

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 111 (2013)
Heft: 1-2

Artikel: L'accouchement physiologique : faut-il le sauver?
Autor: Fleming, Valerie
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949124>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

L'accouchement physiologique – faut-il le sauver?

Etat des lieux à partir de deux cas concrets

D'après certaines études, l'accouchement physiologique est le plus souhaitable autant pour la mère et l'enfant que pour la sage-femme. Néanmoins, ni l'avis des experts ni les définitions de l'OMS n'apportent des éclaircissements suffisants sur ce que l'on entend précisément par «accouchement physiologique» et sur ce qui le distingue de la «naissance normale». L'état des lieux sur la naissance physiologique, comparée à la naissance normale, montre comment elle a évolué dans sa pratique, où elle en est aujourd'hui, à quel point les définitions laissent des questions ouvertes, et cela bien que les praticiennes comme les chercheuses soient incitées à formuler des définitions et des modèles de pratiques applicables à l'accouchement physiologique.

Valerie Fleming, Winterthour. Traduction: Josianne Bodart Senn

Caractéristiques et avantages de l'accouchement physiologique

L'accouchement physiologique est généralement considéré comme ayant des effets positifs sur la santé des jeunes mères et de leur bébé (Souza et al, 2010). Pour que le travail commence de manière spontanée, une série d'événements doit avoir lieu, la plupart d'entre eux étant initiés par le bébé lui-même. Lockwood (2004) résume ce processus comme une activation de l'axe fœtal hypothalamo-hypophysio-surrénalien déclenchant une augmentation du cortisol, qui prépare les organes vitaux du fœtus à la vie extra-utérine. D'autres signaux hormonaux, comme l'activation des récepteurs hormonaux de la musculature utérine, préparent au démarrage de l'accouchement et à la dilatation du col de l'utérus. De cette manière, mère et enfant s'apprentent à égalité à un processus optimal d'accouchement. Pour Roman et Lothian (2008), les femmes bénéficiant d'un tel fonctionnement physiologique optimal sont moins susceptibles d'avoir besoin d'interventions pour stimuler artificiellement le travail, ce qui par ailleurs influence leurs capacités à gérer la douleur. Lorsque le travail est déclenché de manière spontanée, il y a moins de risque de souffrance fœtale ou de recours à un accouchement instrumenté ou à une césarienne. Pour la plupart des femmes, les bénéfices à court terme d'un accouchement physiologique comprennent un ressenti émotionnel et physique de bien-être tandis que leur bébé ne souffre pas du transfert de médicaments à travers la barrière placentaire ou par le biais de l'allaitement. A long terme, les issues comprennent des bénéfices d'une bonne santé physique et mentale pour la mère, une capacité à gérer les demandes de son nouveau-né et les exigences de son nouveau statut de mère, ainsi qu'une bonne croissance et un meilleur dé-

veloppement pour le bébé (Heim et Binder, 2012). Malgré tous ces avantages, les accouchements physiologiques se sont raréfiés ces dernières années dans les pays industrialisés. Cette régression a pour conséquence que toujours moins de sages-femmes sont familiarisées avec l'expérience d'un accouchement physiologique.

De toute façon, les paramètres de «normalité» sont en constant changement, les interventions médicales, aussi bien que le déclenchement ou la stimulation du travail, amenant à leur tour un besoin d'autres interventions (de Clerq et al., 2006) et provoquant une augmentation des taux de césariennes avec les risques qui y sont associés (Souza et al, 2010). En Suisse, ce taux a régulièrement augmenté ces 10 dernières années: de 24,4% en 1999 à 32,8% en 2010 – avec, en outre, des écarts marqués par canton: de 43,1% pour Zoug à 24,2% pour le Jura (Office fédéral de la statistique, 2011). De telles tendances ne sont pas uniquement réservées à la Suisse. Elles existent aussi dans d'autres pays développés ou en voie de développement. Des tendances qui s'écartent de la recommandation de l'OMS de 10–15% (Gibbons et al, 2010) et des taux que connaissent des pays comme la Finlande, la Suède et les Pays-Bas, tous inférieurs à 17% (WHO, 2011).

Cet article s'attachera à préciser quelques-unes des raisons expliquant aussi bien les écarts par rapport à l'accouchement physiologique que la spirale des interventions induites. Il engagera la discussion sur leur importance pour les sages-femmes d'aujourd'hui. Mais d'abord, portons notre attention sur deux études de cas datant des années 1979 et 2011.

