

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

LA PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL ET DE
L'ACCOUCHEMENT CHEZ LA NULLIPARE A
BAS RISQUE :

Comparaison d'une maternité de niveau 1 et d'une
maternité de niveau 3 dans la Région Pays-de-la-Loire

Mémoire présenté et soutenu par
Emilyne ROBIN

Directeur de Mémoire : Dr Franklin JOULIE, gynécologue-obstétricien

Promotion 2001-2005

Liste des abréviations

APD : Analgésie péridurale
BB : Bébé
BIP : Diamètre bipariétal
CA : Circonférence abdominale
CU : Contraction utérine
DA : Délivrance artificielle
DC : Dilatation complète
IBODE : Infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat
IC : Intervalle de confiance à 95%
IMF : Infection materno-fœtale
LA : Liquide amniotique
LG : Liquide gastrique
Med : Médiane
Nné : Nouveau-né
ns : non significatif
OMS : Organisation mondiale de la santé
OP : Occipito-pubien
OS : Occipito-sacré
PPO : Préparation prophylactique à l'accouchement
PV : Prélèvement vaginal
RAM : Rupture artificielle des membranes
RAPdE : Rupture artificielle de la poche des eaux
RCF : Rythme cardiaque foetal
RPM : Rupture prématurée des membranes
RR : Risque relatif
RU : Révision utérine
SA : Semaines d'aménorrhée

SdC : Suites de couches

SdN : Salle de naissance

SFA : Souffrance fœtale aiguë

SIG : Suivi intensif de grossesses

UI : Unité internationale

VB : Voie basse

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I. Définition de la grossesse à bas risque	3
II. Définitions des maternités de niveau 1 et 3	5
2.1. Maternités de niveau 1	5
2.2. Maternités de niveau 3	6
III. Etude.....	8
3.1. Objectifs, hypothèses et moyens	8
3.1.1. Objectif.....	8
3.1.2. Hypothèses	8
3.1.3. Moyens	8
3.2. Matériel et méthodes	9
3.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	9
3.2.2. Analyse statistique.....	10
3.2.3. Description des deux maternités	11
3.2.3.1. Maternité du CH d'Ancenis	11
3.2.3.1.1. Organisation de l'équipe	11
3.2.3.1.2. Organisation du service.....	13
3.2.3.1.3. Suivi de la grossesse.....	13
3.2.3.1.4. Politique de la maternité.....	13
3.2.3.2. Maternité du CHU de Nantes	14
3.2.3.2.1. Organisation de l'équipe jusqu'en 2003.....	14
3.2.3.2.2. Organisation des services	16
3.2.3.2.3. Politique de la maternité.....	16
3.3. Résultats	18
3.3.1. Données générales des patientes	18
3.3.2. Grossesse.....	18

3.3.2.1. Réalisation du suivi de début de grossesse.....	18
3.3.2.2. Données générales concernant la grossesse	20
3.3.3. Le travail	20
3.3.3.1. Expectante	21
3.3.3.2. Salle de naissance.....	21
3.3.3.2.1. Généralités.....	21
3.3.3.2.2. Prise en charge de la douleur.....	22
3.3.3.2.3. Direction du travail.....	22
La rupture artificielle des membranes.....	22
L'utilisation de l'ocytocine	23
3.3.3.2.4. Présentation	25
3.3.3.2.5. Durées des différents temps du travail.....	25
3.3.3.3. Accouchement.....	27
3.3.3.4. Lésions périnéales	29
3.3.3.5. Délivrance	30
3.3.3.5. Etat néonatal.....	32
3.3.4. Déroulement des suites de couches des patientes	33
IV. Discussion.....	35
4.1. Grossesse.....	35
4.1.1. Réalisation du suivi de début de grossesse et cours de préparation à la naissance	35
4.1.2. Attitude des patientes vis-à-vis de leur consommation de tabac.....	36
4.2. Le travail	37
4.2.1. Déclenchements	37
4.2.1.1. Morbidité néonatale.....	38
4.2.1.2. Morbidité maternelle.....	39
4.2.2. Direction du travail.....	40
4.2.3. L'analgésie péridurale.....	43
4.2.3.1. Différences de pratiques.....	43
4.2.3.2. Conséquences sur la phase active du travail	44
4.2.3.3. Conséquences sur la deuxième phase du travail	45
4.2.3.4. Conséquences sur le mode d'accouchement	46

4.2.4. Durée de la phase active.....	47
4.3. Mode d'accouchement	48
4.4. Les lésions périnéales.....	49
4.5. La délivrance	54
4.6. Etat néonatal.....	55
CONCLUSION	59
Bibliographie.....	61
ANNEXE : Questionnaire.....	68

INTRODUCTION

Les pratiques obstétricales évoluent à la fois dans le temps mais également selon les pays, les régions, les équipes...

En France, les maternités sont classées en 3 niveaux en fonction de leur possibilité de prise en charge des nouveau-nés. Le choix du niveau 1 par les patientes est le plus souvent un choix de proximité et de prise en charge plus individualisée ; celui du niveau 3 est le plus souvent basé sur les capacités de prise en charge pédiatrique. Or ces différences induisent elles-mêmes des biais de recrutement et des différences dans les pratiques anténatales et obstétricales dont les patientes n'ont pas toujours conscience.

Par ailleurs, les thèmes de la médicalisation de l'accouchement et de la centralisation des maternités aux dépens de la fermeture de nombreuses petites maternités de proximité sont des sujets d'actualité.

Une étude réalisée en 2000-2001 sur deux maternités d'Ile-de-France par Goffinet et al. [1] a comparé les différences de pratiques entre une maternité de niveau 1 et une maternité de niveau 3. Il nous a donc paru intéressant d'effectuer la même démarche sur deux maternités en Loire-Atlantique. En effet, nous nous attendons à une attitude plus interventionniste en niveau 3 qu'en niveau 1, même en ce qui concerne la prise en charge du bas risque.

Après avoir défini la grossesse à bas risque et les deux niveaux de maternités étudiés, nous analyserons les pratiques obstétricales de la maternité du CH d'Ancenis (niveau 1) et de la maternité du CHU de Nantes (niveau 3) concernant la prise en charge du travail et de l'accouchement chez les nullipares à bas risque.

Ensuite, nous discuterons de ces résultats, en les comparant aux données de la littérature, en mettant en avant les éventuelles différences de pratiques et les conséquences qu'elles peuvent entraîner sur le travail, l'accouchement et les issues maternelles et néonatales.

I. Définition de la grossesse à bas risque

Une grossesse à bas risque est une grossesse de déroulement normal chez une femme en bonne santé, sans antécédents pathologiques particuliers.

Bien évidemment, elle concerne la grande majorité des grossesses.

Ces grossesses ne présentent donc, à priori :

- aucun danger pour la santé ou la vie de la mère.
- pas d'augmentation du risque de mortalité ou de morbidité fœtale et néonatale.

Mais bien évidemment, rien ne permet de garantir un risque nul pour une grossesse :

- un accident est toujours possible, aucune grossesse ne présente un risque nul.
- mais un excès d'examens peut également être iatrogène.

Il est donc nécessaire de connaître la patiente et l'environnement dans lequel elle vit.

Cela passe par le rôle capital de l'interrogatoire (âge, tabac, antécédents...). Toute maladie antérieure à la grossesse entraîne des risques d'aggravation de la morbidité tant maternelle que fœtale et néonatale.

L'examen clinique, les examens biologiques ainsi que les échographies réalisés pendant la grossesse permettront également d'affirmer le caractère à bas risque de la grossesse.

Le rôle de la sage-femme prend toute son importance dans cette définition du bas risque. En effet, la surveillance de la grossesse à bas risque est totalement de la compétence de la sage-femme. Récemment son rôle a d'ailleurs été reconnu par l'élargissement de son champ de compétences, lui donnant la possibilité d'effectuer :

- la déclaration de grossesse (si une situation ou des antécédents pathologiques sont mis en évidence lors de cette première consultation, la sage-femme doit bien évidemment adresser cette patiente à un médecin).
- la visite post-natale « *si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique* » [2] (mais la prescription de la rééducation périnéale ne fait pas partie de ses compétences).
- la prescription d'une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse.

De plus, l'avenant n°6 à la Convention nationale des sages-femmes [3] a apporté une modification concernant les cours de préparation à l'accouchement : le premier cours devient une séance individuelle pouvant être réalisée dès le premier trimestre de grossesse. Cette séance entre dans le cadre du « *suivi préventif de la grossesse* » et doit permettre « *d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques ou sociales qui pourraient advenir* ».

II. Définitions des maternités de niveau 1 et 3

En France, les maternités sont classées selon leur niveau de prise en charge pédiatrique.

2.1. Maternités de niveau 1

Il s'agit de maternités qui prennent en charge les grossesses supposées à bas risque pour la mère ainsi que pour son enfant.

Elles regroupent les maternités sans service de néonatalogie, mais uniquement une unité d'obstétrique seule. Elles pratiquent ainsi des accouchements simples mais également d'urgence imprévisible.

Au niveau de la Région Pays-de-la-Loire, le Réseau Sécurité Naissance distingue les établissements 1B des établissements 1A par leur capacité à maintenir une perfusion de nouveau-né à terme 24h/24 et par la présence d'une infirmière pour ce type de soin.

Le rapport du COTER périnatalité [4] a classé quatre groupes d'établissements de niveau 1 :

- *cliniques privées avec organisation renforcée par la proximité de la pédiatrie du centre hospitalier voisin [...].*
- *hôpitaux publics passant du niveau 1 au niveau 2a [...] avec la reconnaissance récente ou imminente d'une activité de néonatalogie ancienne, et avec le renforcement de l'équipe pédiatrique.*
- *hôpitaux publics avec un service de pédiatrie [...].*
- *hôpitaux publics avec de grosses difficultés pédiatriques, pour ne pas dire sans pédiatre [...], dont les difficultés sont dues à une démographie pédiatrique très défavorable (dont fait parti le Centre Hospitalier d'Ancenis que nous allons analyser au cours de notre étude, comme référence de niveau 1).*

Le rapport de la mission périnatalité de 2003 [5] propose donc que l'équipe d'un établissement de niveau 1 comme celui d'Ancenis soit composée, pour fonctionner correctement, de :

- sages-femmes dont le nombre doit être en rapport avec l'activité
- une équipe d'au moins 3 à 4 gynécologues-obstétriciens
- 3 pédiatres
- 3 anesthésistes
- ces établissements doivent également avoir une astreinte pédiatrique et anesthésique

2.2. Maternités de niveau 3

Ces maternités prennent en charge, en plus des grossesses et des accouchements à bas risque, toutes les pathologies graves de la femme et de l'enfant. De ce fait, elles reçoivent les transferts des femmes avec leur enfant in utero qui viennent des maternités de niveaux 1 et 2 et qui font partie de leur zone d'influence dans le réseau.

Elles doivent donc posséder, d'après le rapport de la mission périnatalité [5] :

- un service de grossesses pathologiques.
- une unité de soins intensifs de grossesse (SIG).
- un service de réanimation adulte à proximité pour la mère.
- un service de néonatalogie, une unité de soins intensifs néonatale et une unité de réanimation néonatale pour assurer les soins aux nouveau-nés présentant des détresses graves.

Ces services de néonatalogie doivent donc pouvoir assurer :

- la surveillance et les soins spécialisés de nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux
- une ventilation mécanique endo-trachéale
- la présence d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale
- la présence d'infirmières diplômées d'Etat spécialisées en puériculture ou expérimentées en néonatalogie
- un minimum de 6 lits de réanimation, 3 lits de soins intensifs, 9 lits de néonatalogie, une infirmière pour deux nouveau-nés

Pour assurer l'ensemble de ces services, l'équipe doit être formée, selon le rapport de la mission périnatalité [5] de :

- sages-femmes dont le nombre doit être en rapport avec l'activité
- au moins 7 gynécologues-obstétriciens
- au moins 7 anesthésistes
- au moins 7 pédiatres

III. Etude

3.1. Objectifs, hypothèses et moyens

3.1.1. Objectif

L'objectif de cette étude est de comparer les pratiques obstétricales concernant les nullipares à bas risque entre une maternité de niveau 1 et une maternité de niveau 3. Nous avons restreint l'étude aux nullipares à bas risque pour limiter les biais et permettre ainsi une comparaison plus juste des pratiques.

3.1.2. Hypothèses

1. Il existe des différences de pratiques obstétricales entre une maternité de niveau 1 et une maternité de niveau 3 concernant la prise en charge des nullipares à bas risque.
2. A priori, la prise en charge en maternité de niveau 3 est plus interventionniste qu'en niveau 1.
3. Si ces différences de pratiques existent, entraînent-elles des conséquences maternelles et/ou néonatales ?

