

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 97 (1999)

Heft: 6

Artikel: Quand l'efficacité l'emporte sur la routine

Autor: Gogniant Loos, Fabienne

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951342>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 18.07.2025

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

EDITORIAL

En 1864, en plein boom de l'ère industrielle, le canton de Glaris imposait aux travailleuses un arrêt de travail avant et après l'accouchement. Il était le premier Etat européen à le faire.

Cent trente-cinq ans plus tard, le seul Etat de l'Europe occidentale à ne pas avoir d'assurance maternité s'apprête à voter sur le sujet. Alors que la crise économique semble arriver à sa fin, il y a encore dans ce



pays nanti des voix qui s'élèvent pour dire que nous n'avons pas les moyens de nous offrir ce luxe! Ces gens n'ont à l'évidence jamais croisé de jeunes femmes en condition précaire, parfois illégale, que leur employeur, qui les paie déjà mal, a «oublié» d'annoncer aux assurances et qui, une fois enceintes, se retrouvent dans des conditions financières difficiles; si difficiles qu'elles en arrivent à supplier leur employeur de leur permettre de reprendre le travail au plus tôt, malgré l'interdiction de travailler huit semaines après un accouchement.

Cette assurance nous coûterait, selon les estimations, environ 500 millions de francs. Une paille par rapport aux 90 milliards que nous coûtent l'ensemble de nos assurances sociales! De plus, des entreprises font déjà l'effort d'offrir à leurs employées une assurance perte de gain en cas de maternité; ces firmes verraient leur générosité récompensée, puisqu'elles économiseraient près de 350 millions de francs avec la solution proposée.

Dans ce pays, l'homme qui va apprendre le maniement des armes est mieux protégé financièrement que la femme qui va mettre un enfant au monde.

Il faut que cela cesse!

Fabienne Gogniat Loos

Evidence-based midwifery

Quand

la

L'objectif prioritaire de l'obstétrique actuelle doit être, non seulement de maintenir le niveau des prestations, mais encore de les améliorer. Pour cela, il ne faut pas hésiter à remettre en question de manière critique l'utilité et l'efficacité des méthodes établies, en les soumettant à l'épreuve des méthodes scientifiques. C'est ce que les Anglo-Saxons appellent «evidence-based midwifery».

Fabienne Gogniat Loos

EVIDENCE-BASED midwifery. Si le terme sonne bien en anglais, il est difficile de lui trouver une traduction correcte en français sans employer une périphrase. Si l'on s'y risquait quand même, cela donnerait à peu près ceci: «la pratique de la sage-femme basée sur les preuves» ou en s'éloignant un peu du texte original: «le travail de la sage-femme et la recherche». Ce concept fait l'objet, depuis longtemps dans le monde anglophone et plus récemment dans le monde germanophone, de nombreuses publications. Dans le milieu francophone, les choses commencent tout juste à bouger. Pourtant le concept va tout à fait dans le sens des sages-femmes. Face à l'interventionnisme des années 70, nombre de consœurs étaient montées aux barricades en criant au loup. Mais manquant de faits et de preuves concrètes quant à la non-efficacité, voire la nuisance de certaines mesures, elles n'ont pas été entendues. Aujourd'hui, elles le sont

enfin, dans le monde anglo-saxon en tous les cas, et de plus en plus chez nous.

Attention aux relations de cause à effet

L'objectif de la médecine basée sur les preuves est en fait de reconsidérer les gestes qu'on fait par routine ou d'autres qu'on croit être efficaces, mais sans en avoir la preuve concrète. Il s'agit de se poser sérieusement la question de leur conséquence et de leur efficacité, puis de rassembler des preuves (par exemple en puisant dans la base de données Cochrane, voir page 27).

Prenons quelques exemples pour illustrer notre propos. Les pays industrialisés ont un taux très bas de morts maternelles et périnatales. Mais les femmes faisant partie de groupes religieux qui refusent les soins obstétricaux ont des taux de mortalité comparables à ceux des pays en voie de développe-

L'efficacité l'emporte sur routine

ment. Ce qui nous amène à dire que des soins obstétriques appropriés sont bénéfiques. Jusque-là, tout le monde est d'accord. Mais il faut voir quels gestes routiniers ont réellement une efficacité. A ce propos, une analyse est nécessaire.

