qu'aucune préparation ne leur avait été proposée.

La question de l'information au cours de la grossesse se pose également pour les séances de préparation à la naissance. Il est nécessaire d'informer les femmes dès la déclaration de grossesse sur l'existence de séances de préparation à la naissance et sur les différentes méthodes possibles.

La participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité semble être primordiale car elle intervient même, selon les sages-femmes, sur la prise en charge du travail et de l'accouchement.

2.2. La gestion du travail

La direction du travail

L'étude recense l'utilisation d'ocytocine ou d'autres médicaments agissant sur la dynamique utérine et/ou sur la dilatation cervicale, la rupture artificielle de la poche des eaux (RAPE) précoce dans le travail et la pratique des sondages urinaires lors du travail comme étant les moyens de la médicalisation de la naissance.

➤ Utilisation d'ocytocine et autres thérapeutiques au cours du travail

L'ocytocine est fréquemment utilisée pour les parturientes à bas risque. Au sein de la maternité de type IIA, 49,43% des parturientes ont reçu de l'ocytocine en moyenne à 6 cm de dilatation cervicale. Le pourcentage de ces parturientes augmente jusqu'à 90% en maternité de type IIB et son utilisation est plus précoce dans le travail en moyenne à 5 cm de dilatation cervicale. (*cf page 42 graphique 11*)

Il est nécessaire de mettre en relation ces résultats avec l'admission en salle de naissances des parturientes qui est pour 66,5% d'entre-elles dans la maternité IIB avant 5 cm de dilatation cervicale alors qu'en maternité de type IIA seulement 31,46% des patientes sont admises en salle de naissances avant 5 cm. (*cf pages 41-42, graphiques 9 et 10*)

La première phase du travail, appelée phase de latence, est une phase de dilatation plutôt lente allant jusqu'à 4-5 cm de dilatation cervicale. La fréquence importante d'admission en salle de naissance durant cette période en maternité de type IIB peut expliquer l'utilisation fréquente des ocytociques au cours du travail. Une

admission plus tardive durant le travail pourrait-elle alors diminuer la fréquence d'utilisation de l'ocytocine ?

En 2007, l'Organisation Mondiale de la Santé classe l'utilisation d'ocytocine avant l'accouchement comme une pratique qui est à l'évidence nocive ou inefficace et qu'il convient d'éliminer. Elle énonce également les indications de son utilisation: le déclenchement artificiel du travail et l'harmonisation des contractions utérines (18). Or l'hypocinésie de fréquence représente 46% des indications à l'utilisation des ocytocines au sein de la maternité de type IIA et seul 1% en maternité de type IIB. De plus, 36% des dossiers en maternité de type IIA et 87% en IIB, ne comportaient aucune indication médicale quant à l'usage d'ocytocine. (*cf page 43*)

Dans la maternité de type IIB, la majorité des patientes bénéficie alors d'un travail dirigé sans indications médicales. En effet, lors des entretiens, la majorité des sages-femmes déclarent utiliser l'ocytocine de façon systématique pour toutes les parturientes.

L'ocytocine a pour propriété d'augmenter la fréquence et l'intensité des contractions utérines donc logiquement de diminuer la durée du travail. Cependant, l'étude révèle que la durée moyenne du travail dans la maternité de type IIA est de 2h36 minutes alors que dans la maternité de type IIB elle est de 3h28 minutes. (*cf page 48 graphique 19*)

Le gynécologue-obstétricien R.Merger déclare que l'accouchement médicalisé est « *favorable à condition de ne pas être de simples recettes ou des méthodes 'standard' mais des prescriptions non systématiques, réfléchies et adaptées à chaque circonstance* ». (15)

L'ocytocine n'est pas le moyen le plus adapté pour diminuer la durée du travail pour des parturientes caractérisées à bas risque.

D'autres thérapeutiques, tels que les antispasmodiques, peuvent également être utilisées lors du travail. En maternité de type IIA seul 15,7% des patientes ont eu des antispasmodiques et tardivement dans le travail, en moyenne à 7 cm de dilatation

cervicale. En maternité de type IIB, l'usage des antispasmodiques est plus répandu et concerne 27,8% des parturientes. (*cf page 43*)

Pourtant aucune étude n'a pu prouver l'efficacité des antispasmodique au cours du travail.

➤ La rupture artificielle de la poche des eaux précoce

Il est recommandé de pratiquer la rupture artificielle de la poche des eaux pendant la phase active du travail (à partir de 4 cm de dilatation cervicale) afin d'éviter les dystocies dynamiques.

La rupture artificielle de la poche des eaux précoce est très peu utilisée en maternité de type II : 2% des parturientes en maternité de type IIA et 3,4% en maternité de type IIB. (*cf page 46 graphiques 14-15*)

L'OMS, en 1997, classe la pratique de l'amniotomie précoce comme une pratique à utiliser avec précaution car on dispose de preuves suffisantes pour les recommander fermement (18).

En 2003, lors des Etats généraux de la Naissance, un consensus a conclu qu'il fallait considérer la rupture artificielle de la poche des eaux précoce comme un acte dont le bénéfice est limité par ses effets secondaires.

La pratique de la rupture artificielle de la poche des eaux en maternité de type II est donc en accord avec les recommandations actuelles.

