

Apports récents de l'Evidence based midwifery (EBM)

Congrès National de la Sage-Femme Libérale

Poitiers – 21 novembre 2019

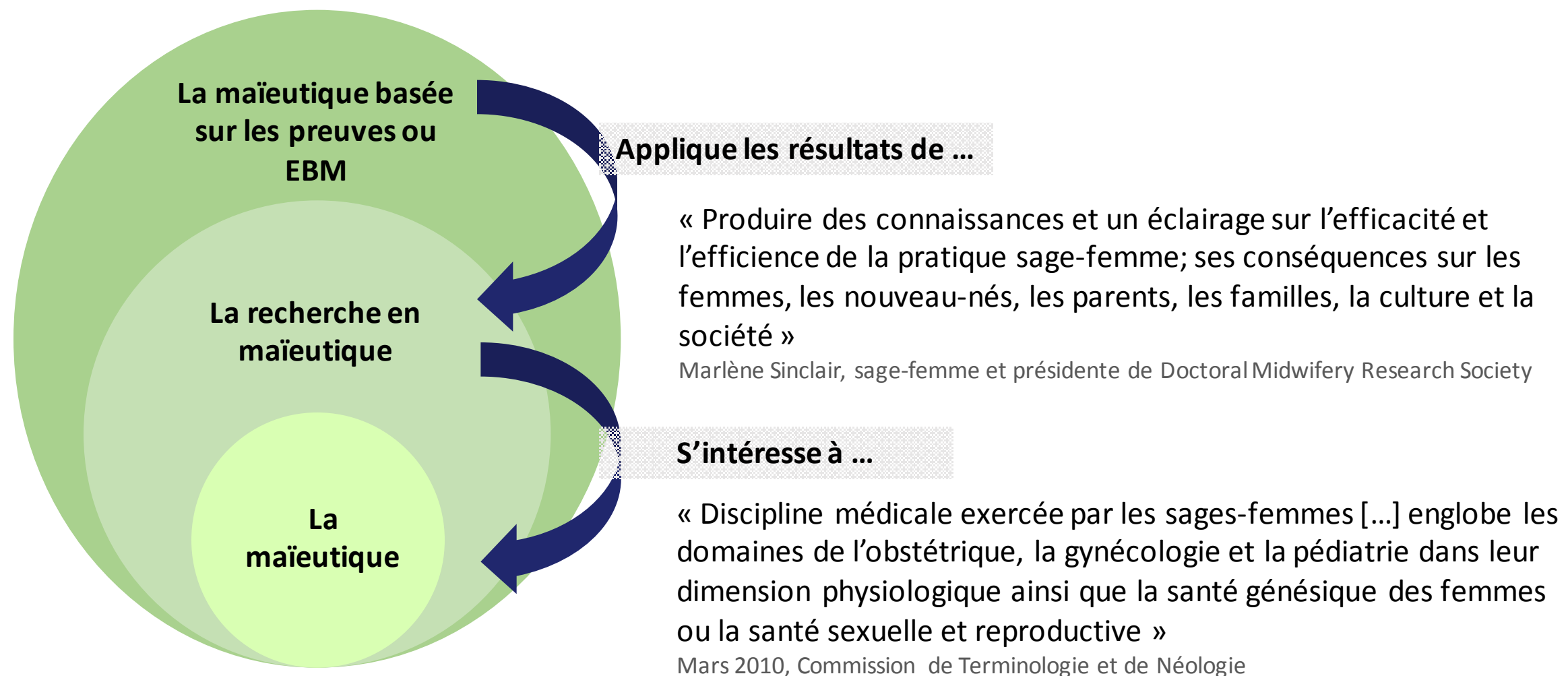
Pauline Blanc-Petitjean



De quoi va-t-on parler ?

- I. La maïeutique, la recherche en maïeutique, la maïeutique basée sur les preuves, l'EBM ?
- II. Quelques exemples
- III. Comment suivre l'évolution de la santé périnatale et des pratiques ?
- IV. Limites de l'EBM
- V. Challenge et perspectives

Un peu de sémantique



<https://cnema.fr/cnema/recherche/la-recherche-en-maieutique/>

Midwifery research

THE LANCET

July 2014

www.thelancet.com

Maïeutique

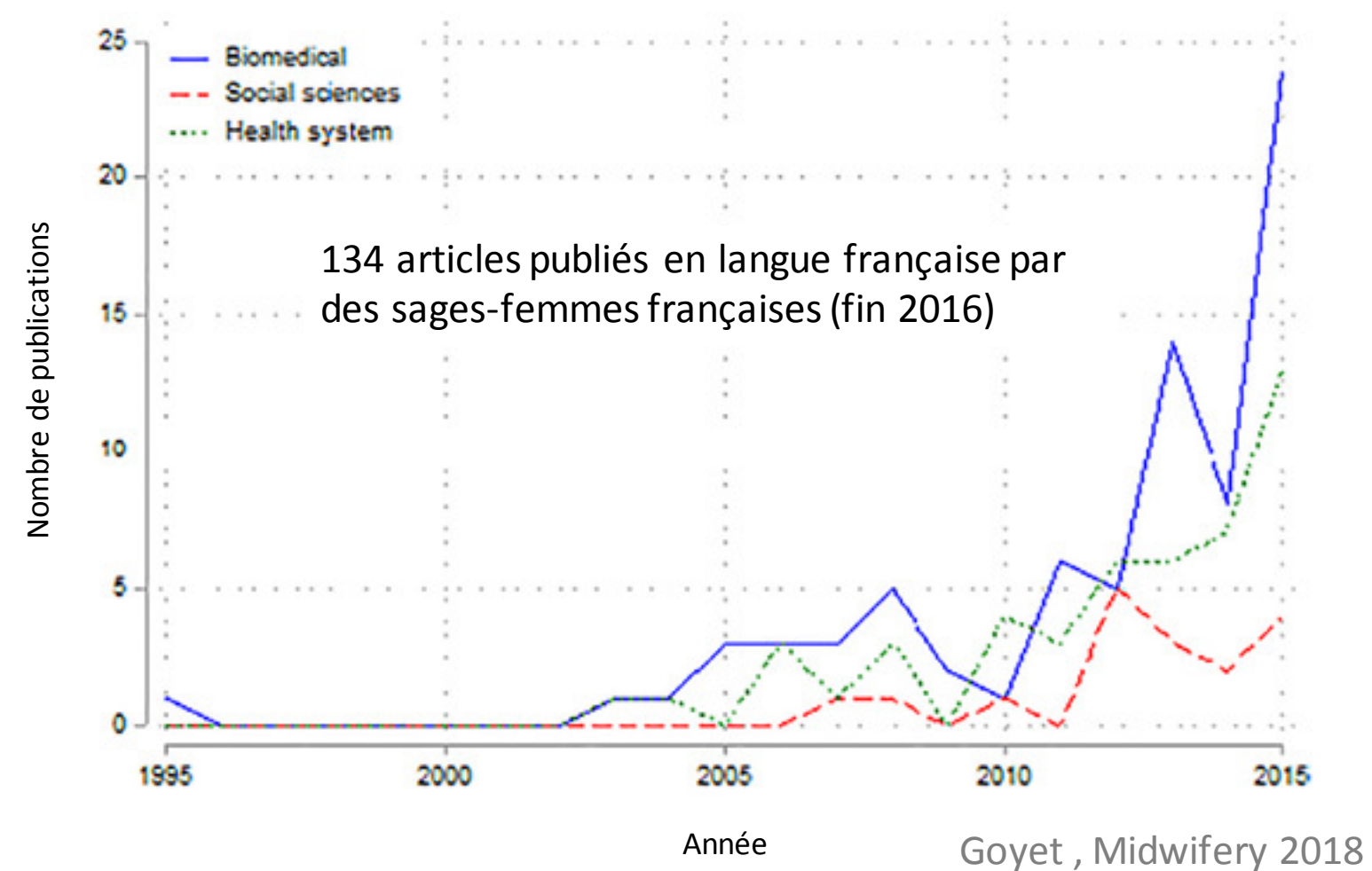
Résumé analytique de la série du Lancet



Lancet, 2014

« La maïeutique est une solution vitale aux défis de l'apport de soins maternels et néonataux de haute qualité à toutes les femmes et tous les nouveau-nés dans tous les pays »

