**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband
**Band:** 106 (2008)
**Heft:** 7-8

**Artikel:** Ellemagne : étude "ProGeb"
**Autor:** Gross, Mechthild M.
**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-949454

**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:** 10.12.2025

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

# Etude «ProGeb»

**Dans le Land du Niedersachsen, en Allemagne du Nord, une vaste étude scientifique a été réalisée pour évaluer le «processus» de l'accouchement, et pas seulement ses résultats – positifs ou négatifs – pour la mère et l'enfant. Dire que «la mère et l'enfant se portent bien» ne suffit pas pour en apprécier les effets réels et évaluer la qualité de l'accouchement. Il convient de trouver les moyens de mesurer ce qui se passe vraiment tout au long du processus afin d'éviter les cascades d'interventions. Tel est le but de l'étude «ProGeb». Cette abréviation désigne un concept précis: «*Pro*zessorientierte Betreuung während des *Geb*ärens». En français, ce concept pourrait être traduit par «Prise en charge durant l'accouchement envisagé comme processus».**

**Dr. Mechthild M. Gross:** sage-femme, infirmière, psychologue, collaboratrice scientifique et directrice de recherches sur l'activité des sages-femmes, Hanovre (Allemagne).

L'étude ProGeb est une étude longitudinale de cohorte. Il faut savoir qu'en Allemagne, toutes les naissances en milieu hospitalier doivent obligatoirement être enregistrées dans un dossier pour pouvoir analyser les «issues» (conséquences pour la mère et pour l'enfant), comparer objectivement les résultats et au besoin les améliorer[1,2]. De cette manière, depuis les années 1980, des progrès ont été réalisés. Des études, par exemple des méta-analyses d'essais contrôlés randomisés ont ainsi démontré une corrélation positive entre un nombre réduit d'interventions et de meilleurs résultats pour la mère et pour l'enfant[3]. De nombreuses revues systématiques ont également montré que les interventions intrapartales ont un effet d'accélération ou de freinage sur la durée de l'accouchement. Ces dernières décennies, l'euphorie des essais contrôlés randomisés a négligé la valeur des études longitudinales[4,5], si bien qu'elle a ignoré par exemple la définition du début de l'accouchement[6]. Les études longitudinales permettent d'examiner plus précisément le processus à travers différents facteurs, de différencier les modes d'accouchement en fonction des interventions et de la durée, de formuler des pronostics. L'étude Pro Geb est conçue pour analyser le processus de l'accouchement en termes de durée et pour la mettre en relation avec d'autres facteurs significatifs[7]. Le début de l'accouchement est pris en compte, aussi bien que toutes les interventions obstétricales et leur influence sur le processus de l'accouchement. Autrement dit, on ne se demande pas seulement quelles interventions la femme a subi, mais quels ont été les effets de ces interventions sur la suite de l'accouchement. La qualité de ce processus est par conséquent envisagé à la fois en termes de résultats et de durée.

## Buts de l'étude

- Analyse de l'impact des interventions obstétricales sur la durée de l'accouchement
- Analyse des cascades d'interventions
- Exploration des limites et des séquences pour des interventions optimales
- Ampleur des soins pour une meilleure transparence du processus
- Développement d'indicateurs de processus pour une assurance qualité périnatale

## Collecte des données

L'étude ProGeb se base sur un formulaire minuté. Quelque 96 services de maternité du Niedersachsen ont été contactés. Seules des naissances uniques, en présentation céphalique, par voie basse, au bout de 34 SA au moins ont été intégrées. Les données collectées provenaient:

– de 47 cliniques (n=3963) et ont été relevées durant 6 mois,
– de 11 maisons de naissances (n=232) et de 46 pratiques de sages-femmes réalisant des accouchements à domicile (n=243) et ont été relevées durant 12 mois.

En tout, l'échantillon comprenait 4438 naissances valides. La collecte des données a été réalisée par une équipe de sages-femmes[8]. Il s'agissait de noter précisément la parité, l'âge maternel, l'âge gestationnel, le degré de formation et les différents risques possibles, l'influence de l'acupuncture éventuellement pratiquée avant la naissance, la fréquentation d'un cours de préparation à la naissance et d'autres facteurs.

Les données intrapartales ont été enregistrées à la minute près, à savoir: déclenchement, rupture des eaux, apport d'ocytocine, péridurale, changement de positions, recours à des médecines complémentaires, bains, épisiotomie, présence d'un(e) accompagnant(e), présence du personnel. Les conséquences pour la mère et pour l'enfant indiquaient le mode d'accouchement, les éventuelles lésions, l'Apgar et le pH.

## Analyses partielles

Les résultats de plusieurs analyses partielles ont déjà été publiés, dont ceux de G. Ayerle résumés ici[9]. Les autres analyses portent sur la présence des sages-femmes et son effet sur les interventions et le mode d'accouchement[10], sur les différentes appréciations du début de l'accouchement par les parturientes et par les sages-femmes[11], sur les délais pour une amniotomie, l'apport d'ocytocine et la péridurale[12], sur les interventions intrapartales sans prise en compte de la ligne d'action du partogramme[13]. Ces premiers résultats indiqueront aux cliniques comment agir pour améliorer la qualité de leurs prises en charge obstétricales. Par la suite, l'analyse de ces données devrait déterminer quelles interventions sont appréciées par les parturientes en termes de bien-être (14).

