



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2015) 2(2), 88-94

Lu pour vous

Fullerton J & Gherissi A (2015). Midwifery professional relationships: collaboration across the novice-to-expert continuum. *International Journal of Childbirth*, 5(1), 3-11.

[Les relations professionnelles en maïeutique: la collaboration tout au long du continuum de novice à expert.]

Catégorisée comme un commentaire, cette publication, fraîchement parue sur l'International Journal of Childbirth, apporte un éclairage pertinent sur la place et les fondements de la collaboration en maïeutique.

Les auteurs partagent leur synthèse d'une revue de la littérature basée sur 73 références par laquelle elles donnent un aperçu de la progression vers la compétence durant la carrière professionnelle. Elles présentent dans le même temps une définition sommaire et une analyse de plusieurs concepts pouvant être considérés comme des composantes de la compétence professionnelle et d'une relation intra et interprofessionnelle.

Onze valeurs sont représentées dans un véritable échafaudage à trois colonnes dans lesquelles elles se posent les unes au-dessus des autres comme les ingrédients à la base d'une équipe de santé idéale composée de membres motivés et engagés parce que soudés par un même objectif, celui de la santé et du bien-être de la femme et du nouveau-né.

Cela donne à réfléchir à la place à donner à la culture de ces valeurs dans la formation de base des sages-femmes.

Atf Ghérissi
Sage-femme PhD MEdSc
Maître Assistante Universitaire en Sciences de l'Éducation appliquées à la Santé
Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé, Université Tunis-EI Manar
Rédactrice en chef adjointe
Les Dossiers de la Maïeutique

Butler MM, Sheehy L, Kington M, Walsh MC, Brosnan MC, Murphy M, Naughton C, Drennan J & Barry T (2015). Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery*, 31(4), 418-425.

[Évaluation de la surveillance prénatale dirigée par la sage-femme: choix, expérience, efficacité et préparation pour la grossesse.]

C'est une équipe internationale de chercheurs basés au Canada, en Irlande et au Royaume Uni qui rapporte les résultats d'une étude menée en Irlande et qui a eu pour objectif de comparer la surveillance prénatale prise en charge par une sage-femme et la surveillance traditionnelle par une équipe dirigée par un obstétricien. La maternité où l'étude a eu lieu offre plusieurs approches de surveillance prénatale selon des critères d'inclusion et d'exclusion qui permettent d'identifier les femmes à bas risque ou à "non bas risque". Les femmes à bas risque peuvent s'orienter elles-mêmes vers la surveillance par sage-femme ou l'être par leur généraliste ou l'obstétricien. Un obstétricien chef de service peut cependant aussi réorienter une femme à non bas risque vers la sage-femme. Le paiement des services varient: la surveillance dirigée par la sage-femme est gratuite mais si elles désirent avoir accès à un système privé ou semi-privé, ceci est payant.

Afin de ne comparer que des femmes semblables, seules les femmes qui répondaient aux critères d'inclusion pour la surveillance exclusive par la sage-femme ont été incluses dans cette étude de cohorte.

Une approche par méthodologie mixte a été utilisée : dossiers, entretiens individuels, entretiens de groupe et une enquête par questionnaire auprès de femmes qui ont utilisé les deux systèmes de surveillance prénatale. Un calcul de pouvoir statistique a déterminé le nombre nécessaire pour démontrer une différence entre les deux approches, si une telle différence existait en réalité.

L'étude a identifié 300 dossiers de femmes qui répondaient aux critères d'inclusion. Cent quatre-vingt-six femmes (64%) ont participé à l'enquête par questionnaire et neuf ont participé à un entretien individuel.

Cette étude a étudié les aspects suivants :

- résultats de la surveillance prénatale
- choix du système de surveillance prénatale

- expérience de la surveillance prénatale
- accès et ponctualité des rendez-vous prénatals
- efficacité de la surveillance prénatale
- résultats cliniques
- allaitement maternel ou artificiel
- préparation prénatale et satisfaction vis-à-vis de l'information reçue.

Les résultats de cette étude suggèrent que la surveillance prénatale assurée par la sage-femme est aussi efficace que la surveillance traditionnelle sous la direction d'un obstétricien. Elle permet cependant d'ajouter que les femmes témoignent d'une expérience de qualité supérieure. Cette étude soutient donc l'importance du choix disponible aux femmes enceintes quant à la surveillance de leur grossesse, mais remarque qu'il continue à y avoir des inégalités d'accès à la surveillance prénatale assurée exclusivement par une sage-femme.