Cas I, 1979: Laura

Laura, primipare de 24 ans, a été admise en salle de travail à 39 semaines de grossesse avec des contractions régulières augmentant en fréquence et en intensité depuis environ 6 heures. Sa grossesse s'est déroulée sans pro-

blème et ses membranes sont intactes. Son mari a été conduit dans la salle d'attente lorsqu'elle a été prise en charge dans la salle d'admission, où elle a été priée d'ôter tous ses vêtements personnels et de revêtir la chemise d'hôpital. On lui a alors pris la température, le pouls et la pression sanguine. Puis, on l'a examinée et on a enregistré ses contractions. En présence d'une tête bien engagée dans le bassin, de contractions régulières «de bonne intensité» toutes les 4–5 minutes, la sage-femme a procédé à un toucher vaginal. Le col utérin de Laura est alors complètement effacé et dilaté à 5 cm; le bassin normal; le sommet de la tête se présente transversalement à 1 cm des épines iliaques. Laura a alors été diagnostiquée en «phase de dilatation» et une amniotomie a été pratiquée, son pubis rasé et un lavement fait. Après quoi elle a été autorisée à se doucher avant d'être accompagnée à la salle de travail où elle a pu se mettre au lit et être rejointe par son mari. Durant le reste du travail, Laura a été autorisée à prendre quelques gorges d'eau, la sage-femme étant constamment présente, notant les contractions qui se présentaient régulièrement et enregistrant fréquemment les signes vitaux, écoutant le cœur fœtal toutes les 15 minutes à l'aide d'un stéthoscope de Pinard. La présence constante de la sage-femme a procuré une réelle assurance et un soutien inconditionnel. Lorsqu'un soulagement des douleurs s'est avéré nécessaire, le médicament de choix a été la péthidine associée à du Stemetil et plus tard de l'Entonox (50 % oxygène et 50 % protoxyde d'azote) en auto-administration. Lorsque Laura a commencé à pousser, elle a été capable de s'asseoir un peu et une seconde sage-femme est venue les rejoindre,



Valerie Fleming RM, PhD, Consultante, Haute école zurichoise de sciences appliquées (ZHAW), professeure émérite Glasgow Caledonian University (Grande-Bretagne).

Infirmière (Ecosse, 1977), sage-femme (Ecosse, 1979), Advanced Diploma of Nursing (Auckland, 1983), BA Social Sciences, (Massey University, 1988), MA Nursing (Massey University, 1990), Ph.D. (Massey University, 1994).

A travaillé comme sage-femme en Ecosse, en Inde, en Nouvelle-Zélande. Experte comme conseillère auprès de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dès 1997. Titre de professeure 2001, Glasgow Caledonian University. Dès 2002, directrice de projets R&D au Kosovo, en Palestine et au Malawi. Directrice EU MSc Midwifery en 2007–2010. Conseillère régionale Nursing and Midwifery WHO Europa en 2011–2012.



Marie-Gabrielle von Weber
sage-femme indépendante, membre FSSF,
co-présidente de la Section Schwyz

Chère sage-femme, chère lectrice, cher lecteur,

Dans l'article de fond, Valerie Fleming montre clairement qu'en obstétrique, les normes établies ces dernières décennies font que des naissances physiologiques peuvent difficilement avoir lieu.

Pour nous, sages-femmes, il est clair que la grossesse et la naissance physiologiques, de même que le post-partum, ont des effets positifs sur la santé de la mère et de l'enfant. Nous nous considérons comme les spécialistes du processus physiologique avant, pendant et après la naissance. Est-ce bien vrai? Avons-nous vraiment à l'esprit tout ce qui rend la naissance saine et naturelle? Dans la pratique, où apprenons-nous et où exerçons-nous la physiologie? Les processus d'accouchement véritablement physiologique sont en déclin pour nous, sages-femmes. De ce fait, nous ne pouvons pas approfondir valablement ce savoir. C'est ce qu'explique l'article de fond.

La possibilité de «nourrir» l'art obstétrical, de l'élargir et de le transmettre diminue. Allons-nous devenir de simples assistantes de la médecine obstétricale? Il est certain qu'il faut sauver la naissance physiologique. Car nous voulons que le nouveau-né, en lien avec sa famille et de manière naturelle, aie un bon départ dans la vie. Et pour cela, il ne suffit pas de savoir de manière théorique de quoi a l'air un processus de naissance naturelle et de connaître toutes les études possibles à ce sujet. Nous devons être les expertes en accouchement sain et naturel, dans une perspective globale, avec des connaissances professionnelles et de l'intuition, avec de l'empathie et du plaisir. Parce que c'est cela que les femmes souhaitent et que c'est cela aussi que confirment les recherches.

