

La pratique de sage-femme basée sur les données factuelles : lignes de conduite pour l'accompagnement de l'accouchement

Source: <http://naissance.ws/docs/manuel-sages-femmes.pdf>

Traduction de :

Evidence-based midwifery: guidelines for midwifery led care in labour

Jane Munro & Helen Spiby

The Central Sheffield University Hospitals, November 2000

Source: <http://naissance.ws/docs/evidence-based-midwifery.pdf>

SOMMAIRE

☞ Introduction	p 3
☞ Quand doit-on transférer une femme vers un service obstétrical ?	p 6
☞ Lieu de naissance	p 7
☞ En cas de rupture primitive des membranes à terme	p 10
☞ Soutenir une femme en travail	p 14
☞ L'eau, le travail et la naissance	p 17
☞ Allègement pharmacologique de la douleur	p 21
☞ Monitoring du rythme cardiaque fœtal	p 25
☞ Mesurer la progression du travail	p 29
☞ Rupture artificielle des membranes	p 33
☞ Positions en cours de travail et d'accouchement	p 38
☞ Alimentation en cours de travail	p 41
☞ L'accouchement	p 44
☞ Soins du périnée	p 48
☞ La délivrance	p 51
☞ La suture du périnée	p 55
☞ Soins immédiats du nouveau né	p 58

Introduction

Au cours des années 90 au Royaume Uni des mouvements de professionnels et de parents ont cherché à changer les services de maternité, afin de mieux répondre aux besoins des femmes. Ces initiatives ont voulu donner un rôle prépondérant aux sages femmes, pour toutes les grossesses et accouchements normaux (ministère de la santé 1993). Le suivi par les sages femmes donne de meilleurs résultats que ceux où elles interviennent comme auxiliaires des médecins, les femmes en sont plus satisfaites (McVicar et al 1993, Shieldss et al 1998, Turnbull et al 1996), et on observe une diminution des interventions obstétricales (Campbell et al 1999, Hundley et al 1994).

Les sages femmes perçoivent le travail comme un processus physiologique normal caractérisé par une mise en route entre 37 et 42 semaines, chez une femme qui a vécu une grossesse sans complications. Elles savent aussi percevoir que pour une femme le travail n'est pas seulement normal, il est aussi extraordinaire : pour elle les conséquences d'une expérience bonne ou mauvaise sont essentielles pour son équilibre psychique (Simkin 1991) comme pour ses relations familiales.

Le regard porté sur la naissance qui ne permet de conclure à sa normalité que par une évaluation médicale rétrospective (RCM 1997), s'accompagne d'un nombre considérable d'interventions de routine dans de nombreuses équipes de sages femmes. La rigidification des stratégies et des protocoles, combinée à la crainte des risques médico-légaux, contribuent à détruire la confiance des femmes et des sages femmes à accepter la physiologie ou même seulement à la comprendre. Comme le montrent les commentaires de Cochrane en 1972, les obstétriciens et les gynécologues ont été les premiers à imposer des pratiques non évaluées scientifiquement : une telle politique a eu un impact dramatique sur les sages femmes. La réaction a conduit à une somme impressionnante de recherches systématiques reprises dans le guide de : Soins efficaces pour la grossesse et l'accouchement (Chalmers et al 1989) et la bibliothèque Cochrane. Ces recherches de qualité sont maintenant accessibles aux sages femmes, et leur offrent des ressources pour une remise en cause efficace des pratiques routinières qui interfèrent avec le déroulement normal d'une naissance. Il existe également tout un groupe de recherches qui évaluent les perceptions des femmes et des sages femmes sur leur expérience de la naissance.

Ce document-guide est une tentative pour mettre à disposition les recherches courantes qui peuvent aider les sages femmes dans leurs décisions lors de soins qui leur reviennent au premier chef au sein des maternités (nous les appellerons soins de la responsabilité des sages femmes, ou SRSF).

Les SRSF sont plus que militants du droit des femmes à l'information, pour leur permettre de prendre part aux décisions de soins les concernant, elles ou leur bébé. Tout manquement à la qualité de cette information et une appréciation trop optimiste des interventions peut avoir de sérieuses conséquences, tant au plan de la iatrogénie, que de l'augmentation des coûts, ou de l'insatisfaction grandissante. (Coulter 1998). Il est bien évident que le contenu de ce document n'est pas exhaustif et doit être revu régulièrement à la lumière des nouvelles recherches. Il n'est pas non plus un guide de prescription, puisque les soins doivent être individualisés. Toutefois, lors d'actes s'éloignant notablement de ces résultats étayés par la recherche, il est plus que recommandé d'en donner une explication claire dans le dossier de soin.

Jane Munro
Sage femme
Coordinatrice des pratiques basées sur les recherches
Résultats de la recherche actuelle

Helen Spiby
Professeur
Unité de recherche Mère Enfant
Université de Leeds

2^o édition novembre 2000

Remerciements de l'aide et du soutien de tous ceux : sages femmes, docteurs, usagers du service, qui ont démontré leur intérêt, discuté des idées, et partagé les informations au cours du travail sur ce document.

Méthodologie :

Les recommandations qui sont présentées sont issues d'une recherche bibliographique utilisant les méthodes suivantes :

- * Recherches dans les bases de données : Cochrane, MEDLINE , CINHALL, MIDIRS
- * Recherche manuelle à partir des principaux journaux, des articles cités le plus fréquemment.
- consultation des chercheurs sages femmes.
- Recherche des articles et connaissances des sages femmes.

Nous avons cherché les articles dans les perspectives suivantes :

- Etudes randomisées prospectives
- Les recherches et revues de sages femmes
- Le point de vue des femmes
- Les rapports de groupes professionnels : (RCM et RCOG) et les directives gouvernementales.
- Les opinions d'experts

En référence à la philosophie de SRSF, une attention particulière a été donnée au point de vue des femmes, bien que ce soit un domaine où la recherche est très insuffisante.

Les sujets abordés ont été choisis en groupe de discussion entre sage femme de l'équipe.

Une stratégie éducative, mettant à disposition des ateliers et des conférences sur les sujets principaux, a été mise en place dès le début du projet. A ce titre nous attirons l'attention d'autres équipes qui souhaiteraient mettre en pratique les recommandations de ce guide, que ce document n'est qu'une partie du travail nécessaire à l'introduction de pratiques basées sur les résultats de la recherche. Nous n'avons pas prévu que ce document seul soit introduit dans un service sans soutien éducatif pour une transition efficace.

Une évaluation de la mise en place du projet et de ses implications a été entreprise après la première publication (Munro et Spiby, 1999). Pour ce faire nous avons utilisé «l'instrument pour évaluer les recommandations cliniques» (Cluzeau et al 1997), qui recherche l'opinion des sages femmes comme des usagers du service, et les changements mesurables de pratique qui apparaissent dans les chiffres recueillis régulièrement. Les résultats de cette recherche enrichissent cette présente édition.

Introduction and Methodology

References

Campbell R, Macfarlane A, Hemsall V, Hatchard K (1999) Evaluation of midwife-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital **Midwifery** 15:183-193

Chalmers I, Enkin M, Keirse M (eds) (1989) **Effective Care in pregnancy and Childbirth** Oxford: Oxford University Press

Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G (1997) **Appraisal Instrument for Clinical Guidelines** London: St George's Hospital Medical School

Coultet A (1998) Evidence Base Information **British Medical Journal** 317: 225-226 Dept of Health, Expert Maternity Group (1993) **Changing Childbirth** London: HMSO

Hundley V, Cruikshank F, Lang G, Glazener C, Milne J, Turner M, Blyth D, Mollison J & Donaldson C (1994) Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led Care *British Medical Journal* 309: 1400-1404

McVicar J, Dobbie G, Owen-Johnston L, Jagger C, Hopkins M & Kennedy J (1993) Simulated home delivery: a randomised contra trial **British Journal of Obstetrics and Gynaecology** 100:316-33

Munro J & Spiby H (1999) **Report of the work on the development, implementation and evaluation of evidence based guidelines for midwifery led care in labour** Sheffield: Central Sheffield University Hospitals Trust

Royal College of Midwives (1997) **Debating Midwifery Normality in Midwifery** London: Royal College of Midwives

Shields N, Turnbull D, Reid M, Holmes A, McGinley M & Smith L (1998) Satisfaction with midwife-managed Care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women **Midwifery** 14: 85-93

Simkin P (1991) Just another day in a woman's life? Part 1 Women's long term perceptions of their first birth experience **Birth** 18(4) 203-10

Turnbull D et al (1996) Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed Care **Lancet** 348: 213-218

Quand doit-on transférer une femme vers un service d'obstétrique ?

Les femmes qui devraient bénéficier d'une surveillance obstétricale en début de travail :

- Problèmes médicaux préexistants.
- Travail pour une grossesse de moins de 37 semaines ou plus de 432
- Grossesse de jumeaux ou plu
- Femme ayant un prélèvement vaginal positif pour le strepto B
- Antécédents de MFIU ou de mort néonatale.
- Antécédent de LSCS ; Dystocie de épaules ; chirurgie utérine.
- Placenta praevia.
- Hémorragie avant accouchement.
- Problèmes de Rhésus ou autre anticorps
- Malpresentation
- Fœtus avec retard de croissance suspecté ou oligoamnios.
- Hypertension, prééclampsie
- Liquide teinté

- *Toutes les femmes avec une induction ou une accélération du travail.*

Transfert en cours de travail en surveillance obstétricale :

- Tout souci concernant la mère ou le fœtus
- Tout souci sur le déroulement du travail
- Tout travail sous analgésie péridurale

Pour les femmes sous surveillance obstétricale, le Partogramme doit indiquer les directives de l'obstétricien de Compétence suffisante compte tenu de la difficulté.

Le lieu de naissance

- les femmes devraient recevoir les informations et conseils objectifs pour pouvoir choisir le lieu de naissance de leur enfant(DoH 1993 p25). Il n'y a pas de résultats de recherches qui indiquent que la naissance à la maison ou dans une maison de naissance, est déconseillée pour une femme sans difficulté obstétricale particulière(MIDIRS1997).
- L 'hôpital est un lieu aliénant pour beaucoup de femmes, où les routines institutionnelles et le manque d'intimité peuvent contribuer à une impression de perte de contrôle des événements(Steele 1995). Les études de Green et al(1998) et de Simkin (19991 ; 1992) ont montré que contrôler ou perdre le contrôle du déroulement du travail, sont des éléments essentiels dans la perception et le bien être émotionnel de la femme.
- Les essais randomisés ont montré tous les avantages pour les femmes d'un environnement à bas risque », comme les unités de soin géré par les sages femmes, plutôt qu'un environnement traditionnel d'hôpital(Hundley et al 1994 ; Mc Vicar et al 1993)
- La meilleure évaluation en tout début de travail, donne de bien meilleur résultats si elle est faite hors de l'hôpital : il en résulte moins d'interventions en cours de travail(McNiven et al 1998)
- Le respect des désirs de la femme et sa participation aux décisions sont essentiels dans les soins de grossesse et du travail(DoH 1993). **Le projet de naissance devrait être pleinement discuté avec la sage femme qui accompagne la femme en travail.**

Le lieu de Naissance

L'environnement peut influencer lourdement le niveau d'anxiété et de peur ressentie par une femme en travail. L'hôpital est un milieu aliénant pour de nombreuses femmes (Steele 1995) ou les routines institutionnelles telles que le déshabillage systématique dès l'arrivée, le manque d'intimité vont déposséder certaines femmes de leur sentiment d'être aux commandes. Brown et Lumley (1994) ont montré que la technologie et les interventions si communes maintenant dans les services de maternité, contribuent en fait au sentiment d'insatisfaction des femmes lors du travail. De plus l'anxiété provoquée par la perte du sentiment de contrôle, peut gêner le déroulement physiologique normal du travail (Steele 1995). Simkin (1991 ; 1992) dans ses études sur le vécu de l'accouchement, a montré que même à très long terme, c'est le sentiment d'avoir ou non le contrôle qui détermine si le souvenir de la naissance est positif ou négatif. (Et non comme on pourrait le croire l'échelle de danger encouru : une femme avec une naissance très difficile obstétricalement, et qui participe aux décisions, est respectée par l'équipe, peut avoir un bien meilleur souvenir qu'une autre qui a vécu une naissance tout à fait normale mais où personne n'a tenu compte de ses désirs.)

Le respect des désirs de la femme et sa participation aux décisions la concernant sont essentiels pour le suivi de grossesse ou d'accouchement (DoH 1993). Hodnett (1996) montre que l'issue physique et émotionnelle du travail est bien meilleure si la femme participe aux prises de décision. Green et al (1990) montre que l'information est importante pour l'expérience de la naissance et le bien être émotionnel. La prise de décision inclut le choix de(s) personne(s) accompagnantes qui devraient être bienvenues en salle de travail.

L'établissement d'un projet de naissance est en continuité du suivi prénatal. Cela demande une discussion approfondie du lieu de naissance, au cours de laquelle la femme doit recevoir des renseignements clairs et non biaisés pour lui permettre de choisir où elle aimerait accoucher (DoH 1993). Aucun résultat de recherche ne montre qu'il est déconseillé pour une femme sans problème obstétrical de choisir d'accoucher chez elle ou dans une maison de naissance (MIDIRS 1997). Le projet de naissance devrait être largement discuté avec la sage femme qui accompagne, la femme en travail. Les femmes trouvent souvent difficile de pouvoir poser les questions (Read et Garcia), si bien que les sages femmes devraient les encourager à le faire et devraient se placer comme avocates des désirs de la femme. (Kirkham 1986).

Les essais ont montré tout le bénéfice pour les femmes de la mobilité ainsi que de moins d'interventions, dans les unités de soins bas risque dirigées par les sages femmes, en alternative aux unités obstétricales. (Hundley et al 1994 ; Mc Vicar et al 1993). La philosophie qui sous-tend l'existence de ces unités est de procurer un milieu «comme à la maison» où les femmes puissent être plus en situation de contrôle. Le travail est conduit avec moins d'interventions (Hundley et al 1994). Il a été montré également que les femmes qui accouchent dans ces unités de bas niveau de technologie, dirigées par des sages femmes c.a.d leur domicile ou les maisons de naissance, nécessitent moins d'analgésie pharmaceutique (Skibsted et Lange 1992, Chamberlain et al 1997). Ces résultats ajoutent des arguments en faveur d'un environnement de la naissance «comme à la maison» et moins dominé par la présence d'équipement technologique.

Le meilleur endroit pour évaluer le début de travail de la femme c'est son domicile, ce qui entraîne moins d'interventions pendant le travail, et améliore le degré de satisfaction de la femme vis à vis de la naissance de son enfant. (McNiven et al 1998).

Birth Environment References

Brown S, Lumley J (1994) Satisfaction with Care in labour and birth: a survey of 790 Australian women *Birth* 12(1): 4-13

Chamberlain G, Wraight A, Crawley P (1997) Homebirths: The Report of the 1994 Confidential Enquiry by the National Birthday Trust Fund Carnforth Lanc: The Parthenon Publishing Group

Dept of Health, Expert Maternity Group (1993) Changing Childbirth London: HMSO

Green J M, Coupland V A, Kitzinger (1990) Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women *Birth* 17: 15-24

Hodnett E D, Support from caregivers during childbirth in Enkin MW, Keirse M J N C, Renfrew M J, Neilson J P (eds) *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (updated 06 September 1996) Available in The Cochrane Library (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration; Issue 3. Oxford: Update Software; 1996. Updated quarterly. Available from: BMJ Publishing Group, London

Hundley V, Cruikshank F, Lang G, Glazener C, Milne J, Turner M, Blyth D, Mollison J & Donaldson C (1994) Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led Care *British Medical Journal* 309: 1400-1404

Kirkham M J (1986) A feminist perspective in midwifery in Webb C (ed) *Feminist practice in women's health* Care Chichester: John Wiley

Kirkham M J (1993) Communication in Midwifery in Alexander J, Levy V, Roch S (eds) *Aspects of Midwifery Practice: a research based approach* Basingstoke: Macmillan

MIDIRS (1997) Place of Birth Informed choice for professionals leaflets

McNiven P, Williams J, Hodnett E, Kaufman K, Hannah M (1998) An Early Assessment Program: A Randomised, Controlled Trial *Birth* 25 (1): 5-10

McVicar J, Dobbie G, Owen-Johnston L, Jagger C, Hopkins M & Kennedy J (1993) Simulated home delivery: a randomised controlled trial *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 100:316-33

Simkin P (1992) Just another day in a woman's life? Part 2 Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences *Birth* 19(2):64-81

Skibsted L and Lange A (1992) The need for pain relief in uncomplicated deliveries in an alternative birth Centre compared to an obstetric delivery ward *Pain* 48(2):183-186

Steele R (1995) Midwifery Care in the First Stage of Labour in Alexander J, Levy V, Roch S (eds) *Aspects of Midwifery Practice: a research based approach* Basingstoke: Macmillan

En cas de rupture primitive des membranes à terme :

- **La femme qui vous dit avoir senti un écoulement inopiné de liquide qui a continué de façon incontrôlable, fait un diagnostic de rupture des membranes, vérifié dans 90%des cas(Garite 1995) ;** En cas de doute, le diagnostic peut-être confirmé par amnicator et spéculum si nécessaire.

