



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2014) 1(1), 38-42

Lu pour vous

Le Comité de Rédaction a pris la décision d'explorer la littérature et de vous proposer un point de vue sur certains articles, rapports ou livres qui ont paru relativement récemment et qui leur ont paru particulièrement intéressant. Nous avons décidé de laisser le titre original des publications, avec [entre crochets] l'interprétation pertinente du titre ou d'un aspect spécifique par les lecteurs/commentateurs. Nous espérons que cette approche vous intéressera.

Si vous souhaitez soumettre une revue d'une publication qui vous aura particulièrement intéressé ou qui pourrait intéresser vos collègues, n'hésitez pas à nous contacter à soumission@dossiers-de-la-maieutique.fr.

American College of Obstetricians and Gynecologists & Society for Maternal-Fetal Medicine (2013). Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. Obstetric Care Consensus, 1(March), 1-19.

[La prévention en toute sécurité d'une première césarienne.]

Retenez le titre de cette publication ! Elle aura plus que probablement une importance capitale dans la réorientation des politiques de santé maternelle et infantile qui remettra en question le taux croissant de césarienne et surtout les pratiques, protocoles et lignes de conduite qui sont basées sur des croyances qui ont été systématiquement revues, et souvent corrigées !

Je dois déclarer un intérêt personnel parce que le sujet de ma thèse portait sur la perception du risque intrapartal par la sage-femme pour les femmes en travail spontané à terme d'une grossesse simple et normale (Mead & Kornbrot, 2004), mais le but ultérieur était en fait ultimement d'explorer la possibilité de réduire le taux de césarienne qui ne cessait et ne cesse toujours d'augmenter d'année en année.

Cette publication est particulièrement intéressante pour plusieurs raisons, mais sans doute en premier lieu parce qu'elle est publiée conjointement par le Collège des gynécologues-obstétriciens des Etats Unis et la Société de médecine maternelle et fœtale, une organisation dont

la mission est le développement et la dissémination de connaissances fondées sur données probantes et destinées à améliorer la santé des femmes et de leurs nouveau-nés.

Ce document précise que les indications les plus courantes pour une première césarienne sont, par ordre d'importance, la dystocie, le tracé cardiotocographique anormal ou indéterminé (autrefois classé comme non rassurant ou inquiétant), la malprésentation fœtale, la grossesse multiple et la suspicion de macrosomie. Il est fort possible que les indications soient semblables dans les autres pays industrialisés, mais elles pourraient varier ailleurs. Quoiqu'il en soit, elle détaille clairement les complications, parfois très sérieuses, de la césarienne. Ces complications sont acceptables quand la césarienne est impérative pour sauver la vie de la mère ou de l'enfant ou éviter des séquelles importantes, mais l'augmentation sans amélioration évidente de la santé maternelle et infantile, voire avec complications évitables à court, moyen et long terme pour la mère et l'enfant, pose question.

Ce papier est - et sera - important parce qu'il est le résultat d'une revue systématique considérable des aspects importants de la surveillance intrapartale, allant de la définition du travail latent au travail actif, à la dystocie, à la redéfinition des critères de normalité et d'anomalie, aux approches visant à corriger certaines anomalies. Il remet en question un bon nombre d'approches cliniques et, avec le soutien de critères basés sur l'évidence, propose des alternatives plus patientes ainsi que le redéveloppement de techniques cliniques qui ont été souvent abandonnées au profit de la césarienne. Ainsi, par exemple, ce document propose une nouvelle définition du travail latent et actif, de nouvelles limites plus longues pour la durée du travail et de la période d'expulsion avant intervention, une remise en question de la césarienne itérative en cas de siège ou de grossesse gémellaire. Une amélioration de la préparation des médecins aux gestes d'accouchements instrumentaux et de la version externe en cas de siège est aussi recommandée.