Plusieurs aspects de cette étude la rendent particulièrement intéressante : l'approche multi-méthode basée sur des outils de collecte de données déjà testés, la clarté de la présentation de la méthode et des résultats. J'encouragerais toutes les sages-femmes intéressées à développer des systèmes de soins assurés par la sage-femme de se procurer cette article et de le situer dans la panoplie des études qui ont déjà démontré l'utilité de mettre à profit toutes les compétences de la sage-femme (ICM, 2013).

ICM (2013). *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme*. Dernier accès 17 mars 2015 à http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM_Comp%C3%A9tences_essentielles_pour_la_pratique_de_base_du_m%C3%A9tier_de_sage-femme_2010_r%C3%A9vis%C3%A9_en_2013.pdf.

Marianne Mead
Sage-femme PhD
Rédactrice en Chef - *Les Dossiers de la Maïeutique*

Higginbottom GMA, Safipour J, Yohani S, O'Brien B, Mumtaz Z & Paton P (2015). An ethnographic study of communication challenges in maternity care for immigrant women in rural Alberta. *Midwifery*, 31(2), 297-304.

[Une étude ethnographique des difficultés de communication dans les services de maternité pour les femmes migrantes d'une petite ville rurale de la province d'Alberta]

Cet article relate les résultats d'une recherche qualitative faite auprès de 31 personnes (via des entretiens semi-structurés) afin de mieux appréhender les difficultés de communication que les femmes migrantes peuvent rencontrer lors de leur visite et séjour en maternité dans une petite ville rurale du Canada. Sur les 31 personnes, 12 étaient des femmes d'origine étrangères, 13 étaient des soignants et 6 des travailleurs sociaux. Cet échantillon mixte avait pour but d'avoir les points de vue des femmes et des professionnels en contact avec

elles. Les entretiens ont duré 45 minutes en moyenne; ils ont été enregistrés, transcrits puis analysés avec l'aide d'un logiciel d'analyse quantitative ATLAS (codage par thèmes). Quatre grands thèmes ont émergé : (1) la communication verbale, (2) la communication non verbale, (3) le sens des gestes et comportements non partagé, (4) le traumatisme vécu.

La communication verbale, c'est-à-dire le fait de pouvoir s'exprimer dans la langue de l'autre, revient toujours comme la barrière la plus importante pour instaurer une relation de confiance avec les femmes étrangères, mais les auteurs précisent bien que ce n'est pas la seule. En effet, la communication non verbale est très importante : les expressions du visage (quand une sage-femme découvre une mutilation génitale par exemple), le regard, le toucher marquent une personne encore plus que ce qu'elle dit... Ceci est d'autant plus vrai si la femme ne parle pas la même langue que le soignant et ne peut se rattacher qu'à la communication non verbale.

L'article fait allusion à l'usage des interprètes (physiquement ou par téléphone) et précise que ce n'est pas toujours évident d'avoir une tierce personne de la même communauté, certaines femmes n'osant pas se confier de peur que leur histoire soit répétée en dehors de l'hôpital par cette personne. Le soignant peut aussi avoir peur que l'interprète ne soit pas à 100% fidèle quand ce sont des sujets sensibles.

En ce qui concerne le sens des gestes et comportements non partagés (*unshared meaning*), les auteurs expliquent qu'il peut y avoir des incompréhensions entre le personnel de la maternité et les femmes migrantes si celles-ci ont une autre interprétation ou une autre attente des soins reçus. Ainsi une femme croyait qu'à la maternité, le personnel allait s'occuper entièrement de son bébé (le laver, l'habiller) et qu'elle n'aurait qu'à l'allaiter comme cela se fait habituellement dans son pays par les femmes qui entourent l'accouchée. Son attitude avait été interprétée comme une mère négligente et le service de maternité était sur le point d'appeler les services sociaux pour signaler le comportement de la mère. Il a fallu une discussion avec la mère pour comprendre son comportement.

Le dernier point concerne le profil psychologique des femmes migrantes qui pour la plupart ont vécu des violences avant de venir au Canada (mariage forcé, excision, viol...). Certaines n'ont pas forcément pu bénéficier d'un accompagnement psychologique et certains gestes peuvent réveiller le trauma. L'examen par des médecins hommes peut poser un problème pas seulement pour une question de pudeur ou de religion mais parce quand l'auteur des violences subies au pays d'origine (et c'est le plus souvent le cas) était un homme ; elles ne supportent plus d'être touchées par un homme.

