Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 116 (2018)
Heft: 4

Artikel: L'étude OptiBirth
Autor: Drexelius, Nina
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949498

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: 05.12.2025

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

L'étude OptiBirth

«Once a Cesarean, always a Cesarean», estimait le gynécologue et obstétricien Edwin Bradford Cragin en 1916. Césarienne une fois, césarienne toujours. Médicalement – environ 100 ans plus tard – ceci n'est évidemment plus valable. Toutefois, toujours moins de femmes qui ont déjà vécu une césarienne planifient un accouchement par voie vaginale pour leur grossesse suivante (accouchement vaginal après une césarienne (AVAC)). Comment peut-on parvenir à ce que plus de femmes enceintes optent pour un accouchement vaginal?

Nina Drexelius

L'étude OptiBirth a examiné si certaines interventions pouvaient aider à augmenter le taux d'AVAC. Les recherches sur les AVAC et l'étude OptiBirth ont été présentées dans le numéro 3/17 de la revue *Hebammenforum* (Drexelius, 2017).
A ce moment-là, nous avions promis de rendre compte des résultats de l'étude dès qu'ils seraient publiés dans une revue internationale – ce n'est qu'alors que nous avions le feu vert de l'équipe de recherche.
Pour cette première publication, les taux d'AVAC des cliniques participantes ont été comparés entre 2012 (l'année où l'étude a démarré) et 2015 (dernière année de l'étude), les chercheurs ont analysé si les interventions montraient un effet. Les résultats ne sont toujours pas publiés – jusqu'à présent, il n'a pas été possible de le faire dans une revue spécialisée. Cela peut arriver. Actuellement, comme prévu initialement, la comparaison entre 2012 et 2016 a été préparée pour publication. Néanmoins, nous sommes autorisés à présenter les résultats préliminaires de cette comparaison, qui ont déjà été publiés uniquement lors de congrès.

L'étude OptiBirth

L'objectif de l'étude OptiBirth était d'augmenter d'environ 25 à 40 % le taux d'AVAC (Clarke et al., 2015) dans certaines cliniques en Irlande, Allemagne et Italie (pays avec des taux d'AVAC bas). Pour ce faire, les femmes, sages-femmes et obstétriciens des pays avec un haut taux d'AVAC (avant tout les Pays-Bas et la Scandinavie) ont été interrogés pour savoir ce qui leur permet d'encourager les AVACs.
A partir de leurs réponses et d'une revue de littérature, l'équipe d'OptiBirth a développé l'intervention multicomposants utilisée dans certaines cliniques. Les aspects les plus importants sont les suivants:

- Deux séances d'information de deux heures chacune pour les femmes qui ont déjà subi une césarienne;
- Une session de formation d'une heure pour les cliniciens, pour les informer de l'état actuel de l'étude;
- Nomination d'un contact médical et d'un contact pour les sages-femmes dans toutes les cliniques d'intervention.

Cinq cliniques en Irlande, Allemagne et Italie ont déjà participé. L'intervention a été réalisée dans trois d'entre elles, et des soins ont été dispensés dans les deux autres cliniques comme auparavant. Les bébés OptiBirth sont venus au monde entre février 2014 et décembre 2015. Dans tous les centres d'études, les femmes ont été invitées à remplir des questionnaires à différents moments et les dates de naissance ont également été recueillies.

Résultats de l'étude globale

Les questions formulées étaient les suivantes: combien de femmes ont planifié un accouchement par voie vaginale après une première césarienne (un AVAC)? Et l'intervention a-t-elle contribué à augmenter le nombre de femmes ayant un AVAC?

Tableau 1

Lieux	2012 global	AVAC	2015 global	AVAC	Modification du taux d'AVAC en pourcentage	Rapport de risque [Intervalle de confiance]
Cliniques d'intervention	2518	645 (25,6%)	2682	720 (26,8%)	+ 1,2 %	1,00 [0,91–1,09]
Cliniques de contrôle	3156	576 (18,3%)	2853	567 (19,9%)	+ 1,6 %	1,09 [0,99–1,21]

Résultats globaux de l'étude Optibirth: 2012 vs 2015. Informations du Prof. Dr. Mechthild M. Gross, école de médecine de Hanovre

Tableau 2

Cliniques d'intervention	733	247 (33,7 %)	1013	318 (31,4 %)	– 2,3 %	0,93 [0,81–1,06]
Cliniques de contrôle	473	129 (27,3 %)	481	119 (24,7 %)	– 2,5 %	0,91 [0,73–1,13]

Résultat de l'étude Optibirth pour l'Allemagne: 2012 vs 2015. Informations du Prof. Dr. Mechthild M. Gross, école de médecine de Hanovre

Pour trouver des réponses, l'équipe de recherche a comparé les naissances des années 2012 (avant le début de l'étude) et 2015 (la dernière année de l'étude) – chacune avec plus de 5500 accouchements par césarienne (voir résultats dans le tableau 1).
Dans l'ensemble, le taux d'AVAC n'a que très légèrement changé, passant de 25,6 % à 26,8 % dans les cliniques d'intervention et de 18,3 % à 19,9 % dans les cliniques de contrôle. La différence entre les cliniques avec ou sans intervention n'est pas statistiquement significative. L'intervention semble-t-elle jouer un rôle secondaire?
Ce n'est qu'en Italie que la part d'AVAC dans les cliniques d'intervention est passée d'un taux extrêmement bas de 8 % (2012) à 22 % (2015). Cela suggère que les différentes parties de l'intervention OptiBirth pourraient aider à soutenir les AVAC – au moins dans les centres avec des taux de AVAC très bas.