En Europe, presque toutes les naissances ont lieu à l'hôpital. Et si l'on regarde les statistiques, on constate que les naissances à domicile ont un taux de mortalité plus élevé que les naissances en milieu hospitalier. Pourtant, si l'on examine les chiffres plus attentivement, on constate que ce sont les naissances ayant eu lieu «par accident» à domicile (qui auraient donc dû avoir lieu à l'hôpital) qui ont un taux de mortalité élevé. Mais les naissances à domicile planifiées comme telles ont des taux bien moindres. Il faut donc se garder d'y voir une relation de cause à effet. Pour s'en convaincre, on peut évoquer le cas de la Hollande, où un tiers des naissances ont lieu à domicile, mais qui possède un des taux de mortalité le plus bas d'Europe!

La victoire du stéthoscope sur le CTG

On peut citer beaucoup de mesures de routine dont l'efficacité réelle reste à prouver. Ainsi, au début des contractions, dans de nombreux hôpitaux, on fait un lavement et on rase le pubis, par crainte des infections. Mais aucune étude à ce jour n'a permis de vérifier vraiment l'opportunité de ces mesures de routine. Il en est de même pour l'in-

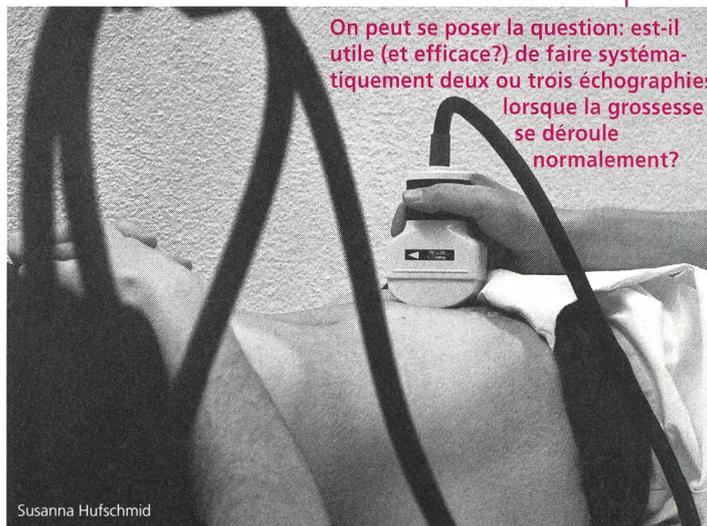
terdiction de manger et de boire pendant le travail ou la position sur le dos pour accoucher, comme nous l'avons déjà évoqué dans le numéro 4/99.

Tout le monde est d'accord pour dire que la surveillance de l'activité cardiaque du fœtus pendant le travail est indispensable, pour reconnaître à temps d'éventuels problèmes. Lorsque le CTG fut introduit avec enthousiasme dans les années 70, on a cru qu'il permettrait d'intervenir plus tôt pour protéger le fœtus. Sur la base d'études non randomisées et rétrospectives, on a cru pouvoir conclure que les fœtus nés sous CTG continu étaient en général dans un meilleur état de santé que ceux nés sous auscultation périodique par stéthoscope. Mais la première étude randomisée a conclu que le CTG ne constituait pas un avantage déterminant pour le fœtus, ni par rapport à la mortalité in utero ou néonatale, ni par rapport au score d'Apgar ou pour le transfert dans une unité spéciale pour nouveau-nés. Mais surtout le CTG n'améliore pas le confort de la mère. De plus, on constata, dans le groupe sous CTG, qu'il y avait un accroissement statistiquement significatif des césariennes pour cause de détresse fœtale et de non-progression de l'accouchement, de même qu'une augmentation des infections maternelles; à cela

s'ajoutait le sentiment exprimé par les femmes d'être livrées à elles-mêmes. Par après, huit autres études, regroupant en tout 17 000 femmes, ont confirmé ces résultats [3].

