Rapport scientifique final IRESP 2017 :

Accouchements moins médicalisés : attentes des usagères et pratiques dans les maternités au niveau national

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Identification du projet	
Titre du projet	Accouchements moins médicalisés : attentes des usagères et pratiques dans les maternités au niveau national
Coordinateur scientifique du projet (société/organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	Camille Le Ray (INSERM U1153, équipe EPOPé)
Référence de l'appel à projets (nom + année)	AAP Général 2017 - Volet Service de Santé projet A18023KS, N° Allocation AMC18006KSA
Citez les équipes partenaires (organismes, structures ou laboratoire de rattachement)	**INSERM U1153**
Référence convention/décision	
Période du projet (date début – date fin)	**2018-2021**
Identification du rédacteur	
Nom du rédacteur du rapport	**Camille Le Ray**
Fonction au sein du projet *(si différent du Coordinateur scientifique du projet)*	
Téléphone	01 58 41 38 17
Adresse électronique	camille.le-ray@aphp.fr

Synthèse courte

Dans notre pays, la quasi-totalité des femmes accouchent dans des maternités hospitalières, les accouchements à domicile étant marginaux et les maisons de naissance encore en expérimentation, au moment de la réalisation de notre projet. Dans ces conditions et pour mieux tenir compte des attentes des femmes, le défi actuel est de pouvoir proposer une moindre médicalisation de l'accouchement pour l'ensemble des femmes à bas risque prises en charge en maternité.

Les objectifs de ce projet étaient de décrire les attentes des femmes pour leur accouchement et analyser les caractéristiques des femmes ayant des attentes particulières, de décrire comment les maternités organisaient pour répondre aux attentes des femmes, et d'étudier les pratiques de moindre médicalisation du travail et de l'accouchement en France.

Notre projet, réalisé au sein de l'équipe EPOPé de l'INSERM U1153, s'est appuyé sur l'analyse de la base de données de l'Enquête nationale périnatale (ENP) de 2016 et de la précédente édition 2010. L'échantillon, considéré comme représentatif de l'ensemble des naissances françaises, reflète les pratiques obstétricales dans toutes les maternités en France.

1- Fréquence et déterminants des femmes ayant des demandes particulières pour l'accouchement

Nous avons étudié les préférences des femmes pour leur travail et leur accouchement à partir des données de l'ENP 2016.
Parmi les 11 633 femmes étudiées, 3,7 % avaient rédigé un projet de naissance écrit, 17,3 % avaient exprimé oralement leurs préférences au personnel de la salle d'accouchement et 79,0 % n'avaient pas ou n'avaient exprimé aucune préférence.
L'analyse de déterminants a montré que les femmes en surpoids ou obèses et celles ayant une nationalité de pays africains étaient moins susceptibles d'exprimer leurs préférences, que ce soit par écrit ou oralement. D'autre part, à mesure que le niveau d'éducation augmentait, l'association avec les préférences écrites ou orales augmentait également. Les préférences écrites et orales étaient significativement associées aux soins prénataux dispensés par une sage-femme en pratique libérale et à la participation aux séances de préparation à la parentalité.
Les caractéristiques de la maternité semblaient également jouer un rôle. La rédaction d'un projet de naissance écrit était significativement associée positivement à l'accouchement dans une maternité offrant des services spécifiques pour l'accouchement normal. A l'inverse, les

préférences orales étaient significativement négativement associées à une naissance en maternité privé.

Parce que la rédaction d'un projet de naissance est associée à une expérience plus satisfaisante de l'accouchement, les femmes et les professionnels devraient mieux s'en approprier. Les sages-femmes pourraient systématiquement présenter le projet de naissance lors des visites prénatales et dans les cours de préparation à la parentalité. De plus, les maternités pourraient accroître l'expression des préférences des femmes en s'investissant mieux dans une organisation de soins favorisant l'accouchement normal.

2- Fréquence et déterminants de l'utilisation de méthodes d'analgésie non-pharmacologiques durant le travail

Si l'analgésie périmédullaire est la méthode de référence du fait de son efficacité contre la douleur du travail et de sa balance bénéfice-risque très favorable, il semble que cette méthode ne prenne pas complètement en charge la dimension cognitive de la douleur. D'autres moyens peuvent alors être utilisés comme les méthodes non-pharmacologiques, qui sont de plus en plus populaires. Nous avons décrit la fréquence d'utilisation durant le travail des méthodes d'analgésie non-pharmacologique, seules ou en combinaison avec une analgésie périmédullaire, et d'exploré les déterminants individuels et organisationnels de cette utilisation.