Je vous souhaite donc une nouvelle année «toute physiologique». Engageons-nous courageusement pour tout ce qui est sain et naturel, en faveur du bien-être de la mère et de l'enfant.

Marie-Gabrielle v. Weber

Cordialement, Marie-Gabrielle von Weber

les deux sages-femmes se positionnant de telle sorte que Laura puisse pousser contre elles. Ce qui leur a permis de garder une main libre pour préserver le périnée et pour pratiquer une épisiotomie juste avant que la tête ne sorte. Après le passage de l'épaule antérieure du bébé, 0,5 ml de Syntométrine a été administré et la 3^e phase du travail s'est achevée 5 minutes après la venue de l'enfant, avec un clampage précoce et une délivrance du placenta par traction contrôlée du cordon. Le bébé a été lavé, habillé et posé dans les bras de Laura.

En 1979, ceci était considéré comme une naissance normale dans l'hôpital où je travaillais alors comme sage-femme fraîchement diplômée.

Cas II, 2011: Anna

32 ans plus tard, Anna, la fille de Laura, a accouché de son premier enfant dans le même hôpital. L'expérience d'Anna présente des différences sensiblement importantes. Son partenaire est resté tout le temps auprès d'elle. La salle dans laquelle Anna a été accueillie était plus confortable, avec divers sièges, des tapis, des ballons, et un lit apparemment normal, sans appareils médicaux visibles pour un accouchement digne du 21^e siècle. Aucun rasage, pas de lavement, plus de stéthoscope de Pinard, mais un cardiocographe à l'admission qui fut répété toutes les heures. Lorsque les contractions sont devenues trop fortes pour Anna, elle a pu recevoir de la morphine en autocontrôle. Quand elle a demandé une épidurale, celle-ci a été immédiatement disponible et administrée environ deux heures avant la venue du bébé. Pendant ce temps, elle était alitée, dormant par intermittences, toutes les contractions étant gérées en continu de manière électronique. La sage-femme entrain et sortait constamment mais restait disponible grâce à la sonnette d'appel. Parce qu'elle était sous péridurale, Anna a donné naissance dans une position semblable à celle de Laura, mais la sage-femme n'a pas soutenu le périnée ni pratiqué une épisiotomie. Ce qui a causé en revanche pour Anna une déchirure au 2^e degré qui a été suturée. A la naissance du bébé, cinq unités de Syntocinon ont été administrées et le 3^e stade s'est achevé en 7 minutes avec un clampage précoce du cordon et une délivrance du placenta par traction contrôlée du cordon.

Ces deux cas illustrent en l'espace de 33 ans quelques différences de conceptions de normalité en matière de naissance, chacun de ces cas étant pratiqué avec une intervention considérée comme minimale dans une maternité de base. Toutefois, ce qui est considéré comme «normal» varie d'un cas à l'autre. Ni Laura ni Anna n'ont connu un accouchement physiologique.

Accouchement physiologique vs accouchement normal

Le «Oxford English Dictionary» définit la physiologie «comme la branche de la biologie qui traite des fonctions normales des êtres vivants et de leurs organes». Dès lors, une naissance physiologique correspond aux capacités humaines naturelles de la mère et de l'enfant sans intervention extérieure. En revanche, l'OMS (1996, p. 4) la décrit comme: «Démarrant de manière spontanée, à bas risque au départ du travail et le restant tout au long du travail et de la délivrance». Il y est ajouté l'idée que «l'enfant naît spontanément en position céphalique

du sommet entre 37 et 42 semaines de grossesse complètes». Et le rapport conclut: «Après la naissance, la mère et l'enfant se trouvent en bonnes conditions générales». Une telle déclaration est énoncée dans un monde qui connaît d'énormes contrastes entre les pays développés vivant une médicalisation croissante et les pays en voie de développement où les statistiques de mortalité maternelle/infantile restent à des niveaux inacceptables.

Ainsi, la définition du dictionnaire anglais et celle de l'OMS convergent. Le rapport de l'OMS, qui se réfère à des résultats de recherches, mentionne encore beaucoup d'interventions qui ont été progressivement intégrées «dans la norme», comme le montre nos études de cas. Ces pratiques comprennent le fait que les femmes présentant un travail normal devraient être autorisées à manger si elles le désirent, à être accompagnées d'une personne avec qui elles se sentent bien et elles devraient être fortement encouragées à utiliser des moyens non pharmacologiques pour soulager leurs douleurs avant de recourir à des solutions de rechange. En outre, ce rapport conclut qu'il n'y a aucune raison de pratiquer une épisiotomie de routine ni d'imposer un décubitus dorsal. De plus, il affirme que les touchers vaginaux devraient être faits toutes les 4 heures lorsque ceux-ci sont les seules évaluations précises possibles de l'avancement de la dilatation et il met en garde contre les accélérations du travail sans évaluation individuelle par un obstétricien.