*Références: voir page 6.*

## Vision du travail des sages-femmes dans les 10 ans à venir

1. Pour satisfaire au mieux les souhaits des femmes, qu'elles travaillent en milieu hospitalier ou extrahospitalier, les sages-femmes s'informent précisément et continuellement des desiderata et préférences individuelles et elles accompagnent les parturientes pour que celles-ci participent de manière active au processus de décision.
2. Durant tout le processus de l'accouchement et pour toute prise en charge, les sages-femmes indépendantes comme les sages-femmes hospitalières distinguent clairement les risques réduits des hauts risques.
3. Sans porter atteinte à la santé de la mère et de l'enfant, les sages-femmes renoncent consciemment aux interventions inutiles et elles accentuent ainsi le bonheur de la femme de vivre une naissance normale, sans risques majeurs.
4. Nous, sages-femmes, appliquons les principes de prise en charge basée sur les faits probants, comme Enkin et al. (2006) l'ont décrit dans leur livre «Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt».
5. En Suisse (comme en Allemagne), il existe – selon les souhaits et les contingences des femmes – une palette de prises en charge possibles pour les naissances à risques réduits, une palette semblable à celle du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en Angleterre.
6. Pour les décisions à prendre en commun dans les zones grises de l'obstétrique, ce sont les principes de la collaboration interdisciplinaires qui seront appliqués, à savoir une communication claire, confiante et coopérative qui tienne compte des désirs et du bonheur de la future mère.
7. Les sages-femmes qui font de la recherche ont acquis de nouvelles connaissances sur la qualité de la présence des sages-femmes et sur leur prise en charge de qualité.

femme. A l'inverse, en milieu hospitalier, cette corrélation s'oriente vers une position horizontale pour les primipares. On peut bien sûr supposer que les positions durant l'accouchement sont également déterminées par les structures institutionnelles, les souhaits et besoins des parturientes ainsi que la nature et le nombre des interventions.

En milieu extrahospitalier, dès le début de l'accouchement, les parturientes adoptent significativement plus souvent des positions verticales (en comparaison avec le milieu hospitalier, où des durées plus courtes prédominent). En revanche, à l'hôpital, les parturientes passent de plus longues périodes de temps en position horizontale. Et environ la moitié des femmes accouchant en milieu extrahospitalier ne prennent même jamais cette position horizontale. Ce qui n'est pas démontré, ce sont les pourcentages des différentes positions prises à l'initiative des parturientes ou à celle de leur sage-femme, ou encore quel est le lien avec les interventions médicales techniques.

## Charge de travail et durée d'hospitalisation

Si l'on examine le lien entre le temps que la sage-femme passe auprès de la parturiente et la charge de travail qu'elle désigne subjectivement comme «faible», «moyenne» ou «forte», il est significatif pour les accouchements des primipares, mais pas dans le sens attendu: quand la sage-femme apprécie sa charge de travail comme «faible», sa présence a effectivement été plus courte et, quand elle apprécie sa charge comme «forte», elle a été réellement plus longtemps présente. Ces résultats sont difficiles à interpréter: ils peuvent vouloir dire qu'une présence longue auprès de primipares exige davantage de la sage-femme hospitalière. Une telle corrélation linéaire n'est toutefois pas observée chez les multipares à l'hôpital, ni dans toutes les naissances réalisées en milieu extrahospitalier.

## Souhaits des femmes

Les femmes qui accouchent à l'hôpital recherchent la sécurité et l'assistance médicale en cas de complications ainsi qu'une naissance avec le moins de douleurs possibles. A l'inverse, les femmes qui accouchent en maison de naissance ou à domicile apprécient la présence continue de la sage-femme, l'environnement familier et des interventions aussi peu nombreuses que possible (Muthu & Fischbacher 2004, Zander & Chamberlain 1999). Néanmoins, toutes les femmes espèrent traverser l'épreuve sans dommage pour elles-mêmes comme pour leur enfant et pouvoir vivre, heureuses et fières, cet événement central de leur vie. Et ceci semble être la plus grande des exigences!

Nous savons déjà que les conséquences pour la mère et pour l'enfant sont comparables, indépendamment du lieu de naissance. L'étude ProGeb suggère, comme l'attestent également d'autres études, que le vœu d'une femme présentant des risques réduits de connaître une «naissance normale» – c'est-à-dire une naissance sans intervention – est plus fréquemment satisfait en milieu extrahospitalier.

Comment en faire la preuve de manière scientifique? S'agit-il de définir, en tant que sage-femme, travaillant de manière indépendante ou salariée dans un hôpital, ce qui est «le meilleur» pour telle ou telle femme? Evidemment non. Il s'agit plutôt d'informer les parturientes, ici et maintenant, de manière professionnelle et en tenant compte de leur situation personnelle comme des particularités des processus de naissance en milieu hospitalier ou extrahospitalier.

## Porte-parole des femmes

Il convient de prendre en compte ce que les femmes disent avoir vécu durant leur accouchement. Selon Hodnett (2002), cela signifie que:

- Bien davantage que la préparation à la naissance, l'environnement, les douleurs ou les interventions médicales, ce qui compte, c'est: la prise en considération de leurs attentes personnelles, le soutien des personnes accompagnantes, la qualité de la prise en charge et la participation des femmes aux prises de décision.
- L'allégement efficace des douleurs n'est pas nécessairement en lien avec une plus grande satisfaction de l'expérience de l'accouchement.
- Ce qui impressionne le plus la femme, ce sont les valeurs et le comportement de la sage-femme durant la prise en charge!
- Les femmes racontent que, finalement, ce qui importe, c'est la conviction de la sage-femme qui les a soutenues pour surmonter les douleurs et que c'était cela qui avait été vraiment déterminant! ◀

Source: «ProGeb: Low-risk Geburtsverläufe im klinischen und aussserklinischen Kontext», exposé du Congrès des sages-femmes suisses (Sarnen 15 mai 2008). Texte préparé par Gerlinde Michel et traduit librement par Josianne Bodart Senn.

*Bibliographie: voir page 11.*