Etant donné les taux importants de césarienne aux Etats Unis et les taux croissants dans beaucoup d'autres pays, on ne peut qu'espérer que ce document aura des répercussions importantes dans le monde entier afin d'aider les obstétriciens, sages-femmes et autres professionnels de la santé à revoir leurs positions, théories et protocoles et donc à encourager une approche plus physiologique,

plus patiente et plus naturelle qui accorde une plus grande confiance à la capacité de la femme de donner naissance normalement. Un défi qu'il est important de relever.

Mead M & Kornbrot D (2004). The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care. *Midwifery*, 20(1), 61-71.

Marianne Mead
Rédactrice en chef - *Les Dossiers de la Maïeutique*

Borrelli SE (2014). What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery*, 30(1), 3-10.

[Qu'est-ce qu'une bonne sage-femme ? Un aperçu de la littérature.]

L'auteur est une doctorante de l'École d'Infirmière, de Sage-femme et de Physiothérapie de l'Université de Nottingham. Elle pose une question naïve et qui semble singulière au vu de la pauvreté de la littérature à ce sujet: qu'est-ce qu'une bonne sage-femme? Les objectifs de sa recherche sont d'analyser la littérature qui s'est penchée sur la question, d'identifier ce que les femmes apprécient le mieux chez une sage-femme et de dégager des pistes de recherche.

Un ratissage bibliographique conduit à partir de quatre bases de données (MEDLINE, Maternity and Infant Care, Applied Social Sciences Index and Abstract, et CINAHL) a permis à l'auteur d'identifier seulement six articles de recherche dont trois d'approche qualitative qui se sont penchés sur la question entre 1987 et 2013. De plus, seules les recherches réalisées dans les pays à niveau de ressources élevé ont été analysées, plus précisément en Grande Bretagne, en Suède, en Australie et en Caroline du Nord. Il n'est pas possible de savoir s'il s'agit des seuls pays où la question a fait l'objet de recherches ou si l'auteur les a délibérément choisis, auquel cas il serait pertinent d'en connaître la ou les raisons.

Selon l'analyse de la littérature, une bonne sage-femme doit faire preuve d'un savoir théorique, de compétences professionnelles, d'aptitudes à la communication et de valeurs morales/éthiques. L'auteur nuance toutefois ces attributs selon la perspective des différents intervenants concernés par les services de sages-femmes. En effet, ses recherches révèlent qu'il n'existe pas de consensus sur la définition d'une bonne sage-femme et que, surtout, il n'est pas clair si ce que la femme apprécie chez une bonne sage-femme correspond aux perceptions que les sages-femmes ont d'elles-mêmes comme étant de bonnes professionnelles.

Toujours par une analyse thématique, Borrelli apporte justement un éclairage sur ce que les femmes en âge de reproduction apprécient le mieux chez une bonne sage-femme pendant le travail et l'accouchement. Un éclairage qui révèle que c'est leur relation avec leur sage-femme

qui représente une pierre angulaire au moment de leur accouchement. L'analyse thématique a également fait émerger des thèmes comme le soutien, la possibilité de choisir, de se sentir en contrôle et de disposer de l'information adéquate.

L'article, publié en janvier 2014 sur le journal *Midwifery*, vaut la lecture autant pour les résultats de l'analyse thématique des articles repérés dans la littérature que pour les limites de la recherche documentaire.

Si la question initiale surprend par sa naïveté et semble suggérer qu'il y a une "bonne" et une "mauvaise" sage-femme, elle invite à réfléchir au regard que les professionnelles portent sur elles-mêmes et surtout à celui que leur portent les femmes. Les réponses de ces dernières, tout autant que les autres intervenants concernés, ne manqueront pas d'enrichir si ce n'est de compléter la définition, jusque-là le plus souvent normative, attribuée à la sage-femme.

Atf Gherissi
Rédactrice en chef adjointe - *Les Dossiers de la Maïeutique*
Maître Assistante Universitaire en Sciences de l'Éducation appliquées à la Santé
École Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé
Université Tunis-El Manar

Hagey J, Rulisa S & Perez-Escamilla R (2014). Barriers and solutions for timely initiation of antenatal care in Kigali, Rwanda: health facility professionals' perspective. *Midwifery*, 30(1), 96-102.

