Obstétrique

L'accouchement physiologique : décryptage

RÉSUMÉ : L'accouchement physiologique est un accouchement eutocique et démédicalisé. Les femmes souhaitent être actrices de leur prise en charge, avoir le contrôle de leur accouchement, accoucher dans des locaux dédiés et peu technicisés.
Les sages-femmes, référents médicaux de ces suivis, ont développé des compétences pour accompagner les patientes dans la gestion de leur douleur. Le paysage de la périnatalité s'est enrichi des maisons de naissance, des parcours physiologiques.
Les sages-femmes libérales peuvent accéder aux plateaux techniques. Ces dispositifs, proposés à une population spécifique, permettent de garantir la sécurité environnante. Les sages-femmes hospitalières proposent les mêmes soins tout en élargissant les critères d'éligibilité à un accouchement physiologique.

N. MEDRANO
Service de Gynécologie-Obstétrique
Hôpital Robert-Debré, PARIS.

Selon l'enquête périnatale de 2010 [1], le déclenchement du travail et le recours à la péridurale ou à une rachianesthésie sont en augmentation ; l'utilisation des ocytociques concernait quant à elle 63 % de la population étudiée. Pourtant, de plus en plus de femmes sont demandeuses d'une prise en charge moins médicalisée. Elles souhaitent accoucher "comme avant" mais avec la garantie de la sécurité des soins qu'offre notre époque. Une place prépondérante est donnée aux sages-femmes pour être les garantes de la physiologie.

Il existe de nombreuses définitions de l'accouchement physiologique. Toutes s'accordent sur l'importance du respect de la physiologie et le recours parcimonieux aux médicaments.

Nous retenons pour notre part celle du travail spontané, la non-utilisation d'ocytociques, l'accompagnement à la prise en charge de la douleur par des méthodes non pharmacologiques, un accouchement naturel, des soins non invasifs au nouveau-né ainsi qu'une courte durée d'hospitalisation durant le *post-partum*. Différentes organisations sont proposées aux patientes pour répondre à ces critères. Elles s'inscrivent dans un contexte médiatique avec la demande des accouchements physiologiques, d'une part, et la dénonciation de certaines prises en charge jugées abusives d'autre part.

Le contexte

La loi du 4 mars 2002 relative à l'information du patient a défini que "*toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité au regard des connaissances médicales avérées […]. L'objectif est de permettre au patient de disposer de toutes les données nécessaires à la compréhension de sa situation personnelle, pour consentir de manière libre et éclairée aux actes médicaux et aux traitements*".

Pourtant, certaines pratiques obstétricales sont accusées d'être imposées, trop invasives et délétères pour les patientes et leur nouveau-né. Il y a 2 ans, le terme de "violences obstétricales" est apparu dans la presse. Des patientes témoignent alors de maltraitance et reprochent la systéma-

Obstétrique

tisation des déclenchements, des analgésies péridurales, des ruptures artificielles de la poche des eaux, des épisiotomies et des extractions instrumentales ou césariennes programmées [2]. Ces patientes se sont senties instrumentalisées par des soignants devant "faire vite" du fait d'une présence médicale minimale. Parmi les causes évoquées, on compte la fermeture des petites maternités, qui a généré l'afflux des patientes dans les maternités de type 2 ou 3 très technicisées engendrant plus d'actes médicaux, et des pratiques médicales systématisées.

Une défiance envers les maternités hospitalières a ainsi émergé avec la demande d'accoucher autrement et la revendication d'une prise en charge personnalisée : l'accouchement physiologique. Les prémices de ce type de prise en charge sont énoncées dans la loi HPST [3] qui a décliné un projet régional de santé : "*Le développement des points fixes de garde, de type maisons médicales de garde, permet à la fois une ré-implication des professionnels libéraux dans la permanence des soins ambulatoires et une meilleure filière de prise en charge des patients lorsqu'ils sont organisés en collaboration avec les services d'urgences hospitaliers. Leur développement doit donc être encouragé en privilégiant un adossement (sur site ou à proximité) aux structures des urgences en particulier en zone urbaine.*"

Appliquée à la périnatalité, cette loi donne l'opportunité de réorganiser le circuit de prise en charge périnatale pour satisfaire l'attente des patientes. Le relais aux soignants de ville permet de décharger les services hospitaliers du suivi des grossesses à bas risque, comme le délestage de l'activité hospitalière au secteur libéral pour le suivi du début de la grossesse jusqu'au 3e trimestre. Mais la conséquence directe pour les femmes qui rejoignent le circuit hospitalier en fin de grossesse est de se heurter à un environnement plus médicalisé et moins individualisé, souvent vécu comme une perte de droit. Face à cette insatisfaction, de nouvelles organisations se sont mises en place.