Un peu moins en France : mais évolution ++
ces dernières années

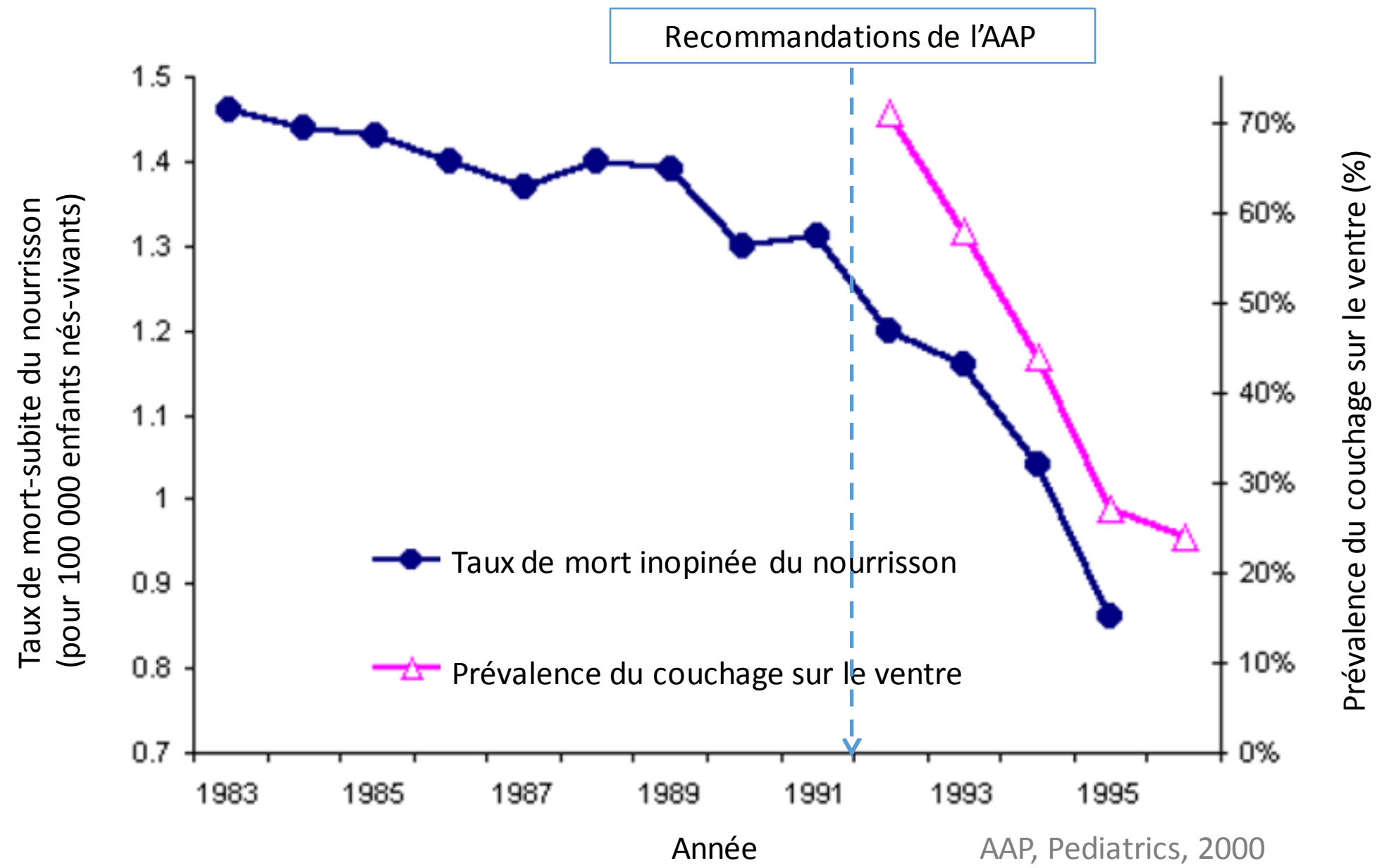


Qu'est ce qui n'est PAS Evidence-based ?

Dans les années 70 ... :

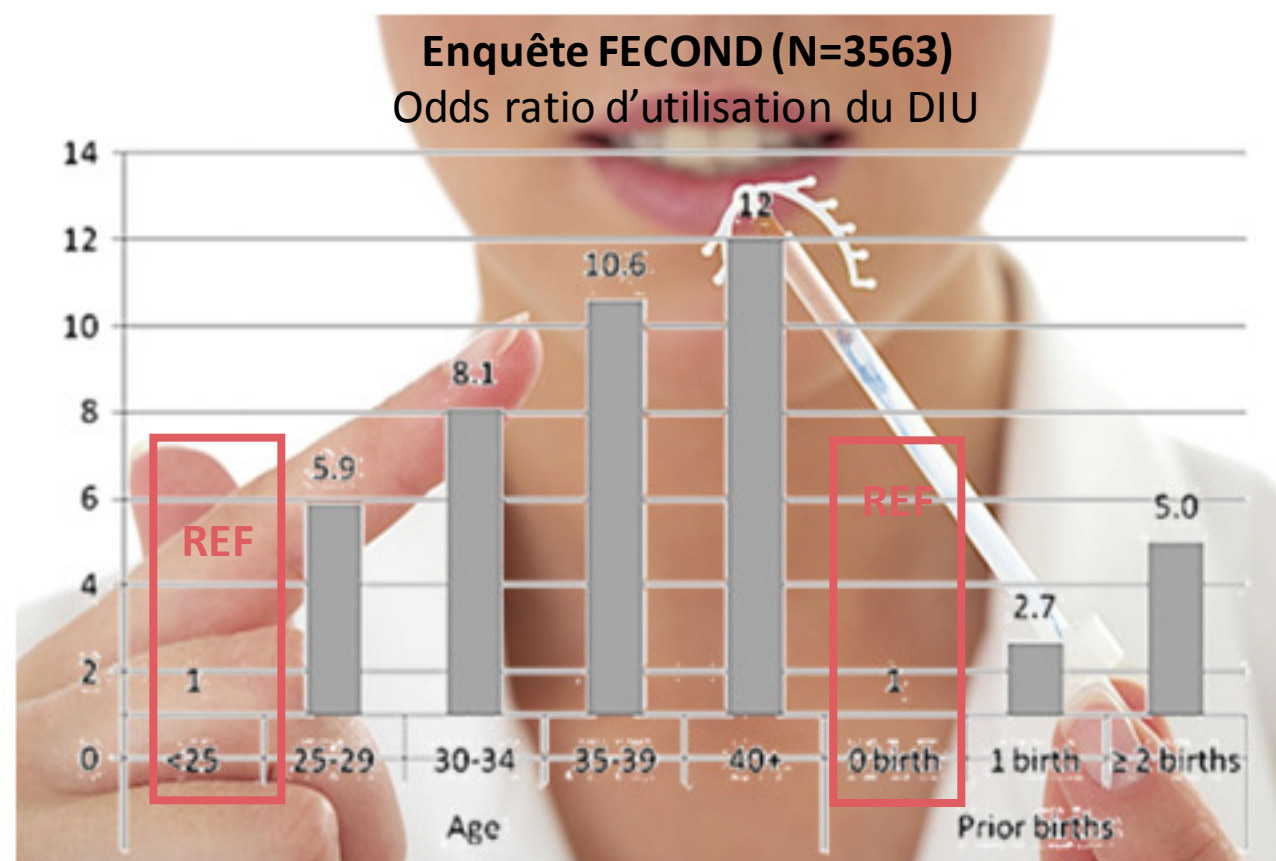
- « Il y a deux inconvénients à ce qu'un bébé dorme sur le dos. S'il vomit, il risque plus de s'étouffer avec le vomi. »
- « De plus, il a tendance à garder la tête tournée vers le même côté -habituellement le centre de la pièce. Cela pourrait aplatir ce côté de sa tête.»
- « Je pense qu'il est préférable d'habituer un bébé à dormir sur le ventre dès le début s'il le souhaite.»





Contre-exemple plus récent ...

Convergence de toutes les recommandations en faveur de l'utilisation du DIU chez la femme jeune et/ou nullipare et pourtant ...