3.1.3. Moyens

1. L'étude « princeps », qui sert de référence à notre étude : étude de Goffinet et al. [1]
Il est intéressant de pouvoir comparer leurs résultats aux nôtres.
2. Il s'agit d'une étude rétrospective « exposés - non exposés » : les deux populations sélectionnées sont homogènes quant à leur niveau de risque. Le facteur d'exposition est le lieu d'accouchement (maternités de niveaux 1 et 3).

3.2. Matériel et méthodes

3.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les **critères d'inclusion** comprennent :

- les critères définissant une grossesse à bas risque :
 - grossesse spontanée
 - déroulement eutocique de la grossesse
 - présentation céphalique
 - terme supérieur ou égal à 37 SA
 - travail spontané
- des critères complémentaires :
 - nulliparité
 - les femmes ayant présenté une complication pendant la grossesse (à titre de menace d'accouchement prématuré, de pyélonéphrite, d'accident de la voie publique...) mais ayant mené leur grossesse à terme sans aucun souci par la suite sont incluses dans l'étude.

Les **critères d'exclusion** définis sont les suivants :

- antécédents maternels pathologiques entraînant une morbidité obstétricale :
 - diabète
 - obésité
 - fécondation in vitro
 - contre-indication à la voie basse
- pathologies gravidiques qui ne correspondent plus au bas risque :
 - hypertension artérielle gravidique
 - pré-éclampsie et ses complications
 - diabète gestationnel
 - cholestase gravidique
 - hématome rétro-placentaire
- placenta praevia

- pathologie foetale
- terme supérieur à 41 SA
- déclenchement

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans deux maternités :

- la maternité du CHU de Nantes représentative de la maternité de niveau 3
- la maternité du CH F.Robert d'Ancenis représentative de la maternité de niveau 1

Le recrutement de ces femmes se fait à partir des cahiers d'accouchements. Nous avons choisi d'étudier 200 dossiers par groupe, soit le quart des dossiers de l'étude de référence [1]. Pour cette dernière, Goffinet et al. avaient en effet étudié 1532 patientes, échantillon nécessaire pour analyser de façon statistiquement significative leur critère de jugement principal : le taux de césariennes pendant le travail. Notre objectif n'est pas identique : il s'agit de faire une analyse descriptive, un état des lieux des différences de pratiques concernant l'ensemble du travail et de l'accouchement et non de se centraliser sur le mode d'accouchement.

Pour obtenir 200 dossiers dans chacune des maternités, nous avons donc effectué ce recrutement uniquement au sein de l'année 2003 pour les dossiers du CHU, mais pour la maternité d'Ancenis, cela a nécessité d'étudier les dossiers de l'année 2003 mais également du début de l'année 2004.

3.2.2. Analyse statistique

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi Info (version 6.04c, CDC, GA, USA). Les tests de Student (test du Chi-2) et le test de Fisher (Analyse de variance) ont été respectivement utilisés pour les variables binaires et continues. Le seuil de significativité de 5% a été retenu.

3.2.3. Description des deux maternités

3.2.3.1. Maternité du CH d'Ancenis

Il s'agit d'une maternité de type 1.

C'est un hôpital public qui pratique environ 700 à 750 accouchements par an (environ 700 pour l'année 2002 et 750 pour l'année 2003).

3.2.3.1.1. Organisation de l'équipe

L'équipe est formée par :

- les **sages-femmes** dont le nombre est équivalent à 10 temps pleins :
 - une sage-femme de garde en suites de couches (garde de 12 heures) qui assure la surveillance des accouchées et des nouveau-nés mais également, l'après-midi, soit un cours de préparation à l'accouchement, soit des consultations prénatales.
 - une sage-femme de garde en salle de naissance (garde de 12 heures) qui assure aussi bien le suivi du travail et les accouchements que les consultations d'urgence ou programmées (surveillance de terme, d'hypertension, d'enregistrements du rythme cardiaque foetale...).
 - le roulement est organisé de la manière suivante : les sages-femmes assurent une garde de jour et une garde de nuit en suites de couches, suivies de 3 jours de repos, puis une garde de jour et une de nuit en salle de naissance, suivies également de 3 jours de repos etc.
Ce roulement permet une continuité des soins, ce qui est probablement un avantage pour la prise en charge « globale » des patientes : en effet, il permet aux sages-femmes de revoir les patientes qu'elles ont suivi en salle de naissance dans le service des suites de couches.
- les **anesthésistes** : deux anesthésistes, dont un est de garde pour 24 heures pour l'ensemble de l'hôpital.

- les **pédiatres** : on distingue trois situations :
 - le matin, un pédiatre assure les visites obligatoires des 8 premiers jours de vie et règle également les problèmes néonataux courants du service.
 - l'après-midi, ce même pédiatre est d'astreinte téléphonique pour les problèmes non vitaux, mais il ne se déplace pas.
 - pour la nuit ainsi que pour les urgences vitales il s'agit du pédiatre de garde en néonatalogie du CHU de Nantes qui est d'astreinte téléphonique. Ainsi, en cas de nécessité de réanimation néonatale, le nouveau-né est pris en charge en premier lieu par la sage-femme, l'anesthésiste et l'infirmière anesthésiste.
Un pédiatre du CHU assure ensuite, si besoin, la mise en place d'un transfert. Si un problème survient avant une naissance (nouveau-né prématuré...), la sage-femme prévient le CHU afin qu'un pédiatre de Nantes soit directement sur place au moment de la naissance pour assurer le transfert.
- les **gynécologues-obstétriciens** sont au nombre de trois pour deux postes et demi. Ils effectuent des gardes sur place de 24 heures.
- les **internes de spécialité** : un interne de spécialité participe aux consultations de gynécologie, d'obstétrique et effectue l'apprentissage des accouchements.
- les **auxiliaires de puériculture** et **aides-soignantes** : elles sont confondues dans leurs fonctions.
Elles veillent à l'environnement du nouveau-né et de la mère mais sont également très impliquées dans les soins aux nouveau-nés : aussi bien les auxiliaires de puériculture que les aides-soignantes assurent les bains mais également le soutien de l'allaitement maternel (pour lequel elles ont suivi une formation), le suivi des allaitements artificiels, la surveillance clinique des nouveau-nés, l'éducation (face aux bains, soins de cordon, sommeil, tabac, prévention de la mort subite de nourrisson...).

3.2.3.1.2. Organisation du service

Le service de suites de couches comprend 18 chambres, toutes individuelles.

Le bloc obstétrical renferme deux salles d'accouchement, trois salles d'expectantes (comportant chacune deux lits, une baignoire et un ballon) et une salle de consultation prénatale.

La salle de césarienne se trouve au même étage que le bloc obstétrical mais est à l'extérieur du bloc.

La banque de sang de l'Hôpital d'Ancenis a toujours sur place des poches de sang de groupe O rhésus négatif (donneur universel) au réfrigérateur et est en lien direct avec Châteaubriant ou Nantes.

3.2.3.1.3. Suivi de la grossesse

De manière générale, le suivi de la grossesse est assuré par le médecin traitant ou le gynécologue de la patiente.

Les patientes sont ensuite suivies par les sages-femmes de l'hôpital pour la visite du 8^e mois et par un obstétricien pour la visite du 9^e mois (qui établit une conduite à tenir pour l'accouchement).

Les cours de préparation à la naissance concernent seulement 100 femmes par an environ au sein même du centre hospitalier. Deux cours sont assurés dans la semaine. Les deux premiers cours ont lieu aux 6^e et 7^e mois, les 6 autres sont donnés à partir du 8^e mois.

3.2.3.1.4. Politique de la maternité

Il s'agit d'une maternité connue pour avoir une politique peu interventionniste, attachée au respect de la physiologie.

Les sages-femmes favorisent la déambulation, l'utilisation des ballons, de la baignoire.

Plusieurs sages-femmes ont effectué la formation de Bernadette de Gasquet, formation mettant la mécanique obstétricale au service du respect de la physiologie du travail.

Concernant les présentations du siège, les obstétriciens n'ont pas recours à la césarienne de manière systématique. Mais la tendance actuelle tend tout de même à la favoriser. Cela est dû en grande partie aux conclusions de l'étude randomisée d'Hannah et al., publiées en 2000, défavorables vis-à-vis de la tentative d'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège à terme par rapport à la césarienne. Cette étude, de surcroît, a augmenté le risque médico-légal. Ainsi, à Ancenis, on dénombre :

- en 2002 : 27 sièges (soit 3,9% des naissances) :
 - 24 césariennes (89%)
 - 3 voies basses (11%)
- en 2003 : 26 sièges :
 - 20 césariennes (77%)
 - 6 voies basses (23%)

Entre 2002 et 2003, on note donc une certaine stabilité dans le taux de césariennes pour présentation du siège, ce qui est probablement lié aux premières conclusions de l'étude Premoda qui a été réalisée en France en 2001 sur 8000 sièges. En effet, cette étude montre que les résultats entre les deux groupes, voie basse et césarienne, ne diffèrent pas.

3.2.3.2. Maternité du CHU de Nantes

3.2.3.2.1. Organisation de l'équipe jusqu'en 2003

L'équipe est formée par :

- les **sages-femmes** dont le nombre est équivalent à 40,2 temps pleins :
 - en suites de couches dites « physiologiques » :
 - deux sages-femmes de garde matin et après-midi (garde de 8 heures) qui assurent plus spécifiquement la surveillance des femmes ayant accouché par voie basse, ainsi que les examens de sorties.
 - une sage-femme de nuit.

- en suites de couches pathologiques :
 - deux sages-femmes (gardes de 12 heures) qui assurent à la fois la surveillance des grossesses pathologiques et également la surveillance des femmes ayant accouché par césarienne.
 - une sage-femme de nuit.
- en salle de naissance : trois sages-femmes de garde (gardes de 12 heures) qui assurent la surveillance du travail, la réalisation des accouchements spontanés, la fonction d'IBODE (infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat) lors des césariennes.

Elles assurent également les entrées concernant les consultations d'urgence obstétricale (accidents de la voie publique, diminution des mouvements actifs foetaux...).

- en suivi intensif de grossesse (SIG) :
 - une sage-femme assure les consultations :
 - des grossesses à risque suivies à domicile.
 - des termes dépassés.
 - une sage-femme spécialisée en échographie.
- en consultations prénatales :
 - deux sages-femmes effectuent les consultations de grossesses à partir du 7^e-8^e mois en général.
 - une sage-femme réalise des consultations de grossesses quel qu'en soit le terme chez des patientes présentant un facteur de risque médico-psycho-social.
- peu de cours de préparation à la naissance ont été donné en 2003, faute de personnel disponible.

- les **puéricultrices** dont le nombre est équivalent à 16 temps pleins.
- les **anesthésistes**, au nombre de 6.
- les **pédiatres**, dont le nombre est équivalent à 1,5 temps plein.
- les **gynécologues-obstétriciens** sont au nombre de 13.

- les **internes de spécialité**.
- les **auxiliaires de puériculture** et **aides-soignantes** : elles exercent des missions spécifiques, en lien avec leur formation.

Les aides-soignantes veillent à l'environnement du nouveau-né et de la mère.

Les auxiliaires de puériculture effectuent les bains aux nouveau-nés, soutiennent les allaitements artificiels et maternels avec la sage-femme et la puéricultrice.

3.2.3.2.2. Organisation des services

Le service de suites de couches physiologiques comprend 31 chambres, dont 10 individuelles, celui de grossesses pathologiques et des césariennes en contient 35.

Le bloc obstétrical comprend quatre salles d'accouchement, une salle préférentiellement réservée aux interruptions médicales de grossesses mais servant également à quelques accouchements et césariennes, une salle de césarienne, quatre salles d'expectantes avec chacune deux lits, et une salle d'examen.

3.2.3.2.3. Politique de la maternité

Il s'agit d'une maternité de niveau 3, qui serait donc à priori plus interventionniste, car elle gère quotidiennement des grossesses à haut risque. C'est également une maternité de proximité.

Depuis 2004, donc après la période de notre étude, on constate un véritable changement dans l'esprit des équipes en salle de naissance : en effet, les sages-femmes souhaitent recentrer leurs priorités sur l'accompagnement des patientes dans le respect de la physiologie. On peut le constater à travers, par exemple :

- un début de pratique « d'accouchements à l'anglaise »
- la présence de ballons et de *Corpomed*®
- la formation de Bernadette de Gasquet organisée en 2004-2005

Tableau 1 : Comparaison des deux maternités dans la population générale

	CHU de Nantes	Hôpital d'Ancenis	P	RR [IC]
Nombres d'accouchements :				
- 2002	3324	≈ 700		
- 2003	3294	750		
Taux de césariennes %:				
- 2002 :				
▪ total	20,1	16,1	< 0,016	1,24 [1,04-1,49]
▪ avant travail		59		
▪ pendant travail		41		
- 2003 :				
▪ total	19,3	14,4	< 0,003	1,33 [1,10-1,76]
▪ avant travail		59		
▪ pendant travail		41		
Taux d'extractions instrumentales en 2003 (%)	23	9,3	< 10⁻⁷	3,00 [2,38-3,77]
Taux d'APD en 2002 (%)	83	51 (51% chez les nullipares)	< 10⁻⁷	1,63 [1,51-1,75]
Nombre de transferts de nouveau-nés	n	≈ 300		
APD : analgésie péridurale RR : risque relatif IC : intervalle de confiance à 95%				

Ainsi, pour les années 2002 et 2003, on peut constater qu'il y a significativement plus de césariennes (**p<0,003** pour l'année 2003) et plus de pose d'analgésie péridurale (**p< 10⁻⁷** pour l'année 2002) réalisées en niveau 3 qu'en niveau 1, chez toutes les patientes confondues.