L'offre de soins en périnatalité

L'attente des patientes est de pouvoir accoucher en toute sécurité mais comme "à la maison". Le paysage de la périnatalité s'est enrichi de différents modèles pour répondre à ces conditions de respect de la physiologie : les maisons de naissance (***fig. 1***), les filières physiologiques (***fig. 2***) et l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales. Placées sous la responsabilité des sages-femmes, ces organisations permettent la prise en charge des patientes dans des locaux dédiés, équipés (lianes, ballons, baignoires), peu technicisés, avec du personnel dédié favorisant une relation privilégiée entre soignants et soignés. Au préalable, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) [4] a défini les exigences auxquelles doivent répondre tous les modèles proposés en matière de sécurité des prises en charge (structure, population concernée, soignants) et insiste sur la nécessité d'une évaluation initiale et continue tout au long du parcours de la future mère. Ainsi, une patiente éligible en début de grossesse doit le rester jusqu'à son accouchement.

Quelles patientes ?

Toutes les femmes enceintes ne peuvent prétendre à s'inscrire dans un parcours menant à un accouchement physiologique au sein des maisons de naissance ou filières physiologiques. La patiente doit en exprimer la demande et répondre à certains critères. Elle ne doit pas présenter d'antécédents médicaux ou obstétricaux notables. Il ne doit pas y avoir non plus de pathologie fœtale ou maternelle développée en cours de grossesse et nécessitant une prise en charge médicalisée. Pour l'accouchement, le travail doit être spontané entre 37 et 42 SA, la présentation fœtale céphalique, le travail harmonieux et la surveillance du rythme cardiaque fœtal

Fig. 1 : Maison de naissance Parent'eizh (Rennes).

Fig. 2 : Espace physiologique, maternité de Beaumont (Roubaix).

normale. De même, la patiente doit être préparée à gérer la douleur.

Hormis des locaux et du personnel dédiés, toutes les maternités peuvent satisfaire les attentes de ces patientes et même ouvrir le champ d'éligibilité à d'autres patientes.

L'accouchement physiologique en milieu hospitalier

L'opinion générale présume qu'en milieu hospitalier les accouchements sont plus sûrs mais surmédicalisés et impersonnels. Selon Béatrice Blondel [1], "*la péridurale est disponible dans tous les services et fait partie de la prise en charge habituelle de la douleur proposée aux femmes […]. En outre, le nombre de sages-femmes est limité en salle de travail et la pose d'une péridurale peut être un moyen de faire face à la surcharge de travail au moment de certaines gardes*". Les sages-femmes hospitalières peuvent avoir la responsabilité de la gestion des unités fonctionnelles [5]. Elles s'appliquent à être les garantes de la physiologie. Ainsi, elles accompagnent les patientes demandeuses d'un accouchement physiologique.

Certaines organisations favorisent ces prises en charge. En effet, un suivi global et précoce de la grossesse au sein d'une même structure permet de pouvoir assurer l'individualisation du suivi, le recours à des interlocuteurs de choix ou des consultations spécialisées, la construction d'une relation de confiance par une information homogène. Il devient alors possible d'évaluer la maturité des patientes à assumer un travail sans analgésie péridurale. La douleur liée aux contractions peut être maîtrisée si la patiente est préparée à la gérer. Pour ce faire, les sages-femmes se forment aux méthodes alternatives à l'analgésie péridurale comme l'hypnose, les massages relaxants…

Veiller à la physiologie d'un travail ne garantit pas la maîtrise de la survenue d'une pathologie en cours d'accouchement. La proximité du matériel hospitalier et la présence médicale continue permettent de réduire les risques de morbi-mortalité périnatale en diminuant les durées d'intervention dès l'apparition d'une anomalie maternelle, fœtale ou obstétricale. En outre, cet environnement permet d'élargir les critères d'éligibilité pour un accouchement physiologique aux termes inférieurs à 37 SA, aux utérus cicatriciels, aux présentations du siège, aux grossesses multiples et aux naissances de nouveau-nés porteurs de malformations.