Le taux de césariennes a quadruplé en 15 ans

La césarienne est l'une des interventions les plus contradictoires de l'obstétrique moderne. L'opération peut



On peut se poser la question: est-il utile (et efficace?) de faire systématiquement deux ou trois échographies lorsque la grossesse se déroule normalement?

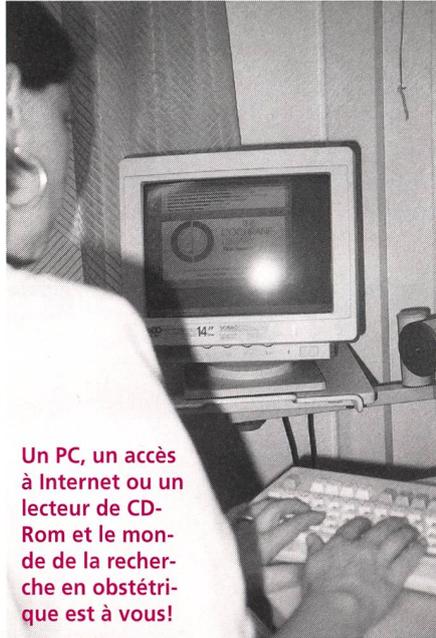
Susanna Hufschmid

sauver des vies, par exemple en cas de position transverse ou de placenta praevia. Mais la même opération, avec son potentiel de préservation des vies et de la santé de la mère et de l'enfant, est aussi devenue, dans nos pays industrialisés, une des causes principales de mort et de morbidité.

La césarienne est aujourd'hui considérée comme l'une des opérations les

plus sûres. Pour- tant, la mortalité maternelle est 2 à 4 fois plus élevée que par voie naturelle! Le risque croît en- core pour une deu- xième ou une troi- sième césarienne chez une femme à risque. Les nais- sances par césa- rienne n'ont cessé d'augmenter dans les pays indus- trialisés au cours des vingt dernières années, même si on assiste actuelle- ment à un tasse- ment. Pour prendre l'exemple des Etats-

G. Michel



Un PC, un accès à Internet ou un lecteur de CD-Rom et le monde de la recherche en obstétrique est à vous!

Unis, de 5,5% des naissances en 1970, le chiffre a quadruplé en 15 ans, pour atteindre 22,7% (1985). On a vu une pointe à 24,7% en 1988, pour diminuer à 23,5% en 1990. On observe une augmentation comparable dans les pays européens, d'Amérique du Nord et du Pacifique, malgré une formation, des méthodes et des activités différentes des médecins. On n'arrive pas à s'accorder sur le taux idéal de césariennes. Les chiffres actuels varient entre 7% dans l'ancienne Tchécoslovaquie et au Japon et 32% au Brésil... Dans la plupart des pays, la moyenne se situe entre 10 et 13% [3].

Bien des césariennes se font sans hé- sitation, avec des indications sans équi- voques et dans ce cas, elles sauvent des vies. Mais l'indication de la plupart des césariennes est sujette à caution. Pour l'indication «dystocie» ou «détresse fœtale», deux des indications les plus fréquentes, il n'existe pas de définition

unique, reconnue de manière uni- verselle. Actuelle- ment, aucune donnée n'est à disposition qui permette de pré- tendre qu'une césarienne est un avantage en cas de présentation par le siège. Une précédente césa- rienne n'est heu- reusement à elle seule que rarement une indi- cation suffisante pour une nouvelle césarienne, bien qu'en Ontario, cette seule indica- tion soit responsable de 40% des césa- riennes et participe ainsi à raison de 68% à l'augmentation de la délivrance par césarienne [3].

Comment se lancer?

L'amélioration de l'obstétrique est une bonne chose, mais certaines pra- tiques constituent clairement une limi- tation de la liberté et du bien-être des femmes, et sont liées à l'utilisation d'une technologie coûteuse (dont l'effi- cacité n'est pas nécessairement prou- vée) et à une confiance exagérée dans des méthodes invasives pour des indi- cations douteuses ou triviales.