Moreau A. Contraception, 2014

« le DIU est contre-indiqué chez la nullipare »

Oui, totalement : 43%, plutôt oui : 40%

« le DIU est associé à un risque plus élevé d'infections pelviennes »

Oui, totalement : 12%, plutôt oui : 26%

« Le DIU est associé à un risque plus élevé de GEU »

Oui, totalement : 13%, plutôt oui : 39%

- Littérature ancienne ?
- Expérience personnelle ?
- A priori ?

L'EBM : Un changement de paradigme



Tout le monde fait ça ...
On a toujours fait comme ça ...
Ca paraît évident de faire ça...
De mon expérience personnelle, c'est mieux comme ça...

Evidence-Based Midwifery

Pourquoi ? Comment ? Quelles preuves ?

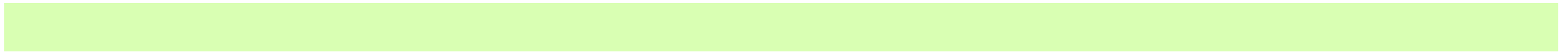
Oser questionner ses rituels, habitudes, routines ...

Evidence-based midwifery **practice**

C'est plus appliquer la recherche que la faire soi-même

Deux beaux exemples
d'évolution des pratiques en faveur de la
maïeutique basée sur les preuves

L'oxytocine



Travail normal et utilisation de oxytocine

Courbes de Friedman

Vitesse dilatation minimum

1 cm/ h nullipare

1,5 cm/h multipare

O'Driscoll

Direction active du travail
RAM/Synto

Zhang, Neal

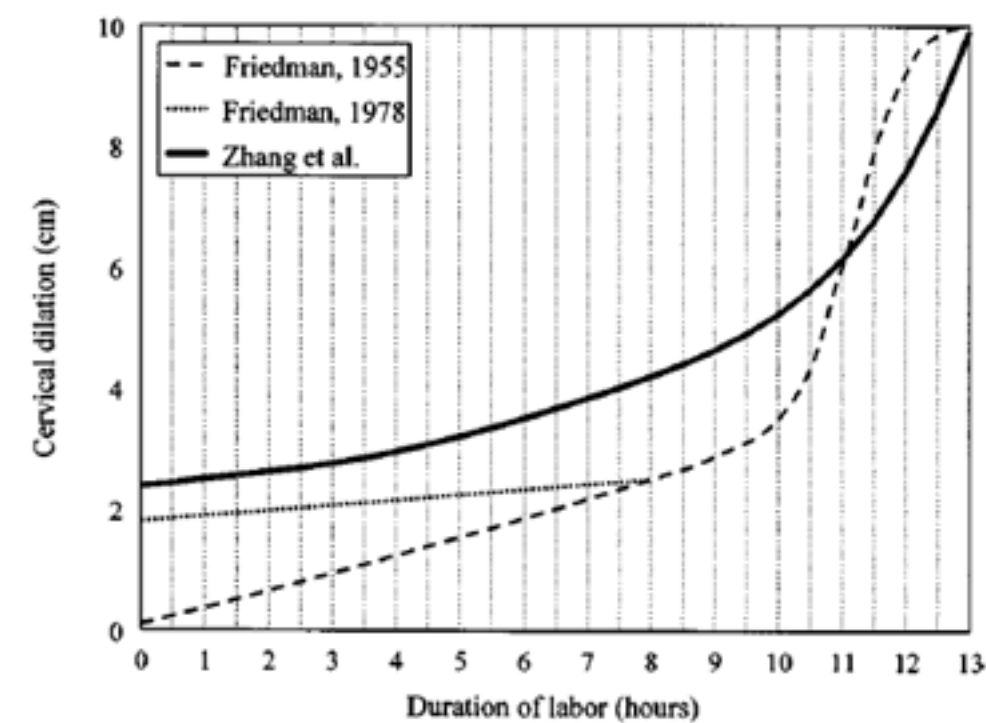
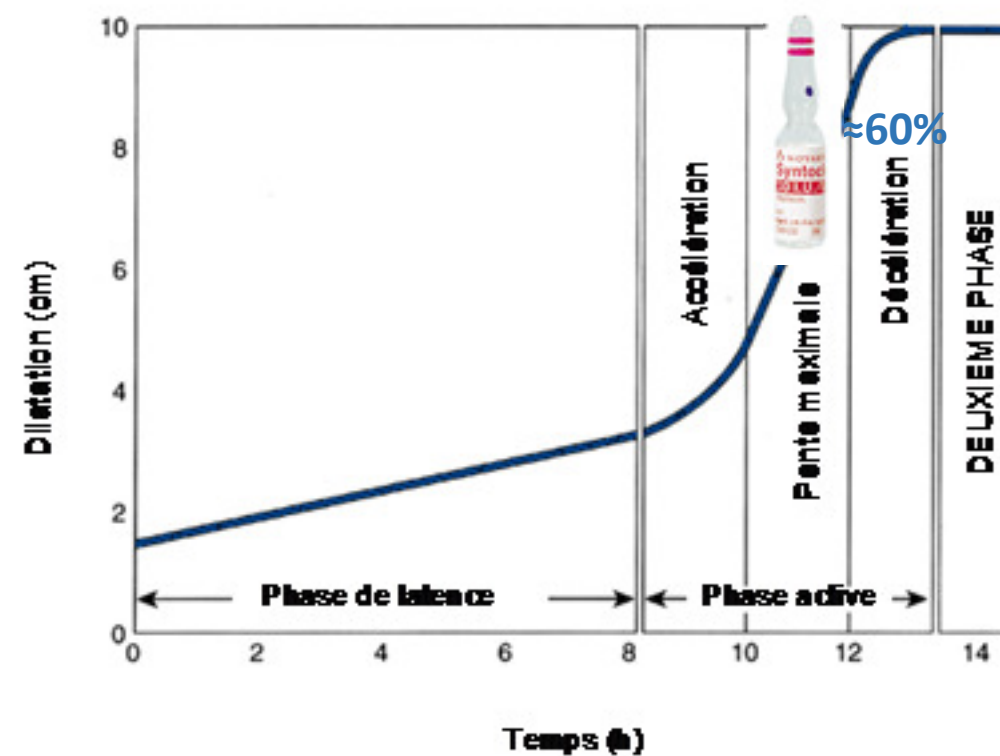
Remise en cause des
exigences de dilatation



Mise en garde contre l'oxytocine

RPC CNSF, HAS

Nouvelles normes du travail normal
Utilisation de l'oxytocine



Oxytocine : des bénéfices

Administrer de l'oxytocine pendant le travail spontané

- Réduit la **durée du travail**
- Surtout si hautes doses versus basses doses Kenyon 2013
- Est plus efficace que la RAM seule
- Oxytocine vs placebo / Hautes doses vs basses / précoce vs tardif:
Ne réduit pas le risque de césarienne, y compris chez les femmes avec APD Costley 2013, Kenyon 2013, Bugg 2013
- Facilite la rotation des variétés postérieures ? Schulman 1954, Blanc-Petitjean 2018

Bref ... les années Péri, rupture, syntonie !



Oxytocine : mais aussi des risques ...