- * Les touchers vaginaux doivent être évités pour ne pas induire de risque infectieux(Hannah et al 1996)

- La rupture primitive des membranes est considérée comme partie de l'ensemble des signes normaux de pretravail. On peut écouter le RCF pendant une minute avec un sonicaid portatif. La sage femme doit évaluer le niveau de la présentation, la qualité du liquide amniotique et l'état de la mère.
- On doit examiner toutes les femmes vis à vis du strepto B. La meilleure méthode étant un écouvillon vaginal, la culture d'un prélèvement cervical ne donnant pas de résultats acceptables(Département de la santé américain 1996=Us Department of health and human services 1996).
- **Une femme dont le prélèvement est positif pour le streptoB doit être informée qu'une induction immédiate et un traitement antibiotique, sont indiqués dans son cas(Hannah et al 1997).**
- Lors de la comparaison entre une induction immédiate et l'expectative pendant 96 heures, les résultats ne montrent pas de différence de risque pour le bébé mais un risque augmenté de chorioamniotite pour la mère(Hannah et al 1996).
- Les femmes ont une préférence quant à la méthode employée(Hannah et al 1996). On doit donc les informer pour qu'elles puissent choisir la méthode qu'elles préfèrent.
- Pour les femmes qui préfèrent la mise en route spontanée du travail, elles doivent savoir quand consulter l'hôpital ou la sage femme. Elles doivent surveiller leur température deux fois par jour, et venir si la couleur ou l'odeur du liquide amniotique se modifie, ainsi qu'à tout signe infectieux(Hannah et al 1996). La sage-femme doit faire une visite chaque jour ; Un rendez -vous doit être fixé à la maternité 3 jours après la RPM au plus tard.

La rupture primitive des membranes

La rupture primitive des membranes RPM, se produit dans 6 à 19 % des grossesses à terme. 6à% de ces femmes vont accoucher dans les 24 heures et 86%dans les 48 heures. SEules 2 à 5% d'entre elles seront encore enceinte après 72h(Keirseetal 1996). Mais il est impossible de prévoir celles qui seront dans ce cas.

Plusieurs théories suggèrent de causes. La RPM est considérée comme faisant normalement partie des signes de pre-travail pour quelques chercheurs (Keirse et al 1996). Toutefois des infections ascendantes infra clinique ont aussi été proposées comme explication possible de la <RPM(Romero 1992). Dans ce contexte, donner des recommandations est assez difficile !

Les facteurs de risque de la chorioamniotite sont des touchers vaginaux répétés, un travail prolongé et l'apparition de méconium. Les risques de fièvre dans le post partum sont augmentés dans les cas de chorioamniotite, un travail prolongé ou une césarienne(Seaward et al 1997).

Les facteurs prédictifs de l'infection néonatale, sont la chorioamniotite clinique, et la colonisation maternelle par le strepto de groupe B. En raison du mode d'infection par le streptocoque B, c'est le prélèvement par écouvillon à l'entrée du vagin qui est la méthode la plus appropriée pour sa détection. Une femme dont le prélèvement est positif pour le streptoB doit être informée qu'une induction immédiate et un traitement antibiotique, sont indiqués dans son cas(Hannah et al 1997).

Les recherches les plus récentes sur la mortalité liée à une infection précoce à strepto B, compare les chiffres relevés au Royaume Uni(UK) et aux USA(Embleton et al 1999) ; Les chiffres trouvés, montrent une incidence légèrement plus élevée en UK qu'aux USA avant que la prophylaxie n'y soit généralisée. Les chercheurs suggèrent que d'autres recherches en UK doivent être menées rapidement afin d'établir la meilleure stratégie pour réduire ces risques.

Jusque très récemment les prises en charge de femmes ayant une RPM à terme était très variées(Mozurkewich et Wolf 1997). L'essai par Hannah et ses collègues a établi les critères pour éviter les défauts méthodologiques des recherches précédentes. On doit donc tenir tout particulièrement compte de cette étude qui porte sur 5 000 femmes. De cette étude on peut remarquer que le risque d'infection néonatale n'est pas augmenté(évaluation à partir de cultures de sang fœtal et de comptage de globules blancs), lorsqu'une attitude d'expectative est adoptée, alors que la probabilité d'infection maternelle est augmentée(Hannah et al 1996)

Si l'on examine plusieurs autres recherches, il apparaît peu de différence en terme de mode d'accouchement selon que l'on a utilisé l'induction ou l'expectative(Rydstrom 1992 ; Grantet al 1992 ; Natale 1992 ; Shalev 1995 ; Ottervanger 1996 ; Hannah et al 19996).

Il est important de discuter des différentes options avec les femmes, aussi bien leur chance de se mettre en travail spontané dans un temps donné, le processus d'induction et les soins reçus dans le cas de l'attitude expectative. Une seule de ces études mentionne l'opinion des femmes (Hodnett et al 1997). Mais la plupart des études disent que 25% des femmes ne pouvaient pas être incluses dans les recherches car elles avaient une préférence pour une des méthodes. Le détail d'utilisation d'analgésiques n'est pas indiqué. Il est souhaitable de donner aux femmes l'information concernant les risques aussi bien de l'expectative, que de l'induction.

Lors de la confirmation d'une rupture primitive des membranes, l'observation de la sage femme est orientée vers l'évaluation du bien-être aussi bien maternel que fœtal, et à déterminer tout signe d'infection. Une femme qui décrit une perte soudaine de liquide suivie par des fuites incontrôlables diagnostique elle-même une rupture spontanée de la poche des eaux avec raison dans 90% des cas (Garite 1995). Si le doute est permis, alors le diagnostique doit être confirmé par amnicator et si besoin avec un spéculum. Le toucher vaginal est à éviter car cela augmente le risque d'infection. (Hannah et 1996). Sachant que la RPM doit être considérée comme faisant partie de l'éventail normal des signes de pre-travail, on peut ausculter le cœur fœtal pendant une minute à l'aide d'un sonicaid. La sage femme évaluera également la descente de la présentation, la couleur du liquide et l'état de la mère.

Plusieurs stratégies sont proposées aux femmes dans le cas de l'expectative(Raymond 1996). Au cours de la recherche de Hannah, les femmes pouvaient rentrer chez elles en attendant le début du travail. Il semble alors utile de mettre au point avec les femmes les raisons de contacter l'hôpital ou la sage femme. Elles doivent vérifier leur température 2 fois par jour, et consulter si elles sont fiévreuses ou si elles remarquent un changement de couleur ou d'odeur du liquide ou tout signe suggérant une infection (Hannah et al 1996)

Un rendez-vous est pris, la femme devant revenir à la maternité au plus tard 3 jours après la RSM, soit au moins 72 heures après. Ainsi on s'assure que la naissance aura lieu au cours des 96 heures d'expectative comme évalué par la recherche de (Hannah 1996) Le mode d'induction est à décider par l'obstétricien en fonction de la clinique.

Récemment un traitement antibiotique systématique en cas de RSM a été proposé afin de réduire le risque infectieux de la femme et du bébé et une recherche sur antibiotiques et induction du travail est prévue(Flenardy et King 1999). Les stratégies qui tendent à prévenir le risque infectieux pour la mère comme pour l'enfant sont importantes et peuvent inclure une détection systématique en cours de grossesse. Un travail de recherche dans ce sens doit être entrepris pour décider de ces options au Royaume Uni.

Pre-labour rupture of membranes References

Embleton N, Wariyar U, Hey E Mortality from early onset group B streptococcal infection in the United Kingdom Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1999;80: F139-141

Flenardy V, King J Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: update Software.

Garite T Premature rupture of the membranes: the enigma of the obstetrician American journal of Obstetrics and Gynaecology 1985 151:1001-1005

Grant J M et al Management of prelabour rupture of the membranes in term primigravidae: report of a randomised prospective trial British journal of Obstetrics and Gynaecology 1992 99: 557-562

Hannah M E et al Induction of labour compared with expectant management for prelabour rupture of the membranes at term The New England Journal of Medicine 1996 334: 1005-1110

Hodnett E et al Women's evaluations of induction of labour versus expectant management for prelabour rupture of membranes at term Birth 1997;24:214-220

Keirse MJNC Ottovanger HP Smit W Contraversies: prelabor Rupture of Membranes at term the case for expectant management Journal of Perinatal Medicine 24: 263-274

Mozurkewich EL Wolf FM Premature rupture of membranes at term: a meta- analysis of three management schemes American Journal of Obstetrics and Gynaecology 1997 89: 1 035-1 043

Natale R et al Management of premature rupture of membranes at term American Journal of Obstetrics and Gynaecology 1994 171: 936-938

Ottovanger HP et al Controlled comparison of induction versus expectant care for prelabour rupture of the membranes at term Perinatal Medicine 1996 24:237-242

Raymond JE Challenging hospital policies : the management of prelabour rupture of membranes at term British journal of Midwifery 1996 4:624-628

Romero R et al Microbial invasion of the amniotic cavity in spontaneous rupture of membranes at term. American Journal of obstetrics and Gynecology 1992 166: 129-133

Rydholm H, Ingemarsson I No benefit from conservative management in nulliparous women with premature rupture of the membranes (PROM) at term Acta Obstet Gynecol Scand 1991 70:543-547

Seaward PG et al International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: Evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabour rupture of membranes at term American Journal of Obstetrics and Gynaecology 1997 177: 1024-1029

Shalev E et al Comparison of 12 and 72 hours expectant management of premature rupture of membranes in term pregnancies Obstetrics and Gynaecology 1995 85: 766-768 .

Soutenir une femme en travail

- des études descriptives ont indiqué que le soutien qu'une femme désire en cours de travail, se situe sur quatre niveaux : émotionnel, physique, besoin d'information, et soutien de sa cause(ses désirs)
- **Un soutien continu au cours du travail, conduit à en diminuer la durée, un usage moindre d'aides pharmacologiques, ainsi qu'à un recours moins fréquent aux aides opératoires.**
- Le soutien par la sage femme peut être de l'accompagner dans son désir de ne pas recourir à une analgésie pharmacologique, ou à l'aider dans ses choix entre méthodes pharmacologique ou non pharmacologique pour atténuer la douleur.(Enkin et al 1995). L'absence de douleur en cours de travail n'est pas synonyme de satisfaction de l'accouchement(Enkin et al)
- Les sages femmes devraient se tenir informées des méthodes non pharmacologique de lutte contre la douleur. Que ce soit l'utilisation de l'eau, des positions, du mouvement, des massages, de stimulation électrique cutanée, des stratégies pour le travail, ou des thérapies alternatives.(Mander 1998).
- On a aussi montré que la préparation en cours de grossesse diminue le recours à l'analgésie en cours de travail(Wagner 1994°. Les sages femmes devraient donc questionner les femmes , quand à la préparation, à leur stratégie de prise en charge des contractions, ainsi qu' leur projet de naissance.(Spiby et al 1999)
- Les femmes qui donnent naissance dans des structures peu médicalisées comme les maisons de naissance utilisent moins d'analgésie pharmacologique.(Skibsted et langue 1992, Chamberlain et al 1997)

Soutenir une femme en travail

Les femmes ressentent une très grande variété de sensations en cours de travail et ont une tout aussi grande variété de réactions à ces sensations (Mander 1998). Les réactions d'une femme à son travail peuvent être influencées par les circonstances de ce travail, y compris l'environnement et le soutien qu'elle reçoit (Enkin et al 1995).

Les femmes en travail ont besoin d'être accompagnées, d'empathie et d'aide (Simkin 1992 ; Dept of Health 1993) ; Des études descriptives d'expériences de naissance ont montré 4 dimensions du soutien que les femmes désirent au cours du travail. Un soutien émotionnel, de l'information, un soutien physique, et d'être défendue (MIDIRS et le NHS Centre for Reviews and Dissemination 1999). Une revue systématique de 10 études randomisées contrôlées (Hodnett 1996) ont montré qu'un soutien continu est associé à un travail plus court, une moindre utilisation d'analgésie pharmacologique, et à moins d'aides opératoires (Hodnett 1996). Le soutien par le compagnon ou une autre personne choisie par la femme, bien qu'importante ne remplace pas le soutien par une personne spécialement entraînée à cet accompagnement (Hodnett).

Le soutien par la sage-femme inclut de l'aider à éviter une analgésie pharmacologique si tel est son souhait, ou à l'aider à choisir parmi les analgésies pharmacologiques et les autres (Enkin et al 1995).

Les sages femmes doivent se tenir informées des méthodes non pharmacologiques d'analgésie. Elles comprennent l'immersion dans l'eau, les massages, les positions et le mouvement, TENS (méthode de stimulation électrique cutanée) et toute thérapie alternative (Manders 1998).

La préparation en cours de grossesse diminue la demande d'analgésie en cours de travail (Wagner 1994). Savoir utiliser ses connaissances pour faire face améliore la perception de la femme vis à vis de la douleur et du stress émotionnel (Slade et al 1995). Les sages femmes devraient s'enquérir du type de préparation de la femme, de son projet d'accouchement, et observer sa capacité (innée ou acquise lors de préparation) à faire face (Spiby et al 1999). La capacité à faire face peut être perturbée facilement en changeant l'environnement, ou après toute intervention comme le monitoring ou un toucher vaginal (Slade et al). Niven (1994) suggère que les sages femmes ne reconnaissent pas l'importance des stratégies psychologiques pour faire face. Elles donnent souvent l'impression d'être hostiles aux techniques apprises en préparation.

Supporting Women in Labour References

Dept. of Health, Expert Maternity Group (1993) *Changing Childbirth* London:HMSO

Enkin M, Keirse M J N C, Renfrew M & Neilson J (1995) *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* Oxford: Oxford University Press

Green J M (1993) Expectations and Experiences of Pain in Labor: Findings from a Large Prospective Study *Birth* 20 (2):65-71

Hodnett E D, Support from caregivers during childbirth in Enkin M W, Keirse M J N C, Renfrew M J, Neilson J P (eds) *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (updated 06 September 1996) Available in The Cochrane Library (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration; Issue 3. Oxford: Update Software; 1996. Updated quarterly. Available from: BMJ Publishing Group, London

Moore S (1994) Pain relief in labour: an overview *British Journal of Midwifery* 2(10): 483-486

MIDIRS and the NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999) *Support in labour Informed choice for professionals leaflet*

Niven C (1994) *Coping with labour pain: the midwife's role in* Robinson S and Thomson A M (eds) *Midwives, Research and Childbirth Vol 3* London: Chapman & Hall

Rajan, L (1993) Perceptions of pain and pain relief in labour: the gulf between experience and observation *Midwifery* 9: 136-145

Spiby H, Henderson B, Siade P, Escott D, Fraser R (1999) Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice? *Journal of Advanced Nursing* 29(2):388-94

Simkin P (1992) The labor support person: latest addition to the maternity care team *Int. Journal of Childbirth Education* 7(1):19-24

Siade P, Spiby H, Henderson B, Escott D, Fraser R B (1995) *Why isn't Antenatal Education More Effective? A Report to Sheffield Health Authority*

L'eau, le travail et la naissance.