[Problèmes et solutions pour une surveillance prénatale précoce à Kigali, Rwanda: la perspective des professionnels de santé.]

La mortalité maternelle est encore élevée en Afrique subsaharienne, y compris au Rwanda. Bien que les auteurs précisent que la surveillance prénatale ne soit pas liée à une réduction des complications intrapartales, elle est un indicateur pour le travail et l'accouchement en milieu sanitaire/hospitalier et donc l'accès plus rapide aux facilités nécessaires en cas de complications. Le Rwanda a adopté la recommandation de quatre visites prénatales pour les femmes qui ont des grossesses normales, mais ceci n'est pas encore pratique courante, avec 48% des femmes qui ont leur première consultation pendant le troisième trimestre.

Cette enquête qualitative par interview semi-structurée a eu pour objectif d'éliciter les avis du personnel de santé travaillant dans un centre de santé sur les raisons et les solutions à ce problème de surveillance prénatale tardive. Les résultats ne sont pas entièrement surprenants. Le personnel identifie le manque de connaissance, les antécédents, l'impossibilité pour le partenaire d'accompagner la femme enceinte, la pauvreté ou l'absence

d'assurance santé et la culture prénatale locale comme freins à l'engagement dans une surveillance précoce.

Ce qui me semble plus intéressant, c'est l'approche et les questions que la méthode pourrait susciter. Les répondants sont des membres du personnel de santé à qui on demande pourquoi les femmes ne viennent pas consulter plus tôt pendant la grossesse. Bien que des femmes aient aussi été interviewées, ces résultats ne sont pas immédiatement disponibles et il serait intéressant de comparer l'avis des deux groupes. On peut d'ailleurs se demander si l'infrastructure n'est pas un aspect du problème que le personnel ne peut pas nécessairement identifier. Il est important de noter que bien que l'approche utilisée pour les femmes et le personnel soit différente, il y a des similitudes dans les réponses des deux groupes quant aux explications de la surveillance tardive : manque de connaissance, attitude du partenaire, accouchement prématuré, etc. Mais il semble que l'étude moins approfondie des points de vue des femmes n'a pas permis de mettre en évidence les difficultés associées à la structure et au modèle de surveillance prénatale proposée, bien que certains points soient soulevés dans la discussion et les conclusions de l'article.

On peut souligner que l'auteur principale est une experte de l'Université de Yale, alors que les deux autres auteurs sont l'un médecin et l'autre épidémiologiste à l'Université du Rwanda. Il serait intéressant de voir quand les sages-femmes qui sont en principe responsable de la surveillance des femmes en bonne santé vont pouvoir développer leurs connaissances en matière de recherche pour apporter un angle différent, mais complémentaire, à ces études qui traitent de sujets tout à fait en rapport avec leur pratique professionnelle.

Marianne Mead
Rédactrice en chef - *Les Dossiers de la Maïeutique*

Humphrey T, Tucker JS, & De Labrusse C. (2013). Does women's contribution to co-constructed handheld maternity records support patient-centered care? *International Journal of Childbirth*, 3(2), 117-127.

[Le dossier médical co-construit: une contribution à des soins plus individualisés ?]

L'importance de soins individualisés, c'est-à-dire centrés sur le patient, est de mieux en mieux reconnue. Des stratégies variées existent aujourd'hui afin de renforcer cette centration et l'une d'elle est le dossier médical co-construit. Ce type de dossier rempli aussi bien par les soignants que les patients a pour objectif de permettre au patient de mieux communiquer les éléments importants de leur parcours, ainsi que leurs préférences. Humphrey, Tucker & Delabrusse ont évalué l'intérêt du dossier co-construit utilisé en Ecosse depuis 2007 pour le suivi de

la grossesse. Dans ce dossier, qui reste en possession des femmes pendant toute la grossesse, les aspects biomédicaux sont remplis par les professionnels et les éléments en lien avec l'histoire de vie, les habitudes et les préférences par les femmes elles-mêmes.