3.3. Résultats

Notre étude compte donc 400 femmes, 200 nullipares à Nantes ainsi qu'à Ancenis. Nous allons comparer les données des deux maternités, en privilégiant le travail et l'accouchement, afin de dégager, s'il en existe, des différences de pratiques dans la prise en charge des nullipares à bas risque.

3.3.1. Données générales des patientes

On constate que les populations étudiées sont homogènes concernant plusieurs variables avant la grossesse:

- la moyenne d'âge est de 26 ans dans les deux maternités (avec des médianes à 25 et 26 ans pour, respectivement, Ancenis et Nantes).
- le rapport statur pondéral : en moyenne, les patientes mesurent 1,64 mètre et pèsent 57 kilos au sein des deux maternités.

3.3.2. Grossesse

3.3.2.1. Réalisation du suivi de début de grossesse (cf Tableau 2)

Plus de femmes sont suivies, pour le début de leur grossesse, par leur médecin traitant à Ancenis alors que la majorité des femmes est suivie par un gynécologue dans la maternité de niveau 3 ($p < 10^{-7}$).

On peut constater que les sages-femmes suivent peu de débuts de grossesses.

Le double test est réalisé plus fréquemment en niveau 1 : 88,5 % contre 79,4 % en niveau 3 ($p < 0,024$).

Les femmes accouchant en niveau 1 assistent significativement plus aux cours de préparation à la naissance : 92,2% contre 80,9% en niveau 3 ($p < 0,013$).

Les femmes viennent pour leur première consultation à 31 SA, en moyenne, au sein des deux maternités.

Tableau 2 : Déroulement de la grossesse selon les maternités

		Niveau 3	Niveau 1	p	RR [IC]
Personne ayant réalisé le suivi de la grossesse					
- médecin traitant	n /N (%)	42 /107 (39,2)	94 /111 (84,7)	< 10 ⁻⁷	0,46 [0,36-0,59]
- gynécologue	n /N (%)	60 /107 (56,1)	18 /111 (16,2)	< 10 ⁻⁷	3,46 [2,19-5,45]
- sage-femme	n /N (%)	5 /107 (4,7)	0 /111 (0,0)	< 0,027	
Cours de PPO	n /N (%)	114 /141 (80,9)	94 /102 (92,2)	< 0,013	0,88 [0,80-0,97]
Réalisation du double test	n /N (%)	143 /180 (79,4)	139 /157 (88,5)	< 0,024	0,90 [0,82-0,98]
Prise de poids	kg	13,7	13,6	ns	
Hauteur utérine à terme	(cm)	32,5	32,5	ns	
Consommation de tabac					
- avant la grossesse	n /N (%)	125 /180 (69,4)	106 /196 (54,1)	< 0,002	1,28 [1,09-1,51]
- pendant la grossesse	n /N (%)	32 /180 (17,6)	55 /196 (28,2)	< 0,018	0,63 [0,43-0,93]
Terme début de suivi à la maternité (SA)		31,1	30,8	ns	
PPO : préparation psychoprophylactique à l'accouchement					
RR : risque relatif					
IC : intervalle de confiance à 95%					
SA : Semaines d'aménorrhée					

3.3.2.2. Données générales concernant la grossesse (cf Tableau 2)

On peut remarquer que les femmes consommatrices de tabac sont plus nombreuses en niveau 1: 28,2% à Ancenis contre 17,6% à Nantes ($p < 0,018$).

Les patientes prennent en moyenne 14 kg pendant leur grossesse dans les deux maternités (médiane à 13 kg avec des extrêmes à +0 et +27).

La hauteur utérine moyenne à terme est comparable : 33 cm (médiane à 32 cm) ainsi que les biométries fœtales.

3.3.3. Le travail

Tableau 3: Terme et mode d'entrée en travail, caractéristiques du déclenchement selon la maternité

	Niveau 3	Niveau 1	p
Terme d'accouchement (SA)	39,7	39,9	ns
Dilatation à l'entrée à la maternité (cm)	2,7	2,3	$< 0,034$
Déclenchements pour RPM > 12h n / N (%)	5 / 200 (2,5)	9 / 200 (4,5)	ns
Délai RPM/déclenchement (min)	12h54 (med : 10h45)	25h54 (med : 28h20)	$< 0,018$
Durée en salle d'expectante			
- moyenne globale	4h14	7h36	$< 4.10^{-6}$
- patientes déclenchées	16h38 (med : 14h30)	34h47 (med : 34h05)	$< 0,014$
- patientes en travail spontané	3h51 (med : 2h30)	6h17 (med : 4h13)	$< 10^{-5}$

med : médiane
RPM : Rupture Prématuurée des Membranes

3.3.3.1. Expectante (cf Tableau 3)

Dans les deux maternités, les femmes arrivent en travail en moyenne à 40 SA.

La dilatation cervicale à l'entrée à la maternité diffère significativement entre les deux établissements: 2,7 cm à Nantes comparé à 2,3 cm à Ancenis ($p < 0,034$). Ce résultat est bien significatif du point de vue statistique et épidémiologique, mais cliniquement, il ne semble pas significatif, d'autant plus que la médiane se situe à 2 cm pour les deux maternités.

Le délai entre la rupture et le début du déclenchement est plus long en niveau 1 (25h54 contre 12h54 pour le CHU, $p < 0,018$).

On remarque également une augmentation significative de la durée passée en salle d'expectante pour les patientes dans le niveau 1 : 7h36 en moyenne contre 4h14 dans le niveau 3 ($p < 4.10^{-6}$) et ce, que la patiente entre en travail spontanément ou qu'elle soit déclenchée pour rupture prématurée des membranes supérieure à 12 heures.

3.3.3.2. Salle de naissance

3.3.3.2.1. Généralités (cf Tableau 4)

Tableau 4 : Comparaison de la dilatation à l'entrée en salle de naissance

	Niveau 3	Niveau 1	p
Dilatation à l'arrivée en SdN (cm)	4,2	4,9	$< 0,004$
SdN : salle de naissance			

Contrairement à la dilatation à l'entrée à la maternité, on constate que la dilatation moyenne à l'entrée en salle de naissance est statistiquement plus élevée en niveau 1 qu'en niveau 3 (4,9 cm contre 4,2 cm pour le CHU, $p < 0,004$). Mais la médiane se situe à 4 cm pour les deux maternités et cela ne paraît pas significatif du point de vue clinique.

3.3.3.2.2. Prise en charge de la douleur (cf Tableau 5)

Tableau 5 : Comparaison de l'utilisation de l'analgésie péridurale entre les établissements

		Niveau 3 N=200	Niveau 1 N=200	P	RR [IC]
APD	n (%)	173 (86,5)	150 (75,0)	< 0,004	1,15 [1,05-1,27]
Dilatation à la pose de l'APD (cm)		4,6	4,5	ns	

APD : analgésie péridurale
RR : risque relatif
IC : intervalle de confiance à 95%

Plus de femmes ont recours à l'analgésie péridurale (APD) au CHU : 86,5% contre 75,0% à Ancenis ($p<0,004$).

L'APD est posée, aussi bien en niveau 1 qu'en niveau 3, à 4-5 cm de dilatation (avec une médiane à 4 cm).

Les produits les plus utilisés dans les deux établissements sont le Naropéine® associé au Sufentanyl®.

Le protoxyde d'azote, dans la population étudiée, a été utilisé à Ancenis chez 8,8% des patientes, contrairement au CHU qui n'y a pas eu recours.

3.3.3.2.3. Direction du travail

La rupture artificielle des membranes (RAM) (cf Tableau 6)

La rupture artificielle des membranes est pratiquée aussi fréquemment dans les deux établissements (environ une fois sur deux) mais plus tardivement en niveau 1 (en moyenne à 5,6 cm de dilatation cervicale pour le CHU et 6,3 cm pour Ancenis ($p<0,018$)). Cela se vérifie d'autant plus lorsque l'on compare la fréquence des amniotomies précoces, c'est-à-dire avant 6cm de dilatation cervicale ($p<0,009$).

Tableau 6 : RAM selon la maternité

		Niveau 3	Niveau 1	p	RR [IC]
Fréquence	n /N (%)	104 /200 (53,0)	99 /197 (50,3)	ns	
Dilatation à la RAM	(cm)	5,6 (med : 5,0)	6,3 (med : 6,0)	<0,018	
Fréquence de la RAM avant 6 cm de dilatation	n /N (%)	59 /104 (56,7)	38 /99 (38,4)	<0,009	1,48 [1,09-2,00]
Motifs de la RAM	n /N (%)				
- systématique/direction début travail		62 /104 (59,8)	67 /96 (68,3)	ns	
- stagnation dilatation		17 /104 (15,4)	8 /96 (8,6)	ns	
- vitesse dilatation < 1cm/h		25 /104 (23,1)	21 /96 (23,1)	ns	

RAM : rupture artificielle des membranes
med : médiane
RR : risque relatif
IC : intervalle de confiance à 95%

L'utilisation de l'ocytocine (cf Tableau 7)

On constate une augmentation significative du recours au Syntocinon® en niveau 1 : 77,0% contre 55,5% en niveau 3 ($p < 6.10^{-6}$).

En revanche, il est utilisé à une dilatation plus avancée en niveau 1 : médianes à 6cm et 5cm pour, respectivement, Ancenis et Nantes ($p < 0,027$).

Contrairement à la rupture artificielle de la poche des eaux (RAPdE), les motifs principaux d'utilisation du Syntocinon® sont répartis différemment entre les deux maternités :

- direction systématique du travail en niveau 1 (64,3%).
- stagnation de la dilatation en niveau 3 (36,0%).

Tableau 7 : Utilisation du Syntocinon® selon le type de maternité

		Niveau 3	Niveau 1	p	RR [IC]
Fréquence d'utilisation	n /N (%)	111 /200 (55,5)	154 /200 (77,0)	$< 6.10^{-6}$	0,72 [0,62-0,83]
Dilatation au début du Syntocinon® (cm)		5,8 (med : 5)	6,5 (med : 6)	$< 0,027$	
Délai RAM/ synto (min)		1h54 (med : 1h30)	1h25 (med : 1h00)	ns	
Dynamique utérine au début du syntocinon (CU/10min)		2,9	2,8	ns	
Dose totale perfusée (mUI)		1132,7 (med : 860,0)	1260,3 (med : 772,0)	ns	
Durée d'utilisation	(h)	4h28 (med : 4h09)	2h58 (med : 2h40)	$< 10^{-6}$	
Motifs d'utilisation	n /N (%)				
- systématique / direction début de travail		38 /111 (34,3)	100 /154 (64,3)	$< 8.10^{-7}$	0,53 [0,40-0,70]
- stagnation de la dilatation		40 /111 (36,0)	31 /154 (20,1)	$< 0,004$	1,79 [1,20-2,67]
- vitesse dilatation $< 1\text{cm/h}$		31 /111 (27,9)	18 /154 (11,7)	$< 8. 10^{-4}$	2,39 [1,41-4,05]
- déclenchement		2 /111 (1,8)	5 /154 (3,2)	ns	

RAM : rupture artificielle des membranes

CU : contractions utérines

med : médiane

RR : risque relatif

IC : intervalle de confiance à 95%

3.3.3.2.4. Présentation (cf Tableau 8)

Tableau 8 : Comparaison des variétés de présentations en début de travail et à l'accouchement

		Niveau 3	Niveau 1	p	RR [IC]
Présentations postérieures en début de travail	n /N (%)	87 /177 (49,1)	30 /143 (21,0)	$<2.10^{-7}$	2,34 [1,65-3,33]
Dégagements en :	n /N (%)				
– OP		185 /188 (98,4)	177 /183 (96,7)	ns	
– OS		3 /188 (1,6)	6 /183 (3,3)		

OS : occipito-sacré
OP : occipito-pubien
RR : risque relatif
IC : intervalle de confiance à 95%

On note une augmentation significative du nombre de présentations postérieures en début de travail au CHU : 49,1% contre seulement 21,0% à Ancenis. ($p<2.10^{-7}$). Par contre, les dégagements en occipito-sacré sont de fréquence comparable dans les deux maternités.

3.3.3.2.5. Durées des différents temps du travail (cf Tableau 9)

La durée de la phase active dans le niveau 3 est statistiquement plus élevée: 6h02 en moyenne contre 4h50 à Ancenis ($p<6.10^{-5}$).