- Deux études nationales sur mortalité et morbidité néonatale, indiquent qu'il n'y a aucune raison de ne pas permettre aux femmes, d'utiliser l'eau (Gilbert et Tookey 1999, Alderdice et al 1995).
- Il faut être très attentif à la qualité de l'eau (Robb et al 1991) et des techniques de nettoyage du bain (Forde et al 1999).
- La température corporelle de la femme doit être surveillée attentivement, et une augmentation de 1 degré doit faire arrêter le bain (Charles 1998).
- La température de l'eau doit rester confortable pour la femme et ne pas dépasser les 37°C(Charles 1998)
- Aucune recherche ne permet d'affirmer qu'il y ait des moments où le bain est plus indiqué qu'à d'autre, ou de limiter sa durée. Commencer le bain avant 5 cm de dilatation est associé à une augmentation de la durée de travail, et de nécessité de péridurale et de syntocinon.
- Il devrait être possible d'utiliser l'eau en cours de travail ou d'accouchement sous contrôle d'études recherchant d'éventuels effets secondaires en attendant d'autres résultats de recherches .

L'eau, le travail et la naissance.

L'eau en cours de travail est accessible au Royaume Uni depuis les années 1980. On peut utiliser toute une variété de baignoires aussi bien à l'hôpital qu'à la maison. Il y a peu de résultats de recherches de qualité en UK qui donne des conclusions définitives sur les bienfaits de l'usage de l'eau en cours de travail et d'accouchement. Les résultats des recherches doivent être utilisés avec prudence car les modes d'utilisation de l'eau peuvent être très différents selon les endroits. Ces différences portent par exemple sur de l'air(jacuzzi(Schorn et al 1993) des systèmes de circulation d'eau Loomes 1990) ou une durée limitée du séjour dans l'eau(Lenstrup et al 1987).

Les publications indiquent diverses conséquences portant sur la durée ou le vécu du travail, l'état du bébé in utero ou à la naissance, l'état du périnée et les risques d'infection pour la mère et le bébé.

Les publications font état d'une variété d'effet sur la douleur. Entrer dans la baignoire stabilise la sensation douloureuse mais ne diminue pas le recours à la péridurale (cammu et al 1994). Alors que d'autres recherches indiquent une diminution d'analgésiques pharmacologiques (Aird et al 1997). Mais l'usage de l'eau s'est révélé comme une expérience très positive pour les femmes (Gillot de Vries 1987).

La majorité des études comparant les durées de travail entre immersion et non-immersion, ne mettent en évidence ni accélération ni ralentissement du travail(Andersen et al 1996 ; Lenstrup et al 1987), non plus que sur la durée entre rupture des membranes et naissance(waldenstromm et Nilsson 1992). Plus récemment, Eriksson's a comparé les effets d'un bain en début de travail et en fin de travail (avant et après 5 cm de dilatation) et a trouvé qu'un bain précoce augmente la durée de dilatation et une augmentation concomitante du recours à l'ocytocine et à la péridurale(1997). Pour autant il y a peu de raisons de recommander tel ou tel usage de la baignoire aussi bien en durée qu'en relation au moment où on l'utilise.

L'idée qu'une hyperthermie du fœtus peut conduire à l'hypoxie (Rosevaar et al 1993) conduit à surveiller la température maternelle. Une augmentation de la température maternelle au-dessus de la normale doit conduire à interrompre le bain. (Charles 1998) La température de l'eau doit être agréable mais pas supérieure à 37° celsius.

Les publications sur la physiologie de la respiration du fœtus faite par Jhonson, suggère qu'un fœtus non stressé, ne va pas initier sa respiration pendant le laps de temps court où il est sous l'eau(1996). En conséquence Jhonson ne voit pas de raisons de refuser cette option aux femmes, ce qui est d'ailleurs vérifié dans l'étude nationale sur ce sujet(Alderice et al 1995), au cours de laquelle les 12 cas de mortalité ne sont pas attribués à l'usage de l'eau, malgré le fait que cette étude soit rétrospective. Une étude plus récente sur les Iles britanniques a démontré que les décès périnataux ne sont pas plus fréquents quand la naissance a lieu dans l'eau, que dans les autres naissances par voie vaginale chez des femmes sans risque obstétrical.(Gilbert et Tookey 1999). Les chiffres utilisés dans cette étude, ont été comparés à ceux obtenus pour des études sur les naissances traditionnelles de femmes à bas risque obstétrical du Royaume Uni.

De la même façon, la mortalité périnatale et le risque d'admission en unité de soins intensifs sont comparables pour les naissances dans l'eau et les naissances traditionnelles. Deux cas d'aspiration d'eau sont signalés, ainsi que la rupture du cordon dans 5 cas, mais ces chiffres ne sont pas publiés en ce qui concerne les naissances hors de l'eau.

La majorité des études ne signale aucun effet sur le score d'Apgar pour les naissances en Piscine (Schorn et al 1993. Andersen et al 1996 ; Erksson et al 1997) alors que Garland et Jones relèvent moins d'apgars bas dans les naissances en piscine (1997). Une étude incluse des femmes ayant une rupture de membranes supérieure à 24h : les femmes qui ont utilisé l'eau ont plus fréquemment des scores inférieurs à 8 à 5 minutes (Waldenstrom et Nilsson 1992)

Plusieurs maternités au Royaume Uni ont mis en place des critères de qualité : des examens de contamination de l'eau avant et après usage, à la recherche d'une éventuelle contamination par *Pseudomonas aeruginosa*(Robb et al 1991 ; Hawkins 1995), ou une recherche par prélèvement de bébés immédiatement après la naissance(Coombs et al 1994). Ces études soulignent l'importance d'une grande attention au nettoyage de la piscine.

Andersen et al ont relevé davantage de problèmes mineurs d'infection pour la mère(1996) mais rien pour le bébé. D'autres études ne signalent aucune différence que ce soit pour la mère ou pour le bébé (Forde et al 1999 ;Eriksson 1996 ; Schorn 1993)

Les observations sur les conséquences sur le périnée sont très contradictoires. Garland et Jones font remarquer que les premiers résultats ne permettent pas de distinguer entre les femmes qui ont vécu une phase du travail dans l'eau de celles qui ont accouché dans l'eau (1997). Il est aussi très difficile de donner une interprétation des résultats quand les techniques varient considérablement, depuis contrôler le dégagement, ou le laisser se faire sans intervenir.

Il semble important de donner ces informations suffisamment tôt avant le travail pour permettre de prendre en considération cette option (Richmond 1994). Une étude comparant l'efficacité d'estimation visuelle de perte sanguine dans l'eau et au sec, a montré des exactitudes similaires dans ces deux contextes. (Lim 1994)

Dans l'attente d'autres recherches, l'utilisation de l'eau devrait être mise à disposition, tout en effectuant des contrôles, ou en demandant un audit permanent afin de détecter d'éventuels effets secondaires (Nikodem 1997).

The use of water for labour and birth References

- Aird IA, Luckas MJM, Buckett WM, Bousfield P (1997) Effects of Intrapartum Hydrotherapy on Labour Related Parameters Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 37: 137-142
- Alderdice F, Renfrew M, Marchant S, Ashurst H, Hughes P, Berridge G (1995) Labour and birth in water in England and Wales British Medical Journal 310:837
- Andersen B, Gyhagen M, Neilson TF (1996) Warm tub bath during labour. Effects on labour duration and maternal infectious morbidity Journal of Obstetrics and Gynaecology 16:326-330
- Cammu H, Clasen K, van Wettere L, Derde M-P (1994) "To bathe or not to bathe" during the first stage of labor Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 73:468-472
- Charles C (1998) Fetal hyperthermia risk from warm water immersion British Journal of Midwifery 6:152-156
- Coombs R, Spiby H, Stewart P, Norman P (1994) Waterbirth and infection in babies (letter) British Medical Journal 309: 1089
- Eriksson M, Mattson L-A, Ladfors L (1997) Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women Midwifery : 13 146-148
- Forde C, Creighton S, Batty A, Hawdon J, Summers-Ma S, Ridgway G (1999) Labour and Delivery in the birthing pool British Journal of Midwifery 7:165-171
- Garland D, Jones K (1997) Waterbirth: updating the evidence British Journal of Midwifery 5:368-373
- Gilbert RE, Tookey PA, (1999) Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey British Medical Journal 319: 183-187
- Gillot de Vries F, Wesel S, Busine A, Adler A, Camus M, Patesson R, Gillard C (1987) Influence of a Bath During Labor on the Experience of Maternity Pre- and Peri-Natal Psychology 1 :297-302
- Hawkins S (1995) Water vs conventional births: infection rates compared Nursing Times 91 :38-40
- Johnson P (199) Birth under water- to breathe or not to breathe British Journal of Obstetrics and Gynaecology 103:202-208
- Lenstrup C, Schantz A, Berget A, Feder E, Roseno H, Hertel J (1987) Warm tub bath during delivery Acta Obstetrica Gynaecologica Scandinavica 66:709-712

Allègement pharmacologique de la douleur

- Il arrive que les sages femmes sous estiment l'intensité de la douleur ressentie par une femme en travail et surestime l'effet des analgésiques (Niven 1994, Rajan 1993). La pethidine, ou l'entonox, n'ont qu'un effet analgésique partiel (Mander 1997)
- Toutes les méthodes pharmacologiques d'analgésie, ont des effets secondaires (Enkinn et al 1995). Si les femmes n'ont pas eu accès à une information correcte sur ce sujet, la sage femme de garde en salle de travail doit prendre la responsabilité de la proposer.
- **Il y a de sérieux doutes sur l'efficacité de la pethidine et de réelles préoccupations quand à ses effets secondaires** (Elbourne et Wiseman 1998). Les risques de dépression des réflexes : de respiration du nouveau né, de sa succion, mais aussi de son tonus (Priest et Rosser 1991). Au nombre des effets secondaires pour la mère, on compte nausée, vomissements, vertiges, troubles de l'humeur et somnolence (Mander 1998)
- La petite étude de Fairlie et al (1999) indique qu'il serait profitable d'utiliser la diamorphine comme opiacée en cours de travail : Ils ont trouvé une plus grande efficacité analgésique, des vomissements maternels moins fréquent et moins d'APGAR inférieurs à 1 à une minute.
- La péridurale est un mode d'analgésie fréquent en Royaume Uni (RCOG 1995). Pour nombre de femmes c'est l'analgésie la plus efficace (MIDIRS et le centre NHS 1999). Pourtant il y a plusieurs conséquences indésirables et des effets secondaires (Lieberman et al 1999 ; Thorp et Breedlove 1996 ; Bogod 1995). Les femmes devraient être informées de ces risques avant le début du travail (Howell 1999). La péridurale est associée à des phases de travail et d'expulsion plus longues, à des malpositions fœtales plus nombreuses, à une augmentation de l'utilisation d'ocytocine et du nombre de délivrances instrumentales (Howell 1999). D'autres risques associés sont une fièvre en cours de travail (Howell 1999, Lieberman et al 1999) et une augmentation significative de traumatismes périnéaux (Robinson et al 1999 ; Donnelly et al 1998). Des complications mettant en jeu la vie de la femme sont relatées dans un cas sur 4000. Les brèches de la dure-mère se produisent dans un cas sur 100 (MIDIRS et le centre de recherche du NHS 1999)

Allègement pharmacologique de la douleur

Il est démontré que, parfois, les sages femmes sous estiment l'intensité de la douleur ressentie par une femme en travail et surestime l'effet des analgésiques (Niven 1994, Rajan 1993). La pethidine, ou l'entonox, n'ont qu'un effet analgésique partiel (Niven 1994 ; Mander 1997) Il est donc important que les sages femmes aient conscience de ces deux phénomènes face à une femme en travail.

Toutes les méthodes pharmacologiques d'analgésie, ont des effets secondaires : Il faut donc tenir compte soigneusement des effets indésirables pour la mère ou son enfant (Wagner 1994). Les femmes ont besoin d'avoir accès à une information sérieuse, de façon à pouvoir faire un choix bien informé et cette information devrait donc être donnée dans la période anténatale. Toutefois si la sage femme de salle de travail se rend compte que la femme n'a pas reçu ou pas enregistré cette information, elle se doit de l'offrir.

L'analgésique opiacé le plus utilisé, est la pethidine. Sa popularité est généralement attribuée à ce que ce soit le seul analgésique proposé dans les protocoles de salle de travail aux sages femmes, et ce médicament est de faible coût. Pourtant, il y a de sérieux doutes sur l'efficacité de la pethidine et de réelles préoccupations quand à ses effets secondaires, tant pour la mère que pour le bébé (Elbourne et Wiseman 1998). Les effets secondaires décrits pour le bébé : dépression respiratoire nécessitant une ou plusieurs injections d'antagoniste, la naloxone.

Mais aussi des comportements néonataux comme un manque de réactivité aux sons et aux lumières, une fatigue et une somnolence (Priest et Rosser 1991) LA dépression des réflexes de succion pouvant durer 48 h (Wiener et al 1997, Brackbill et al 1974). En 1994 Rajan a montré par une analyse secondaire des résultats du National Birthday Trust sur l'analgésie de (Chamberlain et al 1993), que la pethidine a un effet d'inhibition sur l'allaitement maternel. Pour les effets secondaires sur la mère on décrit nausées, vomissements, vertiges, troubles de l'humeur et somnolence (Mander 1998). Ces effets secondaires peuvent avoir des conséquences désagréables pour les femmes qui ont l'impression de confusion et de perte de contrôle de la situation. (Kitzinger 1987). Peu d'études présentent des statistiques de la fréquence de ces effets secondaires, mais toutes commentent leur trop grande fréquence rapportée à leur faible efficacité (Priest et Rosser 1991). Fairlie et Al (1999) ont publié récemment une étude comparant la pethidine et la diamorphine, et ils indiquent qu'il serait profitable d'utiliser la diamorphine comme opiacée en cours de travail : Ils ont trouvé une plus grande efficacité analgésique, des vomissements maternels moins fréquents et moins d'APGAR inférieurs à 1 à une minute.

La péridurale est l'analgésie la plus efficace mais aussi la plus invasive, et potentiellement dangereuse des méthodes pharmacologiques d'analgésie en cours de travail (Lieberman et al 1999 ; Thorp et Breedlove 1996 ; Bogod 1995). Les professionnels de la naissance ont échoué à s'éduquer et informer le public des risques bien connus associés à la péridurale (Thorp et Breedlove 1996). Les publications sur le sujet sont nombreuses et prêtent à confusion parce que les analyses ont été puissamment biaisées par deux tendances :

D'une part les certitudes fondées sur l'expérience personnelle, et d'autre part des conflits d'intérêt entre professionnels. Pourtant les résultats démontrent clairement deux effets secondaires : la péridurale augmente le temps de travail et le nombre d'extractions instrumentales (Thorp et Breedlove 1996 ; Enkin et al 1995). La péridurale est associée à des phases de travail et d'expulsion plus longues, une augmentation des malpositions fœtales, une augmentation de l'utilisation d'ocytocine, ainsi que du nombre d'extractions instrumentales (Howell 1999).

Parmi les autres risques associés à la péridurale figure la fièvre en cours de travail (Lieberman et al 1999) ce qui conduit fréquemment à une tachycardie fœtale et donc à rechercher un risque infectieux pour le bébé.

Mais on note aussi d'importantes atteintes périnéales (Robinson et al 1999, Donnelly et al 1998).

Des complications mettant en jeu la vie de la femme sont relatées dans un cas sur 4000. Les décès maternels associés à la péridurale sont rares (MIDIRS et le centre de recherche du NHS 1999).

Les atteintes neurologiques majeures peuvent être dues à une ischémie hypoxique cérébrale, une hypotension, ou un arrêt respiratoire, une atteinte spinale, un hématome ou un abcès péridural (Thorp et Breedlove 1996)..