L'analyse quantitative et qualitative conduite sur 300 dossiers met en évidence un usage inégal du dossier co-construit. Lorsqu'il convient aux femmes, celles-ci l'utilisent pour partager des informations sur leurs habitudes, leur relation au choix éclairé ou le vécu de naissances précédentes. Par contre, peu d'éléments concernant des souhaits de prise en charge sont partagés par les femmes. Le dossier co-partagé semble mieux convenir aux femmes plus âgées, mieux éduquées et originaires de Grande-Bretagne. Enfin, les auteures soulignent que dans leur étude le dossier partagé ne permettait pas de dépister les vulnérabilités sociales des femmes.

La méthodologie employée permet d'identifier une moindre utilité du dossier co-construit pour les populations récemment immigrées ou vulnérables. Un outil adapté à certaines strates sociales n'est pas nécessairement optimal pour l'ensemble de la population. Cette étude a deux mérites principaux. Elle fait premièrement découvrir un outil original pouvant potentiellement renforcer la participation des femmes à leur suivi. Deuxièmement, elle souligne l'importance d'évaluer les interventions professionnelles en tenant compte de la diversité de la population soignée et de ses vulnérabilités principales. C'est en conduisant de telles évaluations que l'on pourra concevoir des stratégies complémentaires visant à renforcer l'équité dans les soins.

Patricia Perrenoud
Sage-femme, enseignante, doctorante en anthropologie
HES-SO Haute Ecole Spécialisée de
Suisse Occidentale (site HESAV)

Institut National de la Statistique & MEASURE DHS (2013). Guinée - Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) Conakry: DNS. (<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf>)

[Comment on apprend que les sages-femmes pratiquent des mutilations sexuelles ?]

L'étude démographique et de santé (EDS) de la Guinée de 2012 est disponible depuis fin janvier 2014 sur le site <http://dhsprogram.com>. Comme pour toutes les EDS, les rapports sont accessibles au grand public et les rapports antérieurs permettent de suivre l'évolution des principaux indicateurs démographiques et de santé d'un pays. Les EDS sont des études très intéressantes pour les sages-femmes car la plupart des indicateurs mesurés concernent la santé des femmes et des enfants. On y apprend ainsi que la mortalité maternelle en Guinée est de 724 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, que la couverture contraceptive n'est que de

5,6% et que seulement 39,3% des accouchements ont été assistés par du personnel formé dans les cinq dernières années précédant l'EDS 2012. Ceci nous donne une image des efforts à accomplir pour couvrir tous les besoins obstétricaux et de l'importance du renforcement des sages-femmes en Guinée.

Cependant il y a un chapitre qui m'a particulièrement interpellée, c'est le chapitre 17 "Excision". On y apprend que 96,9% des femmes de 15 à 49 ans sont excisées (Organisation Mondiale de la Santé, 2014) et qu'il n'y a donc eu aucune diminution de la pratique depuis l'EDS de 2005 qui estimait la prévalence à 95,6%. Si la prévalence ne diminue pas, il existe cependant un changement notable dans la pratique, c'est la médicalisation de la pratique. Bien que formellement interdite par l'Organisation Mondiale de la Santé (2010), l'excision en Guinée est de plus en plus pratiquée par des professionnels de la santé... et pour être plus précis, majoritairement par des sages-femmes. Ainsi si l'EDS 2012 révèle que 30,6% des filles excisées l'ont été par un professionnel de santé, le découpage par type de professionnel indique 28,2% par des sages-femmes; 2,1% par des médecins et le reste par d'autres professionnels de santé. Alors que les besoins en Guinée pour une assistance qualifiée à l'accouchement sont si criants, j'invite les associations professionnelles nationales et internationales à prendre position contre les mutilations sexuelles féminines et la pratique de ces mutilations par des sages-femmes et autre professionnel de santé. Le rôle de la sage-femme est d'accompagner la vie et pas de mutiler des vies.