La durée d'ouverture de l'œuf est comparable entre les deux maternités si l'on considère l'ensemble des patientes. Mais bien évidemment, elle est significativement plus élevée en niveau 1 pour les patientes déclenchées pour rupture prématurée des membranes supérieure à 12 heures ($p<0,034$) étant donné que le délai d'expectative avant le déclenchement est deux fois plus long à Ancenis qu'à Nantes.

Tableau 9 : Durée des différents temps du travail

	Niveau 3	Niveau 1	p
Durée phase active (h)	6h02 (med : 5h33)	4h50 (med 4h13)	<6.10 ⁻⁵
Durée d'ouverture de l'œuf (h) :			
- chez l'ensembles des patientes :	8h07	8h00	ns
▪ à l'exclusion des déclenchements	7h39	6h26	ns
▪ déclenchements	25h53	40h38	<0,034
Durée à dilatation complète (h)	1h27 (med : 1h15)	1h01 (med : 0h48)	<4.10 ⁻⁴
Durée des efforts expulsifs (minutes)	19 (med : 20)	27 (med : 25)	<10 ⁻⁶
Durée passée en salle de travail (h)	6h02 (med : 6h07)	4h09 (med : 4h00)	<10 ⁻⁶

med : médiane

Les femmes passent plus de temps à dilatation complète en niveau 3 : en moyenne 1h27 contre 1h01 minutes en niveau 1 ($p < 4.10^{-4}$).

A l'inverse on constate une diminution significative de la durée des efforts expulsifs dans l'établissement de niveau 3 : en moyenne 19 minutes contre 27 minutes dans l'établissement de niveau 1 ($p < 10^{-6}$).

Tout comme nous notons une augmentation significative de la durée passée en salle d'expectante en niveau 1, nous y constatons une diminution significative de durée passée en salle de naissance : 4h09 contre 6h02 en niveau 3 ($p < 10^{-6}$).

3.3.3.3. Accouchement (cf Tableaux 10, 11 et 12)

Tableau 10 : Mode d'accouchement selon les niveaux de maternités

Mode d'accouchement	n (%)	Niveau 3 N=200	Niveau 1 N=200	p	RR [IC]
- voie basse		148 (74,0)	148 (74,0)	ns	
- extractions instrumentales :		40 (20,0)	35 (17,5)	ns	
▪ spatules		10 (5,0)	6 (3,0)	ns	
▪ forceps		20 (10,0)	28 (14,0)	ns	
▪ ventouses		10 (5,0)	1 (0,5)	0,006	10 [1,29-77,39]
- césarienne		12 (6,0)	17 (8,5)	ns	

RR : risque relatif
IC : intervalle de confiance à 95%

Exactement la même proportion de femmes a accouché naturellement par voie basse dans les deux types de maternités : 74,0%.

Tableau 11 : Répartition des motifs de césariennes au sein des deux maternités

		Niveau 3 N=12	Niveau 1 N=17	P
SFA	n (%)	5 (41,7)	7 (41,2)	ns
Dystocie dynamique	n (%)	2 (16,6)	2 (11,7)	ns
Dystocie mécanique	n (%)	5 (41,7)	7 (41,2)	ns
Echec d'extraction instrumentale	n (%)	0 (0,0)	1 (5,9)	ns

SFA : souffrance foetale aiguë

Le taux de césariennes ainsi que les motifs de césariennes sont comparables entre les deux établissements :

- taux de césariennes : 6,0% à Nantes et 8,5% à Ancenis (différence non significative).
- la majorité des césariennes est réalisée à proportion égale pour souffrance foetale ou dystocie mécanique.

Tableau 12 : Comparaison des indications d'extractions instrumentales

		Niveau 3 N=40	Niveau 1 N=35	P	RR [IC]
Anomalies du RCF	n (%)	19 (47,5)	8 (22,9)	0,028	3,05 [1,01-9,47]
Défaut de progression du mobile foetal et/ou défaut d'efforts expulsifs	n (%)	21 (52,5)	27 (77,1)		

RCF : rythme cardiaque foetal
RR : risque relatif
IC : intervalle de confiance à 95%

On constate des différences de pratiques dans les instruments utilisés pour aider à l'expulsion du fœtus, qui sont probablement dû à une « question d'école » et de pratique personnelle:

- les forceps sont utilisés dans la majorité des cas dans les deux maternités.
- les spatules et la ventouse sont utilisées à proportion égale dans le niveau 3 alors que la ventouse n'est utilisée qu'une seule fois à Ancenis.

En revanche, le motif principal d'extraction instrumentale diffère statistiquement entre ces maternités ($p < 0,028$) :

- les anomalies du rythme cardiaque foetal représentent 22,9% des extractions instrumentales à Ancenis contre 47,5% à Nantes.
- le défaut de progression du mobile foetal et/ou le défaut d'efforts expulsifs représentent 77,1% des extractions instrumentales en niveau 1 contre 52,5% en niveau 3.

3.3.3.4. Lésions périnéales (cf Tableau 13)

Tableau 13 : Comparaison des lésions périnéales entre les deux établissements

		Niveau 3	Niveau 1	p	RR [IC]
Episiotomies	n /N (%)	129 /188 (68,6)	107 /183 (58,5)	$<0,042$	1,17 [1,00-1,37]
Déchirures	n /N (%)				
- totales		25 /188 (13,3)	54 /183 (29,5)	$< 10^{-4}$	0,45 [0,29-0,69]
▪ incomplètes		24 /188 (96,0)	46 /183 (85,2)	$<0,002$	0,51 [0,32-0,80]
▪ complètes		1/188 (4,0)	8 /183 (14,8)	$<0,016$	0,12 [0,02-0,96]

RR : risque relatif
IC : intervalle de confiance à 95%

En niveau 3, l'équipe a plus souvent recours à l'épisiotomie (68,6% versus 58,5% des accouchements par voie basse en niveau 1, $p < 0,042$). En revanche, on dénombre plus de déchirures à Ancenis (environ 2 fois plus, $p < 10^{-4}$), y compris pour les déchirures complètes.

3.3.3.5. Délivrance (cf Tableaux 14 et 15)

Tableau 14 : Caractéristiques de la délivrance en fonction des établissements

	Niveau 3	Niveau 1	p	RR [IC]
Délai de délivrance (min)	10 (med : 10,0)	19 (med : 15,0)	$<9.10^{-6}$	
Type de délivrance parmi les accouchements VB	n /N (%)			
– spontanée	34 /186 (18,3)	176 /183 (96,2)	$<10^{-7}$	0,19 [0,14-0,26]
– dirigée	150 /186 (80,6)	0 /183 (0,0)	$<10^{-7}$	
– artificielle	2 /186 (1,1)	7 /183 (3,8)	$<0,090$	0,28 [0,06-1,35]
Révisions utérines	n /N (%)			
	13 /188 (6,9)	9 /183 (4,9)	ns	
Motif révision utérine	n /N (%)			
– délivrance incomplète	5 /13 (38,5)	2 /9 (22,2)	ns	
– hémorragie de la délivrance	7 /13 (53,8)	3 /9 (33,3)	ns	
– DA	1 /13 (7,7)	4 /9 (44,5)	$<0,05$	0,17 [0,02-1,30]

VB : voie basse
DA : délivrance artificielle
RR : risque relatif
IC : intervalle de confiance à 95%

La délivrance survient plus vite au CHU qu'à Ancenis : en moyenne 10 minutes après l'accouchement au CHU contre 19 minutes à Ancenis ($p < 9.10^{-6}$). Le type de délivrance lui-même diffère ($p < 10^{-7}$): en effet, la grande majorité des délivrances sont :

- dirigées à Nantes : 80,6%.
- spontanées à Ancenis : 96,2%.

Tableau 15 : Comparaison de la fréquence et de la prise en charge des hémorragies de la délivrance

	Niveau 3	Niveau 1	p	RR [IC]
Hémorragies de la délivrance n /N (%)				
- nombre total :	13 /200 (6,5)	11 /200 (5,5)	ns	
▪ modérées	13 /200 (6,5)	8 /200 (4,0)	ns	
▪ graves	0 /200 (0,0)	1 /200 (0,5)	ns	
Traitement médical de l'hémorragie de la délivrance :				
- Nalador®	2 /13 (15,4)	0 /11 (0,0)	ns	
- Cytotec®	0 /13 (0,0)	5 /11 (45,5)	<0,01	
RR : risque relatif IC ; intervalle de confiance à 95%				

Devant la survenue d'une hémorragie de la délivrance, les établissements n'ont pas la même conduite à tenir : en effet, l'hôpital de niveau 1 utilise le Cytotec® en intra-rectal alors que cela ne fait pas partie des protocoles du CHU, qui lui utilise plus fréquemment le Nalador® ($p < 0,01$).

Durant la durée de l'étude, sur la population étudiée, aucune transfusion n'a été réalisée dans le traitement d'une hémorragie de la délivrance.

3.3.3.5. Etat néonatal (cf Tableau 16)

Tableau 16 : Comparaison de l'état néonatal entre les deux maternités

		Niveau 3 N=200	Niveau 1 N=200	P	RR [IC]
Sexe	n (%)				
- masculin		99 (49,5)	108 (54,0)	ns	
- féminin		101 (50,5)	91 (45,5)		
- indéterminé		0 (0,0)	1 (0,5)	ns	
Poids (g)		3223,5	3269,6	ns	
Scores d'Apgar < 7	n (%)				
- 1 minute de vie		12 (6,0)	16 (8,0)	ns	
- 5 minutes de vie		3 (1,5)	4 (2,0)	ns	
Réanimation	n (%)	8 (4,0)	14 (7,0)	ns	
Prélèvements de LG :	n (%)				
- nombre total :		88 (44,0)	57 (28,5)	<0,001	1,54 [1,18-2,02]
- taux de LG +		14 (15,9)	9 (15,8)	ns	
- taux de Nnés ayant eu un LG + traités		16 (18,2)	1 (1,8)	<0,003	10,36 [1,41-76,02]
Transferts	n (%)	20 (10,0)	8 (4,0)	<0,019	2,50 [2,50-5,54]
Examens cliniques anormaux	n (%)	7 (3,5)	5 (2,5)	ns	
Durée du séjour (jour)		4,5 (med : 4)	5,3 (med : 5)	<10⁻⁶	
Allaitements	n (%)				
- maternels		120 (60,0)	93 (46,5)	<0,007	1,29 [1,07-1,56]
- arrêt d'allaitement maternel		7 (5,5)	4 (4,1)	ns	

LG : liquide gastrique
 Nnés : nouveau-nés
 RR : risque relatif
 IC : intervalle de confiance à 95%
 med : médiane

L'état néonatal immédiat ne diffère pas entre les nouveau-nés de chaque maternité : en effet la fréquence des nouveau-nés ayant une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine (caractérisée par un score d'Apgar inférieur à 7) est comparable entre les deux maternités.

En revanche, plus de prélèvement de liquides gastriques de nouveau-nés et plus de transferts néonataux sont réalisés en niveau 3 qu'en niveau 1 (10,0% des nouveau-nés au CHU et 4,0% de ceux d'Ancenis, $p < 0,019$).

La durée de séjour des patientes et de leur nouveau-né est plus longue à Ancenis (médiane à 5 jours contre 4 jours à Nantes).

Enfin, on constate que les femmes accouchant à Ancenis allaitent moins que celles accouchant au CHU ($p < 0,007$).

3.3.4. Déroulement des suites de couches des patientes (cf Tableau 17)

Tableau 17 : Comparaison des complications maternelles au cours des suites de couches

		Niveau 3	Niveau 1	p
Problèmes de cicatrisation ou de désunion d'épisiotomies	n /N	3 /129	5 /107	ns
Infections urinaires	n /N	2 /200	1 /200	ns
Blood-patch	n /N	2 /173	1 /150	ns
Problèmes d'incontinence anale parmi les femmes ayant accouché par VB	n /N	0 /188	2 /183	ns
Endométrites	n /N	0 /200	2 /200	ns
PV positifs	n /N	0 /200	3 /200	ns

VB : voie basse
PV : prélèvement vaginal

Aucune différence significative n'est observée dans le déroulement des suites de couches des patientes entre les deux niveaux de maternités : les fréquences des problèmes de cicatrisation ou de désunion d'épisiotomies, des infections urinaires, des prélèvements vaginaux positifs et des problèmes d'incontinence anale et d'endométrites sont comparables.