Les brèches de la dure-mère se produisent dans un cas sur 100 pendant la mise en place du cathéter (MIDIRS et le centre de recherche du NHS 1999).

Les femmes vont choisir la péridurale du fait de son efficacité analgésique, mais parfois elles feront un autre choix si elles ont reçu l'information appropriée.

Pharmacological Pain Relief References

Bogod O (1995) Advances in epidural analgesia for labour: progress versus prudence *Lancet* 345: 1129-1130

Brackbill U, Kane J, Mannielloo R, Abramson O (1974) Obstetric meperidine usage and assessment of neonatal status *Anesthesiol* 40: 116-120

Chamberlain G, Wraight A, Steer P (1993) *Pain and its Relief in Childbirth* Edinburgh: Churchill Livingstone

Donnelly V, Fynes M, Campbell O (1998) Obstetric events leading to anal sphincter damage *Obstet Gynecol* 92:966-961

Elbourne O, Wiseman RA (1998) Types of intra-muscular opioids for maternal pain relief in labour (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford Update Software

Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J (1995) *A Guide to Effective Care in pregnancy & Childbirth* Oxford: Oxford University Press

Howell C (1999) Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford Update Software

Fairlie F, Marshall L, Walker J, Elbourne O (1999) Intramuscular opioids for maternal pain relief in labour: a randomised controlled trial comparing pethidine with diamorphine *Br J Obstet Gynaecol* 106: 1181-1187

Lieberman E, Lang J, Frigoletto F, Cohen A (1999) Epidurals and Caesarians: The Jury is Still Out *Birth* 26(3): 196-98

Kitzinger S (1987) *Giving Birth: How it really feels* London: Gollancz

Mander R (1997) Pethidine in childbirth *MIDIRS Midwifery Digest* 7(2): 202-3

Mander R (1998) *Pain in Childbearing and its Control* Oxford: Blackwell Science

MIDIRS & The NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999) Epidural pain relief during labour Informed choice for professionals leaflet

Niven C (1994) Coping with labour pain: the midwife's role in Robinson S and Thomson A M (eds) *Midwives, Research and Childbirth Vol3* London: Chapman & Hall

Priest J & Rosser J (1991) Pethidine - a shot in the dark *MIDIRS Midwifery Digest* 1 (4):373-375

Rajan, L (1993) Perceptions of pain and pain relief in labour: the gulf between experience and observation *Midwifery* 9: 136-145

Rajan L (1994) The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding *Midwifery* 10(2):87-103

Robinson J, Norwitz E, Cohen I, McElraith T, Lieberman E (1999) Epidural analgesia and the occurrence of third or fourth degree laceration in nulliparas *Obstet Gyne* (In Press)

Thorp J & Breedlove G (1996) Epidural Analgesia in Labor: An Evaluation of Risks and Benefits **Birt**
23 (2): 63-83

Weiner P, Hopgg M Rosen M (1977) Effects of naloxone on pethidine induced neonatal depression
BMJ 2:228-231

Monitoring du rythme cardiaque fœtal.

- La décision de suivre le RCF par monitoring ou non devrait être discuté en antepartum entre la femme et la sage femme (Thacker et al 1997).
- Si cette discussion n'a pas eu lieu avant le début du travail, elle devrait être partie intégrante du projet de naissance initial.
- Les essais randomisés initiaux ont montré que le monitoring électronique du rythme cardiaque fœtal est associé à une augmentation de 250% des taux de césariennes. Dans les essais ultérieurs, l'augmentation du taux de césariennes était de 30% : cette diminution peut s'expliquer par les analyses de sang fœtal en cours de travail et par une plus grande habileté des opérateurs à analyser le RCF. Le monitoring augmente également les extractions instrumentales par voie basse de 30% (MIDIRS et le centre de recherche du NHS 1999).
- On a démontré que l'usage du monitoring fœtal diminue le risque de convulsions néonatales, mais ce uniquement en cas d'induction du travail ou d'accélération par ocytocine.(macdonald et al 1985) Le type de convulsion évitées par usage du monitoring ne sont pas celles liées à des séquelles à long terme (Enkin et al 1995).
- En raison du niveau élevé d'interventions associées à l'usage du monitoring électronique du RCF, c'est l'écoute intermittente avec un appareil tenu à la main qui est recommandé pour les femmes en bonne santé et dont la grossesse est normale par ailleurs.(Nice 2001)

Il convient alors d'écouter le rythme du cœur fœtal après une contraction pendant un minimum de 60 secondes,

-Toutes les 15 minutes au cours de la dilatation.

-Toutes les 5 minutes au cours de l'engagement et de l'expulsion.

Les valeurs devraient être enregistrées.

Si l'écoute du RCF est sujet de préoccupation, ou si une pathologie se développe en cours de travail, alors le monitoring électronique du RCF continu s'impose ;

- **Les résultats des études ne sont pas en faveur du monitoring électronique du RCF à l'admission pour les femmes ayant une grossesse à bas risque (Nice 2001).** Il ne devrait donc pas être utilisé de façon routinière tant que des recherches valables n'ont pas mis en évidence le bénéfice d'un tel geste (MIDIRS et le centre de recherche du NHS 1999).

Monitoring du rythme cardiaque fœtal.

Depuis son introduction dans les années 70, le monitoring électronique du rythme cardiaque fœtal (monitoring), est devenu partie intégrante des pratiques cliniques de routine. A la fin des années 70, cette pratique a commencé à être remise en question (Johnstone, Campbell et Hugues 1978), et a été étudiée et discutée fréquemment depuis (Thacker, Stroup, et Peterson 1997; Shy, Larson et Luthy 1987).

L'utilisation enthousiaste du monitoring reflète celle d'autres technologies médicales : l'évaluation par des essais randomisés suit plutôt qu'elle ne précède son essaimage rapide.

Lorsque les résultats des recherches ont montré que le monitoring ne présentait aucun avantage clair, sa pratique était déjà devenue tellement routinière que les praticiens ont trouvé difficile de l'abandonner (Thacker 1997).

Comme cela apparaît clairement avec l'expérience du monitoring, la diffusion de technologies avant même que leur efficacité et leur innocuité ne soient établies, conduit à des abus, des erreurs d'interprétation et à des litiges judiciaires inutiles (Thacker 1997). Et comme le suggère Simkin « on peut même avancer que l'usage prématuré et universel du monitoring a conduit à davantage de mal que de bien, augmentant le taux de césariennes, et causant la perte de savoir cliniques essentiels, tout en augmentant les coûts du suivi obstétrical de façon astronomique » (1987 p 124)

Les études récentes (Thacker et al 1997) ont démontré que le seul bénéfice de l'usage du monitoring continu est de diminuer le risque de convulsions néonatales. La signification de ces résultats est peu claire puisque les deux études qui font un suivi des enfants à long terme ont démontré que les effets neurologiques à long terme de ces convulsions sont minimes. Enkin et al 1995 (p 211) établit que les convulsions évitées par un monitoring continu, ne sont pas du type associé aux atteintes neurologiques à long terme. Ils soulignent également que le nombre de bébé atteint de cerebral palsy sont plus nombreux dans le groupe monitoré en continu, mais le chiffre n'est pas statistiquement significatif. Lumley et al 1986, ont commenté la seule étude qui mette en évidence une diminution du nombre de convulsion (celle de Dublin par Mac Donald et al 1985), en soulignant que cette différence ne s'observe que chez les bébés ayant reçu de l'ocytocine dans cette étude, pour 10 000 naissances environ ou il n'y avait pas eu utilisation d'ocytocine, on observe 8 cas de convulsions chez les bébés surveillés par monitoring continu et 8 pour ceux qui ont été auscultés.

Le problème du RCF est qu'il permet mal de déceler les fœtus en danger réel, sa spécificité est faible (difficulté à identifier les fœtus qui vont bien.), d'où une augmentation importante du nombre de césariennes ou d'extractions instrumentales sans diminution parallèle de la mortalité, ou de la diminution de .MIDIRS(1999) a mis en évidence que le seul RCF augmentait la fréquence des césariennes par 250% dans les premières recherches randomisées, et encore de 30% dans les recherches plus récentes. Ils suggèrent que cette évolution est due à l'usage du Ph de scalp ou à une amélioration des capacités à interpréter le RCF. Cette revue de littérature, a aussi montré que le RCF augmente le nombre d'extractions instrumentales voie basse de 30%.

Les défenseurs du RCF avancent que les bénéfices du RCF sont amoindris du fait d'un défaut de sensibilité des machines et de manque de capacité à interpréter les tracés. Il a été clairement montré que la marge d'interprétation des tracés entre experts est déjà grande (Enkin et al 1995 ; Ayers-de-Campos et al 1999), ce qui implique que tout professionnel de la naissance doit être attentif à se former régulièrement aux méthodes de monitoring du fœtus (MIDIRS 1999 et NHS Centre pour les Revues et Dissémination). Pour autant les sages femmes devraient se fatiguer des formations qui prônent les bienfaits du RCF sans s'appuyer sur des résultats de recherche. (Walsh 1998 ; Rosser 1998)

Il n'y a qu'une étude qui inclue l'opinion des femmes sur le monitoring (Garcia et al 1985). Cette étude indique que les femmes se sentaient moins libres de leurs mouvements, mais n'avaient pas de nette préférence. Il faut souligner que cette étude a été faite dans un hôpital où l'accent est mis sur un suivi personnalisé et global par une sage femme. L'étude montre quand même que dans cet hôpital, malgré tout, les femmes surveillées par RCF, ont plus de risque d'être laissées seules pour de courtes périodes.

Comme le dit Thacker et al (1997), la décision de monitoring fœtal doit être discutée en cours de grossesse entre la sage femme et la femme. Si cela n'a pas été fait en prénatal, cela devrait faire partie de la discussion sur le plan d'accouchement en début de travail.

En raison du nombre élevé d'interventions liées à l'utilisation du RCF, NICE(2001) MIDIRS et le NHSCRD (1999) recommandent clairement un monitoring intermittent pour un travail normal. Les recherches ne démontrent pas l'intérêt du RCF d'admission pour les grossesses à bas risque (NICE 2001). On ne doit donc pas l'imposer jusqu'à ce que des recherches fiables aient montré l'intérêt de le faire.(MIDIRS et NHSCRD).

L'une des difficultés des praticiens dans ce débat, est que le RCF est favorisé par la peur des procès. Comme le souligne Walsh(1998), il semble y avoir une croyance que le RCF a un effet protecteur dans les procès, alors même que les « témoins experts » eux mêmes disent que le RCF n'est pas soutenu par des résultats de recherche.

Comme le souligne Thacker(1997), on peut tirer plusieurs enseignements de l'aventure du RCF.

- davantage d'information ne conduit pas nécessairement à de meilleurs résultats cliniques.
- Les interventions entreprises pour un mieux peuvent entraîner des conséquences inattendues.
- Les nouvelles technologies doivent être évaluées sérieusement avant d'être diffusées largement.
- Toute technologie à un coût et des avantages.

Par anticipation pour d'autres technologies en cours de recherche (oxymétrie de pouls, analyse de la forme du RCF, espace temps systolique, et spectroscopie à infrarouge, (Walsh 1998), les cliniciens auront appris de l'expérience du RCF, et seront attentifs à utiliser ces technologies à bon escient.

Fetal Heart Rate Monitoring References

Ayres-de-Campos, D, Bernades J, Costa-Pereira A, Pereira-Leite L (1999) Inconsistencies in classification of cardiotocograms and subsequent clinical decision British Journal of Obstetrics and Gynaecology 106:1307-1310

Dept. of Health, Expert Maternity Group (1993) Changing Childbirth London:HMSO

Enkin M, Keirse M J N C, Renfrew M & Neilson J (1995) A guide to effective care in pregnancy and childbirth Oxford: Oxford University Press

Garcia J, Corry C, Macdonald O and others (1985) Mothers' views of continuous electronic fetal heart monitoring and intermittent auscultation in a randomised controlled trial in Research and the Midwife Proceedings 1984 (Manchester) Research and the Midwife (1985):51-67

Lumley J et al (1986) Roundtable: Part II Oxytocin, neonatal seizures, and other insights derived from the Dublin trial Birth 13(3): 188-189

Johnstone FD, Campbell O M and Huges G J (1978) Has continuous intrapartum fetal monitoring made any impact on fetal outcome? Lancet 1: 1298-1300

Macdonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M et al (1985) The Dublin randomised controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring American Journal of Obstetrics and Gynecology 152(5): 524-539

MIDIRS and the NHS centre for reviews and dissemination.(1999) Fetal Heart Rate Monitoring in Labour Informed choice for professionals leaflet

National Institute for Clinical Excellence (2001) Inherited Clinical Guideline C. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. London: www.nice.org.uk

RCOG 26TH Study Group (1993) Intrapartum Fetal Surveillance in Spencer J A D, Ward R H T, (eds) Intrapartum Fetal Surveillance: pp387-393 London:RCOG Press:

Rosser J (1998) Fetal Monitoring in practice The Practising Midwife 1 (9): 40-41

Shy K K, Larson E B, Luthy O A (1987) Evaluating a new technology: the effectiveness of electronic fetal heart rate monitoring Ann Rev of Public Health 8: 165-190

Simkin P (1987) Electronic Fetal Monitoring: Back to the Drawing Board Birth 14 (3):124

Thacker S (1997) Lessons in Technology Diffusion: The Electronic Fetal Monitoring Experience Birth 24(1): 58-60

Thacker S B, Stroup OF, Peterson H B Continuous Fetal Heart Monitoring during Labour in Neilson J P, Crowther C A, Hodnett E D, Hofmeyr G J, Keirse M J N C (eds) Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews, (updated 03 June 1997). Available in the Cochrane Library (database on disk and CDROM) The Cochrane Collaboration; Issue 3. Oxford:Update Software; 1997 Updated quarterly

Walsh O (1998) Electronic Fetal Heart Monitoring - Revisited and Reappraised British Journal of Midwifery 6(6): 400-404

Mesurer la progression du travail.

Simkin et Ancheta (2000) suggèrent six voies d'avancement du travail :le col passe de postérieur à antérieur ;Le col mûrit ou se ramollit ; le col s'efface; le col s'ouvre ; la présentation tourne , se fléchit et se modèle ; le fœtus descend.

- Le suivi du travail requière donc plus que l'appréciation de la dilatation du col et des contractions utérines(Crowther et al 1995) .Les sages femmes devraient permettre à leurs perception de se développer, que ce soit de la palpation abdominale ou de la connaissance des attitudes des femmes au cours des différentes phases du travail.(Baker et Kenner 1993, MC Kay et Roberts 1990, Leap 1999).
- Le toucher vaginal est la méthode la plus reconnue de mesure de l'avancement du travail(Crwther et al 1995). Ces examens ne devraient pas être pratiqués de façon routinière ou par protocole, mais seulement quand il y a une indication clinique et après discussion avec la femme. « Le toucher vaginal est un examen invasif dépourvu de valeur prouvée à ce jour (Enkin 1992).
- Le toucher vaginal est une mesure imprécise de l'avancement du travail quand il est pratiqué par différents examinateurs(Clement 1994, Robson 1991). Ils devraient donc être effectués par la même sage femme.
- Le suivi du travail se focalise sur la partie génitale du la femme, qui est ainsi exposé, à des étrangers. Les sages femmes doivent prendre en considération les aspects psychosexuels et émotionnels de tous leurs actes.(Devane1996).Beaucoup de femmes ressentent le toucher comme douloureux et parfois traumatisant.(Menage 1996).

Mesurer la progression du travail.

Les normes statistiques pour la durée du travail ont été élaborées par Friedman dans les années 50, puis reprises par Driscoll dans les années 70 et utilisées largement aujourd'hui malgré les problèmes méthodologiques de recueil de données à partir desquelles ces normes ont été établies. (Albers et al 1996).