➤ Le sondage urinaire au cours du travail

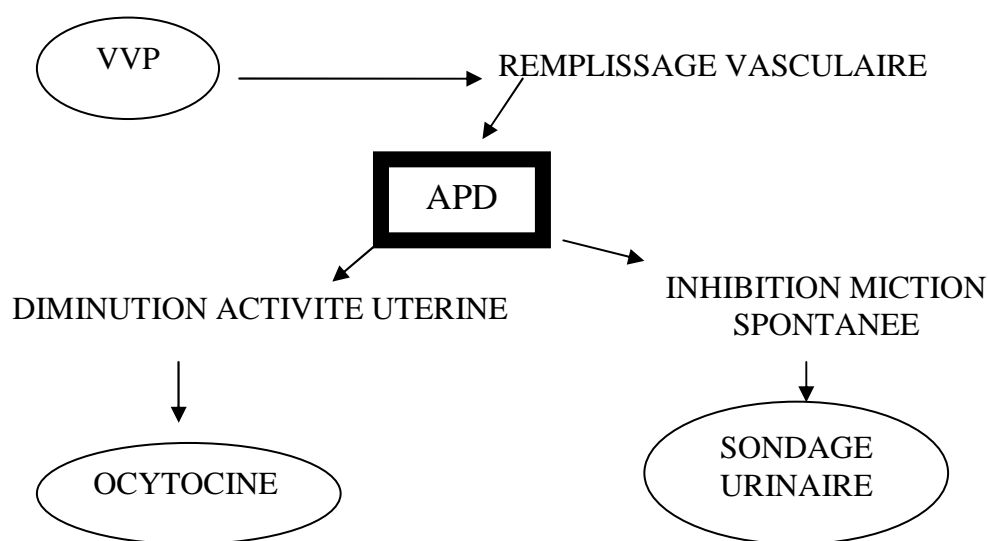
Malgré les recommandations de l'OMS, qui classe le sondage urinaire comme une pratique fréquemment utilisée à tort (18), il est encore largement pratiqué au sein des maternités de type II. En effet, un tiers des patientes ont reçu un sondage urinaire en maternité de type IIA et en maternité de type IIB. Dans les deux maternités, le sondage urinaire est majoritairement pratiqué à dilatation complète (*cf page 45 graphique 13*)

Malgré ces recommandations, il est également conseillé d'encourager la parturiente à vider sa vessie régulièrement (7). Les efforts expulsifs sur une vessie pleine ont effectivement une incidence sur la survenue de trouble périnéo-sphinctérien ultérieurs.

Les sondages urinaires répétés pendant le travail, représentant 2% des patientes en maternité IIA et 3% en IIB, sont peu pratiqués car ils favorisent la survenue d'infection urinaire dans le post-partum. **Le rapport bénéfice/risque concernant le sondage urinaire est alors respecté au sein des deux maternités.**

➤ L'analgésie péridurale.

L'étude révèle que l'élément central de la médicalisation de l'accouchement est l'utilisation d'une analgésie péridurale. En effet, lors des entretiens, les sages-femmes déclarent que la prise en charge du travail est directement liée à la présence d'une analgésie péridurale.



La pose d'une analgésie péridurale correspond à 54% des patientes en IIA en moyenne à 6 cm et 49,3% des patientes en moyenne à 5 cm en IIB. (cf page 44 graphique 12). Les sages-femmes de la maternité de type IIB admettent en salle de naissance plus précocement les parturientes souhaitant une analgésie péridurale. Donc, l'utilisation fréquente d'ocytocine est alors à mettre en relation avec la pose d'une analgésie péridurale. De plus, un effet de l'analgésie péridurale est de diminuer la

contractilité utérine sans augmenter la deuxième phase du travail si le remplissage vasculaire ne dépasse pas 1 litre (32).

Pourtant en maternité de type IIB, le pourcentage des femmes ayant reçu de l'ocytocine est plus importante que le pourcentage de femmes ayant eu une analgésie péridurale. **Quel est alors la place du savoir-faire dans la gestion du travail physiologique ?**

De plus, l'utilisation d'une analgésie péridurale au cours du travail provoque également une inhibition du réflexe de la miction spontanée. Mais le remplissage volémique par des solutés cristalloïdes (type Ringer Lactate), qui favorise le remplissage vésical, est obligatoire lors de l'analgésie péridurale pour prévenir le risque hypotenseur.

Malgré la fréquence importante de l'analgésie péridurale au sein des deux maternités, le sondage urinaire n'est pas systématiquement réalisé.

L'analgésie péridurale entraîne également une diminution de la mobilité de la parturiente alors que l'OMS en 2005 préconise, au contraire de favoriser la déambulation des parturientes afin d'accélérer le travail.

Une alternative à l'APD standard est l'APD ambulatoire qui associe alors la gestion de la douleur avec la mobilité de la parturiente. Cette pratique nécessite une période d'activité « calme » et une équipe obstétricale motivée et nombreuse car la pose nécessite la présence constante d'un professionnel. En effet, après l'injection du produit anesthésiant (ropivacaine 0,1%), il est nécessaire de contrôler la pression artérielle, le rythme cardiaque fœtal et de tester la déambulation : asseoir la patiente, la lever puis de pratiquer le test de genuflexion. Il est également important de surveiller l'éventuelle apparition d'un bloc moteur.

La pratique de l'APD ambulatoire permettrait alors de diminuer la fréquence d'utilisation de l'ocytocine car la mobilité favorise l'évolution du travail et de diminuer la fréquence des sondages urinaires. Le rythme cardiaque fœtal pourra être évalué grâce à des capteurs sans fils, de plus en plus présent au sein des salles de naissance. Cependant cette pratique est-elle recommandée dans des établissements ayant un taux d'activité importante, où la sage-femme suit conjointement plusieurs parturientes ?

N'existe t-il pas d'autres méthodes permettant une gestion de la douleur tout en limitant la médicalisation ?

L'étude révèle alors que pour les grossesses identifiées à bas risque, il existe tout de même une médicalisation importante du travail : l'hypothèse de départ est alors affirmée. L'étude montre également que cette médicalisation est plus importante au sein de la maternité de type IIB. L'organisation du bloc obstétrical de la maternité de type IIB peut-elle favoriser la médicalisation de la naissance ? La charge de travail fait également partie des éléments favorisant : la gestion d'un service de 830 accouchements par an et celui d'un service avec une activité annuelle de 2600 accouchements est différente. La réalisation d'un projet de service visant à favoriser autant que possible la physiologie comme au sein de la maternité de type IIA est-il possible dans un établissement avec une activité annuelle importante ? Quelle est la place de la femme dans cette médicalisation ? La gestion de la douleur ; causant la pose d'une analgésie péridurale, est-il le facteur de la médicalisation ? Une préparation à la naissance permettrait-elle, en travaillant avec le couple sur leurs besoins, leurs craintes, une meilleure gestion de la douleur tout en laissant la place à une analgésie péridurale plus tardive dans le travail ?

L'influence de la prise en charge du travail sur le pronostic de l'accouchement

L'enquête a permis de comparer une gestion active du travail avec l'utilisation d'ocytocique, une rupture artificielle de la poche des eaux précoce dans le travail et une analgésie péridurale, et une gestion sans ocytocique et sans amniotomie (*cf pages 54-55*). Lors de la prise en charge active qui représente un petit échantillon de l'étude:

- la durée du travail augmente
- l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal comporte plus de signes pathologiques
- la fréquence des accouchements voie basse est diminuée.