Organisation Mondiale de la Santé (2014). Mutilations sexuelles féminines - aide-mémoire n°241. Dernier accès le 1 Mars 2014 à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>.
OMS, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA (2010). Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

Fabienne Richard, sage-femme, MSc, PhD
Chercheuse invitée à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et Coordinatrice du GAMS Belgique (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines)

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2013) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.

[Continuité de la surveillance par la sage-femme comparé à d'autres formes de surveillance.]

Cette revue systématique publiée par la *Cochrane Library* est une mise à jour d'une revue précédente (Hatem *et al.*,

2008) qui compare les effets de la continuité de surveillance prodiguée par une sage-femme pendant la grossesse aux autres modèles de surveillance. Dans ce contexte, la sage-femme est le professionnel de santé responsable de la planification, organisation et délivrance de la surveillance d'une femme, de la première consultation à la période postnatale (RCOG 2001). Bien qu'il soit possible que d'autres professionnels soient invités à participer à la surveillance de la femme, la sage-femme - ou une petite équipe de sages-femmes - en consultation avec la femme, est la personne responsable pour l'organisation et la délivrance de la surveillance appropriée aux besoins d'une femme en bonne santé pendant une grossesse normale.

La méthode de sélection des études expérimentales ou quasi-expérimentales, les critères de comparaison primaires et secondaires, les collectes de données et analyses sont clairement détaillées. Les critères de comparaison primaires étaient les suivants : accouchement et postpartum immédiat (analgésie loco-régionale, type d'accouchement, périnée intact) et santé néonatale (mortalité fœtale et néonatale, prématurité <37 semaines). Cette revue a pu démontrer que la continuité de surveillance par la sage-femme est associée à une réduction d'analgésie loco-régionale, d'accouchement instrumental et prématuré, à une augmentation du taux d'accouchement spontané et de durée moyenne du travail, à une augmentation de la chance d'être suivie pendant le travail et accouchée par une sage-femme connue. Elle n'a pas démontré de résultats potentiellement négatifs pour la surveillance continue par sage-femme, mais pas non plus de différence significative pour les taux de césarienne, de périnée intact ou de perte fœtale ou néonatale.

Les revues systématiques publiées par la Cochrane Library produisent très souvent une analyse économique. La situation varie de pays à pays et seulement cinq études rapportent une analyse économique. Il semble cependant que la surveillance continue par la sage-femme soit sans doute bénéfique économiquement parlant.

La revue systématique est souvent perçue comme étant supérieure à l'essai randomisé contrôlé. Comme aucune étude n'est parfaite, il ne fait aucun doute que cumuler plusieurs essais pour une analyse plus synthétique est un avantage, mais cette approche a aussi ses limites et cette revue le démontre à son tour. Les auteurs prennent en considération les variations de structure sanitaire et économique et donc les limites inhérentes à la comparaison de ces résultats et recommande l'inclusion de l'accouchement à domicile dans les critères d'évaluation, ainsi qu'une plus grande description des éléments identifiés dans les études afin que les revues systématiques soient plus fiables quant aux comparaisons d'éléments qui peuvent varier considérablement, comme par exemple, la conception même de la continuité de surveillance par la sage-femme ou la définition de l'accouchement spontané qui est dit avoir été défini pas les auteurs, mais sans que la dite définition ne soit détaillée dans la revue.

Quoiqu'il en soit, la lecture de cette revue systématique est recommandée tant pour son contenu que pour la clarté

de son exposé et de ses conclusions.

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H & Gates S (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD004667.
 RCOG 2001. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical Effectiveness Support Unit.

Marianne Mead

Rédactrice en chef - *Les Dossiers de la Maïeutique*

Watson LF, Rayner JA & Forster D (2013). Identifying risk factors for very preterm birth: a reference for clinicians. *Midwifery*, 29(5), 434-439.

[Identification des facteurs de risque des naissances avant 32 semaines d'âge gestationnel.]