Si cet article a le mérite d'aborder l'importance de la communication verbale et non verbale avec les femmes migrantes, j'ai regretté le peu de contenu dans la section résultats, je m'attendais à une analyse beaucoup plus

approfondie puisque le titre annonçait une recherche ethnographique. Sur les 12 femmes interviewées, huit étaient originaires des Philippines, trois étaient de pays africains différents (Mauritanie, Congo-Kinshasa, Érythrée) et une femme était pakistanaise. Ce mélange de nationalités et cette diversité de continent ne permet pas d'aller en profondeur dans les spécificités liées à chaque communauté. Il faudrait élargir l'échantillon et avoir suffisamment de femmes d'un même pays ou d'une même région du monde.

Concernant l'application de cette étude pour la pratique sage-femme, les auteurs recommandent la formation des soignants à la multi-culturalité et le recours à des interprètes. Il n'a pas été abordé la question des outils qui peuvent être utiles avec les femmes qui ne parlent pas ou peu la langue du soignant. Personnellement, j'utilise beaucoup de dessins ou je joins le geste à la parole en mimant pour expliquer un geste médical. Il n'a pas non plus été abordé la question de la formation des interprètes aux droits sexuels et reproductifs qui les aident à traduire de manière plus juste tout ce qui touche à la sexualité, à la reproduction et aux violences sexuelles.

En conclusion, un article qui aborde un sujet essentiel mais qui me laisse un peu sur ma faim.

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)

Xie RH, Gaudet L, Krewski D, Graham ID, Walker MC & Wen SW (2015). Higher cesarean delivery rates are associated with higher infant mortality rates in industrialized countries. *Birth*, 42(1), 62-69.

[Des taux de césariennes plus élevés sont associés à des taux de mortalité infantile plus élevés dans les pays industrialisés]

Dans leur recherche, Xie *et al.* examinent la relation entre les taux de césarienne et les taux de mortalité infantile dans les pays industrialisés à haut-revenu.

L'introduction de l'article rappelle qu'un taux limite de 15% de césariennes est conseillé par l'OMS. Dans l'introduction, les auteurs citent la recherche d'Althabe *et al.* (2006) qui a montré que les pays à bas revenu ont, majoritairement, des taux de césarienne inférieurs à 10% et que dans ces pays le taux de césarienne est corrélé à une moindre mortalité infantile. En d'autres termes, lorsque le taux de césarienne de ces pays approche les taux suggérés par l'OMS, la mortalité baisse car certaines complications et leurs conséquences peuvent être évitées. Toujours selon le même auteur, dans les pays à revenu moyen à élevé, dont un tiers a des taux de césarienne excédant 20%, cette corrélation ne peut plus être observée. Passé un certain seuil, le taux

de césarienne ne diminue plus la mortalité infantile, les complications devant être traitées par ce mode d'accouchement l'ayant été à moindre taux. Xie *et al.* mentionnent que selon les taux les plus récents que fournit l'OMS, la moitié des pays à haut revenu a un taux de césarienne de plus de 25%. Pour Xie *et al.*, passé un certain seuil, le taux de césarienne pourrait faire plus de mal que de bien et c'est ce que son étude propose de vérifier. L'effet iatrogène de la césarienne sur la santé infantile serait lié à trois mécanismes au moins : 1) par une interruption de la durée de la gestation, 2) par une suppression des bénéfices liés à l'accouchement par voie basse et 3) par une interférence avec les débuts de l'allaitement. Afin de vérifier leur hypothèse, les auteurs ont notamment collecté des données auprès de la banque mondiale, de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour examiner l'association entre la naissance par césarienne et la mortalité infantile dans les pays industrialisés à haut-revenu (définis selon les Nations Unies et l'OCDE).