De façon générale, l'amniotomie précoce et l'usage d'ocytocine à des doses importantes augmentent la fréquence des ralentissements sévères et tardifs et augmentent la fréquence des césariennes (38).

En revanche, l'enquête révèle une adaptation extra-utérine plus longue du nouveau né avec la gestion moins médicalisée.

En maternité de type IIA, les difficultés d'adaptation du nouveau-né à la naissance peuvent s'expliquer par la fréquence importante de la balnéothérapie au cours du travail (32,8% des patientes). En effet, en 2004, une étude anglaise évalue l'efficacité et l'innocuité de la balnéothérapie par rapport à la stimulation du travail (direction du travail) chez les primipares ayant un diagnostic de dystocie en phase active du travail (39). L'étude est composée de deux groupes :

- parturientes ayant recours à la balnéothérapie pendant une durée maximum de 4 heures (si l'absence d'évolution dans le travail au-delà de cette période est constaté, les patientes auront une stimulation du travail)
- parturientes bénéficiant d'un travail dirigé.

Elle conclut que chez les parturientes du groupe 'balnéothérapie', la fréquence d'analgésie péridurale et de stimulation du travail est moins élevée mais plus de nouveau-nés ont nécessité un transfert en réanimation néonatale. Les raisons de l'augmentation de la morbidité néonatale est encore en cours d'évaluation.

De plus, malgré un petit échantillon de parturientes, **l'étude montre qu'un déroulement moins médicalisé du travail, défini par la présence de contractions utérines sous la seule influence de la physiologie et une rupture spontanée de la poche des eaux, semble être plus adapté aux parturientes à bas risque** évalué par l'absence de signes pathologiques maternels ou fœtaux au cours du travail, par un accouchement voie basse et une bonne adaptation du nouveau-né à la naissance, **l'hypothèse de départ est alors affirmée. Pourtant l'adaptation du nouveau-né semble être plus facile avec une gestion plus médicalisée.**

La physiologie au cours du travail

L'étude révèle une mobilisation importante des parturientes dans les deux maternités. (*cf pages 47-48 graphiques 17 et 18*). Cette pratique est donc en accord avec les recommandations actuelles de l'OMS. (19) Effectivement, les différentes positions sont utilisés à des fréquences identiques au sein des deux maternités. Il est important de

souligner que les positions ne sont pas systématiquement renseignées sur le partogramme : 20% des parturientes en maternité de type IIA et 23% en maternité de type IIB.

L'étude révèle également que la position gynécologique lors de l'accouchement est majoritaire au sein des deux établissements : 55% des accouchements dans la maternité de type IIA et 95% dans la maternité de type IIB. (*cf page 53*)

Une formation sur la liberté posturale lors du travail et de l'accouchement devrait être systématiquement proposée aux sages-femmes. Effectivement Mme le Dr De Gasquet met un point d'honneur à la formation des sages-femmes sur cet enseignement. Il serait également envisageable d'y inclure les étudiants sages-femmes pour que dès leur formation initiale les différentes postures lors du travail soit considérées comme un véritable outil à la mécanique obstétricale.

Le fait d'inclure dans le dossier obstétrical les informations concernant le respect de la physiologie en salle de naissance faciliterait-il l'utilisation de ces moyens? Les informations concernant l'existence ou non d'un projet de naissance, la participation aux séances de préparation à la naissance, qui sont des facteurs influençant la prise en charge du travail, pourraient y figurer au même titre que les différents moyens proposés à la femme lors du pré-travail, les différentes positions lors du travail, la position d'accouchement, le contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né...

3. LE PRINCIPE DE SECURITE INHERENT A TOUT ACCOUCHEMENT

L'importance du principe de sécurité nécessaire à tout accouchement peut se démontrer par la pose d'une voie veineuse périphérique, prévenant le risque hémorragique, et l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal continu lors du travail, témoin du bien être fœtal.

- La voie veineuse périphérique : un moyen de prévention du risque hémorragique.

La pose d'une voie veineuse périphérique est fréquente au sein des maternités de type II. En effet seul 4% des patientes en maternité IIA et 1,1% des patientes en maternité de type IIB n'ont pas de voie veineuse périphérique (VVP) pour l'accouchement.

Le moment de la pose varie entre les deux maternités : 95,5% des VVP sont posées au cours du travail en maternité IIB alors que 77,5% des VVP sont posées à l'admission lorsque le travail est diagnostiqué, en maternité de type IIA. (*cf page 40 tableau 8*)

La VVP est nécessaire à la pose d'une analgésie péridurale. Cependant, en maternité IIA, 54% des patientes ont reçu une analgésie péridurale alors que 96% des parturientes ont une VVP. En maternité IIB, il existe également une différence entre le pourcentage d'APD qui correspond à 79% de la population et le pourcentage élevé de VVP : 98,9% des patientes.

Les entretiens révèlent une discordance d'opinion concernant la pose d'une voie veineuse périphérique : certaines sages-femmes font le lien entre la pose d'une analgésie péridurale, cependant une majorité de sage-femme la considère obligatoire même pour un accouchement eutocique.

En 1997, l'OMS classe « l'infusion intra veineuse » systématique pendant le travail comme un acte à l'évidence nocif ou inefficace (18).

Il existe des dispositifs médicaux permettant d'allier une mobilité de la patiente avec la sécurité d'une voie veineuse rapidement accessible comme la valve bidirectionnelle à pression positive. Elle se positionne à l'extrémité du cathéter veineux et maintient un système clos se refermant immédiatement après le prélèvement sanguin, l'injection d'un médicament ou lorsque la ligne de perfusion est déconnectée. Elle nécessite des conditions d'asepsie rigoureuse lors de sa pose et un rinçage régulier de soluté de chlorure de sodium 0,9%. (40)

La mise en place de ce type de voie veineuse permettrait à tous les établissements de pratiquer la délivrance dirigée, recommandée pour la prévention des hémorragies de la délivrance. Dans la maternité de type IIB, la délivrance dirigée est fréquemment utilisée (*cf page 53*).

- L'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal : témoin du bien être fœtal

Le témoin du bien être fœtal au cours du travail est majoritairement l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal. La fréquence de l'enregistrement continu est importante au sein des deux maternités : 64,05% des accouchements en IIA et 97,8% des accouchements en IIB. (*cf page 41*)

Les recommandations actuelles suggèrent que la surveillance discontinue ne peut se concevoir que pour une patiente à bas risque et nécessitent alors la présence d'une sage-femme par parturiente. Or les ressources actuelles en personnel ne sont pas suffisantes pour honorer cet impératif (33).