IV. Discussion

L'analyse des données recueillies dans les deux maternités de l'étude nous permet donc de vérifier une des hypothèses que nous avons initialement formulée : il existe des différences de pratiques obstétricales entre une maternité de niveau 1 et une de niveau 3 concernant la prise en charge des nullipares à bas risque. Parmi les critères analysés, il existe des critères objectifs, indépendants des modes de recueil dans les dossiers, obligatoirement notés et ne prêtant pas à confusion (tels que la pose de l'analgésie péridurale, le mode d'accouchement...). Cependant, d'autres critères sont plus subjectifs (comme le diagnostic d'hémorragie de la délivrance...), c'est pourquoi leur analyse n'a pas toujours la même puissance. Nous allons maintenant discuter des résultats de l'analyse et les comparer avec les données de la littérature.

4.1. Grossesse

4.1.1. Réalisation du suivi de début de grossesse et cours de préparation à la naissance

Le fait que les femmes soient suivies en début de grossesse par des personnes de spécialités différentes est sans aucun doute dû à la différence d'effectifs entre les deux villes. En effet, à Ancenis même, un seul gynécologue exerce en ville alors que sur Nantes, on en dénombre 49.

De ce fait, beaucoup plus de femmes dans la région d'Ancenis font suivre leur début de grossesse par leur médecin traitant (84,7% contre 39,2% à Nantes, $p < 10^{-7}$).

Très peu de femmes font suivre leur début de grossesse par une sage-femme : uniquement 5 femmes sur 107 au CHU. Pourtant, les consultations prénatales font partie intégrante des compétences de la sage-femme. Est-ce parce que la profession de sage-femme est encore mal connue de la population générale ? Est-ce que le fait de pouvoir maintenant réaliser la déclaration de grossesse ne va-t-il pas changer les choses, en assurant une continuité des soins par une sage-femme chez les patientes pendant leur grossesse ? Le remplacement du 1^{er} cours de préparation à la naissance par une consultation individuelle, pouvant être réalisée dès le 1^{er} trimestre de grossesse, ne va-t-il pas orienter les femmes à faire suivre leur grossesse par la sage-femme le réalisant ?

Les femmes accouchant en niveau 1 suivent plus de cours de préparation à la naissance ($p < 0.013$). Peut-être est-ce dû à une volonté plus marquée de ces femmes d'accoucher dans le respect de la physiologie alors que les femmes accouchant en niveau 3 s'en remettent plus à l'équipe médicale, avec une attitude plus passive. En effet, le choix de la maternité par les patientes dépend, en plus de la proximité de la maternité, de leurs priorités personnelles :

- en niveau 1 : patientes peut-être plus orientées vers le respect de la physiologie.
- en niveau 3 : patientes donnant peut-être plus de priorité à la sécurité pédiatrique.

4.1.2. Attitude des patientes vis-à-vis de leur consommation de tabac

Les femmes fumeuses hors grossesse sont plus nombreuses à Nantes (69,4% contre 54,1% à Ancenis, $p < 0,002$).

Cependant, on constate que la situation est inversée pendant la grossesse : les fumeuses sont moins nombreuses pendant la grossesse au CHU de Nantes (17,6% versus 28,2% à, respectivement, Nantes et Ancenis, $p < 0,018$).

Cette diminution plus importante de la consommation tabagique au CHU pendant la grossesse peut en partie s'expliquer par deux hypothèses :

- comme nous l'avons déjà fait remarquer, les patientes accouchant à Ancenis font plus suivre leur grossesse par leur médecin traitant. Celui-ci est peut-être moins répressif face à cette consommation, plutôt qu'un gynécologue-obstétricien ? d'autant plus qu'en général, il connaît l'existence de ce tabagisme depuis plusieurs années.
- de plus, à Nantes, il a été mis en place une consultation de tabacologie pour les femmes désireuses d'arrêter de fumer pendant leur grossesse. Cette méthode de prévention a peut-être permis de diminuer l'incidence de la consommation de tabac au sein du CHU par sensibilisation des femmes mais également des soignants.

La conférence de consensus d'octobre 2004 sur le thème du tabac pendant la grossesse [6] incite les professionnels de santé à proposer une « solution concrète d'aide à l'arrêt du tabac » dès le 1^{er} trimestre de grossesse, au cours d'un entretien réalisé avec la patiente.

4.2. Le travail

4.2.1. Déclenchements

Le nombre de déclenchements pour rupture prolongée des membranes supérieure ou égale à 12 heures est comparable entre les deux maternités (2,5 à 4,5%). Mais en niveau 1, l'équipe paraît beaucoup plus attentiste qu'en niveau 3 vis-à-vis du délai d'expectative entre la rupture prématurée des membranes (RPM) et le déclenchement. Ce délai est deux fois plus long à Ancenis : délai moyen de 25h54 et de 12h54 pour, respectivement, Ancenis et Nantes (médianes respectives de 28h20 et de 10h45).

Carbonne [7], en 1999, conclue que « la plupart des études randomisées montrent un bénéfice du déclenchement par rapport à une attitude expectative en cas de RPM à terme (moindres morbidités maternelle et néonatale, plus grande satisfaction des patientes ; niveau de preuve 1) ».

Cependant, une étude rétrospective réalisée en 1997-1998 dans la région Ouest [8] ayant pour but de déterminer le délai d'expectative optimal afin de limiter le taux d'infections materno-fœtales, sans augmenter le risque de césarienne, a conclu qu'il était de 12 heures.

D'autre part, on peut constater que la politique plus attentiste à Ancenis face à la RPM n'augmente pas le taux de mise en travail spontanée (cf Tableau 3) : en effet, les taux de déclenchements pour RPM entre les deux maternités sont comparables. Ceci semble contraire aux conclusions de l'étude de Seince et al. [8] dans laquelle l'expectative de 24 heures entraîne significativement plus de mise en travail spontanée que les expectatives de 6 et 12 heures. Mais ces résultats ne peuvent pas être comparés de la même manière avec notre étude car ils n'incluent pas uniquement les nullipares.

4.2.1.1. Morbidité néonatale

Tableau 18 : Etat des nouveau-nés nés des femmes ayant été déclenchées

		Niveau 3	Niveau 1	
		N=5	N=9	p
Score d'Apgar <7 :	n			
- 1 minute de vie		1	1	ns
- 5 minutes de vie		0	1	ns
LG +	n	1	2	ns
	(%)	(20,0)	(22,2)	
Transferts		0	0	ns
Examens cliniques des 8 premiers jours de vie normaux	n	5	9	ns

LG : Liquide gastrique

Les résultats néonataux observés dans notre étude, en ce qui concerne les scores d'Apgar et le taux d'enfants colonisés par un germe (taux de liquides gastriques positifs) sont comparables entre les deux maternités (cf Tableau 16). Nos résultats rejoignent donc ceux de la méta-analyse de Mozurkewich de 1997 [9] ainsi que ceux de l'étude de Seince et al. [8]. Cette dernière conclue d'ailleurs qu'il est « quasiment impossible, aux vues des données de la littérature de définir une durée minimum de l'ouverture de l'œuf susceptible d'augmenter le risque infectieux néonatal ». Audra [10], en 2002, nous rappelle également qu'après 1980, les études montrent qu'en l'absence d'infection, une attitude d'expectative est préférable au déclenchement immédiat du travail.

4.2.1.2. Morbidité maternelle

En ce qui concerne l'analyse de la morbidité infectieuse maternelle en lien avec le délai d'expectative après la rupture prématurée des membranes, les conclusions de plusieurs études ne sont pas homogènes.

Dans notre étude, on ne constate pas un taux d'infections maternelles (endomérites, infections urinaires, prélèvements vaginaux positifs) significativement plus élevé à Ancenis (cf Tableau 17). Cela va à l'encontre des conclusions de la méta-analyse de Mozurkewich de 1997 [9] qui conclue à la possibilité d'une augmentation des infections maternelles en cas d'attitude d'expectative par rapport à une attitude de déclenchement immédiat par ocytocine ou par prostaglandines. Mais nos résultats rejoignent cependant les conclusions de la méta-analyse de Boog [11] et celles de l'étude de Seince et al. [8] qui conclue « qu'aux vues des données de la littérature actuelle, il est impossible de définir un délai de rupture pour lequel il existe une augmentation significative de la morbidité infectieuse maternelle ». Audra [10], également, va dans le même sens que Boog et Seince et al. en affirmant que « les complications infectieuses maternelles graves (choc septique, péritonite), autrefois fréquentes, sont devenues rares depuis l'antibiothérapie ».

Dans le cadre de la rupture prolongée des membranes, notre étude ne permet pas de mettre en évidence qu'une politique plus attentiste :

- **augmente les chances de mise en travail spontanée**
- **augmente les morbidités infectieuses maternelle et néonatale**

4.2.2. Direction du travail

La direction du travail a été décrite à la fin des années 60 par O'Driscoll dans le but, à l'origine, de réduire la fréquence du travail prolongé chez les nullipares [12]. Elle est définie comme une pratique associant rupture précoce des membranes et utilisation des ocytociques en phase active dès que la vitesse de dilatation cervicale est inférieure à 1cm/h ou en 2nde phase de travail en cas de mauvaise progression du mobile fœtal.

Ses effets sur les taux de césariennes et d'extractions instrumentales ont ensuite été étudiés par de nombreux auteurs avec des résultats variables. La plupart des études montre cependant que la direction active ne permet pas de réduire le taux de césariennes [13, 14].

Actuellement, la politique de direction active crée une polémique par rapport à la centralisation des maternités, à la fermeture des petites maternités. Berveley Beech, présidente de l'Association pour l'amélioration des services de maternités, au Royaume Uni, pense que l'encombrement des grandes structures a amené les équipes en salle de naissance à réduire la durée passée en salle de travail par les parturientes. Elle illustre d'ailleurs ses propos comme suit [15] : « *En 1963 la durée optimale du travail pour une primipare était estimée à 36 heures, en 1968 elle a été réduite à 24 heures, et en 1972 elle est descendue à 12 heures. Actuellement, on peut compter 8 heures [...]* Pour s'assurer que les femmes accoucheraient dans le temps artificiellement imparti, le travail était déclenché ou accéléré, on encouragea les femmes à pousser, et une épisiotomie était réalisée pour être absolument certain que la tête du bébé émergerait le plus vite possible ». Cette polémique ne concerne pas uniquement les structures anglaises, mais également françaises. Tout cela tend à montrer que l'accouchement s'écarte alors de la physiologie pour devenir un acte essentiellement médical.

La méta-analyse de Brisson-Carrol et al. de 1996 [16], ainsi que de nombreuses autres études [13, 14, 17, 18], concluent que la direction active du travail permet une diminution de la durée du travail, en particulier l'amniotomie précoce (avant 6cm de dilatation cervicale) [19].

On constate que les deux maternités ne dirigent pas le travail de la même manière : en effet, à Ancenis, l'amniotomie est réalisée plus tardivement (la fréquence des amniotomies précoces est de 38,4% contre 56,7% à Nantes, $p < 0,009$), l'ocytocine est débutée plus tard (médiane à 6 cm de dilatation cervicale contre 5 cm à Nantes, $p < 0,027$) mais à des vitesses de perfusion supérieures. Au total, les patientes y ont une phase active plus courte ($p < 6.10^{-5}$) ainsi qu'une durée passée à dilatation complète plus faible ($p < 4.10^{-4}$). La tendance semble donc moins dirigiste à Ancenis.

On remarque qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux maternités (cf Tableau 7) :

- dans le délai entre la RAPdE et le Syntocinon® ou entre l'ocytocine et la RAPdE.
- concernant la dynamique utérine au moment où l'ocytocine est débutée : environ 3 contractions par 10 minutes.
- dans la dose totale moyenne de Syntocinon® perfusée : 1133 mUI au CHU et 1260 mUI à Ancenis.

L'équipe de F. Goffinet [1] retrouve la même tendance de politique plus dirigiste en niveau 3 mais cette politique, en revanche, dans leur étude, entraîne bien une réduction de la durée du travail en niveau 3. Cette étude n'a pas pris en compte la durée de la phase active, mais la durée du travail, définie comme la durée passée en salle de travail. Elle n'a pas non plus étudié l'emploi des ocytociques.

La majorité des études sur l'emploi des ocytociques pendant le travail a été réalisée dans le cadre de la direction du travail, comme nous l'avons vu précédemment. Ou bien ces études se sont intéressées à l'emploi du Syntocinon® dans les situations de dystocie [20, 21]. Mais aucune étude n'a réellement étudié les effets de l'utilisation systématique de l'ocytocine à une phase plus avancée dans le travail.

Est-ce l'utilisation plus tardive à la fois de l'amniotomie et de la pose de l'ocytocine qui diminue la durée de la phase active ou bien s'agit-il de l'utilisation de vitesses de perfusion plus élevées ?

4.2.3. L’analgésie péridurale

4.2.3.1. Différences de pratiques

La fréquence d’utilisation de l’analgésie péridurale a considérablement augmenté ces dernières années. Elle rend compte de l’augmentation de la médicalisation de l’accouchement.