A partir des données de l'ENP 2016, nous nous sommes intéressés aux femmes avec une tentative d'accouchement par voie basse, qui ont accouché d'un enfant vivant dans une maternité de France métropolitaine, avec une méthode d'analgésie périmédullaire ou non-pharmacologique durant le travail. Parmi les 9 231 femmes incluses dans l'analyse, 62,4% ont utilisé uniquement une analgésie périmédullaire, 6,4% uniquement une méthode d'analgésie non-pharmacologique et enfin 31,2% une combinaison d'analgésie périmédullaire et non-pharmacologique. Les méthodes non-pharmacologiques utilisées par les femmes étaient, de manière non exclusive : les postures maternelles incluant la déambulation ou l'utilisation d'un ballon de travail (75,9%), le bain d'eau chaude (32,1%), les massages (15,8%), l'acupuncture durant le travail (9,8%), la sophrologie ou les exercices de respiration ou visualisation (6,8%), l'homéopathie (3,3%) et l'hypnose (1.6%).

Cette étude a montré que l'analgésie non-pharmacologique en France était majoritairement utilisée en combinaison avec une analgésie périmédullaire. Au-delà des préférences maternelles, cette combinaison des deux types de méthodes semblait être plus fréquemment utilisée au niveau individuel, par les femmes avec un haut niveau d'éducation et celles qui étaient bien intégrées dans le système de soins ; et au niveau organisationnel dans les maternités publiques. La combinaison des méthodes non-pharmacologiques et

périmédullaires semble être l'une des meilleures options pour la gestion analgésique du travail puisqu'elle permet de répondre à la plupart des dimensions de la douleur du travail. Nos résultats ont montré que toutes les femmes ne bénéficiaient pas de cette stratégie optimale de gestion de la douleur.

3- Facteurs associés à la satisfaction maternelle vis-à-vis de l'analgésie reçue durant le travail

Pour ce projet, nos objectifs étaient d'estimer la fréquence de la satisfaction maternelle incomplète vis-à-vis de l'analgésie parmi les utilisatrices de méthodes périmédullaires et de déterminer les facteurs associés à cette satisfaction incomplète, à partir des données de l'ENP 2016.

Parmi les 8 538 femmes ayant eu une tentative d'accouchement par voie basse, sous analgésie périmédullaire et ayant accouché d'un enfant vivant, 3 001 (35,2%) étaient incomplètement insatisfaites de leur analgésie avec 2 158 femmes (25,3%) plutôt satisfaites, 614 (7,2%) peu satisfaites et 229 (2,7%) pas du tout satisfaites.

Les facteurs modifiables de cette satisfaction incomplète étaient liés aux modalités de l'analgésie périmédullaire (absence d'initiation par rachi-péri combinée et d'entretien par PCEA) et à l'inadéquation entre les préférences anténatales et l'utilisation effective d'analgésie au cours du travail. D'autres facteurs maternels, obstétricaux et organisationnels étaient également associés à la satisfaction maternelle incomplète, tels que l'obésité, les durées de travail très courtes ou très longues, et la césarienne au cours du travail.

La satisfaction incomplète vis-à-vis de l'analgésie est donc une situation fréquente. L'absence d'utilisation de la rachi-péri combinée et de la PCEA ont été identifiées comme des facteurs modifiables de la satisfaction maternelle incomplète et leur déploiement pourrait améliorer l'expérience analgésique des femmes. Le renforcement de la satisfaction maternelle vis-à-vis de l'analgésie pourrait également passer par une réduction des inadéquations entre le projet analgésique maternel et l'analgésie reçue ainsi que par une meilleure prise en compte de certaines situations à risque de moindre qualité analgésique comme l'obésité maternelle, des durées de travail extrêmes, ou encore la césarienne en cours de travail.

4- Evolution du recours à l'oxytocine et rupture artificielle des membranes et taux de césarienne durant le travail entre 2010 et 2016

Le recours à l'oxytocine et l'amniotomie sont fréquents durant le travail sans que leur bénéfice pour réduire le taux de césarienne ait été clairement démontré.

Pour cette analyse, nous avons inclus des femmes avec des grossesses uniques, qui ont donné naissance à un enfant né vivant en présentation céphalique à ou après 37 semaines et après un travail spontané. Nous avons exclu les femmes avec un déclenchement du travail, un accouchement par césarienne avant le travail et les femmes qui ont accouché spontanément malgré une césarienne planifiée. Les données des ENP 2010 et 2016 ont été analysées.