De plus, l'auscultation intermittente, qui consiste à l'analyse du rythme cardiaque fœtal pendant 30 secondes avant et après chaque contraction utérine toutes les 15 minutes pendant la première phase du travail puis toutes les 8 minutes pendant la deuxième phase, a une moins bonne sensibilité pour la détection des acidoses néonatales que l'enregistrement continu. En revanche l'enregistrement continu augmente le taux d'extraction instrumentale et de césarienne.

Le principe de sécurité est plus présent au sein des maternités de type IIB avec une fréquence plus importante des VVP, de délivrance dirigée et d'enregistrement du RCF continu. Pourtant cette notion de sécurité n'apparaît que lors de deux entretiens auprès des sages-femmes de maternité de type IIB.

L'Etude anglaise Meat and Kornbrot en 2004, porte sur le lien entre le niveau d'intervention per partum et la perception du risque per partum par la sage-femme. Elle a démontré que les sages-femmes de maternité de plus haute intervention avaient une perception du risque légèrement plus élevée que leurs collègues travaillant dans des maternités à niveau d'intervention plus faible. Il existe une surestimation du risque pour les femmes en bonne santé et dont le travail progressait sans intervention malgré une sous estimation de ce risque pour les femmes dont le travail était optimisé ou qui utilisaient une péridurale (10). Pourquoi les sages-femmes travaillant dans une maternité à niveau de risque plus élevé surestiment le risque des parturientes physiologiques ? Existe-il une habitude de travail liée à la pathologie alors que le domaine des compétences des sages-femmes est la physiologie? La sécurité offerte aux parturientes est-elle forcément liée à la technicisation du travail ?

Pour offrir une prise en charge moins médicalisée aux parturientes tout en travaillant dans des conditions qui garantissent la sécurité lors de l'accouchement, des Espaces de Naissances ont été créés au sein de plusieurs maternité de type III.

Aux hôpitaux universitaires de Strasbourg, un espace physiologique existe, sous la responsabilité des sages-femmes, au sein du bloc obstétrical de la maternité. Il propose une alternative entre un accouchement médicalisé et une naissance à domicile, demande de plus en plus fréquente de la part des femmes, dans un espace respectueux de la sécurité, du confort et des attentes des parturientes (35).

Cependant, les sages-femmes responsables de ce secteur travaillent également au sein de la maternité de type III où la plus grande partie du travail consiste à prendre en charge des grossesses pathologiques. L'existence de protocoles pour les grossesses pathologiques influence alors la prise en charge de la physiologie impliquant : « *l'enthousiasme des sages-femmes se heurtent à la difficulté à changer des habitudes de travail prises en maternité de type III.* » (35)

Au sein de la maternité du Centre Hospitalier de Pontoises, une maison de naissance a été expérimentée. Des sages-femmes détachées de l'établissement sont responsables de cet endroit et sélectionnent en anténatal les grossesses à bas risque lors d'un entretien. Le savoir-faire des sages-femmes influence-t-il de manière différente leur prise en charge des parturientes si elles sont détachées de l'établissement ?

La création des Espaces de naissances est liée à l'augmentation de la fréquentation des grossesses à bas risque au sein des maternités de type III. Comment expliquer la création d'espaces physiologiques et la fermeture en parallèle des maternités de type I alors qu'elles prennent en charge tous deux les grossesses à bas risque ? Les maternités de type I offraient-elles moins de sécurité aux parturientes à bas risque que les établissements de type III ? Les fermetures des maternités de type I sont-elles simplement liées aux modifications de la carte sanitaire, liées à la situation actuelle du système de santé français ?

De plus, le changement d'habitude des sages-femmes travaillant eu sein de ces Espaces de Naissances est d'autant plus difficile avec la pression médico-légale associée aux professions de la naissance. La sage-femme, profession médicale, engage sa responsabilité civile et pénale lors de son exercice professionnel. Actuellement les procès sont de plus en plus fréquents et le nombre de sinistres a cru de manière importante ce qui peut également expliquer la technicisation de la naissance de la part des professionnels qui s'offrent alors un maximum de sécurité (36).

L'hypothèse annonçant le principe de sécurité comme un des facteurs de la médicalisation de la naissance, est affirmée et semble être plus important dans les maternités accueillant des grossesses à haut risque.

Conclusion

Alors qu'en France, environ 80% des grossesses se déroulent physiologiquement, l'activité au sein des maternités de type III est en pleine augmentation favorisant alors une technicisation de l'accouchement même pour les parturientes à bas risque. La notion de médicalisation de la naissance débute alors dès le suivi prénatal par l'absence d'identification des grossesses à bas risque.

L'investissement des sages-femmes, actuellement peu important, concernant le suivi prénatal permettrait-il de favoriser la différenciation entre le haut risque et le bas risque? L'enquête périnatale qui débutera courant 2009, pourra montrer l'évolution depuis 2003 de la pratique du suivi prénatal par les sages-femmes libérales ou hospitalières. De plus, la coopération de tous les professionnels participant au suivi prénatal (suivi médical, entretien prénatal précoce, préparation à la naissance et à la parentalité, création d'un projet de naissance) est nécessaire avec, comme outil pour la transmission des informations, un dossier périnatal unique. La connaissance globale du suivi prénatal permettrait alors une adaptation de la prise en charge du travail au niveau de risque de cette parturiente.

Cependant, à l'heure où le risque médico-légal devient de plus en plus présent dans le secteur de la naissance, est-il possible d'offrir une prise en charge adaptée à chaque situation tout en offrant un niveau de sécurité élevé? Le plan de périnatalité 2005-2007 prévoit l'évaluation des « *maisons de naissances* », lieu de prise en charge privilégiée de la physiologie sous la responsabilité exclusive des sages-femmes.

Comment alors expliquer la fermeture des maternités de type I qui prennent en charge le bas risque tout en respectant un niveau de sécurité élevée grâce aux décrets de périnatalité de 1998 ?