Certains établissements sont connus pour avoir des taux élevés d’APD, moyen proposé comme une des seules alternatives au soulagement de la douleur. Or d’autres méthodes [22, 23] peuvent être proposées à la patiente afin que le recours à l’analgésie péridurale soit au moins plus tardif :

- les méthodes initiées pendant les cours de préparation à la naissance comme la respiration, les massages, le chant.
- un accompagnement continu par un proche et/ou par le personnel soignant, la sage-femme.
- l’acupuncture dans certains établissements.
- le bain si les membranes sont intactes.
- etc.

Les différences de fréquences observées concernant le recours à l’APD peuvent résulter de plusieurs hypothèses explicatives :

- **un problème de disponibilité des sages-femmes en niveau 3, occupées par la prise en charge des pathologies et des urgences ?**
- **une demande moins importante de l’APD en milieu rural qu’en milieu citadin ?**
- **un manque de disponibilité de l’anesthésiste de garde en niveau 1, qui est seul dans l’enceinte de l’hôpital la nuit?**
- **un taux plus élevé de cours de préparation à l’accouchement suivis par les femmes accouchant en niveau 1.**
- **la possibilité pour les femmes accouchant en niveau 1 de bénéficier de la possibilité de prendre un bain.**

4.2.3.2. Conséquences sur la phase active du travail

L'analgésie péridurale a été à l'origine de nombreuses controverses sur ses effets sur la durée du travail. Plusieurs études semblent tout de même prouver qu'elle n'influe pas sur la durée du travail [24, 25, 26, 27]

Mullet et al.[24], en 2003, dans leur revue de la littérature, concluent que l'analgésie péridurale n'est pas associée avec une augmentation de la durée de la phase de dilatation et que « la diminution fugace de l'activité utérine parfois rencontrée dans les suites immédiates de la pose de l'analgésie répond facilement à l'ocytocine ». L'étude de Rogers parue en 1997 [18] sur la direction active du travail selon le protocole décrit par O'Driscoll, confirme les conclusions de Mullet et al. [24]: il conclue en effet que la direction active du travail, même avec l'utilisation de l'analgésie péridurale, réduit la durée du travail.

Ainsi, Mullet et al. ainsi que Rogers montrent que l'APD n'augmente pas la durée de la phase active si elle est associée à la direction active du travail. Or, le CHU a moins recours à l'ocytocine que le CH d'Ancenis alors que le taux d'analgésie péridurale y est plus élevé (cf Tableau 5), et la durée de la phase active y est plus longue : en moyenne 6h02 contre 4h50 à Ancenis ($p < 6.10^{-5}$).

On peut donc penser que la durée de la phase active plus longue en niveau 3 est liée à :

- **la fréquence plus importante du recours à l'APD en niveau 3 ?**
- **la moindre utilisation du Syntocinon® en niveau 3, ne permettant pas, ainsi, de lutter contre la diminution de l'activité utérine secondaire à l'APD ?**
- **d'autres facteurs ? (cf durée de la phase active § 4.2.4)**

4.2.3.3. Conséquences sur la deuxième phase du travail

La relation entre l'administration de cette analgésie et l'augmentation de la seconde phase du travail est acquise et confortée par de nombreux travaux récents [26, 27, 28, 29]. Cela semble être confirmé dans notre étude : la durée passée à dilatation complète est plus importante en niveau 3 et c'est également dans cet établissement que l'on dénombre plus d'analgésie péridurale ($p < 0,004$, cf Tableau 5).

Ces résultats sont confirmés par le fait que la proportion de femmes restant à dilatation complète, dans les deux maternités, pendant plus de deux heures est beaucoup plus importante chez les patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale ($p < 7.10^{-5}$, cf Tableau 19).

Tableau 19 : Comparaison de la durée passée à dilatation complète entre les femmes ayant ou non une analgésie péridurale, les deux maternités étant confondues

	Femmes ayant une APD N=300	Femmes n'ayant pas d'APD N=73	P	RR [IC]
Durée à dilatation complète > 2 heures	76	3	7.10^{-5}	$6,16$ [2,00-18,99]
RR : risque relatif IC : intervalle de confiance à 95%				

Tableau 20 : Fréquence des durées d'efforts expulsifs supérieurs à 30 minutes

		Niveau 3	Niveau 1	p	RR [IC]
Efforts expulsifs	n/N	46/187	80/182	$<9.10^{-5}$	$0,56$
≥ 30 minutes	(%)	(24,6)	(44,0)		[0,41-0,76]
- parmi les femmes ayant une APD		39/46 (84,8)	61/80 (76,3)	ns	
RR : risque relatif IC : intervalle de confiance à 95% APD : analgésie péridurale					

En revanche, nos résultats sont contraires en ce qui concerne la durée des efforts expulsifs. Malgré un taux moindre d'APD en niveau 1, c'est dans ce niveau que l'on constate une augmentation de la durée des efforts expulsifs : la fréquence des durées d'efforts expulsifs supérieures à 30 minutes est en effet de 44,0% et de 24,6% pour, respectivement, le niveau 1 et le niveau 3 ($p < 9.10^{-5}$). Cependant on constate que dans les deux établissements, plus des trois quarts des patientes ayant des efforts expulsifs prolongés ont une analgésie péridurale : l'APD serait donc bien associée avec une augmentation de la durée des efforts expulsifs.

Notre étude semble montrer que l'analgésie péridurale augmente la seconde phase du travail.

4.2.3.4. Conséquences sur le mode d'accouchement

L'analgésie péridurale a été à l'origine de nombreuses divergences d'opinions concernant ses effets sur les taux de césariennes et d'extractions instrumentales [30]. Le défaut de flexion de la tête fœtale secondaire à l'APD, en particulier dans les variétés postérieures, était mis en avant. Ce phénomène serait dû à une diminution de la tonicité des muscles secondaire à l'APD [29].

Mais la plupart des études réalisées par la suite ne montrent d'augmentation de la fréquence des extractions instrumentales ni du taux de césariennes associées à l'APD [25, 26, 27, 28]. Desprats et Fournié [29] concluent « qu'actuellement, surtout avec l'utilisation de la PCEA, les doses de produits utilisés pour la péridurale ont bien baissé, et que s'il existe une bonne collaboration entre l'anesthésiste et l'obstétricien, la pratique de la péridurale n'augmente pas le taux de césariennes ».

Notre étude ne comporte pas assez de cas pour pouvoir tirer de telles conclusions mais on peut tout de même remarquer que même si la fréquence de l'APD est plus importante au CHU, il n'en résulte pas plus d'extractions instrumentales.

Notre étude n'a pas assez de puissance pour tirer des conclusions sur le lien entre l'APD et le mode d'accouchement mais il ne semble plus exister de lien entre analgésie péridurale et taux de césariennes et d'extractions instrumentales.

4.2.4. Durée de la phase active

En dehors de l'APD, d'autres facteurs peuvent expliquer la diminution de la durée de phase active en niveau 1.

Nous constatons que les femmes restent significativement plus longtemps en salle d'expectante en niveau 1 ($p < 4.10^{-6}$, cf Tableau 3). Cela pourrait expliquer le fait que les femmes déambulent peut-être plus en niveau 1 qu'en niveau 3 pendant le travail.

Or la déambulation permet de réduire la durée du travail sans augmenter la fréquence des contractions [31, 32]. « La verticalité et la liberté des positions faciliteraient la dilatation [...] » [33]. L'OMS [22] recommande la liberté des mouvements de la femme pendant le travail, la seule exception étant l'association de la RPM avec une présentation jugée insuffisamment appliquée par la sage-femme.

Cette facilité de mobilisation pourrait peut-être même expliquer le fait que l'on dénombre moins de variétés postérieures en cours de travail chez les patientes en niveau 1.

De plus, Ancenis, contrairement à Nantes, a la possibilité de proposer aux femmes de se détendre dans un bain pour faire face à la douleur. C'est ainsi que 19,7% des patientes du niveau 1 ont bénéficié d'un bain au cours du travail. Harpet A [33], rappelle les bienfaits du bain pendant le travail, en partie le fait que l'eau chaude entraîne une détente du corps de la patiente, provoquant une sécrétion d'hormones endorphines. Cette sécrétion permet donc de diminuer les sensations douloureuses des contractions utérines. De plus, elle nous rappelle que « l'eau pourrait favoriser la dilatation cervicale ». Le bain représenterait même une alternative à l'utilisation de méthodes « artificielles » pour accélérer le travail en cas de dystocie de la phase active du travail chez les primipares [23].

Ainsi plusieurs hypothèses expliqueraient la réduction de la phase active du travail en niveau 1 :

- **le moindre recours à l'APD.**
- **une durée d'expectative prolongée permettant la déambulation et la prise d'un bain.**
- **un recours plus fréquent à l'ocytocine.**

4.3. Mode d'accouchement

On pourrait penser que le taux de césariennes et d'extractions instrumentales pour souffrance fœtale aiguë soit moins élevé en niveau 3 qu'en niveau 1 du fait que le CHU dispose de moyens de surveillance et de diagnostic plus importants :

- l'électrode de scalp.
- l'oxymétrie de pouls fœtal.
- le pH au scalp qui devrait pouvoir éliminer les faux diagnostics de souffrance fœtale aiguë.

Or l'analyse des résultats a mis en évidence des taux de césariennes et d'extractions instrumentales comparables entre les deux maternités. L'hypothèse précédemment citée est donc réfutée. Et ce d'autant plus que :

- la majorité des césariennes sont réalisées dans les deux établissements entre autre pour souffrance fœtale (cf § 3.3.3.3 et Tableau 11).
- que plus d'extractions instrumentales pour anomalies du rythme cardiaque fœtal sont réalisées en niveau 3 qu'en niveau 1 (cf § 3.3.3.3 et Tableau 12).

Nos résultats semblent corroborer le fait que la technicisation de l'accouchement chez les nullipares à bas risque ne permet pas de réduire les interventions. De plus, nous savons que la médicalisation peut être iatrogène et donc induire la pathologie [22].

4.4. Les lésions périnéales

Tout comme l'étude de Goffinet et al. [1], notre étude montre que le CHU pratique plus d'épisiotomies qu'en niveau 1 ($p < 0,042$, Tableau 13), même lorsque l'on exclue les extractions instrumentales ($p < 0,026$, Tableau 21). Il n'est malheureusement pas possible de savoir pour quelles indications ces épisiotomies ont été réalisées, car ces données ne sont pas mentionnées dans les dossiers.

Une des hypothèses formulée par Goffinet et al. [1] pour expliquer cette différence est la présence des étudiantes sages-femmes au CHU.

Donc l'augmentation du recours à l'épisiotomie en niveau 3 pourrait s'expliquer par la présence des étudiantes sages-femmes, par l'intermédiaire de plusieurs facteurs :

- **la moindre capacité pour une étudiante réalisant l'accouchement de juger de sa capacité à contrôler une éventuelle déchirure périnéale ?**
- **ou bien la moindre facilité pour la sage-femme de juger de la résistance des tissus périnéaux du fait de la présence de l'élève ?**

Tableau 21 : Répartition des épisiotomies et des déchirures périnéales parmi les accouchements spontanés par voie basse non instrumentale

		Niveau 3	Niveau 1	P	RR
		N=148	N=148		[IC]
Episiotomies parmi les accouchements spontanés	n (%)	92 (62,2)	73 (49,3)	<0,026	1,26 [1,03-1,55]
Déchirures périnéales parmi les accouchements spontanés	n (%)	16 (10,9)	41 (27,8)	<2.10⁻⁴	0,39 [0,23-0,66]

RR : risque relatif
IC : intervalle de confiance à 95%

Mais la politique du CHU n'est bien évidemment pas à la réalisation systématique de l'épisiotomie chez toutes les nullipares.

L'épisiotomie a été source de nombreuses divergences d'opinions. L'épisiotomie de routine a été introduite « sans preuves scientifiques solides concernant son efficacité », soulignent F. Gogniat Loos [34] et D'Ercole et al. [35]. Tous les derniers travaux semblent montrer les bénéfices d'une pratique restrictive de l'épisiotomie par rapport à l'épisiotomie de routine :

- elle diminuerait les lésions périnéales, les sutures et complications de guérison [34, 36] et le risque de dommage du sphincter anal [34, 37, 38].
- il n'y aurait pas de différence concernant les lésions graves du vagin et du périnée les douleurs périnéales et les dyspareunies [35, 36].

Cependant, nos résultats, comme ceux de l'étude de Goffinet et al. [1] ne sont pas en accord avec ces conclusions. En effet, on constate que la maternité de niveau 1 réalise significativement moins d'épisiotomies, que ce soit pour toutes voies basses confondues (spontanées plus extractions instrumentales) ($p < 0,042$) que pour les voies basses seules ($p < 0,026$), mais le nombre de déchirures périnéales y est significativement plus élevé ($p < 0,001$) (également pour toutes voies basses confondues comme pour les voies basses seules). Cependant on retrouve la même répartition dans les degrés de déchirures entre les deux maternités.