On considère que le toucher vaginal est supposé mesurer deux critères objectifs pour évaluer la progression du travail : la dilatation du col, et la descente de la présentation. Cette mesure est imprécise à cause de variations d'interprétation possible entre examinateurs. L'évaluation de la dilatation est supposée être « la pierre angulaire du management du travail » (Tufnell et al 1989) et reste la méthode d'évaluation de l'avancement du travail la plus reconnue (Crowther et al 1995). (Tufnell et al 1989) ont utilisé des simulateurs de col et demandé à des sages femmes expérimentées (n=36), à des obstétriciens (n=24), la mesure qu'ils en faisaient. Et personne n'a donné l'évaluation correcte de la dilatation. Robson (1991) dans son étude de 52 professionnels (docteurs, sages femmes et étudiants), examinant des simulateurs de col, a découvert également des variations significatives sur l'estimation de la dilatation et de l'effacement. En raison de cette variation inter examinateurs et d'une possible inexactitude, (Clement 1994), les touchers vaginaux doivent, chaque fois que cela est possible être effectué par la même sage femme. Simkin et Ancheta (2000) suggèrent six voies d'avancement du travail : le col passe de postérieur à antérieur ; le col mûrit ou se ramollit ; le col s'efface ; le col s'ouvre ; la présentation tourne, se fléchit et se modèle ; le fœtus descend.

Suivre les progrès du travail, demande plus que d'évaluer la dilatation ou les contractions utérines. L'avancement du travail doit être évalué dans le cadre du bien-être général de la femme. Comme le remarque (Crowther et al 1995), « une dilatation de 1cm par heure chez une femme qui a des contractions fortes et qui semble en détresse, est bien plus inquiétant qu'un avancement de 0,3 cm par heure chez une femme qui va bien, marche, boit du thé et bavarde avec ses accompagnants ». Les sages femmes devraient permettre à leurs perceptions de se développer, que ce soit de la palpation abdominale ou de la connaissance des attitudes des femmes au cours des différentes phases du travail. (Baker et Kenner 1993 ; Mac Kay et Roberts 1990). L'examen fréquent du col au cours de la phase de descente peut aussi renforcer le message culturel que « la femme est faible et que l'on ne peut pas faire confiance à son corps de travailler correctement » (Bergstrom et al 1992).

Le suivi du travail se focalise sur la partie génitale de la femme, qui est ainsi exposée, à des étrangers (Devane 1996). Les sages femmes traditionnellement surmontent cette gêne en utilisant des procédures semi stériles et un langage qui infantilise la femme. On voit bien aujourd'hui que cette attitude est inappropriée. Les sages femmes doivent prendre en considération les aspects psycho-sexuels et émotionnels de tout acte et en parler de façon respectueuse avec la femme.

La plupart des femmes n'aiment pas les examens vaginaux qui peuvent être ressentis comme douloureux (Berstrom et al 1992) pénible et embarrassant (Devane 1996). Ils font affleurer des préoccupations de l'ordre de l'intimité sexuelle, envahissement de la zone privée et de vulnérabilité (Warren 1999). Ils sont aussi vecteurs de risque infectieux (Seaward et al 1997).

Menage (&çç-) suggère que la douleur physique, les sensations d'impuissance, le manque d'information, et une attitude dépourvue d'empathie de la sage femme ou du médecin, peut être à l'origine d'un traumatisme psychologique. Elle souligne également que cela peut avoir des implications médico-légales. Le GMC reçoit des plaintes à propos d'attitudes déplacées ou de brutalité à l'occasion d'examen intimes (RCOG 1997).

Tout examen vaginal doit être considéré dans le contexte de l'expérience individuelle de la femme en travail. Un examen effectué avec douceur, en respectant la pudeur de la femme par la sage femme avec qui s'est établie une relation de confiance, sera perçu différemment d'examen brusques effectués par des soignants que la femme connaît à peine (Clement 1994).

Il n'y a pas d'information reposant sur la recherche quand à la fréquence des touchers vaginaux. Il paraît donc préférable d'abandonner des examens à des temps préétablis (Devane 1996) et de s'assurer que la femme prend part aux décisions quand à la fréquence et au moment choisi pour les examens vaginaux. Warren(1999) recommande de se poser la question : « comment puis-je justifier cette intervention invasive ? » avant de proposer un toucher vaginal. Tout changement d'examineur devrait aussi être discuté (RCOG 1997), Bergstrom et al 1992) 30

Comme l'affirme Enkin (1992), « les examens vaginaux répétés sont des interventions invasives et dont la valeur n'est pas prouvée ».si bien que « ceux qui défendent les touchers vaginaux ont la responsabilité de prouver leur valeur en s'appuyant sur des recherches fiables ».

Assessing Progress in labour References

Albers I, Schiff M, Gorwoda J (1996) The length of Active labour in Normal Pregnancies *Obstetrics and Gynecology* 87(3):355-359

Baker A & Kenner A N (1993) Communication of pain:vocalization as an indicator of the stage of labour *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 33(4): 384-385

Bergstrom I, Roberts J, Skillman I & Seidel J (1992) "You'll Feel Me Touching You, Sweetie": Vaginal Examinations During the Second Stage of labour *Birth* 19(1): 10-18

Crowther C, Enkin M, Keirse M & Brown 1 (1995) *Monitoring progress of labour in A Guide to Effective Care in Childbirth* Oxford: Oxford University Press

Clement S (1994) Unwanted vaginal examinations *British Journal of Midwifery* 2(8):368-370

Devane D (1996) Sexuality and Midwifery *British Journal of Midwifery* 4(8):413-416 Enkin M

(1992) Commentary: Do 1 do thai? Do 1 really do thai? Like thai? *Birth* 19: 19-20

Friedman E A (1954) The Graphie Analysis of labour *Am. J. Obst & Gyne* 68(6): 1568-1575

McKay S & Roberts J (1990) Obstetrics by Ear Maternal and Caregivers Perceptions of the Meaning of Maternal Sounds During Second Stage of labour *Journal of Nurse Midwifery* 35 (5): 266-273

Menage J (1993) Women's perception of obstetric and gynaecological examinations (correspondence) *British Medical Journal* 306:1127-1128

Menage J (1996) Post-traumatic stress disorder following obstetric/gynaecological procedures *British Journal of Midwifery* 4(10):532-533

Robson S (1991) Variation of cervical dilatation estimation by midwives, doctors, student midwives and medical students in 1985 - a small study using cervical simulation models *Research & the Midwife Conference Proceedings* Manchester: University of Manchester

Seaward P, Hannah M, Myhr T et al (1997) International Multi-centre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and post partum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177(5): 1024-1029

Simkin P & Ancheta R (2000) *The Labor Progress Handbook* Blackwell Science: Oxford

Tufnell D, Bryce F, Johnson N, Lilford R (1989) Simulation of cervical changes in labour: reproducibility of expert assessment *The Lancet* 8671: 1089-90

Warren C (1999) Why should 1 do vaginal examinations? *The Practising Midwife* 2(6): 12-13

Rupture artificielle des membranes

- **L'amniotomie ne fait pas partie du déroulement physiologique du travail**(RCM 1997). Cela devrait être réservé aux femmes dont la progression du travail est anormale (Fraser et al 1997).
- Cette intervention peut augmenter la douleur, et rendre le travail insupportable (Fraser 1993 ; NCT 1989 ; Inch 1985). Toute intervention qui interfère avec les capacités de la femme à faire face au travail peut avoir des conséquences à long terme sur son bien-être et sa relation au bébé (Robson et Kumar 1980 ; Oakley 1979).
- L'amniotomie réduit la durée de travail de 60 à 120 minutes chez la plupart des primipares (Johnson et al 1997). IL faut alors utiliser davantage d'analgésie, et on relève davantage d'anomalies du RCF (Goffnet et al 1997).
- La décision de rompre les membranes ne devrait être prise qu'avec accord de la femme, après discussion des faits et sans minimiser les conséquences de l'intervention. Cette discussion devrait faire partie du plan de naissance et ne pas se faire lors d'un toucher vaginal, ou juste avant.

Rupture artificielle des membranes

La rupture artificielle des Membranes au cours du travail, est un geste courant. Bien que ce soit une intervention invasive, beaucoup de sages femmes la considèrent comme normale et même insignifiante (Henderson' 1990) C'est un des ingrédients du modèle de gestion active du travail, si répandue dans les salles de travail depuis la recherche originale de O'Driscoll dans les années 60. La théorie sous-tendant l'amniotomie était que cela allait améliorer les forces du travail (Olah et Gee 1996) et que cela le raccourcirait. Parmi les autres justifications du geste, le désir de voir la couleur du liquide amniotique et de faciliter la pose d'électrodes de scalp.

La méta- analyse de Fraser et al (1997) sur les effets de l'amniotomie établit les conclusions suivantes : La réduction du temps de travail est de 60 minutes à 120 minutes (ce qui s'observe plus fréquemment chez les primigestes. (Johnson et al 1997). La rupture précoce des membranes ne diminue pas le nombre de césariennes. Dans une recherche portant sur un très grand nombre de cas, on note une association entre l'amniotomie précoce et les césariennes pour souffrance fœtale. Les recommandations qui en découlent, sont donc de réserver l'amniotomie à des progression du travail anormales. Gofnet et al (1997) qui analysent secondairement un essai randomisé fait sur plusieurs centres (Fraser et al 1993), ont mis en évidence une augmentation du taux de décélérations du cœur fœtal dans le groupe avec amniotomie.

Les recherches semblent se focaliser sur l'amniotomie précoce. Mais le sens donné à précoce n'est pas toujours clair : Dans le large essai randomisé multicentrique effectué au Royaume uni, la rupture précoce des membranes se faisait à 5,1 cm et tardive à 6,7 cm. Distinguer deux groupes séparés par une dilatation de 1,6 cm peut paraître manquer de clarté à beaucoup de praticiens. Par conséquent, le manque de précision de la définition de « précoce », est un problème pour la collecte et la comparaison des résultats. Rosen et Peisner (1987) ont conclu leur recherche en soulignant que la dilatation au moment de la rupture des membranes est le facteur le plus important associé au temps de travail. Il n'y a qu'une recherche ou les résultats du groupe avec amniotomie sont comparés à ceux du groupe où l'intention est de garder les membranes intactes jusqu'à dilatation complète (Barett 1992). Dans cette étude, 46% des femmes prévues pour le groupe sans amniotomie, ont eu une RAM à un stade de dilatation plus précoce. Ce qui souligne un des problèmes méthodologiques que commente Fraser (1993) : après la détermination du groupe d'appartenance, la préférence de l'obstétricien, de la sage femme ou de la femme peut influencer sur son maintien dans le groupe d'origine.

L'augmentation de la douleur après rupture des membrane est discutée (Barett et al 1992 ; Lupton 1992 ; Inch 1985). Une enquête sur l'opinion des femmes a été faite par le NCT (1989). Dans cette enquête, deux tiers des femmes ont affirmé avoir souffert davantage après la rupture : elles ont trouvé les contractions plus difficiles à gérer, ont eu besoin de davantage d'analgésie, et ressenti que la physiologie du travail avait été perturbée. Cette enquête pose la question de savoir si les femmes désirent un travail plus court et plus douloureux.

Comme Flint (1990) le suggère, toute intervention qui interfère avec la capacité de la femme à gérer son travail, a d'importantes conséquences : Cela peut minimiser l'impression de réussite et d'estime de soi. Les femmes qui considèrent avoir réussi à gérer le travail ont plus confiance en leurs capacités à être mères que les femmes traumatisées par leur expérience de naissance. (Oakley 1979). Les observations de Kumar et Robson (1980) sont particulièrement dérangeantes : Ils ont mis en évidence une association entre les interventions en cours de travail (comme la RAM) et le retard d'établissement du sentiment maternel.

L'un des plus grand défi pour la pratique des sages femmes en ce domaine vient d'une petite étude descriptive de Henderson (1984) qui a trouvé qu'il n'y a pas de discussion avec la femme avant la RAM. Cette observation rappelle l'étude de Kirkham (1983) sur les interactions en salle de travail, qui met en évidence que les femmes ne sont pas consultées mais juste averties de ce qui va être fait. On peut penser que l'information s'est améliorée dans une culture qui prône le choix et le consentement éclairé (Coulter 1998 ; Harrison 1997). La décision de rompre les membranes ne devrait être prise qu'après consultation de la femme, après avoir discuté de la situation et sans minimiser l'intervention. Cette discussion ne devrait pas avoir lieu juste avant, ou au cours d'un toucher vaginal. La première intervention conduit souvent à une autre (Donald 1979) et dans le cas de la RAM, l'intervention suivante évidente est une analgésie.

Cette revue suggère que l'amniotomie ne devrait pas être considérée comme intervention de routine dans un travail normal(RCM 1997). Pour des femmes qui aimeraient un travail plus court, les inconvénients des analgésiques et de la péridurale, devraient être pris en considération dans la discussion.

Rupturing Membranes References

Barrett J F A, Savage J, Phillips K, Lilford A J (1992) A randomized trial of amniotomy in labour versus the intention to leave membranes intact until the second stage *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 99:5-9

Coulter A (1998) Evidence Based Information *British Medical Journal* 317: 225-226 Donald 1

(1979) *Practical Obstetric Problems*, 5th edition London: Lloyd Luke

Flint, C Artificial Aupture of the Membranes Time to think again? *Obstetrics and Gynae Product News* Autumn 1990: 27-28

Fraser W F, (1993) Methodological Issues in Assessing the Active Management of Labour *Birth* 20:155.156

Fraser WD, Marcoux S, Moutquin J M, Christen A (1993) The Canadian Early Amniotomy Group. Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparaous women *N Eng J Med* 328: 1145-9

Fraser W D, Krauss I, Brisson-Carral G, Thornton J, Breart G (1997) Amniotomy to shorten spontaneous labour in Neilson J P, Crowther C A, Hodnett E D, Hofmeyr G J, Keirse M J N C, (eds) *pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews*, (updated 03 June 1997). Available in the Cochrane Library (data base on disk and CDAOM) The Cochrane Collaboration, Issue 3. Oxford: Update Software

Goffnet F, Fraser W, Marcoux S, Breart G, Moutquin J, Daaris M (1997) Early amniotomy increases the frequency of fetal heart abnormalities *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104:340-346

Harrison E (1997) Ethics and informed consent in labour *British Journal of Midwifery* 5(12): 738-741

Henderson C (1984) Influences and interactions surrounding the decision to rupture membranes by the midwife. Unpublished MA dissertation, University of Warwick

Henderson C (1990) Artificial Aupture of the membranes in Alexander J, Levy V, Aoch S (eds) *Midwifery Practice Intrapartum Gare A research based approach* London: Macmillan

Henderson J (1996) Active Management of labour and caesarian section rates *British Journal of Midwifery* 4 (3) (March): 132-149

Inch S (1985) *Birth rights* London: Hutchinson

Johnson N, Lilford A, Guthrie K, Thorton J, Barker M, Kelly M (1997) A randomized trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 104:340-346

Kirkham M (1983) Admission in labour: teaching the patient to be patient *Midwives Chronicle* 96 (2): 44-5

Lupton P (1992) Artificial Rupture of the Membranes in Spontaneous Labour at Term
Midwives Chronicle & Nursing Notes April: 76-78

National Childbirth Trust (1989) Rupture of the Membranes in Labour London: National
Childbirth Trust

Olah K & Gee H (1996) The active mismanagement of labour British Journal of Obstetrics
and Gynaecology 103:729-731

Oakley, A (1979) From here to maternity, becoming mother London: Penguin Books

Robson K M & Kumar R, (1980) Delayed onset of maternal affection after childbirth British
Journal of Psychiatry 136: 247-353

Thomson A (1994) Research into some aspects of care in labour in Robinson Sand
Thomson A (eds) Midwives, Research and Childbirth Vol 3 London: Chapman & Hall: 293-
300

Rosen MG, and Peigner O B (1987) Effect of Amniotic Membrane Rupture on Length of Labor
Obstetrics and Gynecology Vol 70 No 4: 604-607

Royal Collage of Midwives (1997) Normality in Midwifery London: Royal Collage of Midwives

The UK Amniotomy Group (1994) A multicentre randomised trial of amniotomy in
spontaneous first labour at term British Journal of Obstetrics and Gynaecology 101:307-
309

Positions en cours de travail et d'accouchement.