BIBLIOGRAPHIE

1. HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité. Rennes : Editions de l'école de nationale de santé publique, 1994, 255p (Avis et rapports du HCSP).
2. KNIBIEHLER Yvonne. Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle. Rennes : Editions de l'école de nationale de santé publique, 2007, 188p.
3. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Code de la Santé Publique. Décrets n°98-899 du 9 octobre 1998, relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale. Journal officiel, n°235 du 10 octobre 1998 page 15344.
4. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE « Humanité, proximité, sécurité, qualité ». Plan de périnatalité 2005-2007. Edité le 10 novembre 2004.
5. AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DE LORRAINE. Données de travail SROS 1999-2004 : périnatalité. Nancy, ARH Lorraine, 1999, 166p.
6. Dr STEINBERG. « Le nouveau-né malade ». Apport théorique du 25/09 /2007.
7. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Enquête nationale périnatale, Description et évolution depuis 1998 en métropole [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/description.htm>> (consulté le 06/11/2008)

8. RESEAU PERINATAL LORRAIN. Le réseau périnatal lorrain. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.reseauperinatallorain.org>> (consulté le 17/11/2008)
9. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Code de la Santé Publique. Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie, ou réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel, n°235 du 10 octobre 1998 page 15344.
10. DABADIE C, FRAGE M, VENDITELLI F, GALLOT D, LEMERY D. Accueil des grossesses à bas risque dans les maternités de niveau III. Comment offrir des services adaptés ? XXXIVème Journées nationales de la Société Française de médecine périnatale, Dijon, 2004.
11. BLONDEL B. Prise en charge des femmes enceintes à bas risque en France. ? XXXIVème Journées nationales de la Société Française de médecine périnatale, Dijon, 2004.
12. JEANVOINE Christiane. Analyse d'une pratique d'accouchement médicalisé, de la maternité physiologique vers les « maisons de naissance ». Thèse en médecine. Nancy, faculté de médecine, 2003, 395p.
13. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques, 2007, 145p.
14. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Préparation à la naissance et à la parentalité, 2005, 56p.
15. MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J. Précis d'obstétrique 6ème éditions. Editions Masson, 2001, 597p.
16. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Conférence interrégionale sur la technologie appropriée de l'accouchement. Fortaleza Brésil. 22-26 avril 1985.

17. LE PARLEMENT EUROPEEN. Charte des droits de la parturiente. Journal Officiel des communautés européennes, 08/07/1988.
18. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Les soins liés à un accouchement normal. Rapport d'un groupe de travail technique, 1997, 61p.
19. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin. 2005.
20. MARIA B, MURAY JM et al. Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. « Soins efficaces : recommandations des pratiques obstétricales pendant le travail selon les résultats et leurs évaluations. » Etats généraux de la naissance Paris, 6/02/2003.
21. MARIA B. Conduite et surveillance du travail par analyse critique de la direction du travail. Rencontres de Port-Royal, 17/11/2001, p1-8
22. LANSAC J, MARRET H. Pratique de l'accouchement 4^{ème} éditions. Editions Masson, 2006, 525p.
23. THOULON JM, PASQUIER JC, AUDIRA P. La surveillance du travail avant, pendant et après l'accouchement. Editions Masson, 2003, 360p.
24. Pr PAPIERNIK E. Le passeur de vie, libre propos recueillis par Nicole Leibwik. Editions Plon, 1998, 191p.
25. MARIA B. Accoucher et naître en France en l'an 2000. IX^{ème} rencontres de gynécologie-obstétrique, Nancy, 8 octobre 2000. Les dossiers de l'obstétrique, Janvier 2000, n° 279, p32-37
26. Pr NISAND I. Démédicaliser ou humaniser. Journée E.P.U Poissy. 22 octobre 1993. Les dossiers de l'obstétrique, Janvier 1994, n°213, p 15-16.
27. AISSE S, BALSAN M, BACHELARD THOMAS J, CLEMENT A, Dr CHEMOUNY B. Les sages-femmes et l'homéopathie. Editions Lehning, 2006.

28. Dr DE GASQUET. Les positions d'accouchements en question. Les dossiers d'obstétrique, 1995, n°232, p3, 20-30.
29. Dr DE GASQUET. L'environnement de la naissance. Propositions pratiques pour favoriser la mobilité maternelle. Annales médicales de Nancy et de Lorraine, 125^{ème} année tome XXXVIII n°30-55-62. 1999.
30. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Comment mieux informer les femmes enceintes ? 2005, 56p
31. COLLEGE ASSOCIATIF ET SYDICAL DES SAGES-FEMMES, CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. Le référentiel métier et compétences des sages-femmes. Octobre 2007.
32. CHALOT Y. Anomalies du RCF associées à des pratiques anesthésiques. 18^{ème} Nancéiennes de gynécologie-obstétrique, 2008.
33. TEXTES DES RECOMMANDATIONS GUIDELINES. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. Editions Elsevier-Masson. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2008
34. MIDWIFERY. The influence of maternity unit's intrapartum intervention rates and midwives risk perception for women suitable for midwifery-led care. 2004
35. NOUSSE B. « Espace de naissance : une approche innovante aux hôpitaux universitaires de Strasbourg ». 36^{ème} journée nationale de médecine périnatale, p 103-108, 2008.
36. BUHR, LEROGNON, MARTEAU, MONTESO, POIAIROT, SCHATZ (sages-femmes de salle de naissance) et D MIRISKY (cadre de l'unité). Bilan Maison de la Naissance. 34^{ème} journée nationale de médecine périnatale, p 93-95, 2006
37. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.ordre-sages-femmes.fr>> (consulté le 15 janvier 2009).

38. VERSPYCK E. Anomalies de RCF associées à des pratiques obstétricales. 18^{ème} Nancéiennes de gynécologie-obstétrique. Nancy, 2008.
39. CLUETT ER, PICKERING RM, GETLIFFE K. Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. BMJ, février 2004, 328p.
40. BRUN H, CARUBA T, GUEROT E , ROSSIGNOL E, PROGNON P, PINEAU J. Implication du pharmacien dans le bon usage des dispositifs médicaux de perfusion. J Pharm Clin 2007, 26p.

ANNEXES

ANNEXE I

Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale
(deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR: MESH9822605D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 176, L. 711-2, L. 711-6, L. 712-2, L. 712-3-2, L. 712-8 à L. 712-16, L. 716-9 et R. 712-2 ;

Vu la loi no 91-748 du 31 juillet 1991 modifiée portant réforme hospitalière, et notamment l'article 25 ;

Vu le décret no 75-750 du 7 août 1975 pris pour l'application de l'article L. 176 du code de la santé publique ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. - L'article R. 712-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- au 3 du I, le mot : « obstétrique » est remplacé par le terme : « gynécologie-obstétrique » ;

- au 9 du III, les mots : « néonatalogie et réanimation néonatale » sont remplacés par les mots : « obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ».