Oxytocine et risque d'HPP

- In vitro : désensibilisation utérine par inhibition des récepteurs endogènes à l'oxytocine Phaneuf 2000, Robinson 2003
- L'oxytocine est un facteur de risque d'HPP par atonie Grotegrut 2011

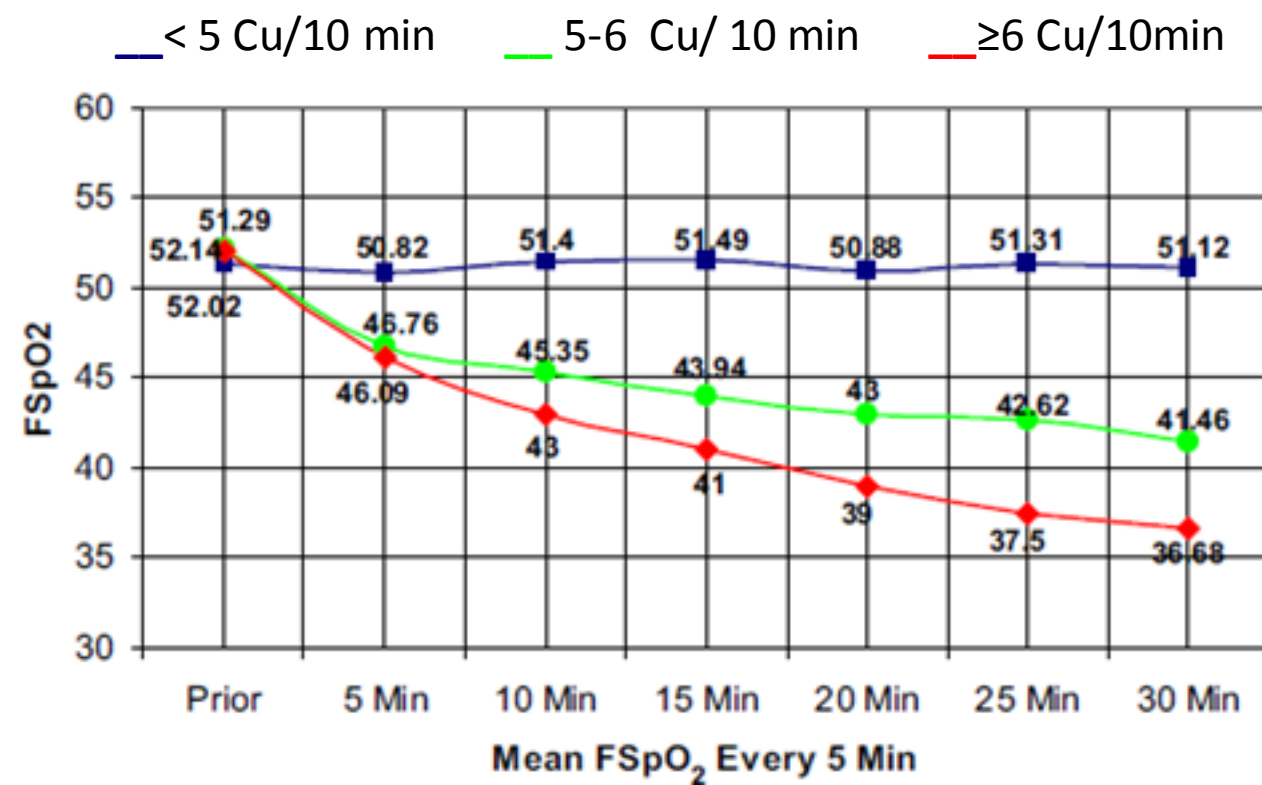
Predictor	Denominator/numerator of OR	Unadjusted OR (95% CI) P value	Adjusted OR (95% CI) P value
Oxytocin AUC	5000-mU increase	1.47 (1.17–1.93) < .001	1.58 (1.05–2.57) .026

- Il y a une relation dose-effet (dose, durée, débit maximal) entre l'administration d'ocytocine et l'HPP sévère , y compris chez les femmes avec une délivrance dirigée Belghiti 2015

	Women with severe PPH (n=890), n (%)	Controls (n=1240), n (%)	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR* (95% CI)
Oxytocin during labour	675 (76)	821 (66)	1.6 (1.3 to 1.9)	1.1 (0.8 to 1.4)
Oxytocin total dose (IU)†				
Mean (SD)	2.5 (2.6)	1.7 (2.3)		
No oxytocin	215 (25)	419 (37)	Ref	Ref
<1	222 (25)	387 (34)	1.1 (0.9 to 1.4)	1.0 (0.8 to 1.4)
1.0–<2.0	150 (17)	144 (13)	2.0 (1.5 to 2.7)	1.5 (1.1 to 2.2)
2.0–<4.0	143 (16)	127 (11)	2.2 (1.6 to 2.9)	1.4 (0.9 to 2.0)
≥4.0	143 (16)	71 (6)	3.9 (2.8 to 5.5)	2.1 (1.3 to 3.3)

Oxytocine : mais aussi des risques ...

Oxytocine et risque d'hyperstimulation / asphyxie



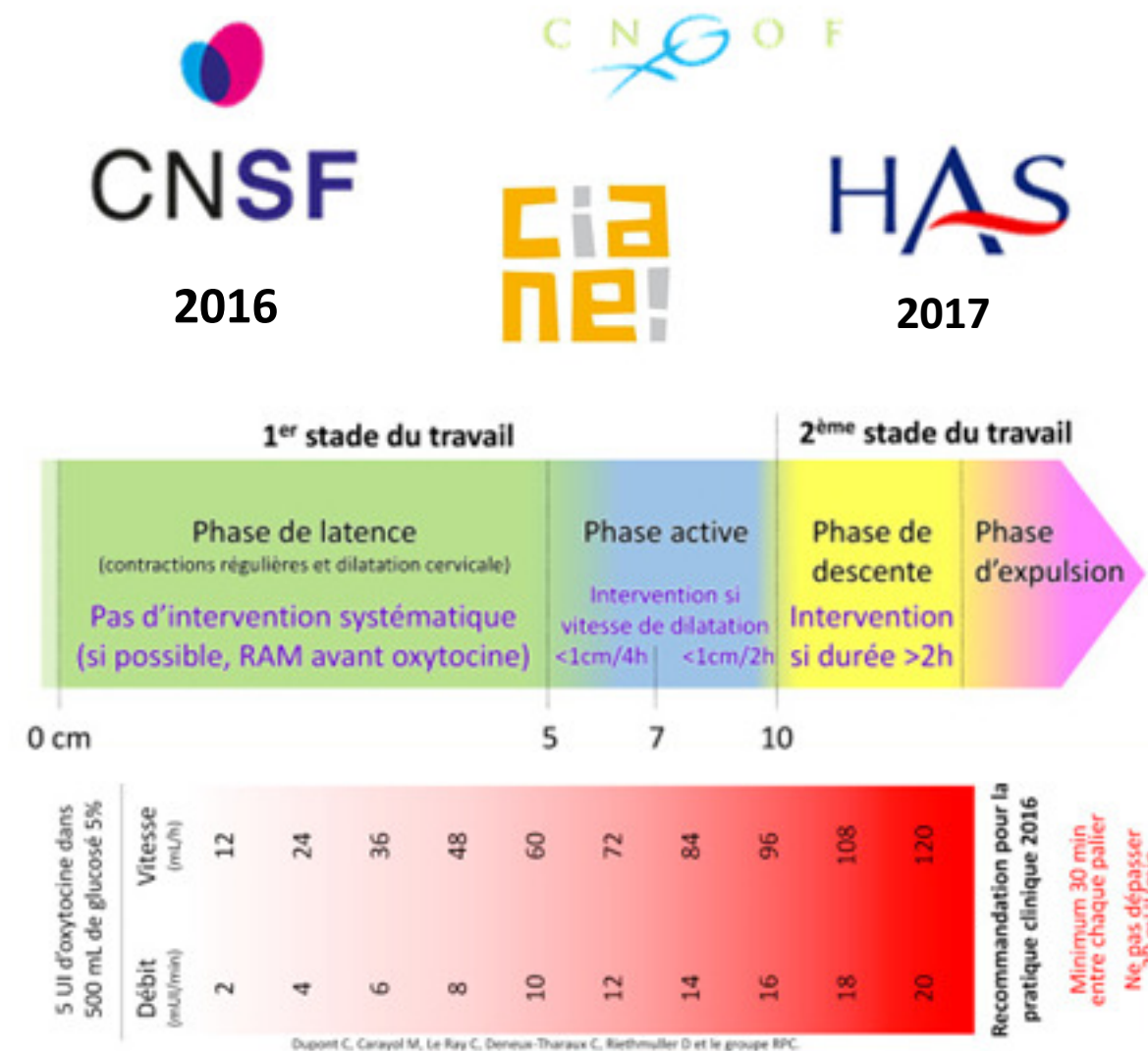
Simpson et al, Am J Obstet Gynecol, 2008