Dans les deux études de cas présentées plus haut, on a pu voir que les preuves vont aujourd'hui à l'encontre de nombreuses interventions pratiquées sur Laura alors que sa fille Anna s'approche davantage d'un processus physiologique. Les deux éléments qui varient d'un cas à l'autre – et qui, selon l'OMS demandent encore des investigations plus poussées – sont l'amniotomie de routine et, pour Laura mais pas pour Anna, la protection du périnée. Pour la mère comme pour la fille, il a été administré de l'ocytocine lors du passage de l'épaule antérieure. A nouveau, l'OMS précise que des preuves supplémentaires sont nécessaires pour confirmer (ou infirmer) l'utilité de cette pratique. Dans la suite de l'article, nous discuterons de ces trois pratiques chaque fois en lien avec leurs effets sur l'accouchement physiologique.

Amniotomie précoce

Suite à la publication d'un article de référence par O'Driscoll et al (1973), beaucoup de maternités ont adopté leurs recommandations sans les critiquer. Il s'agissait de rompre artificiellement les membranes et de poser une perfusion d'ocytocine dès que la dilatation cervicale d'au moins un cm/heure était atteinte afin d'éviter «de possibles effets délétères permanents à la personnalité de la mère» qui pourraient survenir si le travail se prolongeait au-delà des 12 heures» (O'Driscoll et al., 1973, p. 136). Il s'est avéré par la suite que l'équipe O'Driscoll et al. n'avait pas cherché à randomiser les femmes en groupe de traite-



ment et groupe de contrôle, mais avait simplement instauré un nouveau mode de traitement sans aucun fondement solide. Aucune littérature ne venait soutenir ceci et aucune hypothèse n'était avancée. En outre, aucune approbation éthique ne semble avoir été sollicitée et aucun test psychologique n'a été entrepris alors qu'il aurait été nécessaire pour mesurer valablement la première variable. Pourtant, ce texte a constitué la base de ce qui est devenu la pratique obstétricale «normale» pour les vingt années suivantes, et jusqu'à nos jours pour certains endroits.

Les résultats de l'étude O'Driscoll et al. sont venus à un moment où l'on ne savait que peu de choses sur le processus physiologique de l'accouchement. Aujourd'hui, on sait qu'au cours du travail, le système neuroendocrinien soutient la production d'ocytocine endogène et de catécholamines bénéfiques en réponse au stress, ce qui en retour favorise un travail efficace avec des réponses physiologiques protectrices associées, nécessitant moins souvent une stimulation artificielle et, par conséquent, aussi moins souvent un recours au soulagement supplémentaire de la douleur (American College of Nurse Midwives – ACNM et al., 2012).

Alors que le rapport de l'OMS (1995) spécifie que d'autres études doivent être réalisées dans ce domaine, le rapport de l'ACNM s'appuie sur une littérature scientifique plus récente pour fonder ses recommandations pour une approche physiologique à ce stade du processus de naissance.

Protection du périnée au 2^e stade du travail

En Suisse, de même que dans beaucoup d'autres pays d'Europe, très peu d'épisiotomies sont pratiquées par les sages-femmes. La recommandation du rapport de l'OMS (1995) de mener davantage de recherches sur la protection du périnée reste donc d'actualité. La relation entre cette pratique et la naissance physiologique a pu être remise en question, mais une vaste étude comprenant 5471 femmes a été publiée par après (McCandlish et al, 1998) comparant deux méthodes de gestion du périnée durant le 2^e stade du travail et révèle des corrélations fortes. D'un côté, la sage-femme exerçait une pression de la main sur la tête du bébé pour préserver le périnée, puis utilisait la flexion latérale pour faciliter le passage des épaules tandis que, d'un autre côté, la sage-femme ne faisait rien de ses mains, mais restait prête à exercer une légère pression dans le cas où le bébé naissait rapidement. La première variable testait la douleur ressentie par les femmes au 10^e jour post-partum. C'est dans le premier groupe que l'on a relevé significativement moins de douleur ($p = 0.02$).