Art. 2. - Au livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), titre Ier, chapitre II, section IV, est insérée, après l'article R. 712-83, une sous-section II ainsi rédigée :

« Sous-section II

« Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

« Art. R. 712-84. - Les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site, soit une unité d'obstétrique, soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie, soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale.

« Art. R. 712-85. - I. - Afin de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant, les établissements de santé pratiquant l'obstétrique :

« 1. Participent à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée ;

« 2. Assurent l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance ;

« 3. Assurent le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées.

« II. - La néonatalogie a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance.

« III. - La réanimation néonatale a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

« Art. R. 712-86. - Les unités citées à l'article R. 712-84 exercent les missions suivantes :

« I. - L'unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.

« II. - L'unité de néonatalogie assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au II de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient ou non nés dans l'établissement. Un secteur de soins intensifs aux nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale peut être organisé au sein de l'unité de néonatalogie. Si l'unité de néonatalogie où se trouve l'enfant ne peut assurer la prise en charge adaptée du nouveau-né, elle organise son transfert vers une unité ou un établissement aptes à délivrer les soins appropriés.

« III. - L'unité de réanimation néonatale assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au III de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement. Cette unité doit être associée à un secteur de soins intensifs de néonatalogie sur le même site.

« Art. R. 712-87. - Seuls les établissements de santé dispensant les soins mentionnés au a du 1 de l'article L. 711-2 peuvent être autorisés, en application des articles L. 712-8 et L. 712-9, à exercer les activités de soins relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale.

« I. - L'obstétrique s'exerce dans des installations autorisées en gynécologie-obstétrique.

« Lorsqu'un établissement ayant une unité d'obstétrique ne dispose pas d'une unité de réanimation d'adultes, il passe une convention, soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, avec un établissement comportant une telle unité. Tout établissement de santé pratiquant l'obstétrique et traitant des grossesses à hauts risques maternels identifiés dispose d'une unité de réanimation d'adultes permettant d'y accueillir la mère en cas d'urgence et d'une unité de réanimation néonatale.

« II. - La néonatalogie s'exerce dans des installations autorisées en médecine. Toute unité de néonatalogie constitue soit une unité individualisée, soit un secteur séparé au sein d'une unité de pédiatrie.

« III. - La réanimation néonatale s'exerce dans des installations autorisées en médecine. Elle ne peut être pratiquée que si l'établissement de santé comprend sur le même site une unité de néonatalogie autorisée

dont une partie des installations est affectée aux soins intensifs de néonatalogie. Toute unité de réanimation néonatale constitue soit une unité individualisée, soit un secteur séparé au sein d'une unité de réanimation pédiatrique.

« Art. R. 712-88. - L'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée, en application des articles L. 712-8 et L. 712-9, que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements. Toutefois, elle peut exceptionnellement être accordée à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population.

« Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités pré et postnatales sous l'appellation de "centre périnatal de proximité", en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations pré et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Art. R. 712-89. - I. - Le schéma régional d'organisation sanitaire fixe des objectifs en ce qui concerne la coopération entre les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale et l'organisation en matière d'orientation de la femme enceinte préalablement à son accouchement en cas de risque décelé pour elle-même ou son enfant et en matière de transfert des enfants entre les unités mentionnées à l'article R. 712-84.

« II. - Lorsqu'un établissement ne disposant pas des trois unités mentionnées à l'article R. 712-84 n'adhère pas à un réseau de soins constitué en application de l'article L. 712-3-2, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation invite l'établissement à passer convention avec un ou plusieurs établissements de santé possédant les unités dont il ne dispose pas, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces établissements et de préciser les transmissions d'informations.

« Ces conventions sont établies et signées par les représentants des établissements après avis des organes représentatifs mentionnés aux articles L. 714-16, L. 714-17, ou après avis de la commission médicale prévue à l'article L. 715-8 ou avis de la conférence médicale prévue à l'article L. 715-12. Elles sont soumises à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et n'entrent en vigueur qu'après cette approbation.

« III. - Le dossier de demande ou de renouvellement d'autorisation prévu à l'article R. 712-40 devra faire apparaître si l'établissement a adhéré à un réseau de soins ou a passé convention avec un ou plusieurs autres établissements dans les conditions mentionnées au II du présent article. »

Art. 3. - Les schémas régionaux d'organisation sanitaire en vigueur à la date de publication du présent décret devront, pour ce qui concerne l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale, être révisés dans un délai d'un an à compter de cette date, afin de tenir compte des dispositions des articles R. 712-84 à R. 712-89 du code de la santé publique.

Art. 4. - Les établissements souhaitant exercer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale prévues au III de l'article R. 712-2 du code de la santé publique devront, en application de l'article 25 de la loi du 31 juillet 1991 susvisée, demander l'autorisation prévue à l'article R. 712-87 du même code.

La première période pendant laquelle les établissements de santé devront déposer les demandes d'autorisations mentionnées à l'article R. 712-87 de ce code sera ouverte, par dérogation aux dispositions de l'article R. 712-39, par arrêté du ministre chargé de la santé au terme du délai prévu à l'article 3 ci-dessus pour la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Cette période sera de six mois. La date de clôture de cette période fait courir le délai de six mois prévu au troisième alinéa de l'article L. 712-16.

Art. 5. - Les autorisations prévues à l'article R. 712-87 du code de la santé publique pourront être accordées à un établissement de santé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale à la date d'ouverture de la période prévue au dernier alinéa de l'article 4 ci-dessus et ne satisfaisant pas encore aux conditions techniques de fonctionnement prévues par le décret pris pour l'application du 3o de l'article L. 712-9, à condition que cet établissement se mette en conformité avec lesdites conditions techniques dans un délai de trois ans courant à compter de la date de notification des autorisations. Ce délai peut être porté à cinq ans pour la mise aux normes des locaux, lorsque celle-ci nécessite un regroupement de sites.

Art. 6. - Les articles 8 et 10 du décret du 7 août 1975 susvisés sont abrogés.