Umbilical artery pH	≤7.11 n = 77	≥7.12 n = 1356	P value
Relaxation time (sec)			
Cumulative	1261 (398)	1402 (547)	.02
Average	51 (23)	63 (35)	<.001
Contraction duration (sec)			
Cumulative	2216 (449)	2053 (500)	.005
Average	87 (9)	87 (10)	.68
Contraction amplitude (mm Hg)			
Cumulative	1383 (544)	1178 (501)	<.001
Average	54 (16)	51 (19)	.165
Contraction surface (mm Hg × sec)			
Cumulative*	479 (164)	418 (154)	<.001
Average	1875 (555)	1798 (600)	.26
Montevideo units ⁶			
Average	261 (86)	236 (97)	.02
Contraction frequency per 10 min			
Average	5.0 (0.7)	4.8 (0.7)	.006

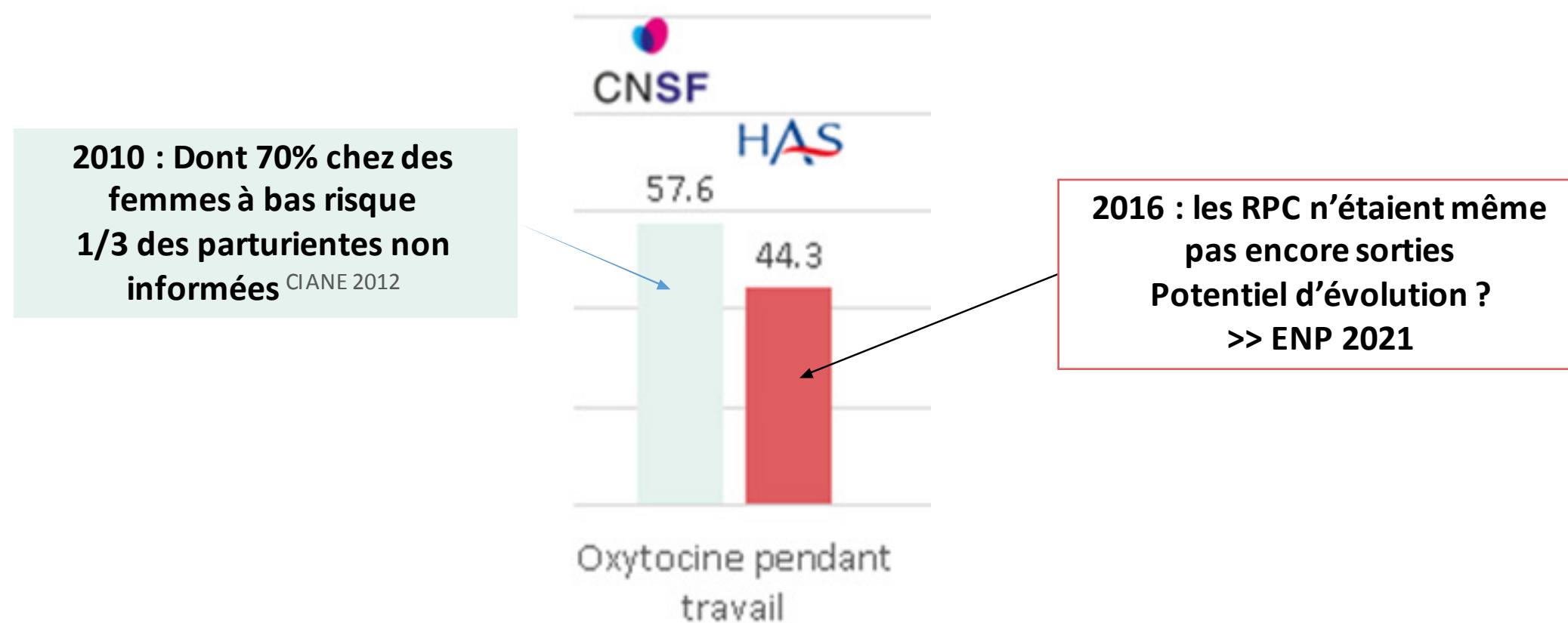
Bakker et al, Am J Obstet Gynecol, 2007

Un faisceaux d'arguments en faveur des RPC

- **Absence de recommandation** antérieure
- Des **données pré-cliniques et cliniques**: bénéfiques et les risques de l'oxytocine
- Une remise en cause des exigences trop strictes de dilatations
- Des **événements préjudiciables** évitables
- **Demande des femmes / usagères** : moindre médicalisation

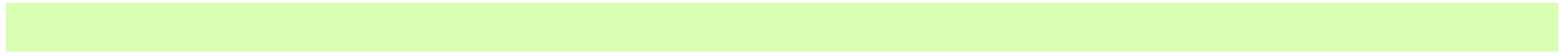


Oxytocine : évolution avant/après RPC



Pas encore de résultats sur l'impact de ces RPC **en population** sur la durée du travail, la voie d'accouchement, la tolérance maternelle et fœtale

Les efforts expulsifs



Gestion des EE : une particularité française



30 minutes

« Envisager une extraction instrumentale en l'absence d'anomalies du RCF quand la durée de l'expulsion dépasse la moyenne admise » CNGOF 2005

Efforts expulsifs (médiane [IQ])	15 [10–25]
Moins de 10 min (n, %)	483 (14,8)
Intervalle 10–19 min	1401 (43,0)
Intervalle 20–29 min	772 (23,7)
Intervalle 30–39 min	426 (13,1)
Intervalle 40–49 min	134 (4,1)
Plus de 50 min	42 (1,3)

IQ: interquartile.

Etude PREMODA (138 maternités)
3 330 **nullipares** à bas risque avec singleton à terme en présentation céphalique Le Ray 2011

Ailleurs, dans les pays anglo-saxons

Aux USA Cheng, AJOG 2004

Etude monocentrique, San Francisco (1976 à 2001)
15 759 **nullipares** avec singleton à terme en
présentation céphalique

Duration of second-stage labor (hr)	
0-1	6308 (46%)
1-2	4002 (23%)
2-3	2540 (14%)
3-4	1658 (10%)
>4	1251 (7%)

Au Canada Le Ray, AJOG 2009

Etude secondaire essai randomisé (n=1 862 femmes)

Duration of pushing efforts, min ^a	99.8 ± 68.6
Late pushing group	81.8 ± 61.2
Early pushing group	117.9 ± 70.9
Duration of pushing efforts, n (%)	
<1 h	635 (34.2)
1-2 h	605 (32.6)
2-3 h	374 (20.1)
>3 h	244 (13.1)

En moyenne entre 50 minutes et 1 heure
Recommandations américaines et anglaises : appel de l’obstétricien > 1 à 3 heures d’EE

Quels sont vraiment les risques ?

La durée optimale des efforts expulsifs représente la durée qui **MAXIMISE** les chances d'accoucher par voie basse tout en **MINIMISANT** les risques maternels et néonataux

NEONATAUX

Pas d'association entre morbidité néonatale et EE

Données canadiennes issues de l'essai PEOPLE, N=1 862 nullipares avec fœtus singleton à terme

Maternal and neonatal outcomes according to pushing duration: univariable and multivariable analysis, with the use of logistic regression models							
Outcome		1-2 h		2-3 h		>3 h	
		Crude odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio (95% CI) ^a	Crude odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio (95% CI) ^a	Crude odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio (95% CI) ^a
5-minute Apgar score <7	NS	1.7 (0.5–5.2)	1.1 (0.3–3.6)	1.0 (0.2–4.3)	0.4 (0.1–2.1)	2.1 (0.6–7.9)	0.7 (0.1–3.5)
Arterial pH ≤7.10	NS	1.5 (0.8–2.7)	1.6 (0.8–3.0)	0.5 (0.2–1.2)	0.4 (0.1–1.3)	0.4 (0.1–1.3)	0.2 (0.1–1.1)
Neonatal trauma	NS	1.3 (0.8–2.1)	1.2 (0.7–2.0)	2.2 (1.4–3.6)	1.5 (0.8–2.6)	2.5 (1.5–4.1)	1.7 (0.9–3.3)
Admission in neonatal intensive care unit	NS	1.2 (0.7–2.2)	1.1 (0.6–2.0)	2.1 (1.2–3.7)	1.5 (0.8–3.0)	2.6 (1.5–4.9)	1.5 (0.7–3.3)

Le Ray, 2009



Quels sont vraiment les risques ?