Pour déterminer l'association entre les taux de césarienne et la mortalité infantile, pour l'année 2010, les auteurs ont pris en considération différents facteurs de confusion potentiels, dont notamment l'âge maternel, le sexe des enfants, les grossesses multiples et différents indices économiques déterminants pour la santé périnatale. Le taux médian de césarienne des pays examinés est de 25%, allant de 15 à 50%. La mortalité infantile médiane est de 3.5 pour 1000 naissances, allant de 1.9 à 6.8/1000. L'analyse effectuée montre que le taux de césarienne des différents pays examinés est positivement corrélé avec la mortalité infantile, conformément aux hypothèses des auteurs. C'est à dire que les pays ayant des taux de césarienne plus élevés tendent à obtenir des taux de mortalité plus élevés. Cette corrélation résiste à l'analyse multifactorielle complexe effectuée par les auteurs, excluant par exemple un rôle déterminant de l'âge maternel, du sexe de l'enfant, du Produit Intérieur Brut par Habitant ou de l'indice de Gini (utilisé pour mesurer l'inégalité des revenus dans un pays) pour les pays considérés. Les analyses ont également été effectuées avec et sans certains pays dont les caractéristiques sont très particulières, pour vérifier la permanence de la corrélation. Par contre, conformément à l'hypothèse des auteurs, la prématurité joue un rôle déterminant dans l'association entre césarienne et mortalité, puisque une fois corrigé pour ce facteur, l'association entre taux de césarienne et de mortalité infantile n'est plus statistiquement significative.

Selon Xie *et al.*, quand le taux de césarienne d'un pays devient excessif, ses bénéfices pour la santé infantile diminuent et par contre ses risques augmentent. D'autres études mentionnées dans la discussion confirment ces résultats et invitent par conséquent à une sérieuse considération des pratiques obstétricales actuelles dans les pays industrialisés riches et à taux de césariennes élevés afin que ces taux excessifs baissent à nouveau.

L'étude réalisée par Xie *et al.* comporte quelques limites

évoquées par les auteurs. Premièrement, le travail sur des données déjà produites n'apporte pas le même niveau de précision qu'une étude prospective. Deuxièmement, certains facteurs de confusion potentiels n'ont pas pu être pris en considération, notamment lorsqu'ils étaient trop rares pour permettre d'atteindre la significativité statistique. Par contre, la comparaison internationale à grande échelle effectuée par les auteurs, très éclairante, n'est possible qu'à travers un travail sur des données existantes. Cette étude souligne donc l'importance de continuer à développer des banques de données les plus précises possibles au niveau des Etats et des organisations internationales, afin que ces comparaisons soient réalisables.

Ce type d'étude permet que chaque pays puisse comparer ses performances à celles de pays lui ressemblant en plusieurs points, mais différant sur un point particulier, ici le taux de césariennes. Dans cette étude, par exemple, les différences entre les résultats de la Suisse et des pays nordiques interrogent. Ces pays sont relativement similaires en termes de niveau de vie, mais la Suisse qui a un niveau de césarienne plus élevé (33%) en comparaison aux pays nordiques (16% environ) comporte également un taux de mortalité infantile plus élevé (3.8 pour mille versus 2.5 environ). On ne doit pas tirer de conclusion hâtive à partir de cette observation, car les systèmes de santé varient en de nombreux points, notamment en regard de la protection sociale des femmes enceintes ou des taux de sages-femmes par naissance. La différence pointée ici devrait en fait être le point de départ d'une réflexion plus fouillée recherchant l'ensemble des facteurs susceptibles d'intervenir de manière significative dans les différences observées. L'étude de Xie *et al.* montre par contre que ce n'est pas en augmentant encore son taux de césarienne que la Suisse rejoindra les pays nordiques en termes de taux de mortalité infantile.

Pour finir, il serait nécessaire d'examiner d'une part l'étude de Xie *et al.* à la lumière d'études similaires centrées sur les morbidités infantiles potentiellement attribuables aux césariennes non justifiées médicalement. D'autre part, une démarche analogue traitant de la mortalité et morbidité maternelles permettrait également de compléter l'analyse.

Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F & Bergel E (2006). Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*, 33(4), 270-277.

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

Frégonèse C & Ratinaud P (2015). Connaissance des représentations professionnelles de la profession de sage-femme. La Revue Sage-Femme, 14(1), 7-13.