Toutefois, les établissements de santé privés doivent satisfaire aux conditions prévues par ces articles jusqu'à ce qu'ils se soient mis en conformité selon les modalités fixées à l'article 5 ci-dessus avec les dispositions du décret pris pour l'application du 3o de l'article L. 712-9 du code de la santé publique.

Art. 7. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le secrétaire d'Etat à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 9 octobre 1998.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Martine Aubry

Le secrétaire d'Etat à la santé,

Bernard Kouchner

ANNEXE II :

GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES

NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE : _____ AGE : _____ N° D'ARCHIVE :	TERME : _____ SA	GESTITE : PARITE :
-----------------------------------------------------------------------------	------------------	-----------------------

Suivi prénatal :

sage-femme

Nombre de consultation _____

médecin

Nombre de consultation _____

Entretien prénatal précoce : OUI NON Terme : _____ SA

Gestion du pré-travail

1. Arrivée en Salle de naissance : ___h ___min. Dilatation du col _____cm

2. Orientation:

Salles de pré-travail

Salles de naissances

Maternité-secteur suites de couches

Unité de grossesses pathologiques

3. Pose d'une voie veineuse périphérique :

NON

OUI → Heure à la pose : ___h ___min

→ Dilatation du col : _____cm

4. Prise en charge dans la salle de pré-travail :

Déambulation

Balnéothérapie

Massages

Autres _____

5. ECT

Enregistrement cardiotocographique continu

Enregistrement cardiotocographique discontinu

Gestion du travail

Admission en salle de naissances : ___h ___min Dilatation du col ___cm

1. Utilisation d'ocytocique NON OUI Dilatation : _____cm
 Indication : _____
 Débit Maximal : _____ml/h

2. Thérapeutiques Dilatation Indication :
 _____cm _____

- Antispasmodique NON OUI _____cm _____
- Homéopathie NON OUI _____cm _____
- Autres : NON OUI _____cm _____
 - _____cm _____
 - _____cm _____

3. Pose APD NON Dilatation _____cm
 OUI

4. Membranes
 • RPM -18H NON OUI Couleur du LA _____
 • RSPE NON OUI Dilatation : _____cm
 • RAPE NON OUI

5. Sondage urinaire NON Nombre :
 OUI Dilatation :- _____cm
 - _____cm
 - _____cm

6. Position au cours du travail DLD
 DLG
 Hyperflexion
 Déambulation

7. Activité utérine Physiologique Pathologique :
 -Type : _____
 -Dilatation : _____cm
 _____cm

8. RCF Physiologique Pathologique
 Au cours du travail Ralentissements précoces
 Ralentissements tardifs
 Ralentissements variables
 Bradycardie
 Tachycardie
 Microscillant

Au moment de l'expulsion PHYSIOLOGIQUE PATHOLOGIQUE :

DUREE DU TRAVAIL _____
 DUREE D'OUVERTURE DE L'ŒUF _____
 NOMBRE DE TOUCHERS VAGINAUX PENDANT LE TRAVAIL _____

Accouchement

9. Mode d'accouchement VBS Extraction instrumentale Césarienne : Indication :
type d'anesthésie :

- APD
- Perirachianesthésie combinée
- Rachianesthésie
- Anesthésie générale

10. Position DD DL AUTRES _____

11. Délivrance dirigée OUI NON

12. Hémorragie de la délivrance OUI NON

DA/RU OUI NON

13. Episiotomie OUI NON

Type :
Déchirure : OUI NON

Nouveau-né

Apgar 1 min _____ / 3 min _____ / 5 min _____

Poids _____ g

Transfert en unité de réanimation néonatale : OUI NON

Annexe III

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Lieu d'exercice :

Depuis combien d'années travaillez-vous en salle de naissances ?

Avez-vous travaillé dans d'autres établissements ?

Si oui étaient-ils de même niveaux que l'actuel ?

Vous accueillez une parturiente à terme. Sa grossesse est caractérisée sans risques prévisibles. Quelle prise en charge lui proposez-vous ?

Dans votre pratique quotidienne, quels sont les facteurs qui influencent la prise en charge d'une parturiente (d'un point de vue organisationnel et personnel) ?

ANNEXE IV

Facteurs de risque obstétrical selon le « Verloskundig Vademecum »

Critères définissant les niveaux de risque obstétrical traduits et adaptés des critères néerlandais « Verloskundig Vademecum »(27).

La colonne de droite précise le professionnel de santé le plus adapté pour la prise en charge :
 (A) : correspond aux pathologies en cours de grossesse qui peuvent relever du professionnel dit de 1^{ère} ligne (sage-femme ou médecin généraliste).

(B) : correspond aux pathologies nécessitant une concertation, entre la sage-femme ou le médecin généraliste de 1^{ère} ligne et l'obstétricien de 2^{ème} ligne, dont découlera une décision consensuelle commune quant aux modalités de prise en charge.

(C) : correspond à la nécessité d'une prise en charge par un obstétricien de 2^{ème} ligne.

(D) : correspond à des grossesses dont les soins obstétricaux en cours de grossesse peuvent être de 1^{ère} ligne, mais où l'accouchement doit avoir lieu en milieu spécialisé (grossesse normale et accouchement avec facteurs de risque ou potentiellement pathologique).

1. Pathologie préexistante – non gynécologique

1.1	Épilepsie non traitée	A
1.2	Épilepsie traitée	B
1.3	Hémorragie sub-arachnoïdienne, anévrisme	C
1.4	Sclérose en plaques	B
1.5	Hernie discale	A/C
1.6	Pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B
1.7	Asthme	A/C
1.8	Tuberculose traitée	C
	Antécédent de tuberculose	A
1.9	Infection par le VIH	C
1.10	Hépatite B : portage antigène HBs	A
1.11	Hépatite C	B
1.12	Pathologie cardiaque avec retentissement hémodynamique	C
1.13	Thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire	B
1.14	Anomalies de la coagulation	C
1.15	Anomalies rénales (avec incidence sur la fonction rénale)	C
1.16	Hypertension artérielle	C
1.17	Diabète	C
1.18	Affections thyroïdiennes (hyper ou hypothyroïdie)	
	– hyperthyroïdie, selon la pathologie	A/C
	– hypothyroïdie, selon la pathologie	A/C
1.19	Hémoglobinopathie	B
1.20	Maladie inflammatoire digestive	C
1.21	Maladie de système et maladies rares (Addison, Cushing, LEAD, SAPL, sclérodermie, arthrite rhumatoïde, Marfan, etc.)	C
1.22	Usage de drogues dures (héroïne, méthadone, cocaïne, XTC et autres)	C
1.23	Alcoolisme	C
1.24	Maladies psychiatriques	B