NEONATAUX

Pas d'association avec morbidité néonatale, asphyxie néonatale et EE

Etude PREMODA (France) - N=3 330 primipares à bas risque, singleton à terme, présentation céphalique

Le Ray, EJOG 2011

	Voie basse spontanée <i>n</i> = 2481			Voie basse instrumentale <i>n</i> = 772		
	Effectif (<i>n</i>)	Asphyxie néonatale ^a <i>n</i> (%)	Morbidité néonatale composite ^b <i>n</i> (%)	Effectif (<i>n</i>)	Asphyxie néonatale ^a <i>n</i> (%)	Morbidité néonatale composite ^b <i>n</i> (%)
<i>Durée des efforts expulsifs</i>						
< 10 min	423	6 (1,4)	16 (3,8)	60	1 (1,7)	2 (3,3)
10–19 min	1145	15 (1,3)	39 (3,4)	252	18 (7,1)	21 (8,3)
20–29 min	570	11 (1,9)	21 (3,7)	201	10 (5,0)	13 (6,4)
30–39 min	258	8 (3,1)	10 (3,9)	168	4 (2,4)	11 (6,6)
40–49 min	64	0	1 (1,6)	70	2 (2,9)	3 (4,3)
≥ 50 min	21	0	1 (4,8)	21	0	1 (4,8)
<i>p</i> ^c		0,38	0,92		0,21	0,80

^a pH ≤ 7,10 et/ou un score d'Apgar à 5 min ≤ 7 ;

^b Au moins un signe d'asphyxie ou un traumatisme néonatal ou le transfert de l'enfant en réanimation néonatale.

Quels sont vraiment les risques ?

MATERNELS

A mettre en balance avec les risques liés à l'extraction instrumentale ou la césarienne

Risque augmenté de morbidité maternelle avec la durée des EE

Données Canadiennes

Maternal and neonatal morbidity indicators according to each pushing duration category					
Indicator	<1 h (n = 635)	1-2 h (n = 605)	2-3 h (n = 374)	>3 h (n = 244)	P value ^a
Postpartum hemorrhage, n (%)	53 (8.4)	75 (12.7)	70 (19.5)	64 (31.1)	< .001
Third- to 4th-degree perineal tear, n (%)	98 (6.0)	47 (7.8)	52 (13.9)	38 (15.7)	< .001
Intrapartum fever, n (%)	21 (3.3)	38 (6.3)	33 (8.8)	30 (12.3)	< .001

Le Ray, AJOG 2009

Quels sont vraiment les risques ?

MATERNELS

A mettre en balance avec les risques liés à l'extraction instrumentale ou la césarienne

Risque augmenté de morbidité maternelle avec la durée des EE

Données françaises

Duration	Severe PPH <i>n</i> = 69	Control <i>n</i> = 3261	<i>p</i> -value
Active second stage (min), median (IQR)	20 (15–31)	15 (10–25)	<0.001 ^a
<10	6 (8.8)	477 (15.0)	<0.001 ^b
10–19	23 (33.8)	1378 (43.2)	
20–29	16 (23.5)	756 (23.7)	
30–39	11 (16.2)	415 (13.0)	
40–49	6 (8.8)	128 (4.0)	
>50	6 (8.8)	36 (1.1)	

Le Ray, EJOG 2011

Gestion EE : synthèse et RPC

- Données montrant relation entre diminution pH fœtal et durée EE après 30 min sont anciennes et rétrospectives
- Globalement absence de risque néonatal sous couvert d'un bon monitoring fœtal
- Si allongement des EE augmente la morbidité maternelle et néonatale, vrai que pour des durées très supérieures à 30 min (> 2h en général).



Recommandations en 2016 (CNSF)- 2017 (HAS): pas de durée maximale de la phase d'expulsion

- De nombreuses perspectives d'évaluations à la suite de ces RPC : techniques de poussées ?
 - Intensives / modérées
 - En continu, intermittentes
 - En apnée, sur l'expire
 - **Aucune posture à privilégier : choix de la femme**

Comment suivre l'évolution des pratiques 'evidence-based' et des issues de santé?

- Localement : audit locaux, études avant-après
- Réseaux périnataux
- Données des grandes enquêtes en population

Les enquêtes nationales périnatales

- Etudes transversales régulières françaises
 - Echantillon représentatif : toutes les naissances > 22 sa et/ou 500 g
 - 1 semaine, toutes les maternités, tous les départements
-
- Etat des lieux de la situation périnatale
 - Suivre l'évolution des indicateurs de santé périnatale

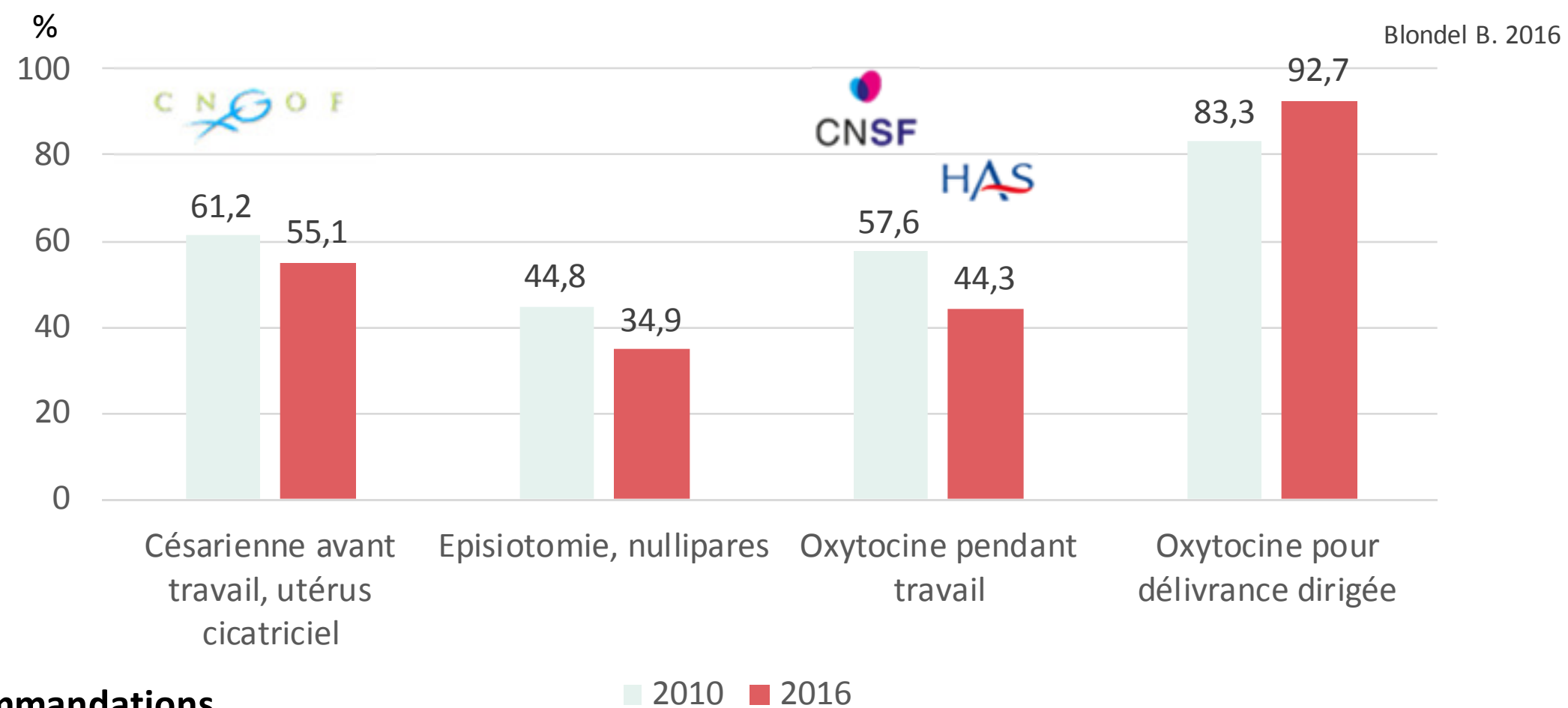
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>