A une époque où l'explosion incont- rôlée des coûts de la santé se produit en même temps qu'une diminution des ressources publiques, il est de notre de- voir vis-à-vis de la société d'identifier clairement les mesures coûteuses mais peu efficaces, et de les éliminer du catalogue des gestes de routine en obs- tétrique. Il faut définir quelles mesures peuvent aider quelles femmes et quels enfants, avant de les appliquer sans discernement.

Chaque sage-femme peut s'atteler à cette tâche, à condition d'avoir à sa dis- position la base de données Cochrane. C'est le cas à la maternité de Genève, où ce sont surtout les obstétriciens et les jeunes sages-femmes qui en font usage. Le fait que cette banque de données ne soit actuellement disponible qu'en anglais en rebute malheureusement plus d'une. En page 27, vous trouverez les coordonnées pour s'abonner à cette banque de données. Une fois en sa pos- session, il faut respecter les cinq étapes de travail suivantes [6]:

1. Formuler une question clinique, à laquelle il convient de donner une réponse
2. Rechercher les meilleures preuves externes
3. Les examiner sur le plan de leur validité et de leur fiabilité (consulter la base de données Cochrane)
4. Application des résultats dans la pra- tique
5. Evaluation de l'application dans sa propre pratique, discussion de cas, questionnaires aux patientes.

Si vous êtes mal à l'aise avec des me- sures qu'on effectue de manière routi- nière et systématique dans votre hôpi- tal, que ce soit la section précoce du cordon, l'épisiotomie ou la pose d'un CTG en continu, n'hésitez plus, faites le pas. Consultez la base de données Cochrane sur le sujet et argumentez auprès du chef de service pour faire changer les choses. Le bien-être des mères et des enfants en dépend dans une large mesure. ◀

Références

- [1] *Lesley Page*: «The Backlash Against Evi- dence-Based Care», in *Birth*, 23:4 Decem- ber 1996, 191-192.
- [2] *Lesley Page*: «Evidence-based maternity care: science and sensitivity in practice», in *MIDIRS, Midwifery Digest* (June 1998) 8:2, 146-147.
- [3] *M.W. Enkin*: «Betreuung von Mutter und Fet intrapartale und mütterliche Fürsorge in Industriestaaten» in *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 11/98, 562-566 (mit Kommen- tar von Prof. Dr. H. Schneider, Bern).
- [4] *L. Culpepper*: «Prenatal Visits - It's Not the Number, It's the Content», in *Birth* 23:4, December 1996, 236-238.
- [5] *S. Kitzinger*: «The Caesarean Epidemic in Great Britain», in *Birth* 25:1, March 1998, 56-58.
- [6] Notes d'*Ans Luyben*, sage-femme ensei- gnante à l'école de Coire.

Si vous souhaitez en savoir plus, vous pouvez lire:

I. Chalmers, M. Enkin et M. Keirse, éd.: «Effective Care in Pregnancy and Child- birth», Oxford University Press 1989, en 2 volumes.

Ou son condensé: «A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth», 1989.

Une édition allemande et une édition ita- lienne viennent de sortir de presse:

I. Chalmers, M. Enkin, M. Keirse: «Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt: ein Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer», Ullstein Medi- cal, Wiesbaden, 1998.

M. Enkin, M. Keirse, I. Chalmers: «L'effica- cia delle procedure di assistenza alla gra- vidanza e al parto», Ed. RED. Como, 496 pages.

On attend toujours la traduction française de cet ouvrage...

On nous signale **deux cours** cet automne sur le sujet:

1) **Evidence-based midwifery**, à Lon- dres, du 9 au 13 septembre 1999. Programme à disposition à l'adresse sui- vante: Midwifery Today, PO Box 2672, Eu- gen, Ontario, 97402 USA. Tél. + 1 800 743 0974 ou fax + 1 541 344 1422. E-mail: midwifery@aol.com

2) **Zeitgemässige Beurteilung medizini- scher Evidenz: Gynäkologie/Geburts- hilfe, Hebammen**, 22-24 octobre 1999 à la Fondation Paracelse aujourd'hui, Einsie- deln. Prix: Fr. 350.- pour les trois jours (matériel de cours et programme informa- tique compris, logement et repas en plus). Tél. 055 418 81 95. Fax 055 418 81 96. E-mail: stiftung@paracelsus-heute.ch