L'objectif de cette étude a été d'explorer les perceptions de la profession de la sage-femme par les acteurs impliqués en périnatalité, c'est-à-dire les sages-femmes elles-mêmes et les médecins. La méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude est particulièrement intéressante. Il s'agit du concept de représentation sociale défini ici "un ensemble d'idées, d'images, d'informations, d'opinions, d'attitudes, de valeurs, etc." (Moscovici, 1981; cité par les auteurs) qui est en fait "socialement élaborée ... c'est-à-dire construite et maintenue par les interactions communicationnelles entre les membres du groupe" (Jodelet, 1991; cité par les auteurs). On pourrait par exemple faire allusion à l'utilisation du "statut médical" dont la sage-femme française parle beaucoup et qui semble revêtir pour elle une importance particulière alors que ce statut n'existe pas dans beaucoup de pays où la sage-femme a tout simplement le statut de sage-femme, par exemple le Royaume Uni, le Canada, les pays nordiques européens. Ce statut qui n'apparaît pas aux sages-femmes de ces pays comme particulièrement important pour qu'elles puissent se situer par rapport aux autres professionnels de santé ou aux systèmes de santé est pourtant très souvent mis en avant par les sages-femmes françaises. Il semble être utilisé dans le cadre des interactions communicationnelles dont parle Jodelet (1991). Comme les sages-femmes et les médecins travaillent en étroite collaboration dans le cadre des services de maternité, les deux groupes professionnels doivent pouvoir se positionner les uns vis-à-vis des autres.

Cette étude met en évidence des différences relativement importantes dans la perception du rôle de la sage-femme entre médecins et sages-femmes. En particulier, elle relève la grande importance que la sage-femme attribue à l'accompagnement alors que le médecin voit plus la sage-femme en temps que technicienne de l'accouchement. Dans le cadre de mon rôle de rédactrice de cette revue qui n'a pas d'expérience clinique de sage-femme en France mais qui ai lu un bon nombre de mémoires - format entier, résumé ou article - ceci est particulièrement intéressant. En effet, bien que les sujets semblent relever de plus en plus de la maïeutique et donc des compétences des sages-femmes, certains semblent encore parfois témoigner plus de l'intérêt du référent médical que de celui de la sage-femme, bien qu'il puisse évidemment exister une différence entre la cible de l'intérêt d'une étudiante et d'une sage-femme qualifiée. Il serait intéressant d'explorer cet aspect.

Cette étude est intéressante parce qu'elle permet de mieux comprendre pourquoi certains modèles professionnels sont développés et persistent et donc comment l'appréciation de ces phénomènes pourraient aider les deux professions qui ont toutes deux à cœur d'améliorer la santé maternelle et infantile à mieux comprendre les aspects qui sont plus centraux pour les uns et les autres.

Cette meilleure compréhension mutuelle pourrait entraîner une meilleure compréhension des compétences particulières et des objectifs parfois différents, même si complémentaires. L'évaluation de la santé maternelle et infantile peut, et même doit, bien entendu être évaluée par l'épidémiologie et les statistiques intra- et internationales de santé publique, mais l'exploration et l'analyse de la qualité des soins et de la satisfaction des femmes et des familles qui les utilisent invitent aussi les professionnels de santé à se pencher sur des aspects qui relèvent aussi des sciences douces.

Cette étude propose non seulement une information sur les différences de perception qui peut exister entre médecins et sages-femmes, mais elle suggère aussi une approche méthodologique qui est tout à fait intéressante et démontre l'intérêt d'une collaboration plus approfondie avec les sciences humaines telles que les sciences sociales, la psychologie et les sciences de l'éducation, pour n'en nommer que quelques unes.

Moscovici S (1981) L'âge des foules : un traité historique de psychologie des masses. Paris: Fayard.

Jodelet D (1991) Représentation sociale. In: Grand Dictionnaire de la psychologie (pp. 668-672). Paris: Larousse.

Marianne Mead
Sage-femme PhD
Rédactrice en Chef
Les Dossiers de la Maïeutique

Maisonneuve E, Audibert F, Guilbaud L, Lathelize J, Jousse M, Pierre F, Fraser W & Carbonne B (2011). Risk factors for severe neonatal acidosis. *Obstetrics and Gynecology*, 118(4), 818-823.
[Facteurs de risque d'acidose néonatale sévère]

Cette étude, publiée en 2011, est une étude cas-témoin menée entre janvier 2003 et décembre 2008 dans trois maternités de centres hospitaliers universitaires, deux en France (CHU de Poitiers et Hôpital Saint Antoine à Paris) et un au Québec (Hôpital Sainte Justine à Montréal). Les dossiers de 226 femmes avec accouchement à terme compliqué par une acidose néonatale sévère définie par un pH inférieur à 7 ont constitué le groupe "cas". Chaque cas a été apparié à un témoin selon la parité, mais avec un pH égal ou supérieur à 7,15. L'objectif de cette recherche était d'identifier les facteurs qui augmentent le risque d'une acidose néonatale sévère afin de mieux identifier les femmes à haut risque pour cette complication.