Les résultats de cette étude impliquaient que le soutien du périnée par la sage-femme permettait de réduire la douleur au 10^e jour post-partum. Ce qui n'a pas été testé,

c'est si le soutien du périnée avait une influence sur le processus physiologique normal ou si, inversement, il rassurait simplement les femmes. En outre, lorsque la femme est accroupie ou adopte une autre position pour accoucher (son périnée étant alors moins visible pour la sage-femme), il devient difficile de soutenir le périnée.

Dans les cas mentionnés, Anna et Laura ont donné naissance en position semi-couchée, si bien qu'il aurait été facile d'utiliser une pression de la main. Si Anna n'avait pas eu de péridurale, elle aurait aussi pu adopter une autre position, comme le recommande l'OMS.

Gestion du 3^e stade du travail

On enseigne aux sages-femmes que la gestion – telle qu'elle a été employée pour Laura comme pour Anna – permet à la fois de réduire le risque d'hémorragie du post-partum et de faciliter le 3^e stade du travail. L'OMS (1995) consacre quatre pages de son rapport à une discussion à ce sujet sans parvenir à une conclusion claire quant à l'utilisation et aux conditions d'utilisation de l'ocytocine de routine durant le 3^e stade du travail. A nouveau, l'OMS déclare qu'il n'y a pas de preuves suffisantes pour éditer des guidelines sur ce sujet.

Comme pour la pratique de l'amniotomie, l'introduction de l'ocytocine de routine fait suite à la publication d'un article de référence – dans ce cas, celui de Lister (1951) – qui diffuse les résultats d'une recherche menée dans les années 1946–1948 dans une région en Angleterre qui avait particulièrement souffert de misère et de pauvreté pendant et après la Seconde Guerre mondiale. Cette étude, largement diffusée et complétée des références appropriées, concluait que le taux d'hémorragie du post-partum de l'époque pouvait être réduit de vingt fois par l'administration intraveineuse d'ergométrine, ou de dix fois par l'administration intramusculaire d'ocytocine. De tels chiffres sont convaincants mais, dans cet échantillon, le groupe ayant reçu de l'ergométrine avait aussi accouché sous anesthésie générale, ce qui a eu une grande influence sur le muscle utérin. En outre, l'état de santé générale et de nutrition de ces femmes était discutable à cette époque. Mais, il reste que c'est l'étude largement citée durant les deux décennies suivantes et elle a instauré, à partir de là, l'administration routinière de l'ocytocine. Les études qui ont suivi (cf. Embrey, 1961) ont comparé différents ocytociques comme l'ergométrine et la syntométrine, et une récente revue Cochrane regroupant 14 études (Cotter et al., 2010) donne la faveur au Syntocinon en comparaison à l'ergométrine.

Ce n'est que très récemment que des questions ont commencé à émerger quant à la nécessité d'utiliser n'importe quel ocytocique pour des femmes en bonne santé ayant eu une grossesse sans complication. Sur la base de quatre études, une revue systématique de littérature (Dixon et al., 2011) a montré qu'un 3^e stade de travail peut être accompagné de manière physiologique pour des femmes en bonne santé et n'ayant pas connu de complications durant leur grossesse. Néanmoins, une seule de ces

études était randomisée mais elle ne comprenait que 193 femmes avec différentes parités. Les auteurs de cette revue rejoignent le rapport de l'OMS (1995) en affirmant que d'autres preuves à ce sujet sont indispensables.

Conclusion

La naissance physiologique n'est pas la norme ni en Suisse ni dans d'autres pays développés. Malgré tout, un regain d'intérêt se manifeste aussi bien au sein des groupes de femmes que chez les sages-femmes. Dans son rapport de 1995, l'OMS fournit certains éléments clés pour enrichir la discussion. Nous avons toutefois montré qu'au moins deux de ces questions restent encore en suspens. Pour que le retour du balancier se fasse en faveur de la naissance physiologique, il est nécessaire que soit établi si la gestion du 3^e stade du travail est le principal frein à la réalisation effective d'un accouchement physiologique. Mais, avant qu'une telle recherche ne puisse être menée à bien, les sages-femmes doivent retrouver confiance dans leurs capacités à pratiquer des accouchements physiologiques pour qu'un échantillon puisse être constitué, afin de pouvoir comparer les pratiques exercées dans les deux domaines.

Vous trouverez la bibliographie à la page 9 de cette édition.



Contact

Prof. Dr. Valerie Fleming

flem@zhaw.ch

Zürcher Hochschule für
Angewandte Wissenschaften (ZHAW)
Departement Gesundheit
Institut für Hebammen
Technikumstrasse 71, CH-8401 Winterthur
T +41 (0)58 934 64 64
F +41 (0)58 935 64 74
www.gesundheit.zhaw.ch