La naissance prématurée, avant 37 semaines d'âge gestationnel (SAG), est l'un des problèmes les plus importants en obstétrique et périnatalogie. Les probabilités de mortalité, morbidité et séquelles sont spécialement élevées pour les naissances avant 32 SAG qui comprennent la grande prématurité (28 à 31 SAG) et l'extrême prématurité (< 28 SAG).

Cette étude cas-témoin, réalisée en Australie, a eu comme objectif de déterminer une liste de facteurs de risque pour des naissances avant 32 SAG, qui servira d'outil pour la prise de décisions cliniques. Les facteurs de risque ont été identifiés par la comparaison des caractéristiques de 603 femmes dont la grossesse simple s'est terminée entre 20 et 32 SAG, et 796 cas contrôles de femmes ayant donné naissance à un enfant unique d'au moins 37 SAG. L'information a été fournie par chaque femme quelques semaines après l'accouchement par entretien personnel ou par téléphone. L'information a été validée par vérification des données sur un échantillon aléatoire de dossiers médicaux. Le calcul de l'odds ratio ajusté a mesuré le risque individuel. La fraction de risque attribuable à chaque facteur ainsi que le risque attribuable au facteur dans la population ont été calculées pour mesurer l'impact de celui-ci sur la santé publique.

L'information a été classifiée en cinq groupes de variables: sociodémographiques, histoire des grossesses précédentes, antécédents gynécologiques et obstétricaux, problèmes de santé précédant la gestation étudiée, problèmes de santé présents durant la grossesse étudiée. Parmi la liste de facteurs de risque identifiés, certains tels que l'incompétence cervicale; la pré-éclampsie,

sont universellement connus. Le groupe portant sur les grossesses précédentes a été identifié de façon détaillée; il a comme principal facteur l'antécédent d'un accouchement prématuré et d'un avortement. D'autres groupes moins étudiés, tels que les maladies auto-immunes ou la fatigue maternelle chronique présentent un risque très élevé. La publication présente également une vaste liste de caractéristiques maternelles qui n'ont pas été identifiées comme facteurs de risque.

Entre les deux listes, certaines classifications soulèvent des questions au lecteur. Par exemple, le diabète est identifié comme facteur de risque mais pas le diabète gestationnel. De même, la pré-éclampsie serait un facteur de risque mais pas l'hypertension artérielle gestationnelle.

Bien que le choix du type d'étude (cas-témoin) s'adapte à la problématique étudiée, les possibles non réponses ainsi que les biais (de sous déclaration ou de sur déclaration) observés lors du rapport maternel après la naissance de l'enfant n'ont pas été discutés. Ainsi par exemple, les cas ont reporté une moindre consommation d'alcool face aux témoins. Quelques facteurs socio-démographiques ont été identifiés, cependant, le niveau d'études et le niveau de revenu n'ont pas été retenus comme étant des facteurs de risque dans cette population. Il faut aussi considérer que les femmes qui ont une vulnérabilité psychosociale probablement plus élevée (ne parlant pas anglais, celles présentant des altérations cognitives ou des tableaux d'anxiété extrême) ont été exclues de l'étude. Il resterait à explorer d'autres facteurs d'origine psychosociale (exemple: vie affective, conditions de travail, accès aux soins, type d'alimentation), ainsi que l'obésité maternelle. Ces facteurs pourraient être associés d'une part à la prématurité et d'autre part au risque biologique (hypertension, infections) ainsi qu'à l'histoire obstétricale (curetages, pertes reproductives).

En somme, cet article offre une information détaillée des facteurs de risque de prématurité de moins de 32 SAG de type biologique et ceux issus de l'histoire obstétricale. Ils peuvent être systématiquement décelés pendant l'anamnèse, ce qui pourrait contribuer à l'identification précoce du risque afin d'établir un schéma de prévention et de soins plus adapté.

Il reste cependant des questions face auxquelles plus de recherche est nécessaire, notamment la contribution au risque des caractéristiques maternelles provenant du contexte, surtout dans les pays à faible revenu.

Paulina R. Lopez
 Sage-femme, MSc Biostatistique, PhD Santé Publique, Epidémiologie
 Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, Chile