2. Pathologies gynécologiques préexistantes

2.1	Reconstruction pelvienne	C/A
2.2	Amputation cervicale	C
	Conisation	B

2.3	Cryothérapie et résection à l'anse	A
2.4	Myomectomie	C/A
2.5	Cytologie cervicale anormale	B/A
2.6	DES syndrome DIU en place	B B
2.7	Grossesse survenue après élimination DIU	A
2.8	Grossesse après traitement de l'infertilité	A
2.9	Anomalie pelvienne (traumatisme, disjonction symphysaire, rachitisme) Excision/grave anomalie anatomique	B A/B

3. Antécédents obstétricaux

3.1	Incompatibilité foetomaternelle Incompatibilité ABO	C A
3.2	Hypertension gravidique au cours de la grossesse précédente (Pré)éclampsie/syndrome de HELLP au cours de la grossesse précédente	A B A
3.3	Fausse couches répétées	C
3.4*	Accouchement prématuré (< 37 semaines) grossesse précédente Accouchement prématuré (< 33 semaines) grossesse précédente Accouchement prématuré (> 33 semaines) grossesse précédente	C A C/A
3.5	Béance cervicale et/ou cerclage, selon la pathologie	C
3.6	Décollement prématuré du placenta	A
3.7	Forceps ou ventouses	A/C
3.8	Césarienne, selon le terme	C
3.8*	Dysmaturité (retard de croissance intra-utérine)	B
3.9*	Asphyxie	B
3.10	Mort périnatale	B
3.11	Enfant précédent présentant une anomalie congénitale et/ou génétique	A
3.12	Hémorragie post-partum à la suite d'une épisiotomie	
3.13	Hémorragie post-partum à la suite d'une rupture cervicale (constatée cliniquement)	D
3.14	Hémorragie post-partum sévère (> 1 000 cc), autres causes	D
3.15	Antécédent de délivrance artificielle, selon la pathologie	D/C
3.16	Déchirure complète (rétablissement fonctionnel/pas de rétablissement fonctionnel)	A/C
3.17	Disjonction symphysaire	A
3.18	Dépression postnatale	A
3.19	Psychose postnatale	A
3.20	Grande multipare	A
3.21	Terme dépassé	A

4. Pathologie apparue/constatée pendant la grossesse

4.1	Datation incertaine en cas de grossesse à partir de 22 semaines	A/B
4.2	Anémie, Hb < 5,6 mmol/l	B
4.3	Infection urinaire pendant la grossesse Infections urinaires récidivantes pendant la grossesse	A B
4.4	Pyélonéphrite	C
4.5	Toxoplasmose, diagnostic et thérapie	C
4.6	Rubéole	C
4.7	Infection à cytomégalovirus	C
4.8	Herpès génital (primo-infection) Herpès génital (récidive) selon la pathologie Herpès labial	C A/C A
4.9	Infection à parvovirus	C
4.10	Varicelle/zona	B
4.11	Hépatite B – portage antigène HBs	A
4.12	Hépatite virale A, B, C, D ou E	B

4.13	Tuberculose	C
4.14	Infection VIH	C
4.15	Syphilis :	
	- sérologie positive et traitée	A
	- sérologie positive pas encore traitée	B
	- primo-infection	C
4.16	Hernie discale apparue pendant la grossesse	B
4.17	Cytologie cervicale PAP III ou plus élevée	C/A
4.18	Laparotomie pendant la grossesse	B
4.19	Prise de médicaments	A/B
4.20	Toxicomanie drogues dures (héroïne, méthadone, XTC et autres)	C
4.21	Alcoolisme	C
4.22	Maladies psychiatriques (névroses/psychoses)	A/C
4.23	Vomissements gravidiques	C
4.24	Grossesse extra-utérine	C
4.25	Diagnostic prénatal	C
4.26	Perte de liquide amniotique (< 37 SA)	C
4.27	Diabète	C
	Diabète gestationnel	A
4.28	Hypertension artérielle gravidique, selon les chiffres tensionnels	A/B/C
4.29	Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	C
4.30	Incompatibilité foetomaternelle	C
4.31	Thrombose veineuse profonde	C
4.32	Troubles de la coagulation	C
4.33	Pertes de sang persistantes avant 16 semaines	B
4.34	Pertes de sang après 16 semaines	C
4.35	Décollement prématuré du placenta	C
4.36	Suspicion de retard de croissance foetale	B
4.37	Suspicion de dystocie (disproportion foetopelvienne)	B
4.38	Dépassement de terme	C
4.39	Menace d'accouchement prématuré	C/A
4.40	Béance cervicale	C
4.41	Instabilité pelvienne	A
4.42	Grossesse multiple	C
4.43	Présentation anormale à terme (dont présentation par le siège)	C
4.44	Présentation non engagée à terme, présentation haute	B
4.45	Grossesse non suivie (\pm à terme)	A
4.46	Nouveau-né prévu pour l'adoption	A
4.47	Mort foetale	C
4.48	Utérus myomateux	B

5. Pathologie apparue pendant l'accouchement

5.1	Présentation anormale de l'enfant	C
5.2	Signes de détresse foetale	C
5.3	Mort foetale pendant l'accouchement	C
5.4	Non-déclenchement de l'accouchement après rupture de la poche	C
5.5	Stagnation de la dilatation	B
5.6	Stagnation à la phase d'expulsion	C
5.7	Perte de sang excessive pendant l'accouchement	C
5.8	Décollement prématuré du placenta	C
5.9	Vaisseaux prævia	C
5.10	Rétention complète (ou partielle) du placenta	C
5.11	Déchirure complète	C
5.12	Liquide amniotique contenant du méconium	C
5.13	Fièvre	C
5.14	Médication contre la douleur/sédation	B
5.15	Hématome vulvaire	C
5.16	Symphysiolyse	B
5.17	Grossesse non suivie avant l'accouchement	C

--	--	--

6. Pathologie de la période postnatale

6.1	Pré-éclampsie, (suspicion de) syndrome de HELLP	C
6.2	Thrombose veineuse profonde	C
6.3	Psychose	B
6.4	Saignements vaginaux anormaux	C
6.5	Indication d'hospitalisation pour le nouveau-né	C