Résultats en Allemagne
En Allemagne, avant même le début de l'étude, les taux d'AVAC étaient légèrement plus élevés qu'en Irlande et en Italie (mais bien en dessous des 45-55 % signalés par la Finlande, la Suède et les Pays-Bas). Les interventions dans l'étude OptiBirth ont été incapables d'augmenter davantage la proportion de naissances d'AVAC (tableau 2).
Les taux d'AVAC ont même diminué quelque peu – à la fois dans les cliniques d'intervention et de contrôle. Il n'y avait pas de différence significative dans le changement entre les groupes.

Discussion
A première vue, les résultats de l'étude OptiBirth pourraient sembler décevants. Cependant, en examinant comment les taux d'AVAC se sont développés à la suite de l'intervention en Italie où le taux est le plus bas, cela encourage les femmes pour l'AVAC. Là où les taux d'AVAC sont très faibles, l'intervention semble réussie.
Avant l'étude, l'Allemagne avait les taux d'AVAC les plus élevés parmi les pays participants, et il était donc plus difficile de les augmenter. Il y avait même une légère tendance à la baisse dans les cliniques d'étude allemandes, tant dans les cliniques d'intervention que dans les cliniques de contrôle. Cela n'a pas pu être modifié avec l'intervention OptiBirth.
Quelle conclusion peut-on en tirer? Les femmes enceintes après une première césarienne devraient entrer en contact avec l'intervention dès que possible. Cela signifie en particulier pour l'Allemagne: quand et où cela est possible, de préférence avant le premier contact avec la maternité – parce que cela ne se produit souvent que dans les deux derniers mois de la grossesse.
Les cours OptiBirth pour les femmes post-césariennes ont été intégrés dans certaines cliniques. Il semble que les femmes bénéficient de cette information supplémentaire. Vraisemblablement, ces cours aident à réduire les conflits de décision.

Quelle implication pour la pratique?
Les résultats de l'étude OptiBirth montrent clairement que les femmes ayant vécu une césarienne doivent encore être intensivement motivée pour un accouchement par voie vaginale. C'est possible, selon les données des pays avec des taux d'AVAC clairement élevés. Apparemment, il y a des éléments qui aident les femmes à opter pour un AVAC. L'équipe d'OptiBirth met l'accent sur les éléments suivants:
- La première césarienne doit déjà être évitée autant que possible.
- Les femmes enceintes à faible risque et celles qui ont vécu une césarienne ont un taux de réussite de 74 % pour l'accouchement par voie vaginale pour la grossesse suivante.
- En particulier avec les grossesses à risque après une césarienne, les intérêts maternels et infantiles doivent être pris en compte lors de la décision d'une tentative de naissance par voie vaginale.
- Les cours de préparation à la naissance et les aides à la prise de décision peuvent encourager l'accouchement vaginal et minimiser les conflits liés à la prise de décision.
- L'implication des interlocutrices dans la prise en charge des femmes ayant vécu une césarienne antérieure est recommandée pour une augmentation du taux d'AVAC.

Pour la suite
Les cours d'OptiBirth pour des femmes ayant subi une première césarienne se sont établis dans certains centres hospitaliers universitaires. Il semble que des femmes profitent des informations – mais aussi de l'attention particulière pour leur situation. Probablement des conflits de décision sont désamorcés ainsi et sont peut-être minimisés.
D'autres études sur l'AVAC sont prévues. En outre, de par la collaboration de nombreuses sages-femmes, OptiBirth a permis une plus grande prise de conscience pour la recherche sages-femmes en Allemagne. La collaboration importante des sages-femmes et d'autres participants a montré que justement les études (sages-femmes) multicentristes peuvent enclencher des processus de changement – même au-delà de la fin de l'étude.

Traduit de l'allemand par Cynthia Khattar

Cet article a été initialement publié dans le numéro 1/2018 de la revue allemande «Hebammenforum». L'auteure remercie le Prof. Dr Mechthild Gross et Susanne Grylka qui supervisent la partie allemande de l'étude OptiBirth. Ils lui ont fourni des informations et ont répondu à nombre de ses questions.

Auteure
Dr med. Nina Drexelius, journaliste et médecin, collaboratrice indépendante de la rédation du «Hebammenforum». drexelius@hebammenforum.info

Références
Clarke M. et al. (2015) Improving the organisation of maternal health service delivery and optimising childbirth by increasing vaginal birth after caesarean section through enhanced women-centred care (OptiBIRTHtrial): study protocol for a randomised controlled trial (ISRCTN10612254). Trials; 16: 542.
Drexelius, N. (2017) Die OptiBirth-Studie (Teil 1). Hebammenforum; 18: 273-275.