Direction générale
de la santé
Direction générale
de l'offre de soins



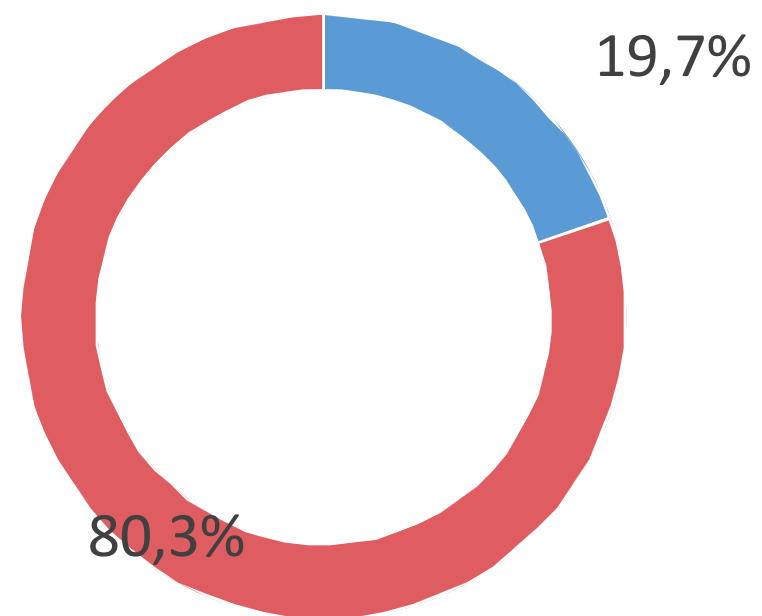
Des pratiques en faveur de l'EBM en France



2012	2005	2016	2014
------	------	------	------

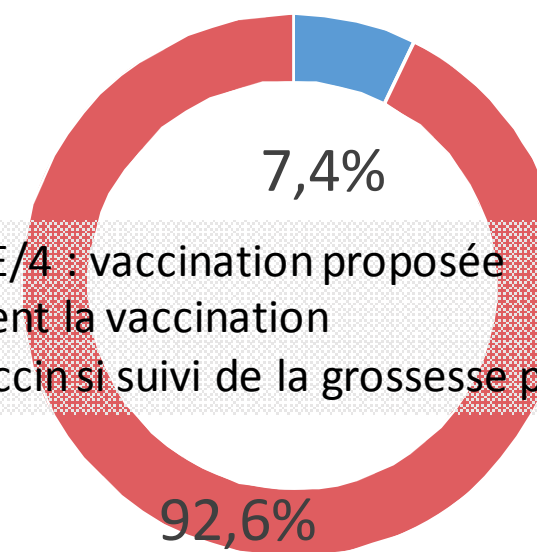
Pour d'autres RPC : des progrès à faire

Frottis cervico-utérin



- Pas de frottis < 3 ans ou pendant la grossesse
- Frottis à jour

Vaccination saisonnière pour la grippe



- Vaccinée
- Non vaccinée

- Seules 1 FE/4 : vaccination proposée
- 75% refusent la vaccination
- Plus de vaccin si suivi de la grossesse par le généraliste

Descamps A. 2019



Projet EuroPeristat



- Système de ‘surveillance’ Européen des statistiques de santé périnatale
- 31 pays > France : données PMSI, totalité des naissances
- Objectif : amélioration de la santé périnatale
 - Comparaisons entre pays
 - Suivi temporel des politiques de santé
 - Piste d’amélioration des pratiques
 - Politiques de prévention

Indicateurs



- Liste commune d'indicateurs essentiels et recommandés pour tous les pays
 - Définition standardisée,
 - Recueil exhaustif de la donnée
 - Qualité de la mesure

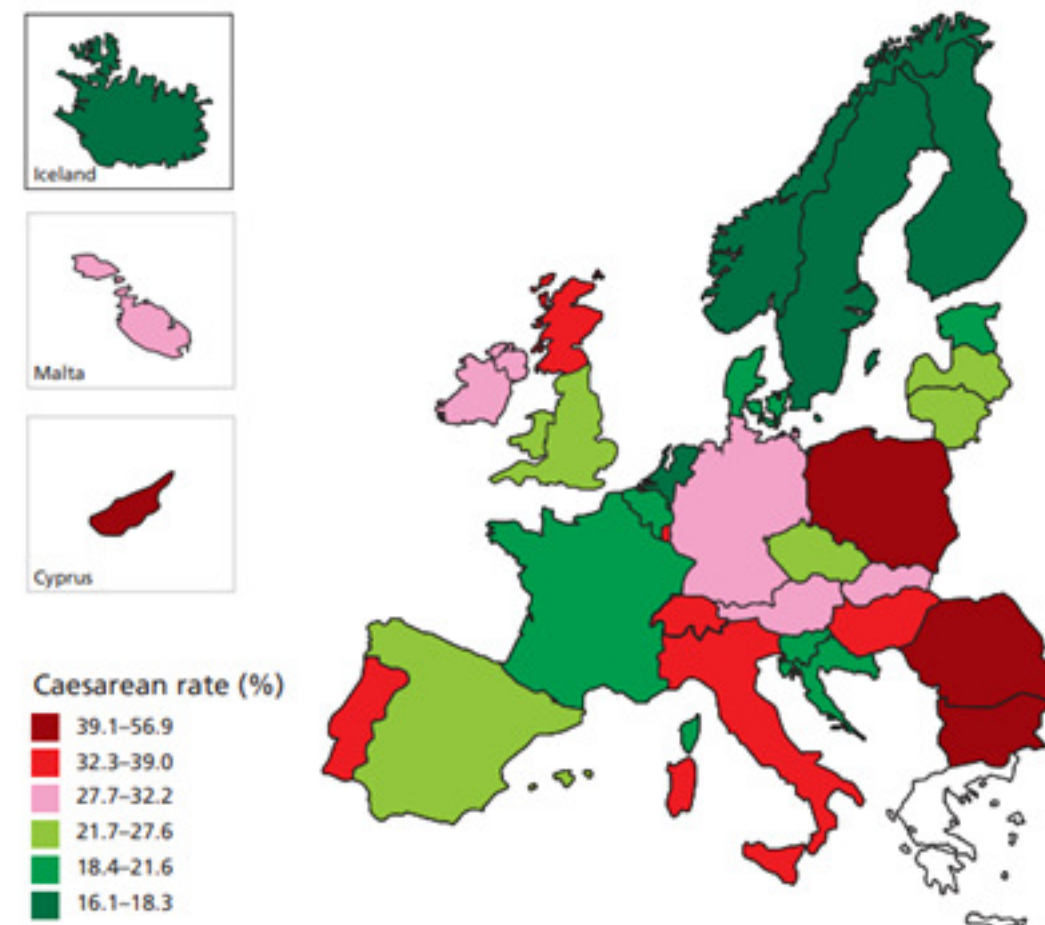
Santé foetale, néonatale et infantile	Santé maternelle	Facteurs de risque en population	Pratiques obstétricales et pédiatriques
Taux de mortalité : in utero, néonatal et infantile Par âge gestationnel, poids de naissance et gémellité	Ratio de mortalité maternelle, par cause Incidence de morbidité sévère	Age maternel, IMC, tabac pendant la grossesse, gémellité, parité	Mode d'accouchement , par AG, parité, gémellité, utérus cicatriciel et présentation (Robson)

Photographie de la santé périnatale en France et en Europe (rapport 2015) - 1

Un bilan contrasté pour la France

CESARIENNE

- Taux de césarienne stable : 21% en 2010, 20.2% en 2015
- 1 césarienne / 5 naissances
- 7^{ème} rang / 31 pays