Chez toutes les femmes, un prélèvement dans l'artère ombilicale a été effectué à la naissance immédiatement après le clampage du cordon et la mesure effectuée dans les cinq minutes suivant la naissance.

Chaque tracé du rythme cardiaque fœtal a été analysé par deux personnes indépendantes dans chaque centre.

En cas de désaccord sur l'interprétation, l'avis d'un troisième expert était demandé. La classification des tracés (normal, atypique, anormal) s'est appuyée sur décrite recommandée par la Société des gynécologues et obstétriciens canadiens (Liston *et al.*, 2007). Les facteurs de risque (FDR) recherchés incluaient les antécédents obstétricaux ainsi que les complications maternelles, obstétricales, fœtales ou néonatales.

Parmi les 39321 naissances à terme, une acidose sévère a été diagnostiquée chez 235 nouveau-nés, y compris cinq grossesses gémellaires; 226 cas (soit 0.63% des naissances) ont été retenus dans l'étude. L'analyse par régression multivariée a identifié comme FDR potentiels d'une acidose néonatale sévère l'âge maternel supérieur à 35 ans (risque multiplié par plus de 6 - OR=6.54, IC 95% 2.62-15.89), l'antécédent de mortalité périnatale (8/226 dans le groupe "cas" versus 0/226 dans le groupe "témoins"), l'inhalation méconiale (OR=6.29, IC 95% 1.70-23.26), l'anesthésie générale (OR=13.31, IC 95% 1.09-132.67), la rupture utérine (10/226 cas dans le groupe "cas" versus 0/226 dans le groupe "témoins") et l'anomalie du rythme cardiaque fœtal (OR=8.77, IC 95% 3.72-20.78).

Le choix de présenter cet article repose sur les résultats qu'il apporte sur l'utilisation du rythme cardiaque fœtal. Dans cette étude, la majorité des femmes enceintes incluses présentaient une situation à haut risque, voire pathologique : utérus cicatriciel, pré-éclampsie, diabète gestationnel, déclenchement du travail ou utilisation d'ocytocine, siège, grossesse gémellaire, fièvre pendant le travail, grossesse prolongée, obésité... Ces grossesses à risque justifient l'utilisation du rythme cardiaque fœtal afin de dépister le nouveau-né à risque majeur de développer une paralysie cérébrale ou infirmité motrice cérébrale.

Dans le cadre des soins relevant de la maïeutique (femmes avec une grossesse à bas risque), l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal en continu pendant le travail n'est pas fondé sur des données probantes. La littérature scientifique, en effet, rapporte notamment sa faible spécificité (47-79%), c'est-à-dire sa faible capacité à donner un résultat normal lorsque l'enfant va bien. Ainsi, une spécificité (sp) de 47-79% veut dire que la probabilité que le RCF soit normal chez les fœtus non hypoxique est de 47-79%. Dans ce cas, 53-21% (1-sp=53% à 1-sp=21%) des fœtus sans hypoxie sont diagnostiqués à tort comme ayant une hypoxie (taux élevé de faux positifs).

En 2002, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé rapportait que globalement les résultats faisaient ressortir :

- une forte variabilité intra et inter-observateurs, reflétant les difficultés de lecture et d'interprétation des tracés, l'absence de standardisation des définitions et des classifications utilisées ;
- une sensibilité élevée,
- une forte valeur prédictive négative (un RCF normal est en faveur d'une bonne vitalité fœtale) mais

- une faible valeur prédictive positive et un taux de faux positifs important (un RCF pathologique prédit faiblement une acidose néonatale mais conduit à un nombre élevé de césariennes ou naissances instrumentales inutiles) (ANAES, 2002).

Sur la base des données publiées, la HAS indiquait qu'aucune différence n'est montrée en conditions expérimentales entre les deux techniques (enregistrement continu ou discontinu) en terme de mortalité ou de séquelles neurologiques. Sur base des données probantes actuellement disponibles, l'OMS recommande de ne jamais laisser une parturiente seule et d'ausculter le cœur fœtal toutes les 30 minutes pendant la phase de dilation pour les femmes dont le travail progresse normalement (WHO, 2009).

ANAES (2002) *Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal*. Dernier accès le 2 avril 2015 à http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240535/fr/interet-et-indications-des-modes-de-surveillance-du-rythme-cardiaque-foetal-au-cours-de-laccouchement-normal.