- Une position verticale en cours de travail et d'accouchement est plus favorable (MIDIRS et le NHSCRD , 1999 ; Nikodem 1995) Et pourtant la position allongée reste celle qui est le plus fréquemment imposée.
- Les femmes « choisissent » ce qui est attendu d'elles, et l'image la plus courante d'une femme en travail est une femme allongée sur un lit. Les sages femmes doivent donc être actives en proposant et en montrant différentes position en cours de travail.
- l'environnement est essentiel pour favoriser la liberté de mouvement. Il devrait y avoir une variété de mobilier et d'accessoires qui encouragent la femme a adopter différentes positions.
- L'utilisation du monitoring, la pose de perfusions, et diverses méthodes d'analgésie, vont entraver la liberté de mouvement de la femme. Les femmes doivent donc être informées de ces conséquences afin de faire le choix de les utiliser en connaissance de cause.

Positions en cours de travail et d'accouchement.

Les avantages physiologiques théoriques des positions verticales en cours de travail (MIDIRS et le NHSCRD 1999) incluent la gravité (le poids du fœtus proche des 3000G) ; moins de risques de compression de la veine cave ou de l'aorte ; un meilleur alignement du fœtus ; des contractions utérines plus fortes et efficaces ; et un passage pelvien augmenté dans les positions accroupies ou à genoux (Gaardosi, Sylvester et Lynch 1989)

En cours de dilatation les positions verticales sont celles qui évitent d'être allongée à plat et elles incluent la déambulation. Une position verticale à dilatation complète inclue les positions assises, adossée à plus de 45 degré de l'horizontale, être accroupie, à genoux et sur les mains et les genoux. Les positions allongées incluent le decubitus dorsal, latéral, et semi assise . (MIDIRS et le NHSCRD 1999).

La position verticale en cours de travail peut atténuer la sensation de douleur(Hemminki et Saarikoski 1983) , et raccourcir la durée de la dilatation.(Roberts, Mendez-Bauer et Wodell 1983).

Quelques études observent que les femmes changent fréquemment de position en début de travail(Gardosi et al 1989) mais préfèrent être allongées en fin de dilatation (Hemminki et Saarikoski 1983,Roberts et al 1983).

Une revue systématique des recherches (Nikodem 1995) montre que les femmes qui adoptent une position verticale éprouvent moins d'inconfort, moins de douleurs intolérables ; un temps de descente puis d'accouchement plus court ; des poussées moins difficiles ; moins de césariennes et d'extraction instrumentales ;moins de déchirures périnéales et vaginales ; mais davantage de lésion des lèvres ; des saignements supérieurs à 500ml plus fréquents chez les femmes qui utilisent un tabouret de naissance) ; un moins grand nombre d'infection des blessures dans les suites de couche.

En général, les femmes « choisissent » ce qui est attendu d'elles, et l'image la plus courante d'une femme en travail est une femme allongée sur un lit. Les sages femmes doivent donc être actives en proposant et en montrant différentes position en cours de travail. L'environnement est essentiel pour favoriser la liberté de mouvement. Il devrait y avoir une variété de mobilier et d'accessoires qui encouragent la femme a adopter différentes positions : sac de billes, matelas, chaises et tabourets....(MIDIRS et le NHSCRD 1999).

L'utilisation du monitoring, la pose de perfusions, et diverses méthodes d'analgésie, vont entraver la liberté de mouvement de la femme. Les femmes doivent donc être informées de ces conséquences afin de faire le choix de les utiliser en connaissance de cause (MIDIRS et le NHSCRD 1999)..

Positions for Labour and Birth References

Chen S-2, Aisaka K, Mori H, Kigawa T (1987) Effects of sitting position on uterine active during labour *Obstetrics and Gynecology* 69: 67-73

Gardosi J, Hutson N, B-Lynch C (1989) Randomised controlled trial of squatting in the second stage of labour *Lancet* 8654: 74-77

Marttila M, Kajanoja P, Ylikorkala O (1983) Maternal half-sitting position in the second stage of labor *Journal of Perinatal Medicine* 11: 286-289

MIDIRS and The NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999) Positions in labour and delivery Informed choice for professionals leaflet

Nikodem V C (1995) Upright vs recumbent position during first stage of labour in Enkin MW, Keeirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson LP (eds) pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews Available from BMJ Publishing Group:London

Nikodem V C (1995) Upright vs recumbent position during second stage of labour in Enkin MW, Keeirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson LP (eds) pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews Available from BMJ Publishing Group:London

Roberts J E, Mendez-Bauer C, Wodell DA (1983) The effects of maternal position on uterine contractility and efficiency *Birth* 10 (4):243-249

Alimentation en cours de travail

- il n'y a pas suffisamment de recherches qui montrent l'intérêt de laisser les femmes à jeun en cours de travail, pour minimiser le risque d'inspiration de sucs gastriques (Baker 1990 ; Johnson et al 1989).
- Jeûner peut conduire à une déshydratation et une acidose, qui combinés à la faim et à la fatigue peuvent augmenter la nécessité de manager le travail et à davantage d'extractions instrumentales (Broach et Newton 1988).
- Boire et manger permet à une femme de se sentir normale et en bonne santé (Frye 1994). L'interdiction de se nourrir est une mesure d'autoritarisme et d'intimidation qui augmentent le sentiment d'appréhension (Simkin 1986).
- La plupart des recherches conviennent qu'une acétose modérée est un aspect physiologique du travail et peut même être favorable (Anderson 1998) .
- Le principal facteur qui retarde la vidange de l'estomac, est l'usage des narcotiques (Holdsworth 1978 ; Nimmo et al 1975). Lorsque ces produits sont utilisés, la femme ne devrait plus manger et boire par petites gorgées d'eau.
- Si rien n'indique la nécessité d'une anesthésie générale, les femmes devraient être encouragées à manger et boire si elles le désirent. Les mets doivent être légers, nourrissants et digestes (Grant 1990)

Alimentation en cours de travail

Le jeûne en cours de travail est très fréquent dans les maternités. La raison de cette routine est de protéger des risques de fausse route en cas d'anesthésie générale et en particulier d'une inspiration des sécrétions acides de l'estomac (Syndrome de Mendelson). Le niveau absolu de risque a toujours été bas et il est clair que l'aspiration de liquide gastrique joue un rôle très faible dans les causes de mortalité maternelle (Johnson et al 18) . Toutefois il est notoire que ce sont les techniques d'anesthésie qui sont l'origine majeure des morts maternelles subsistantes causées par ces inspirations(Morgan 1986, Crawford 1986, Ludka 1987, DOH 1991) . Johnson et al (1985 ; p828) écrivent que la plupart des cas d'inspiration « pourraient être évités en diminuant la fréquence des actes qui nécessitent une anesthésie, en utilisant les anesthésies locales ou locorégionales chaque fois que possible, et une attention méticuleuse aux techniques d'anesthésie ».

Aucune pratique aujourd'hui ne permet d'assurer la vacuité de l'estomac d'une femme en travail, ou un Ph supérieur à 2.5 (Johnson et al 1989).Le jeûne en cours de travail ne garantit pas la vacuité de l'estomac au cas où une anesthésie générale deviendrait nécessaire: il n'y a pas de délai depuis le dernier repas, qui puisse assurer que l'estomac contient moins de 100ml . Pas plus que le jeûne ne peut réduire avec certitude l'acidité du contenu de l'estomac.(Roberts et Shirley 1976).

Broach et Newton (1988), commentent le manque de résultats permettant de délimiter le délai nécessaire à la vacuité de l'estomac chez une femme en travail spontané à bas risque obstétrical, et affirment que ce sont les narcotiques qui semblent être la cause majeure de retard à cette vacuité (Nimmo et al, Holdsworth 1978). Ce qui implique que ou bien d'autres formes d'analgésie sont à utiliser, ou qu'il faut s'abstenir de manger en cas d'usage des narcotiques (Grant 1990)

Le jeûne peut induire une déshydratation, et une acidose. Anderson(1998) avance que la cétose est une réponse physiologique normale en cours de travail. Pourtant la cétose combinée au jeûne et à la fatigue, peut conduire à une activité utérine insuffisante (Broach et Newton 1988) et de ce fait augmente la nécessité de manager le travail activement(Foulkes et Dumoulin 1985),et le nombre d'extractions instrumentales (Grant 1990).Il y a eu peu de recherche sur l'introduction de nourriture en cours de travail. Une étude est citée fréquemment (Ludka 1987) faite à l'hôpital du Bronx à New York. Dans cet hôpital les femmes sont autorisées à boire et manger pendant le travail, si elles le désirent. En 10ans et 20 000 naissance il n'a été signalé aucun cas d'inspiration. Pendant 8 mois cette possibilité a été interrompue, et pendant ce laps de temps ils ont eu un cas d'inspiration, le nombre d'extractions instrumentales ont augmenté de 35% et le nombre de césariennes de 38%. Le transfert des nouveaux nés en unité de soins intensifs a augmenté parallèlement de 69%, et l'accélération chimique du travail ont été multipliées par 5.Il faut aussi remarquer que cette absence de nourriture et de boisson n'est imposée que dans les maternités, les femmes qui accouchent à la maison n'ont pas ce genre de restrictions.(Baker 1996). Et Odent (1994) souligne que la Hollande qui a un taux élevé de naissances à domicile, a un taux de césariennes inférieur à 10% et un taux de mortalité inférieur à 1 :10 000.

Comme le suggère Baker(1996), nous manquons de preuves pour obliger les femmes à jeûner en cours de travail. Hors des situations à risque d'anesthésie générale, les femmes qui souhaitent boire ou manger, devraient être encouragées à le faire. Frye (1994) dit que de manger en cours de travail aide les femmes à se sentir normales et en bonne santé, cela l'aide à conserver un bon niveau d'énergie et peut minimiser les complications dues à un épuisement maternel. L'aspect psycho social du jeûne doit aussi être pris en considération. Une réserve de nourriture peut être rassurante et réconfortante : en être privée peut paraître autoritaire et intimidante et peut augmenter la sensation d'anxiété. L'étude de Simkin sur l'évaluation par les femmes du stress émotionnel causé par les interventions obstétricales, montre que 57%de celles qui ont été limitées en boisson et 27% de celles qui ont été limitées en nourriture , considèrent ces pratiques comme modérément ou très stressantes(dans Broach et Newton 1988)

Le désir de s'alimenter est fréquent en début de travail. Mais comme le fait remarquer Odent(1994),. Les femmes ne désirent plus manger dans la phase de travail actif, et il est alors déconseillé de les encourager en opposition à leur instinct. C'est donc une autre dimension où nous devrions répondre au ressenti et au désir des femmes, les laisser décider et avoir la maîtrise de la situation.(Département de la santé 1993).

Nutrition references

- Anderson T (1998) Is ketosis in labour pathological? *The Practising Midwife* 1 (9):22-26
- Baker C, (1996) Nutrition and hydration in labour *British Journal of Midwifery* Vol 4 no 11 (November) : 568-572
- Broach J, Newton N, (1988) Food and beverages in labour. Part II: the effects of cessation of oral intake during labour. *Birth* 15: 88-92
- Crawford JS (1986) Maternal mortality from Mendelson's syndrome *Lancet* 1 : 920-921
- Dept of Health (1991) Report on the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the UK 1985-1987 London: HMSO
- Dept of Health (1993) Changing Childbirth: Report of the Expert Maternity Group London: HMSO
- Frye A, (1994) Nourishing the mother *Midwifery Today* 31 (Autumn):25-26
- Grant J (1990) Nutrition and hydration in labour in Alexander J, Levy V, and Roch S (eds) *Midwifery Practice Intrapartum Care : A research -based approach* London: Macmillan Education: 58-69
- Holdsworth J (1978) Relationship between stomach contents and analgesia in labour *British Journal of Anaesthesia* 50:1145-8
- Johnson C, Keirse M, Enkin MJN and Chalmers I (1989) Nutrition and hydration in labour in Chalmers I, Enkin M and Keirse MJN (eds). *Effective care in pregnancy and childbirth. Vol 2.* Oxford: Oxford University Press: 827-832
- Ludka L (1987) Fasting during labour in *Proceedings of the International Confederation of Midwives 21st International Congress. Hague:ICM, 26 August: 41-44*
- McKay Sand Mahan C (1988) How can aspiration of vomitus in obstetrics best be prevented? *Birth* 15: 222-229
- Morgan M, (1986) The Confidential Enquiry into maternal deaths *Anaesthesia*, 41: 689-691
- Nimmo W, Wilson J, Prescott L F (1975) Narcotic analgesics and delayed gastric emptying during labour *Lancet* 1 : 890- 893
- Odent M, (1994) Labouring women are not marathon runners *Midwifery Today*, 31 (Autumn) 23-51
- Roberts R B, Shirley M A (1976) The obstetrician's role in reducing the risk of aspiration pneumonitis. With particular reference to the use of oral antacids. *Am J obstet Gynecol* 124: 611-617
- Simkin P (1986) Stress, pain and catecholamines in labour. Part 2. Stress associated with childbirth events: a pilot survey of new mothers *Birth* 13: 234-240

L'accouchement

- Il y a de nombreux signes qui permettent de savoir que la femme aborde la phase de poussée active : changement d'expression, de position, de sons, de mots (MacKay, Barrows et Roberts 1990, Enkin et al 1995, Bergstrom et al 1997). Toutefois si la progression du travail fait penser que la femme n'est pas à dilatation complète, il est préférable de le vérifier par un toucher vaginal (Enkin et al 1995).
- Aucune recherche ne permet de déterminer de façon arbitraire les limites de durée des efforts expulsifs. Tant que la mère et l'enfant sont en état satisfaisant, qu'il y a clairement progression de la présentation, il n'y a pas lieu d'intervenir. (Paterson, Saunders et Wadsworth 1992, Watson 1994). Toutefois Saunders et al (1882) souligne une association entre la morbidité maternelle et une durée des efforts expulsifs de 3 heures. L'augmentation de risques pour la mère doivent être comparés à d'une extraction instrumentale.
- * Aucune recherche ne démontre qu'il faut apprendre aux femmes quand et comment pousser (Sleep 1990) et la pratique du « bloquez poussez » peut être nocif (Thomson 1993). On devrait donc encourager les femmes à suivre leur propre besoin de pousser.
- La règle du « ne criez pas » souvent imposée à l'hôpital n'aide pas la femme en travail ni les soignants : on doit s'attendre aux sons, qui doivent être encouragés et expliqués. (Mac Kay, Barrows et Roberts 1990)
- les positions allongées retardent la naissance (MIDIRS et le NHSCRD 1999), diminue le nombre de naissances spontanées, et augmente celui des RCF pathologiques (Enkin et al 1995). On doit donc encourager les femmes à pousser spontanément et dans la position qui leur convient le mieux et de préférence verticale.
- Une femme sous analgésie péridurale vit une expérience nettement différente, les sages femmes doivent alors suivre les indications de l'équipe multidisciplinaire.

L'accouchement

Kitzinger et Simkin(1991) décrivent des signes fréquents au cours de la phase de latence qui précèdent le temps de la naissance(expulsion) : diminution des contractions, et ou mal au dos, la mère devient plus calme, non communicative ou faisant des sons différents. Il y a de nombreux signaux qui marquent la transition vers la phase active : changement d'expression du visage, des mots et des mouvements (Enkin et al 1995, p229). Des signes clairs tels que une respiration forte, des sons puissants, et une envie irrésistible de pousser. Toutefois si les progrès du travail font douter du degré de dilatation du col, un toucher vaginal doit être effectué (Enkin et al 1995).