Plusieurs propositions ont été élaborées pour réduire le recours à l'épisiotomie et/ou éviter les déchirures compliquées :

- une politique de prévention des lésions périnéales en incitant les femmes à pratiquer des massages périnéaux en fin de grossesse qui permettraient « d'augmenter les chances de naissance avec un périnée intact, mais uniquement chez les nullipares » [34, 35].

- au moment de l'accouchement, il est préconisé de favoriser les positions verticales qui réduisent les déchirures du 3^e degré [35, 38] et les changements de positions pendant la 2nde phase de travail pour limiter la durée de cette phase [38].

Nous constatons, depuis un an environ, un changement de pratique chez les sages-femmes du CHU. En effet, de plus en plus de sages-femmes essaient de proposer aux femmes d'accoucher en décubitus latéral ce qui permettrait de diminuer les lésions périnéales.

- il faudrait privilégier l'utilisation de la ventouse par rapport au forceps en cas de nécessité d'extraction instrumentale car elle entraîne « deux fois moins de déchirures complètes » [35, 38].

Il est vrai qu'à Ancenis, par exemple, trois des déchirures complètes sont survenues sur des accouchements ayant nécessité l'utilisation de forceps. Or aucune déchirure de 2nd degré n'est survenue suite à une extraction par ventouse, alors que quatre sont survenues au cours d'une extraction par forceps. De même, les épisiotomies se compliquent plus souvent d'une déchirure simple du périnée lors d'une extractions par forceps que lors d'une extraction par ventouse. Ceci peut éventuellement faire réfléchir à une modification de pratiques. Mais nous savons que le meilleur instrument utilisé est celui que l'utilisateur maîtrise.

Les deux femmes ayant présenté des problèmes d'incontinence anale lors de leur séjour en suites de couches à Ancenis ont eu une épisiotomie compliquée d'une déchirure de second degré.

Tableau 22 : Comparaison des déchirures selon le mode d'extraction instrumentale

	Niveau 3	Niveau 1	p	RR [IC]
Nombre de déchirures parmi les extractions par forceps :				
- 1 ^{er} degré	7 /20	8 /28	ns	
- 2 ^e degré	1 /20	3 /28	ns	
Nombre de déchirures parmi les extractions par ventouses :				
- 1 ^{er} degré	n /N	1 /10	< 0,034	0,10 [0,02-0,64]
- 2 ^e degré		0 /10	ns	

RR : risque relatif
IC : intervalle de confiance à 95%

Notre étude ne permet pas de prouver que la pratique restrictive de l'épisiotomie diminue les lésions périnéales, ni les sutures, ni les complications de guérison, mais permet cependant de montrer qu'elle n'entraîne pas plus de lésions graves du vagin et du périnée. De plus, nous constatons moins de complications périnéales avec l'utilisation de la ventouse qu'avec celle des forceps.

4.5. La délivrance

Les résultats de la littérature sont donc en faveur de la délivrance dirigée [39]. Elle n'a été réalisée chez aucune des patientes d'Ancenis incluses dans l'étude : toutes les délivrances étaient qualifiées de naturelles dans les dossiers.

Notre étude ne concerne que la prise en charge des nullipares à bas risque. Donc, dans ce cadre-ci, est-il vraiment nécessaire de réaliser une délivrance dirigée s'il n'existe aucun facteur de risque ?

Seulement deux hémorragies de la délivrance à Nantes et cinq à Ancenis ont été diagnostiquées cliniquement et notre effectif de population d'étude reste insuffisant pour pouvoir comparer leur fréquence et leur prise en charge.

Cependant, il existe certainement des différences de pratiques dans cette prise en charge : en effet sur l'ensemble des hémorragies survenues à Ancenis, toutes ont été traitées par des comprimés de Cytotec® en intra-rectal. Or, au CHU, les deux hémorragies ont été traitées par une perfusion intraveineuse de Nalador®.

4.6. Etat néonatal

Ce résultat est bien entendu primordial car il peut à lui seul justifier une modification des pratiques obstétricales.

Malgré les quelques différences observées sur les pratiques de prise en charge du travail et de l'accouchement dans les deux maternités, cela n'entraîne aucune répercussion sur l'état néonatal. Les scores d'Apgar sont tout à fait comparables au sein des deux maternités.

Tableau 23 : Comparaison des taux de ruptures des membranes supérieures à 12 heures

		Niveau 3 N=198	Niveau 1 N=196	p
Nombre de travaux avec une durée d'ouverture de l'œuf \geq 12h	n (%)	43 (21,7)	34 (17,3)	ns

Le CHU réalise plus de prélèvements de liquide gastrique chez les nouveau-nés. Or nous constatons que plusieurs facteurs sont comparables entre les deux maternités :

- le nombre de travaux avec une durée d'ouverture de l'œuf supérieure à 12 heures.
- le nombre de liquides gastriques prélevés pour un prélèvement vaginal du 9^e mois positif (6 dans les deux maternités).
- les scores d'Apgar à 1 et 5 minutes de vie, laissant supposer que le nombre d'enfants symptomatiques est comparable.

De plus, bien que la fréquence de prélèvements positifs ne diffère pas selon la maternité, plus d'enfants sont traités en suites de couches dans le niveau 3 : 18,2% des enfants ayant un liquide gastrique positif au CHU contre seulement 1,8% à Ancenis ($p < 0,003$).

Ainsi, n'y aurait-il pas un excès de prélèvements de liquides gastriques réalisé en niveau 3 ? L'ensemble des indications pour lesquelles ils sont réalisés font-ils réellement partie du protocole ? Cela entraînerait-il alors un excès de traitement des nouveau-nés ?

Nous trouvons le même résultat que l'étude de Goffinet et al. [1] en ce qui concerne les transferts de nouveau-nés : ceux-ci sont environ deux fois plus nombreux en niveau 3. Cela pourrait s'expliquer par la plus grande facilité de ce transfert en niveau 3, puisque bien évidemment, la structure de pédiatrie se situe dans la même structure. Ces transferts en niveau 3, de plus, n'entraînent pas un éloignement de la mère et de son enfant, qui restent alors dans la même structure.

Tableau 24 : Comparaison des motifs de transferts

		Niveau 3	Niveau 1	p
Suspicion d'IMF	n/N	13 /20	5 /8	ns
	(%)	(65,0)	(71,4)	
Autres motifs	n/N	7 /20	3 /8	ns
	(%)	(35,0)	(28,6)	

Autres motifs: anomalie cardiaque, allo-immunisation AO, vomissements, volvulus, entérocolite, accouchements sous X, sexe indéterminé, torsion de testicules, motif maternel

Or, cette facilité de transferts ne pourrait se retrouver que pour le motif de suspicion d'infection materno-fœtale. Or la fréquence des transferts réalisés pour ce motif n'est pas significative (cf Tableau 24). La différence constatée dans notre étude serait-elle donc liée au hasard ?

La durée de séjour à la maternité pour les femmes avec leur nouveau-né est plus longue à Ancenis (médianes à 5 jours contre 4 jours à Nantes). Les états de santé maternel et néonatal étant comparables, on peut émettre l'hypothèse que le CHU est plus favorable aux sorties « précoces » que le CH d'Ancenis, étant donné le nombre plus important d'entrées nécessitant de libérer des lits plus tôt.

Il semble étonnant que plus de femmes allaitent plus en niveau 3 qu'en niveau 1 : 60,0% contre 46,5% en niveau 1 ($p < 0,007$). En effet, on s'attendait à ce que les femmes accouchant en niveau 1 soient plus tournées vers la physiologie, et de ce fait, vers l'allaitement maternel. La maternité d'Ancenis a une politique volontariste d'allaitement maternel : le personnel a suivi une formation spécifique et offre la possibilité d'une tétée découverte en salle de naissance pour les femmes encore hésitantes sur le mode d'allaitement.

On peut donc résumer l'ensemble des différences de notre étude en comparaison avec celles de notre étude « princeps » [1] par le tableau ci-dessous.

Tableau 25 : Comparaison des résultats de notre étude avec celle de Goffinet et al

	Etude de Goffinet et al.			Notre étude		
	Niveau 3	Niveau 1	p	Niveau 3	Niveau 1	p
Fréquence d'APD	3 > 1		<0,001	3 > 1		<0,004
Mode d'accouchement :						
- taux de césariennes	3 ≈ 1		ns	3 ≈ 1		ns
- taux d'extractions instrumentales	3 > 1		<0,001	3 ≈ 1		ns
Taux d'épisiotomies	3 > 1		<0,001	3 > 1		<0,042
Fréquence des déchirures périnéales	3 < 1		<0,001	3 < 1		10 ⁻⁴
Taux d'hémorragies de la délivrance	3 > 1		<0,001	3 ≈ 1		ns
Scores d'Apgar à 5 minutes de vie	3 ≈ 1		ns	3 ≈ 1		ns
Fréquence des transferts néonataux	3 > 1		<0,001	3 > 1		<0,019

γ : grossesse
 3 > 1 : fréquence de la variable plus élevée en niveau 3
 3 < 1 : fréquence de la variable moins élevée en niveau 3
 3 ≈ 1 : fréquence de la variable non significativement différente
 DC : dilatation complète
 RAM : rupture artificielle des membranes
 Synto : syntocinon®
 LG : liquide gastrique

CONCLUSION

Notre étude a donc permis de mettre en évidence plusieurs différences dans les pratiques obstétricales entre les deux niveaux de maternité.

On observe essentiellement une réduction de la durée de la phase active ainsi que du temps passé à dilatation complète en niveau 1, qui peuvent s'expliquer par :

- un temps d'expectative plus long entre l'arrivée à la maternité et l'entrée en salle de naissance. Cela permet entre autre la déambulation, la prise d'un bain.
- un taux moindre d'analgésie péridurale.
- une fréquence plus importante d'utilisation de l'ocytocine à des vitesses de perfusion plus importantes.

D'autres différences de pratiques ont été analysées dont la constatation d'un moindre recours à l'épisiotomie en niveau 1, sans constat d'une augmentation des lésions graves du vagin et du périnée.

Au total, comme nous l'attendions, la maternité de niveau 1 semble être moins interventionniste que la maternité de niveau 3 mais on constate que ces différences de pratiques n'entraînent pas de répercussion sur :

- les taux globaux de césariennes et d'extractions instrumentales.
- la morbidité maternelle (sauf en ce qui concerne les épisiotomies et les déchirures périnéales).
- la morbidité néonatale.

Bien sûr ces différences ne sont pas généralisables à l'ensemble des maternités de niveaux 1 et 3.

Ce mémoire m'a donc permis de changer ma vision des différentes pratiques obstétricales pour ma future vie professionnelle. En effet, les différences observées lors de notre étude m'inciteront à respecter au maximum la physiologie du travail, c'est-à-dire :

- soutenir la patiente du mieux que je peux afin qu'elle puisse demander l'analgésie péridurale, si elle la souhaite, le plus tard possible pour favoriser la déambulation, la prise d'un bain... Tout cela dans le but que la phase active soit la plus courte possible.
- ne pas rompre trop tôt les membranes pour permettre à la femme de gérer aux mieux les contractions si elle ne désire pas de péridurale et si le travail évolue de manière favorable.
- ne pas utiliser l'ocytocine de manière systématique et trop tôt en l'absence d'analgésie péridurale si l'évolution du travail est favorable.
- en revanche, si la patiente bénéficie d'une analgésie péridurale, ne pas tarder à utiliser l'ocytocine pour pallier à l'éventuelle diminution transitoire de l'activité utérine.
- aider les femmes à diminuer les doses d'analgésiques injectées par PCEA en 2nde phase de travail pour essayer de diminuer la durée des efforts expulsifs.
- favoriser les changements de positions pendant la 2nde phase du travail pour tenter de diminuer la durée de celle-ci et secondairement pour limiter le taux d'épisiotomies.
- diminuer le recours à l'épisiotomie et éventuellement inciter les femmes à masser leur périnée en fin de grossesse pour diminuer les lésions périnéales.