Le post-partum

En 2010, la durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse est de 4 jours pour 50 % des patientes et de moins de 3 jours pour seulement 25 % d'entre elles [1].

Les suites de l'accouchement physiologique sont la sortie précoce au domicile de la mère et de l'enfant. Celle-ci se fait entre la 2e heure qui suit l'accouchement et le 2e jour, et dépend du relais existant avec les soignants de ville (sages-femmes libérales ou hospitalières). À ce jour, il est encore difficile de généraliser ces retours précoces à domicile du fait du manque d'organisation pour ré-hospitaliser les enfants qui développent une pathologie post-natale avec leur mère, compromettant ainsi le lien mère-enfant et la poursuite de l'allaitement maternel.

La prise en charge de la douleur

Actuellement, 80 % des patientes accouchent sous analgésie péridurale. Longtemps considérée comme étant à l'origine de l'allongement de la première phase du travail, celle-ci a souvent été tenue pour responsable de l'utilisation d'ocytociques, du recours aux extractions instrumentales et aux césariennes.

En 2007, Aude de la Dorie et Frédéric J. Mercier [6] révisent ces concepts et concluent que les nouvelles techniques et produits anesthésiques n'ont que très peu d'influence sur la mécanique obstétricale (voire même un effet bénéfique sur la durée du travail). Ainsi, il ne semble pas incohérent, après avoir reçu un consentement éclairé de la patiente, de parler d'un accouchement physiologique sous analgésie péridurale. L'analgésie péridurale, lorsqu'elle est correctement dosée, permet aux patientes d'être actives tout au long de leur accouchement et de garder les sensations au moment du dégagement.

Il est nécessaire de laisser la patiente choisir la façon dont elle envisage la gestion de la douleur et de ne pas lui opposer une non-éligibilité à l'accouchement physiologique en cas de demande d'une analgésie péridurale.

POINTS FORTS

- L'accouchement physiologique s'impose dans un contexte médiatique de dénonciation de certaines prises en charge jugées abusives.
- Les nouvelles techniques et produits anesthésiques n'ont que très peu d'influence sur la mécanique obstétricale.
- Veiller à la physiologie d'un travail ne garantit pas la maîtrise de la survenue d'une pathologie en cours d'accouchement.
- L'environnement hospitalier permet d'élargir les critères d'éligibilité pour un accouchement naturel.

Obstétrique

Conclusion

Les patientes demandeuses d'un accouchement physiologique espèrent bénéficier d'un accompagnement privilégié et de la considération de leurs besoins. Accoucher dans des locaux dédiés renforce juste l'image d'une "démédicalisation" de la prise en charge puisque la sécurité des soins impose le recours possible et rapide à un plateau technique qui doit se trouver à proximité [7]. Les résultats de l'enquête de périnatalité de 2010 mettent en exergue la nécessité de réviser certaines pratiques professionnelles, le recours à des protocoles de service qui uniformisent le suivi du travail et la conduite de l'accouchement. Pour les sorties précoces, il est encore nécessaire de développer le réseau avec la ville pour la surveillance du nouveau-né et les modalités de ré-hospitalisation pour pouvoir organiser une sortie dans le *post-partum* immédiat.

L'accouchement physiologique s'inscrit dans l'évolution du système de santé. Les groupements hospitaliers et les fermetures de maternités de proximité imposent d'organiser les relations interprofessionnelles entre hospitaliers et libéraux pour la prise en charge des patientes qui ne nécessitent pas un accouchement technicisé ni un séjour prolongé en hospitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Rapport rédigé par Béatrice Blondel et Morgane Kermarrec. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants INSERM - U.953.
2. Quand l'accouchement se vit dans la violence - Le Figaro grand-angle.lefigaro.fr/quand-laccouchement-se-vit-dans-la-violence
3. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 - texte n° 1 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR: SASX0822640 LELI : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte. Alias : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/texte
4. CNGOF. Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de "l'accouchement physiologique", 5 décembre 2012.
5. Circulaire n° DGOS/RH4/2014/92 du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l'application de certaines dispositions du décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé.
6. Les nouveaux défis de l'analgésie obstétricale, 2007. http://www.mapar.org/article/pdf/659/Les%20nouveaux%20défis%20de%20l'analgésie%20obstétricale.pdf
7. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. HAS, 2014.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.