Liston R, Sawchuck D, Young D, Society of Obstetrics Gynaecologists of Canada & British Columbia Perinatal Health Program (2007). Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29(9 Suppl 4), S3-56.

WHO, UNFPA, UNICEF & World Bank (2009). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care. A guide for essential practice*. Geneva: WHO.

Christine Morin
Sage-femme enseignante, Doctorante
CHU, Université de Bordeaux

Alfirevic Z, Devane D & Gyte GM (2013). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, CD006066.
[Cardiotocographie continue comme méthode de monitoring électronique fœtal pendant le travail]

Cette revue systématique de la Collaboration Cochrane a inclus les études qui ont réalisé un essai randomisé contrôlé afin de comparer deux modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal pendant le travail : auscultation intermittente et enregistrement cardiotocographique continu. Selon les protocoles trois groupes ont été déterminés :

- [a] absence de monitoring fœtal
- [b] auscultation intermittente
- [c] enregistrement intermittent.

Parmi les études réalisées, trois seulement ont sélectionné une population à faible risque. Deux essais seulement ont été jugés de bonne qualité.

En comparaison à l'auscultation intermittente, l'enregistrement en continu du rythme cardiaque fœtal

n'a montré aucune amélioration significative du taux global de mortalité périnatale (RR=0.86; IC 95% 0.59-1.24 pour n=33 513 et 11 essais), mais était associé à une réduction de moitié des convulsions néonatales (RR=0.50; IC 95% 0.31-0.80 pour n=32 386 et neuf essais), sans conséquences avec un recul de 2 ans. Cette différence a été principalement observée dans le cas d'utilisation d'ocytociques ou de travail prolongé. Il n'y avait pas de différence significative sur les taux de paralysies cérébrales (RR=1.75; IC 95% 0.84-3.63 pour n=13 252 et deux essais).

Par contre, l'enregistrement cardiotocographique en continu était associé à une augmentation du risque de recours aux actes invasifs (césariennes, extractions instrumentales) : augmentation significative du nombre de césariennes (RR=1.63; IC 95% 1.29-2.07 pour n=18 861 et 11 essais).

Les données cliniques n'ont pas permis de mettre en évidence de différence entre les deux techniques sur la mortalité périnatale ou sur la survenue de séquelles neurologiques à long terme.

La cardiotocographie en continu augmente le taux de faux positifs et donc le taux de gestes invasifs ou d'interventions non nécessaires, pour la mère ou le fœtus (prélèvement de sang fœtal pour la mesure du pH fœtal, forceps, césariennes).

Ces résultats comparatifs proviennent d'expérimentations cliniques réalisées dans des conditions qu'il est difficile de transposer à la pratique clinique de routine en France par exemple. Ainsi, le protocole de surveillance par auscultation intermittente est très strict et des ressources importantes doivent être allouées pour rendre cette pratique envisageable dans l'hexagone avec notamment la présence d'une sage-femme par parturiente. Il s'agissait aussi de centres spécialisés non représentatifs de l'ensemble des établissements de santé.

Toutefois les résultats des grands essais et l'organisation du système d'encadrement des centres d'obstétrique en Angleterre, aux États-Unis et au Canada ont conduit ces pays à émettre des recommandations pour la surveillance des femmes au cours de l'accouchement. Les recommandations dans ces pays sont en faveur d'une surveillance par auscultation intermittente chez les femmes à risque faible et de la cardiotocographie chez les femmes à risque élevé ou quand les conditions locales ne permettent pas la pratique sans risque de l'auscultation intermittente. Le recours aux ocytociques, la notion de travail prolongé constituent des contre-indications à la pratique de l'auscultation intermittente (NICE, 2014).

NICE (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. London: RCOG.

Christine Morin
Sage-femme enseignante, Doctorante
CHU, Université de Bordeaux

Ekelin M, Svensson J, Evehammar S & Kvist LJ (2015). Sense and sensibility: Swedish midwives ambiguity to the use of synthetic oxytocin for labour augmentation. *Midwifery*, 31(3), e36-42.