Bibliographie

1. LE RAY C, GAUDU S, TEBOUL M, CABROL D, GOFFINET F
Prise en charge du travail et de l'accouchement chez la nullipare à bas risque : comparaison d'une maternité de type 1 et d'une maternité de type 3
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2004, vol. 33 (cahier 1), p. 30-36

2. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé
JO du 11 août 2004
[<http://www.legifrance.gouv.fr>]
pages consultées le 05.03.2005

3. REPUBLIQUE FRANCAISE
Avenant à la convention nationale des sages-femmes, NOR :SANS0423462X
JO n°271 du 21 novembre 2004 (page 19636, texte n°13)
[<http://www.legifrance.gouv.fr>]
pages consultées le 05.03.2005

4. Rapport du COTER périnatalité
[<http://www.sante-pays-de-la-loire.com/ORGANISATION/planif/sros3/coter/rapport/RAPperinat.pdf>]
pages consultées le 16/02/2005

5. ROZE JC, PUECH F, BREART G,
Rapport de la mission périnatalité (17 septembre 2003)
[http://www.reseau-naissance.com/mission_perinatalite.pdf]
pages consultées le 16/02/2005

6. Conférence de consensus
Grossesse et tabac
7 et 8 octobre 2004 – Lille (Grand Palais)
Sevrage tabagique - Pratique, Janvier 2005, n°7,
7. CARBONNE B
Indications et modalités de déclenchement en cas de rupture prématurée des membranes
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., Novembre 1999, vol. 28, n°7, p. 683-686
8. SEINCE N, BIQUARD F, SARFFATI R, et al
Rupture prématurée des membranes à terme : quel délai d'expectative ? Résultats d'une étude prospective multicentrique à propos de 713 cas
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., Février 2001, vol. 30, p. 42-50
9. MOZURKEWICH EL, WOLF FM
Premature rupture of membranes at term : a meta-analysis of three management schemes
Obstet. Gynecol., Juin 1997, vol. 89, n °6, p. 1035-43
10. AUDRA P, PASQUIER JC
Rupture prématurée des membranes à terme
Encycl. Méd. Chir., Paris, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS,
Obstétrique, 2002, 5-072-B-20, 5p.
11. BOOG G.
Le déclenchement de l'accouchement dans la rupture prématurée des membranes
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1995, vol. 24, supplément 1, p. 48-53
12. PEACEMAN AM, SOCOL ML
Active management of labor
Am. J. Obstet. Gynecol., Août 1996, vol. 175, n°2, p. 363-368

13. SADLER LC, DAVISON T, McCOWAN LM
A randomised controlled trial and meta-analysis of active management of labour
BJOG., Juillet 2000, vol. 107, n°7, p. 909-15
14. FRIGOLETTO FD Jr, LIEBERMAN E, LANG JM, et al.
A clinical trial of active management of labor
N. Engl. J. Med., Septembre 1995, vol. 333, n°12, p. 745-750
15. BEL B
Protocoles obstétricaux et données probantes des études scientifiques : une panacée ?
8^{es} Journées annuelles de santé publique du Québec, Montréal, 29-30 novembre et 1^{er}, 2 décembre 2004
[\[http://www.aspq.org/colloques/conf/medias2004/NaissanceCitoyenneBB.pdf\]](http://www.aspq.org/colloques/conf/medias2004/NaissanceCitoyenneBB.pdf)
pages consultées le 25/02/2005
16. BRISSON-CARROLL G, FRASER W, BREART G, et al.
The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor: a meta-analysis
Obstet. Gynecol., Mai 1996, vol. 87, n°5 Pt 2, p. 891-896
17. IMPEY L, HOBSON J, O'HERLIHY C
Graphic analysis of actively managed labor: prospective computation of labor progress in 500 consecutive nulliparous women in spontaneous labor at term
Am. J. Obstet. Gynecol., Août 2000, vol. 183, n°2, p. 438-443
18. ROGERS R, GILSON GJ, MILLER AC, et al.
Active management of labor : does it make a difference ?
Am. J. Obstet. Gynecol., Septembre 1997, vol. 177, n°3, p. 599-605

19. FOURNIE A, CONNAN L, DESPRATS R
La direction du travail
in LANSAC J, BODY G, PERROTIN F, MARRET H
Pratique de l'accouchement
Paris, Edition Masson, 3^e édition, Mai 2001, Chapitre 11, p. 147-154
20. ROUSE DJ, OWEN J, HAUTH JC
Active-phase labor arrest: oxytocin augmentation for at least 4 hours
Obstet. Gynecol., Mars 1999, vol. 93, n°3, p. 323-328
21. ROUSE DJ, OWEN J, SAVAGE KG , HAUTH JC
Active phase labor arrest: revisiting the 2-hour minimum
Obstet. Gynecol. , Octobre 2001, vol. 98, n°4, p. 550-554
22. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Les soins liés à un accouchement normal : rapport d'un groupe de travail technique
[www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/MSM_96_24_chapter6.fr.html]
pages consultées le 27/01/2005
23. CLUETT ER, PICKERING RM, GETLIFFE K, ST GEORGE SAUNDERS NJ
Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labor
BMJ. , Février 2004, vol. 328, n°7435, p. 314
24. MULLET CH, RUYNAT L, MIELLET CH-CH
Analgésie au cours de l'accouchement normal
in THOULON JM, PASQUIER JC, AUDRA P
La surveillance du travail
Paris, Edition Masson, 2003, Chapitre 32, p. 343-355

25. CHESTNUT DH, McGRATH JM, VINCENT RD Jr, et al.
Does early administration of epidural analgesia affect outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor ?
Anesthesiology, Juin 1994; vol. 80, n°6, p. 1201-1208
26. LEIGHTON BL, HALPERN SH
The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review
Am. J. Obstet. Gynecol., Mai 2002; vol. 186 (5 Suppl Nature): S69-77
27. ZHANG J, YANCEY MK, KLEBANOFF MA, et al.
Does epidural analgesia prolong labor and increase risk of cesarean delivery? A natural experiment
Am. J. Obstet. Gynecol., Juillet 2001, vol. 185, n°1, p.128-134
28. IMPEY L, MacQUILLAN K, ROBSON M
Epidural analgesia need not increase operative delivery rates
Am. J. Obstet. Gynecol., Février 2000, vol. 182, n°2, p. 358-363
29. DESPRATS R, FOURNIE A
L'anesthésie et l'analgésie obstétricales
in LANSAC J, BODY G, PERROTIN F, MARRET H
Pratique de l'accouchement
Paris, Edition Masson, 3^e édition, Mai 2001, Chapitre 12, p. 155-168
30. ROGERS R, GILSON G, KAMMERER-DOAK D
Epidural analgesia and active management of labor : effects on length of labor and mode of delivery
Obstet. Gynecol. , Juin 1999, vol. 93, n°6, p. 995-998

31. MARIA B

Première période du travail : la dilatation du col

in CABROL D, PONS JC, GOFFINET F

Traité d'obstétrique

Paris, Flammarion, 2003, Chapitre 79, p. 741-763

32. DE GASQUET B

Installation de la parturiente et postures pendant le travail

[<http://www.jpgetarbes.com/detail/archives/02070101.asp>]

Journées Pyrénéennes de Gynécologie de Tarbes, 2000

pages consultées le 25/02/2005

33. HARPET A

J'accouche... ou vous m'accoucher ?

Mémoire Ecole de sages-femmes de Dijon, 2002

[<http://alexandra.harpet.free.fr>]

pages consultées le 27/01/2005

34. GOGNIAT LOOS F

Episiotomie de routine : une pratique sans fondements

Les Dossiers de l'Obstétrique, Décembre 2003, n°322, p.8-11

35. D'ERCOLE C, CRAVELLO L, ROGER V, BOUBLI L, BLANC B

Episiotomie : incision médiane ou médio-latérale, systématique ou de quelle nécessité

[<http://www.pro.gyneweb.fr/Sources/congres/jta/98/plancher%20pelvien/episio.html>]

pages consultées le 25/02/2005

36. BEECH B

L'épisiotomie au Royaume-Uni

[<http://www.fraternet.org/naissance/docs/beverley-episio-fr.htm>]

2^e Journée Petite Enfance, 2004

pages consultées le 25/02/2005

37. BRETONES S, MELLIER G

L'épisiotomie, méthode de protection du sphincter anal

Gynecol. Obstet. Fertil., 2001, vol. 29, p. 632-634

38. PHILIPPE HJ

Est-il possible de préserver le périnée au cours de la grossesse ?

Journées de Périnéologie de La Rochelle du 25 septembre 1999

[<http://pro.gyneweb.fr/sources/obstetrique/newsletter/rochelle.htm>]

pages consultées le 25/02/2005

39. GABRIEL R, HARIKA G, QUEREUX C, et al.

Délivrance normale et pathologique

Encycl. Méd. Chir., Paris, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS,

Obstétrique, 1996, 5-108-M-10, 10p.

ANNEXE : Questionnaire

- année du dossier :
- n° dossier :
- n° d'accouchement :

Données générales :

- âge :
- médecin traitant : OUI NON
- gynécologue : OUI NON
- taille :
- poids avant grossesse :
- tabagisme avant grossesse :

Grossesse actuelle :

- suivi :
 - médecin traitant
 - sage-femme
 - gynécologue
- double test : OUI NON
- cours PPO : OUI NON
- échographies : biométries :
 - BIP :
 - CA :
- prise de poids :
- tabagisme pendant la grossesse :

- terme début de suivi à la maternité :

Arrivée à la maternité :

- terme :
- motif :
 - contractions utérines : OUI NON
 - perte de liquide amniotique :
 - OUI : clair - teinté - méconial
 - NON
- hauteur utérine :
- toucher vaginal : dilatation à l'entrée :

Passage en salle :

- délai par rapport à l'entrée :
- déclenchement :
 - OUI :
 - délai :
 - moyen utilisé :
 - motif :
 - NON
- dilatation :
- déambulation : OUI NON

Données du partogramme :

- analgésie péridurale :
 - OUI :
 - dilatation :

- produits utilisés :

- rupture artificielle des membranes :
 - OUI :
 - dilatation :
 - couleur du LA :
 - motif de RAPdE :
 - NON

- rupture spontanée des membranes :
 - OUI :
 - dilatation :
 - couleur du liquide amniotique :
 - NON

- Syntocinon :
 - OUI :
 - dilution :
 - dilatation :
 - motif d'utilisation :
 - délai après rupture :
 - nombre de CU/10' :
 - nombre d'UI reçues :
 - NON

- Variété de présentation :
- Durée de la phase active :
- Durée d'ouverture de l'oeuf :
- Vitesse moyenne de dilatation :

Mode d'accouchement :

- Durée du travail :
- Durée des efforts expulsifs :

- Spontané :
 - occipito-pubien
 - occipito-sacré
- Césarienne :
 - indication :
 - durée stagnation de la dilatation :
 - dilatation :
- Extraction instrumentale :
 - spatules forceps ventouse
 - indication :
 - dégagement : OP OS

Lésions des parties molles :

- Episiotomie :
 - OUI
 - NON
- Déchirure :
 - OUI :
 - incomplète (1^{er} degré)
 - complète (sphincter) (2nd degré)
 - compliquée (anus) (3^e degré)
 - NON

Dystocie des épaules : OUI NON

- Légère
- Moyenne
- Grave
- Manœuvre :
 - Flexion des cuisses
 - Pression sus-pubienne
 - Manœuvre du tire-bouchon
 - Jacquemier
 - Autres :

Délivrance :

- Délai :
- Mode :
 - spontané :
 - artificielle :
 - motif :
 - RU :
 - hémorragie de la délivrance :
 - légère
 - moyenne
 - grave
 - état de choc : OUI NON
 - étiologie de l'hémorragie :
 - compensation :
 - plasma :
 - sang (nombre de flacons) :

Etat de l'enfant à la naissance :

- Sexe :
- Poids :
- Apgar :
- LG :
 - OUI :
 - motif :
 - bactérie :
 - traitement : OUI NON
 - durée du traitement :
 - NON
- Réanimation : OUI NON
- Transfert :
 - OUI :
 - motif :
 - NON
- Examen clinique : normal : OUI NON

Déroulement des SdC :

- Maman :
- BB :

Durée du séjour à la maternité :

- maman :
- BB :

Allaitement maternel: OUI NON

RESUME

Etude: Nous avons réalisé une étude rétrospective au sein de deux maternités de la Région Pays-de-la-Loire (niveau 1 et niveau 3) sur les années 2002 et 2003 afin de comparer les pratiques obstétricales concernant 400 nullipares à bas risque.

Résultats : Les différences de pratiques principales concernent : le taux d'analgésies péridurales (86,2% en niveau 3 contre 75,0% en niveau 1), le taux d'épisiotomies (68,6% en niveau 3 contre 58,5% en niveau 1), le délai d'expectative après une rupture prématurée des membranes supérieure à 12 heures (12h54 en niveau 3 contre 25h54 en niveau 1), la durée passée en salle d'expectante (4h14 en niveau 3 contre 7h36 en niveau 1), la fréquence des amniotomies précoces (56,7% contre 38,4% pour respectivement les niveaux 3 et 1) ainsi que la fréquence, la vitesse de perfusion et l'utilisation plus ou moins tardive de l'ocytocine. En niveau 1, la durée de la phase active est plus courte, ainsi que la durée passée à dilatation complète. En revanche, il n'y a de différences ni sur les taux de césariennes et d'extractions instrumentales ni sur les morbidités maternelle et néonatale.

Conclusion : L'attitude de la maternité de niveau 1 paraît moins interventionniste. Même si les différences de pratiques observées n'entraînent pas de conséquences, aussi bien sur le mode d'accouchement que sur les morbidités maternelle et néonatale, elles modifient en particulier les différents temps du travail.

Mots-clés : nullipare, grossesse à bas risque, travail, accouchement, analgésie péridurale, mode d'accouchement, lésions périnéales, état néonatal.