Cette étude a montré que les taux de recours à l'oxytocine et à l'amniotomie avaient significativement diminué entre 2010 et 2016 dans la population globale des femmes en travail spontané avec fœtus unique en présentation céphalique, de 58,3% à 45,2% pour l'utilisation d'oxytocine, de 52,4% à 42,6% pour l'amniotomie et de 34,1% à 22,4% pour l'association des deux interventions, sans augmentation en parallèle du taux de césarienne (6,9% en 2010 versus 6,6% en 2016) dans la population d'étude. Ces diminutions étaient observées dans tous les sous-groupes étudiés et confortaient ainsi les recommandations actuelles, qui ont pour objet de réduire les interventions médicales à leur stricte indication.

5- Positions maternelles à l'accouchement : déterminants maternels et organisationnels

Différentes positions peuvent être adoptées lors de l'accouchement et il n'existe à l'heure actuelle aucune définition ou classification consensuelle des différentes positions d'accouchement. En France, la position allongée sur le dos reste aujourd'hui encore largement utilisée à l'accouchement, même si elle est de plus en plus remise en cause au profit de positions alternatives telles que les positions verticales ou encore le décubitus latéral.

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence en France des différentes positions au début des efforts expulsifs (DEE), d'étudier les déterminants associés aux positions alternatives à partir des données de l'ENP 2016.

Notre population d'étude était composée de 8 810 femmes ; 88,6% des femmes sont positionnées en décubitus dorsal au DEE et 11,4% en position alternative.

Cette analyse a montré que la position des femmes lors de l'accouchement est fortement liée aux demandes des femmes, d'autant qu'elles sont formulées dans un projet de naissance. Les femmes pouvant plus facilement échanger et exprimer leurs envies avec les professionnels sont moins souvent en décubitus dorsal au début des efforts expulsifs. Il semblerait intéressant que la rédaction d'un tel projet de naissance soit proposé à chaque femme lors de la grossesse, ce qui pourrait permettre de réduire cette inégalité.

Les autres facteurs favorisant la position alternative au DEE étaient l'âge > 35 ans dans le sens d'une augmentation de l'utilisation des positions alternatives par rapport aux femmes âgées entre 25 et 35 ans, le niveau d'étude élevé par rapport aux femmes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat, les multipares n'ayant jamais eu de césarienne par rapport aux primipares, le suivi par une sage-femme libérale, la préparation à la naissance, l'absence d'analgésie péri médullaire, le statut de la maternité, dans le sens d'une augmentation de l'utilisation de cette position dans les CH, CHR et ESPIC par rapport au CHU.

La diffusion de ces résultats aux professionnels de la naissance pourrait avoir un impact sur les pratiques dans les salles de naissances.

6- Fréquence et déterminants des femmes n'ayant eu recours à aucune méthode d'analgésie pendant le travail

Si l'accès à une prise en charge de la douleur est considéré comme un droit fondamental humain, l'absence de prise en charge constitue alors en médecine un défaut de soins.
Pour ce projet, nos objectifs étaient d'évaluer la proportion de femmes sans prise en charge analgésique ainsi que les déterminants individuels et organisationnels associés à partir des données de l'ENP2021.

Pour ce projet ont été incluses dans l'analyse, les 10 011 femmes avec une tentative d'accouchement par voie basse, une durée de travail supérieure ou égale à 15 minutes et qui ont accouché d'un fœtus vivant. 5,4% des femmes n'avaient reçu aucune prise en charge analgésique ; et cette proportion était trois plus importante lorsque les femmes préféraient ne pas utiliser d'analgésie périmédullaire durant la grossesse.
Au-delà des caractéristiques obstétricales comme la multiparité ou la dilatation cervicale avancée, l'absence de prise en charge analgésique était également associée à l'absence de séances de préparation à la naissance et à l'admission la nuit en salle de naissance, et cela, quelle que soit la préférence anténatale concernant l'analgésie périmédullaire. Parmi les femmes qui initialement ne préféraient pas utiliser d'analgésie périmédullaire, cette absence de prise en charge analgésique était également associée au fait d'être née à l'étranger ; parmi les femmes qui initialement préféraient utiliser une analgésie périmédullaire, elle était associée au fait d'accoucher dans une maternité de moins de 1500 accouchements par an.