["Raison et Sentiments" ou l'ambiguïté des sages-femmes suédoises face à l'utilisation de l'ocytocin synthétique pour l'optimalisation du travail]

Je dois avouer un intérêt particulier pour cet article parce que le sujet de ma thèse avait porté sur la perception du risque intrapartal pour les femmes en bonne santé et en travail spontané à terme. Il s'était agi d'une enquête par questionnaire et exclusivement composé de questions fermées. Les résultats avaient montré une sous-estimation de la progression normale du travail spontané et une surestimation importante de risques, mais aussi une sous-estimation importante des risques associés à certaines interventions, en particulier la péridurale (Mead & Kornbrot, 2004a, b). Cette étude avait été répétée notamment en Belgique (Mead *et al.*, 2007) et en France et avait permis de répliquer les résultats de l'étude initiale, avec cependant quelques différences et notamment une médicalisation beaucoup plus importante de la surveillance du travail "eutocique" par les sages-femmes françaises (Mead *et al.*, 2006).

Cette étude suédoise explore les points de vue des sages-femmes suédoises sur les raisons et la prise de décision d'optimaliser le travail par l'utilisation d'ocytocine de synthèse. Il s'agit d'une enquête par entretien auprès de quinze sages-femmes dans deux maternités du sud de la Suède. Dans une maternité, la décision d'optimaliser le travail est prise par la sage-femme alors que dans l'autre, il s'agit d'une décision partagée entre la sage-femme et l'obstétricien. L'analyse thématique a identifié quatre thèmes (situations qui permettent, motivation de la décision, interventions dans le processus du travail et connaissance des effets iatrogènes) et dix sous-thèmes. Le thème des "situations qui permettent" la prescription et l'administration de l'ocytocine développe deux sous-thèmes - la péridurale et l'optimalisation et permet dans le cadre de cette lecture critique de démontrer l'ambiguïté des sages-femmes. Bien qu'elles soient conscientes de la physiologie du travail et du fait qu'un travail un peu plus lent ne soit pas nécessairement dystocique, les sages-femmes semblaient désirer prévenir la dystocie ou justifiaient l'administration de l'ocytocine après la pose d'une péridurale parce que celle-ci pouvait ralentir le travail et/ou la rotation/flexion de la tête fœtale. La péridurale permettait aussi l'administration de l'ocytocine parce que bien que celle-ci encourage des contractions plus rapides et plus intenses, l'analgésie produite par la péridurale permettait cette approche. Et pourtant le quatrième thème portant sur les effets iatrogènes laisse entendre que les sages-femmes étaient bien conscientes

des effets potentiellement néfastes de l'administration de l'ocytocine. Les auteurs utilisent l'expression "contraction storm" (tempête de contractions) pour décrire les contractions intempestives produites par l'optimalisation du travail. Et pourtant malgré leurs connaissances sur les avantages, mais aussi les inconvénients importants dont elles sont tout à fait conscientes, l'importance de démontrer que "le travail progresse" semble l'emporter sur ce que les anglophones appellent "watchful expectation" (attente attentive).

La sage-femme suédoise est reconnue comme étant autonome dans la pratique de l'eutocie, mais une proportion importante accepte maintenant la péridurale et l'optimalisation comme faisant partie de la "normalité" malgré les recommandations de l'OMS (1996). Il est possible que l'environnement technique et médicalisé qui entoure les femmes et les sages-femmes ait un effet négatif sur le respect de la normalité et la patience qui pourrait être exercée par les sages-femmes de façon plus systématique.

Il serait très intéressant de répéter cette étude dans les pays où les sages-femmes ont été confrontées et ont accepté cette médicalisation et technicisation de la naissance, mais où en parallèle les taux d'accouchements instrumentaux et de césariennes continuent à augmenter alors que les femmes commencent à exiger un plus grand retour à la normale dans le respect de l'eutocie intrapartale pour le bien des femmes et des nouveaux-nés.

- Mead M, Bogaerts A & Reynolds M (2007). Midwives' perception of the intrapartum risk of healthy nulliparae in spontaneous labour, in The Flanders, Belgium. *Midwifery*, 23(4), 361-371.
- Mead M, Bogaerts A, Reynolds M, Poutas M & Hel S (2006). Midwives' perception of intrapartum risk in England, Belgium and France. *European Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, 2(2), 1-8.
- Mead MM & Kornbrot D (2004a). The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care. *Midwifery*, 20(1), 61-71.
- Mead MM & Kornbrot D (2004b). An intrapartum intervention scoring system for the comparison of maternity units' intrapartum care of nulliparous women suitable for midwifery-led care. *Midwifery*, 20(1), 15-26.
- OMS (1996). *Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique*. Genève: OMS.

Marianne Mead
Sage-femme PhD
Rédactrice en Chef
Les Dossiers de la Maïeutique