Il n'y a pas de recherches dont les résultats indiquent que la poussée dirigée selon la méthode de Vasalva (prenez une grande inspiration, bloquez et poussez) soit justifiée. Au contraire de nombreuses publications lui attribuent une mise en difficulté du fœtus du fait de la réduction de la pression artérielle et de l'oxygénation de son sang (Thomson 1993). Dans l'étude de Thomson de 1995 ? elle observe que les femmes ne prennent pas spontanément une inspiration profonde, elle ne commencent pas à pousser avec le début de la contraction et effectue des poussées alternativement à glotte ouverte ou fermée. Aucune recherche ne montre l'intérêt d'enseigner une méthode pour savoir quand et comment pousser (Sleep 1990). La sage femme devrait encourager la femme à suivre ses sensations plutôt que les instructions d'un soignant (Grant 1987). McKay, Barrows et Roberts(1990) qui ont interrogé les femmes sur leurs perceptions, ont ressenti que les conseils des soignants n'étaient pas en phase avec les signes physiologiques. Cette recherche avait pour sujet de départ les sons produits par les femmes en cours de travail. Ils concluent que la règle courante de ne pas faire de bruit en maternité, n'aide ni la femme ni le personnel, et que l'on devrait s'attendre à ces sons, les encourager et les expliquer, et que si ils indiquent un besoin d'aide, cette aide soit proposée.

Le vécu des femmes sous analgésie péridurale en cours de travail est clairement différent : les sages femmes doivent alors suivre les protocoles.

Second stage references

Carroli G, Belizan J, Stamp G Epsiotomy policies in vaginal birth in Neilson J P, Crowther C A, Hodnett E D, Hofmeyr G J, Keirse M J N C (eds) *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (updated 03 June 1997) Available in The Cochrane Library (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration; Issue 3. Oxford: Update Software; 1997. Updated quarterly

Enkin M, Keirse M J-N C, Renfrew M & Neilson J (1995) *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* Oxford: Oxford University Press

Grant J (1987) *Reassessing the Second Stage* The Association of Chartered Physiotherapists in Obstetrics and Gynaecology 60: 26-30

Kitzinger S (1972) *The Experience of Childbirth* New York:Taplinger Publishing Co

Kitzinger S & Simkin P (1991) *Episiotomy and the second stage of labour* Seattle: Pennypress

Kitzinger S & Walters R *Some Women's Experience of Episiotomy* London: National Childbirth Trust

Kuo Y-C, Chen C-P, Wang K (1996) Factors influencing the prolonged second stage and the effects on perinatal and maternal outcomes *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 22 (3): 253-257

Menticoglou S M, Manning F, Harman C, Morrison 1 (1995) Perinatal outcome in relation to second-stage duration *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 173(3 pt 1): 906-912

McCandlish R (1996) Protocol for Randomised Controlled Trial of Care of the Perineum at Delivery - Hands on or Poised? - the HOOP study Available from R McCandlish, National Perinatal Epidemiology Unit, Radcliffe Infirmary, Oxford OX2 6HE

McKay S, Barrows T, Roberts J (1990) Women's views of second stage labor as assessed by interviews and videotapes *Birth* 17(4) :192-198

Myrfield K, Brook C, Creedy D (1997) Reducing perineal trauma: implications of flexion and extension of the fetal head during birth *Midwifery* 13: 197-201

Paterson, Saunders & Wadsworth (1992) The characteristics of the second stage of labour in 25 069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region, 1988 *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 99:377-380

Roberts J E, Goldstein SA, Gruener J S, Maggio M, Mendez Bauer C (1987) A descriptive analysis of involuntary bearing down efforts during the expulsive phase of labour *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing* 16:48-55

Saunders N, Paterson C & Wadsworth J (1992) Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 99 : 381-385

Sleep J (1990) Spontaneous delivery in Alexander J, Levy V, Roch S (eds) *Intrapartum Care A research-based approach* Hampshire & London: Macmillan Education

Thomson A M (1993) Pushing Techniques in the second stage of labour *Journal of Advanced Nursing* 18:171-177

Thomson A M (1995) Maternal behaviour during spontaneous and directed pushing in the second stage of labour *Journal of Advanced Nursing* 22: 1027-1034

Watson V (1994) The duration of the second stage of labour *Modern Midwife* 4(6): 21-24

Soins du périnée

- le massage anténatal du périnée, augmente les chances d'avoir un périnée intact (Labecque et al 1997, Shipman et al 1997).
- Aucune recherche ne démontre l'intérêt de masser ou travailler le périnée au cours de l'accouchement (Enkin et al 1995). L'intérêt des traditions de flexion extension de la présentation est mis en doute (Myrfield, Brook et Creedy 1997)
- Mcandish et al(1998° ont comparé deux groupes de femmes : mains dessus, ou mains posées. La seule différence était une douleur modérée dix jours après l'accouchement, plus fréquente chez les femmes du groupe mains posées. Le choix de l'une ou l'autre méthode devrait donc s'appuyer sur le choix de la femme et les compétences de la sage femme.
- Il n'y a aucune recherche qui démontre un intérêt à pratiquer des épisiotomies (Caroli et al 1997°. Comme tout geste chirurgical, l'épisiotomie s'accompagne de risques (Enkin et al 1995).Les femmes ressentent davantage de douleur et d'inconfort après une épisiotomie qui interfère avec les premiers jours de la maternité (Kitzinger et Walters1981). Ce geste devrait donc être réservé à des indications fœtales (Sleep 1990).
- Les Episiotomies sont associées à un nombre plus important de traumatismes (déchirures complètes voire complètes compliquées)(Renfrew et al 1998, Albers et al 1999)

Soins du périnée

Il y a eu deux études randomisées recherchant l'effet du massage prénatal du périnée : Shipman et al (1997) ont trouvé que ce massage était favorable à la réduction du nombre de déchirure du second degré et du troisième degré, les épisiotomies et les extractions instrumentales. L'analyse faite en fonction de l'âge maternel montrent que le bénéfice est encore plus grand pour les femmes âgées de plus de 30 Ans. Labreque et al (1999) montrent une augmentation significative de périnée intacts pour les femmes dont c'est le premier accouchement par voie vaginale, mais pas pour les accouchements ultérieurs.

La littérature donne peu d'informations quand à la meilleure méthode pour respecter le périnée. Mcandish et al 1998 ont comparé deux méthodes : « main dessus » Dans cette méthode la sage femme appuie sur la tête du bébé et protège le périnée en faisant un contre appui, ensuite elle exerce une flexion latérale pour faciliter le dégagement de l'épaule. l'autre méthode « mains posées » dans laquelle la sage femme ne touche ni la tête du bébé ni le périnée, et permet le dégagement spontané de l'épaule. les résultats indiquent une douleur périnéale modérée un peu plus fréquente dix jours après la naissance pour le groupe mains posées que pour l'autre groupe, mais aucune différence significative par ailleurs. Comme le dit Elbourne(1988) les résultats de cette recherche indiquent que les équipes qui ont l'habitude de pratiquer en mettant les mains, devraient continuer à le faire et seules les sages femmes qui sont habituées à ne pas mettre leur mains et y sont habiles devraient le faire si la femme le demande.

Il n'y a aucune recherche qui indique que le massage du périnée pendant l'accouchement ait une quelconque utilité(Enkin 1995). Myrfield, Brook et Creedy (1997) remettent en question le support théorique qui soutient la tradition de fléchir la tête et son extension. Ces auteurs suggèrent que cette pratique contribue aux traumatismes périnéaux.

La dernière revue systématique sur l'épisiotomie (Carrroli, BelizanJ et Stamp G) recommandent une politique de pratique restrictive. Le bénéfice maternel supposé d'une pratique large de l'épisiotomie n'a jamais été démontré (Enkin et al 1995) ; L'épisiotomie ne devrait donc être pratiquée que pour des indications fœtales (Sleep 1990). L'épisiotomie est le type même de pratique introduite sans évaluation de son impact clinique (Graham 1997), et sans considération pour l'opinion des femmes (Kitzinger 1990). La recherche du NCT portant sur 1795 femmes, montre que l'épisiotomie est une source de douleur lors de l'accouchement et ensuite, ce qui gêne l'initiation de la relation avec leur bébé et la reprise de leur activité sexuelle. De plus deux études récentes montrent que l'épisiotomie est fortement associée à plus de déchirures complètes ou complètes compliquées (Renfrew et al 1998, Albers et al 1999).

Care of the perineum References

Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne O (1999) Distribution of Genital Tract Trauma in Childbirth and Related Postnatal Pain *Birth* 26 (1): 11-15

Carroli G, Belizan J, Stamp G Episiotomy policies in vaginal birth in Neilson J P, Crowther C A, Hodnett E D, Hofmeyr G J, Keirse M J N C (eds) pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews (updated 03 June 1997) Available in The Cochrane Library (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration; Issue 3. Oxford: Update Software; 1997. Updated quarterly

Elbourne O (1998) Abstract on results of the HOOP trial for National Study Day for Midwives LRI NHS Trust, Leicester

Enkin M, Keirse M J N C, Renfrew M & Neilson J (1995) A guide to effective care in pregnancy and childbirth Oxford: Oxford University Press

Graham I (1997) Episiotomy: Challenging Obstetric Interventions Oxford: Blackwell Science

Kitzinger S (1972) The Experience of Childbirth New York: Taplinger Publishing Co

Kitzinger S & Simkin P (1991) Episiotomy and the second stage of labour Seattle: Pennypress

Kitzinger S & Walters R (1981) Soma Women's Experience of Episiotomy London: National Childbirth Trust

Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault J, Feldman P, Lapperiere L (1999) Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy *Am J Obstet Gynecol* 180 (3 pt 1): 593-600

McCandlish R, Bowler U, van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, Garcia J, Renfrew M, Elbourne E (1998) A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour *Br J Obstet Gynaecol* 105: 1262-1272

Myrfield K, Brook C, Creedy O (1997) Reducing perineal trauma: implications of flexion and extension of the fetal head during birth *Midwifery* 13: 197-201

Renfrew M J, Hannah W, Albers L, Floyd E (1998) Practices that Minimize Trauma to the Genital Tract in Childbirth: A Systematic Review of the Literature *Birth* 25(3): 143-160

Shipman M, Boniface D, Tefft M, Mcloghry F (1997) Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised controlled trial *Br J Obstet Gynaecol* 104(7):787-791

Sleep J (1990) Spontaneous delivery in Alexander J, Levy V, Roch S (eds) Intrapartum Care A research-based approach Hampshire & London: Macmillan Education

La délivrance.

* Les sages femmes devraient se sentir compétentes pour conduire une délivrance physiologique ou dirigée

Une délivrance dirigée – utilise un ocytocique de synthèse, un clampage précoce du cordon, et une traction contrôlée du cordon (Gyte 1994).

Délivrance physiologique : aucun usage prophylactique d'ocytocique de synthèse, pas de clampage du cordon avant la délivrance et pas de traction sur le cordon mais encourager les efforts maternels renforcés par la gravité ou (et) la mise du bébé au sein.(Gyte 1994).

- La délivrance dirigée est préférable en matière de perte sanguine(Prendiville et al 1997, Rogers et al 1998). Mais les effets secondaires en sont une augmentation des nausées et vomissements, des céphalées, et de l'hyper tension (Prendiville et al 1997). Le methergin est associé à une plus grande incidence des nausées et vomissements que le syntocinon, et à une faible réduction des pertes sanguines dans le post partum immédiat mais pas de différence significative quand aux hémorragies vraies de la délivrance (pertes sanguines supérieures à 1000 ml) entre les deux médicaments.
- **La délivrance physiologique devrait être réservée aux femmes ne présentant pas de risque d'hémorragie de la délivrance et dont le travail est physiologique.** Toute intervention, que ce soit l'usage de syntocinon, de narcotiques, de péridurale, ou le clampage précoce du cordon, devrait être considérée comme des contre-indications à une délivrance physiologique(Inch 1988).
- Quand on a commencé une délivrance physiologique et qu'une intervention s'avère nécessaire, elle doit être pratiquée avec célérité. Si après une heure la délivrance n'est toujours pas faite, on doit envisager une délivrance dirigée (Prendiville et al 1988).
- Lorsque l'on propose une délivrance physiologique comme une option raisonnable , les femmes vont fréquemment accepter (Rogers et Wood 1999) Une délivrance physiologique est la continuation logique d'un travail physiologique (RCM 1997)

La délivrance.

Gyte (1994) a défini 3 grandes catégories de manière de conduire la délivrance :

1 La délivrance dirigée, qui incluse l'utilisation d'un ocytocique de synthèse, le clampage précoce du cordon, et une traction modérée sur celui ci.

2 La délivrance physiologique ou il n'est pas fait usage d'ocytocique de synthèse, de clampage du cordon avant la délivrance, ni de traction sur le cordon, mais d'effort de poussée de la femme aidée de la gravité.

3 Une mixture de ces deux méthodes : ce qui recouvre de nombreuses variations mélangeant les deux méthodes précédentes.

La dernière revue systématique (Prendville, Elbourne et Mc Donald 1997), établit que la délivrance dirigée est préférable à la délivrance physiologique en terme de pertes sanguines, anémie du post-partum et nécessité de transfusion . Les effets secondaires de la délivrance dirigée sont une augmentation des nausées, vomissements, céphalée et hypertension. Prendville et col en concluent que la délivrance dirigée est la méthode à utiliser dans les maternités qui dirigent le travail, mais les conséquences en sont moins claires dans les maternités qui pratique généralement un accompagnement physiologique

Le methergin est associé à un nombre plus important de nausées et de vomissements que le syntocinon, et à une petite réduction de la fréquence des hémorragies du post-partum. Par contre il n'y a pas de différence entre les deux produits pour le nombre d'hémorragies importantes(supérieures à 1000 ml) (Mac Donald et col 1999).

Certains essais de la revue de Prendville et col a été sévèrement critiqués. Gyte(1994)souligne le fait que certains essais utilisent des méthodes composites lors de laa délivrance. Dans une des études (Prendville et al 1988), 53 % des femmes désignées pour une délivrance physiologique ont en fait bénéficié de composantes des délivrances dirigées. Une analyse intermédiaire de cette étude a montré qu'un nombre anormalement élevé d'hémorragies de la délivrance semble se produire chez les femmes qui n'ont pas pu avoir une délivrance physiologique (alors que la randomisation les classaient dans ce groupe),(par exemple par une section trop rapide du cordon). Les études figurant dans la revue de Prendville de 1997, ont été menées au sein de maternités qui pratiquent généralement la délivrance dirigée. Begley(1990) souligne que cela peut demander quelque temps pour que les sages femmes retrouvent une compétence suffisante pour accompagner les délivrances physiologiques.

L'étude randomisée la plus récente sur la délivrance (Rogers et al 1998) s'est déroulée à l'hôpital d'Hinchinbrooke où la délivrance physiologique est de pratique courante. Les résultats de cette étude confirment les conclusions de la revue systématique de Prendville et al 1997. La mesure principale a été la fréquence des hémorragies de la délivrance (FHD) définies comme une perte sanguine supérieure à 500ml selon l'estimation de la sage femme. Pourtant, et ce malgré l'expérience des sages femmes pour accompagner les délivrances physiologiques, 64% des femmes du groupe randomisé comme délivrance physiologique ont pu réellement bénéficier de ce type de délivrance contre 93% des femmes du groupe délivrance dirigée. Les conséquences sont intéressantes puisque les femmes ayant reçu une mixture des traitements ont une FHD de 21%, alors que les femmes qui ont eu une délivrance dirigée ont une FHD de 8% et les femmes qui ont eu une délivrance physiologique, une FHD de 11%.

16 autres crisserais ont été mesurés, qui peuvent être utiles pour aider les femmes à prendre une décision : dans le groupe de délivrance physiologique les femmes avaient 5 fois plus de risque de recevoir une transfusion sanguine. Les bébés de ces mères pesaient en moyenne 67g de plus. Dû sans doute au fait de recevoir plus de sang avant le clampage du cordon (ce qui pourrait être un bénéfice appréciable dans la prévention de l'anémie ferriprive (Pisacane 1996) ; les femmes du groupe dont la délivrance était dirigée, ont souffert davantage de nausées, vomissements, et céphalées. On ne note aucune différence sur le plans de la fatigue, ou de la durée d'allaitement entre les deux groupes. Les femmes étaient satisfaites quel qu'ai été le mode de délivrance attribué. Comme toujours il est intéressant de prendre en considération les femmes qui n'ont pas voulu participer à cette étude : 1512 femmes ont accepté de participer, mais 972 ont refusé, et parmi ces femmes 52% ont préféré une délivrance physiologique. Comme le soulignent Rogers et Wood 1999, on voit une indication claire de ce que, si on propose aux femmes une délivrance physiologique, elles seront nombreuses à l'accepter.

Toutes les études ont trouvé un temps de délivrance supérieur dans les délivrances physiologiques :Prendiville et al (1988)ont trouvé un délai médian de 5' pour les délivrances dirigées et de 15' pour l'autre groupe. C'est un facteur important pour les femmes comme pour les sages femmes, comme le démontre leur commentaires négatifs dans l'étude de Bristol (Harding, Elbourne et Prindiville 1989) . ces commentaires sont a remettre dans le contexte de l'étude de Bristol, bien entendu.

Inch (1988) établit **que la délivrance physiologique n'est appropriée que pour les femmes à faible risque et qui ont eu un travail naturel. Toute circonstance qui peut empêcher l'utérus de fonctionner normalement, comme le syntocinon, des doses de narcotiques, les péridurales, et tout ce qui conduit a un clampage précoce du cordon, doivent être vus comme des contre-indications à une délivrance physiologique.** De plus ce sont ces femmes seules qui devraient faire l'objet de recherches, comme le suggère Inch (in Gyte 1991). Alors que l'étude de Bristol n'essaie pas d'utiliser ces critères d'exclusion, aussi bien celle de Brighton (Thilaganathan et al 1993) que celle de Dublin (Begley 1989) (reprises dans la revue de Prindiville et al 1997) ont utilisé un échantillonnage de femmes considérées à bas risque d'hémorragie. Ces deux études arrivent à des conclusions tout à fait différentes de celle de Bristol : Thilaganathan et al (1993) ne trouve aucune différence de perte sanguine entre les deux types de délivrance, et Begley (1989) trouvent une augmentation de perte sanguine mais pas de complication sérieuse due à une hémorragie de la délivrance. Dans l'étude de Dublin, un autre effet secondaire, est le nombre élevé de délivrance manuelle, et une augmentation de la douleur en post partum nécessitant davantage d'analgésique en IM.

Comme le suggèrent Rogers et Wood (1999), ces résultats devraient être présentés aux femmes sans préjugés, de façon à ce qu'elles puissent prendre leur décision en fonction de leurs propres valeurs et croyances. On peut considérer une délivrance physiologique comme la conséquence logique d'un travail physiologique (RCM 1997)

Third Stage References

Begley C (1990) A Comparison of 'active' and 'physiological' management of the third stage of labour *Midwifery* 6:3-17

Enkin M, Keirse M J N C, Renfrew M & Neilson J (1995) A guide to effective care in pregnancy and childbirth Oxford: Oxford University Press

Gyte G (1991) Gill takes an alternative look at the Bristol trial *Midwifery Matters* 49: 1112

Gyte G (1994) Evaluation of the meta-analyses on the effects on both mother and baby, of the various components of 'active' management of the third stage of labour *Midwifery* 10:183-199

Harding J E, Elbourne O R, Prendiville W J Views of Mothers and Midwives Participating in the Bristol Randomized, Controlled Trial of Active Management of the Third Stage of Labour *Birth* 16:1-6

Inch S (1985) Management of the third stage of labour - another cascade of intervention? *Midwifery* 1 :114-22

Inch S (1988) Physiology of Third stage of Labour *Midwives Chronicle and Nursing Notes* February:42-43

Logue M (1990) Management of the Third Stage of Labour. A Midwife's view *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 10 (Suppl. 2): S 1 O-S 12

McDonald S, Prendiville W, Elbourne D. (1999) Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4 1999. Oxford Update Software.

Pisacane A (1996) Neonatal prevention of iron deficiency *British Medical Journal* 312:136-137

Prendiville W J, Harding J E, Elbourne O R, Stirrat G M (1988) The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage labour *British Medical Journal* 297: 1295-1300

Prendiville W J, Elbourne D, McDonald S Active versus expectant management of the third stage of labour in Neilson J P, Crowther C A, Hodnett E D, Hofmeyr G J, Keirse M J N C (eds) *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (updated 03 June 1997) Available in The Cochrane Library (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration; Issue 3. Oxford: Update Software; 1997.

Rogers J, Wood J, Mcdandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne O (1998) Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomised controlled trial *The Lancet* 351 :693-699

Rogers J & Wood J (1999) The Hinchingsbrooke Third Stage Trial What are the implications for practice? *The Practising Midwife* 2(2): 35-37

Thilaganathan B, Cutner A, Latimer J and others (1993) Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 48(1):19-22

La suture du périnée.

- Green et col (1998) dans son importante étude prospective, a montré que la suture est un évènement important pour les femmes et assez souvent traumatique. 12% des femmes le décrivent comme « le pire moment de l'accouchement. »
- La suture doit être effectuée rapidement et habilement avec un analgésique adéquat. (Green et col 1998)
- Il semble que les femmes préfèrent être recousues par la sage femme : ce qui peut vouloir dire une attente moindre (H 1985) et une attitude plus compatissante (Hulme et Greenshields 1993)
- L'étude récente de Ipswich (1988) montre que les femmes dont l'épisiotomie a été réparée en 2 plans (plan cutané non recousu), sont moins sujettes aux douleurs périnéales et à la dyspareunie trois mois après l'accouchement sans autres effets négatifs. Il sera pourtant nécessaire que les sages femmes réactualisent leurs connaissances pour pratiquer cette technique.
- Il existe peu de recherches sur la suture ou la non suture des déchirures simples. Les sages femmes doivent donc discuter du manque de données sur ce sujet, ainsi que des théories sur la cicatrisation quand elles considèrent ce point avec la femme (Lewis 1997)
- Clement et Reeds (1999) ont suivi un petit nombre de femmes dont la déchirure n'a pas été suturée, et rapporte les aspects psychologiques, sociaux, aussi bien que physiques, leur étude pourrait être utile aux femmes pour appuyer leur décision.

Suturer le Périnée.

Green et al (1998) dans leur grande étude prospective sur le vécu de la naissance pour les femmes (710 femmes), décrivent la suture comme une expérience majeure et assez souvent traumatique. Les femmes ont parlé du moment de la couture ainsi que de ses conséquences avec de forts ressentis. Deux tiers des femmes décrivent le moment de la suture comme un moment important de la naissance, et 12% considèrent ce moment comme le pire. Le nombre important de femmes qui décrivent une forte douleur au moment de la suture (19%) est surprenant quand on considère la fréquence d'anesthésies tant locales que loco-régionale. Ce qui semble indiquer que l'anesthésie est inadéquate, ou que les soignants ne prennent pas le temps d'attendre sa pleine efficacité. Quelques femmes se plaignent également que pendant cette opération, on les sépare de leur bébé. Généralement elles se plaignent du manque d'information qu'elles reçoivent quand à la nature de la déchirure et au nombre de points. La plainte la plus fréquente porte sur le temps d'attente de la suture, qui n'est pas décrit comme un moment particulièrement inconfortable physiquement, mais plutôt comme un temps d'anxiété qui ne permet pas à la femme de se détendre.

A ce jour il n'existe pas de données fiables pour justifier clairement de ne pas recoudre les déchirures simples. Lewis (1997) oppose les pratiques temporaires actuelles, et la compréhension des phénomènes de cicatrisation. Il souligne le devoir des sages femmes de souligner le manque de données sur les sutures et les raisons pour lesquelles elles sont faites. Clement et Reeds (1999) ont étudié le suivi de 107 femmes qui n'ont pas de suture de leur déchirure périnéale, et ont découvert que la majorité d'entre elles (98) ont apprécié de ne pas avoir de couture. Deux femmes ont une opinion négative et 7 une opinion mitigée. D'autre part, la comparaison de la morbidité entre les populations ayant une suture et celle n'en ayant pas, ne montre pas de différence nette. Ainsi, comme le souligne Clément et Reed, en absence de données d'études randomisées, les résultats de leur étude, qui présente un point de vue psychologique, social aussi bien que physique, pourrait aider utilement les femmes à faire leur choix sur ces « points ».

La réparation du périnée est une partie importante de la continuité des soins pendant le travail et l'accouchement. La confiance et le soutien qui se développent entre la femme et la sage femme, peut rendre l'expérience moins traumatique. La présence permanente de sages femmes développant leur expertise en réparation périnéale, minimise les problèmes liés à la rotation de jeunes étudiants en formation (Draper et Newell 1996). Les recherches montrent que les femmes préfèrent que la suture soit faite par la sage femme. Cela peut réduire le temps d'attente (Ho 1985) et une approche plus compréhensive (Hulme et Greenshields 1993).

Les données de la recherche indiquent que les sutures résorbables provoquent moins de douleur à court et long terme et sont moins souvent l'occasion de refaire une suture (Enkin et al 1995). L'utilisation de fils d'acide polyglycolique, (Vicryl) semble causer moins de douleur en suite de couche que les catgut chromés (Enkin 1995). Il n'y a pas de différence à long terme entre les fils, mais les essais n'ont pas suivi de femmes suffisamment longtemps après réparation périnéale (Draper et Newell).

Enkin et al recommandent un surjet bloqué pour éviter le « concertina » du vagin. Les tissus profonds du périnée sont fermés à l'aide de points séparés, quelquefois par un surjet. Les recherches semblent indiquer que les sutures continues intradermiques, sont associées à des douleurs moindres (Brownlee 1994, Enkin et al 1995). L'étude de Ipswich (1998) qui compare la réparation en deux plans laissant la peau sans suture et celle en trois plans ou la peau est fermée par un surjet intradermique, ou de points séparés a montré que les femmes bénéficiant de la technique en deux plans ont moins de dyspareunie à 3 mois et ne présentent pas de désavantage notable. Cela nécessite toutefois que les sages femmes entreprennent une remise à jour dans cette technique.

Suturing the perineum References

Brownlee M E (1994) Synchronised suturing MIDIAS Midwifery Digest 14 (1):51-52

Clement S & Reed B (1999) To stitch or not to stitch? A long-term follow-up study of women with unsutured perineal tears *The Practising Midwife* 2(4):20-28

Draper J & Newell R (1996) A discussion of some of the literature relating to history, repair and consequences of perineal trauma *Midwifery* 12: 140-145

Enkin M, Keirse M J N C, Renfrew M & Neilson J (1995) *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* Oxford: Oxford University Press

Green J, Coupland V, Kitzinger J (1998) *Great Expectations A Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth* Cheshire: Books for Midwives Press

Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale At Ayers S, Grant A (1998) The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105:435-440

Ho E (1985) Should midwives be repairing episiotomies? *Midwives Chronicle and Nursing Notes* 98(174): 296

Hulme H & Greenshields W (1993) *The Perineum in childbirth: a survey conducted by the National Childbirth Trust* London: National Childbirth Trust

Lewis P (1997) Poor science makes poor practice *Modern Midwife* 7(6):4-5

Soins immédiats du nouveau né.

- Douceur et respect du nouveau né signifie une manutention précautionneuse et une absence de bruits (Tyson 1992). Il n'y a pas d'indications que l'accueil du bébé selon les propositions de Leboyer : lumière , voix et toucher doux, peu d'activité, aient des effets nocifs.
- Les bébés peuvent se refroidir dramatiquement après la naissance (Enkin et al 1995). Ils devraient être séchés avec des serviettes préchauffées, et mis au contact de la peau de leur mère (Farding 1980, Christensson et al 1992)
- Le contact précoce mère enfant doit être encouragé sans hâte (Enkin et al 1995) .
- **Le contact peau à peau et la possibilité de téter dans la demi-heure qui suit la naissance est un facteur important pour initier l'allaitement (WHO 1998).** Ce contact précoce a un effet positif sur la durée de l'allaitement (Perez-Escamilla et al 1994).
- Les gestes routinier de l'équipe ne devraient pas interférer avec le besoin d'intimité de la famille et l'initiation de l'allaitement.

Soins immédiats du nouveau né.

Il semble ne pas y avoir beaucoup d'intérêt vis à vis de l'environnement du nouveau né et par conséquent ,peu de recherches. Leboyer (1975) a eu beaucoup d'influence en proposant de limiter « le choc de la première expérience de séparation du nouveau né » : par la lumière tamisée, des voix basses et un toucher doux. Dans une étude jamais publiée, (Sorrel-Jones 1983) a trouvé qu'une telle transition favorise l'attention du bébé, augmente les échanges vocaux et les sourires de sa mère dans le groupe Leboyer deux jours après la naissance. Comme le suggère Tyson (1992), malgré le manque de recherches sur le sujet, le nouveau né devrait être traité avec douceur et respect.

L'aspiration systématique de la bouche et du nez du nouveau né est une technique qui n'a jamais été évaluée par une étude clinique. les résultats néfastes sont des arythmies cardiaque, un laryngospasme, et un vasospasme de l'artère pulmonaire.(Tyson 1992). Si l'on veut pratiquer une aspiration nasale ou oropharyngée, on doit prendre soin de minimiser la stimulation du pharynx : on doit alors utiliser une poire pour cette aspiration de préférence à des sondes.

Un très grand nombre de données indiquent l'importance de tenir les bébés au chaud. Ainsi des nouveaux né vigoureux, dans des salles d'accouchement froides, peuvent faire une chute de température importante et peuvent présenter une acidose métabolique (Enkin et al 1995).le contact peu à peau avec la mère peut réduire efficacement cette chute de température (Farding et al 1990, Christensson et al 1992). On devrait donc sécher les bébés à l'aide de serviettes préchauffées et les placer en contact avec la peau de leur mère. Si la mère ne peut tenir le bébé , celui-ci devrait être placé au contact de la peau de son père, ou enveloppé dans une serviette chaude et placé sous une lampe chauffante(Tyson 1992).

En conclusion, les recherches montrent que le contact mère bébé et la tétée précoce ont un effet positif sur la réussite d'un allaitement (Atkinson 1992, Perez-Escamilla R et al 1994, Renfrew et Lang 1997). D'autres études ont aussi montré des relations plus affectueuses des mères quand les interactions mère enfant ont été plus longues dans les heures qui suivent immédiatement l'accouchement (Enkin et al 1995). Les routines obstétricales ne devraient pas interférer avec le besoin des familles d'être ensemble ni avec l'initiation de l'allaitement.

Immediate Care of the Newborn References

Atkinson S (1992) Feeding the normal term infant: human milk and formula in Sinclair J C & Bracken M B (eds) *Effective Care of the Newborn Infant* Oxford: Oxford University Press: 73-92

Christensson et al (1992) Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy fullterm newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica* 88:488-493

Fardig J A (1980) A comparison of skin-to-skin contact and radiant heaters in promoting neonatal thermoregulation *Journal of Nurse-Midwifery* 25: 19-28

Enkin M, Keirse M J N C, Renfrew M & Neilson J (1995) *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* Oxford: Oxford University Press

Leboyer F (1975) *Birth Without Violence* New York: Alfred A Knopf

Perez-Escamila R et al (1994) Infant feeding policies in maternity wards and their affect on breast-feeding success: an analytical overview *American Journal of Public Health* 84(1):89-97

Renfrew M J, Lang S Early Initiation of breastfeeding. In Neilson JP, Crowther C A, Hodnett E D, Hofmeyr G J, Keirse M J N C (eds) *pregnancy and Childbirth* Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews (updated 04 March 1997). Available in The Cochrane Library (database on disk and CDROM) The Cochrane Collaboration; Issue 2. Oxford:Update Software; 1997

Sorrells-Jones J (1983) A comparison of the affects of Leboyer delivery and modern 'routine' childbirth in a randomized sample. Presented at the 11th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Dublin, Ireland

Tyson J E (1992) *Immediate Care of the Newborn Infant* in Sinclair J C & Bracken M B (eds) *Effective Care of the Newborn Infant* Oxford: Oxford University Press: 21-39

World Health Organization (1998) *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding* Geneva: World Health Organization