<https://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html>



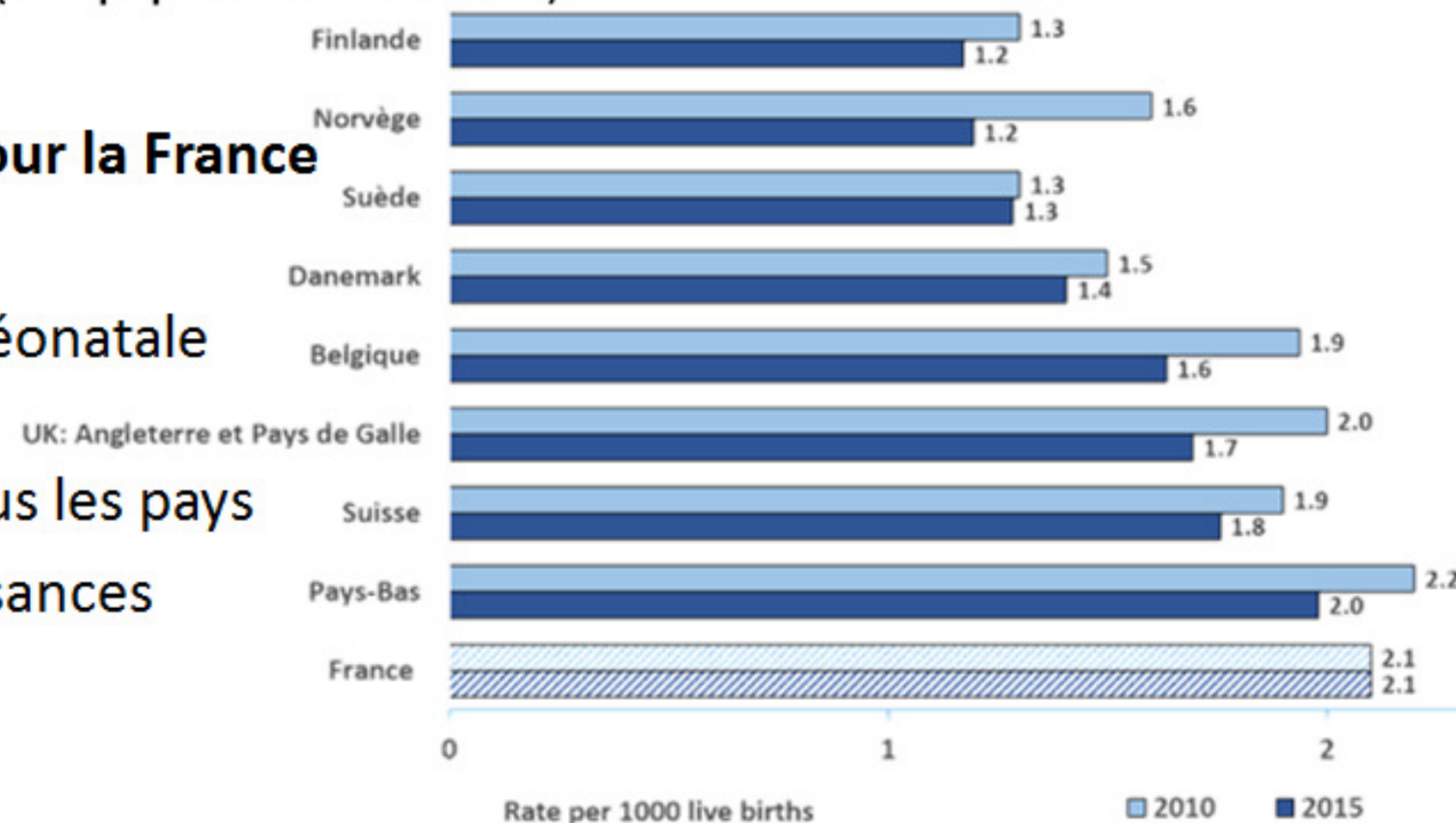
Photographie de la santé périnatale en France et en Europe (rapport 2015) - 2

Un bilan contrasté pour la France

MORTINATALITE

- Taux de mortalité néonatale stable mais élevé
- Diminution dans tous les pays
- 2 décès / 1000 naissances
- 23^{ème} rang /31

>> **Audit nécessaire**



<https://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html>



Pleins d'autres enquêtes en population française

Thème / population	Etude	
Prématurité	EIPAGE	Etude épidémiologique sur les petits âges gestationnels
Mortalité maternelle	ENCMM	Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
Morbidité maternelle sévère	EPIMOMS	Évaluation globale et « en population » de la Morbidité Maternelle Sévère
Développement et santé de l'enfant	Elfe	Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance
Développement et santé de l'enfant	EDEN	Etude des déterminants pré et post natal du développement et de la santé des enfants

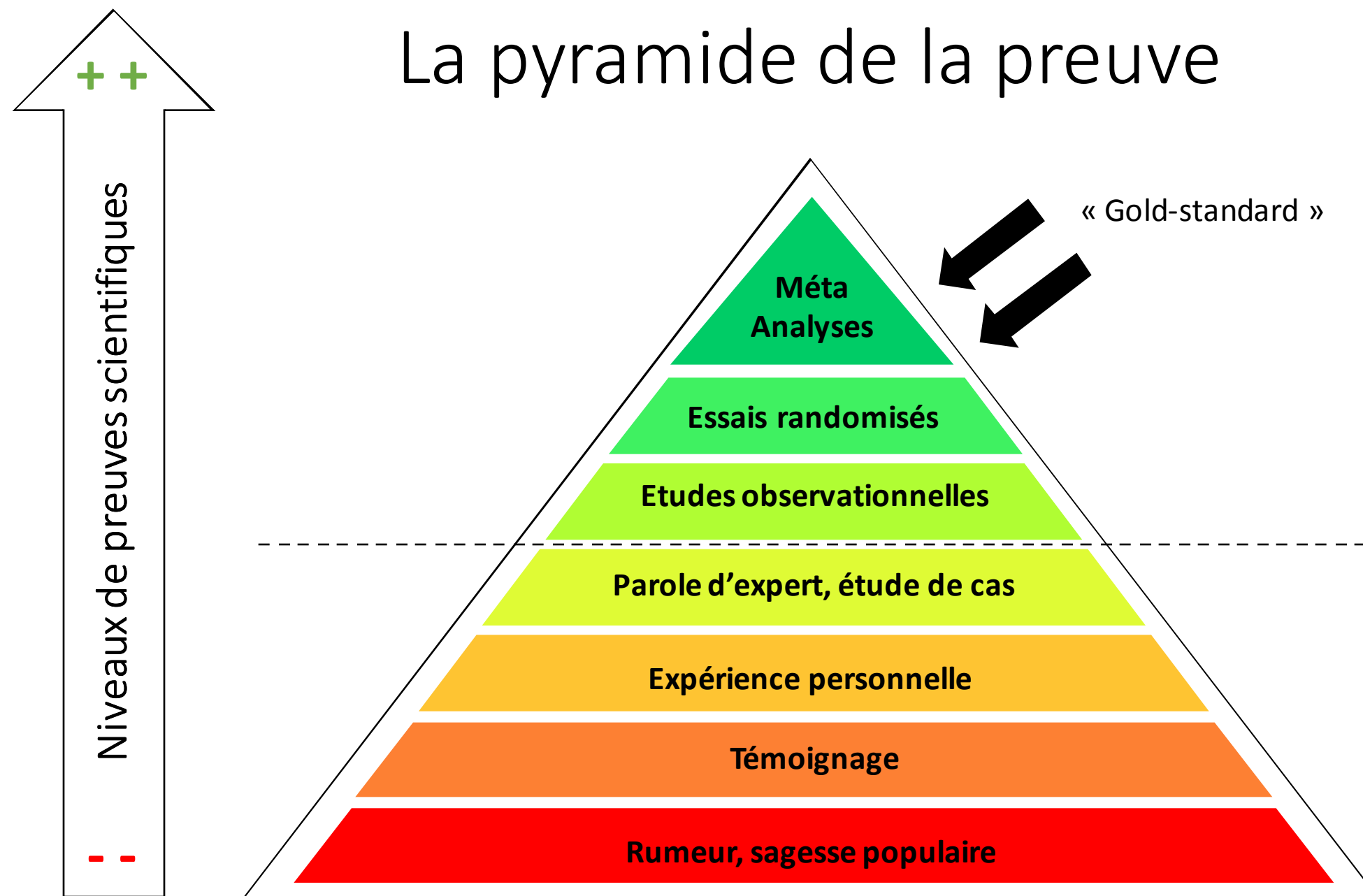
Ces données en population permettent de :

- **Suivre la santé** des mères et des enfants
- **Evaluer l'évolution des pratiques**, des caractéristiques de populations (caractéristiques et comportements à risque)
- **Confirmer/ infirmer** le bénéfice de certaines **politiques de soins** (curative/préventif) à l'échelle nationale
- Donner des pistes pour des **futures recherche** ou **recommandations**
- Faire un **retour aux professionnels** : respect ou non des RPC

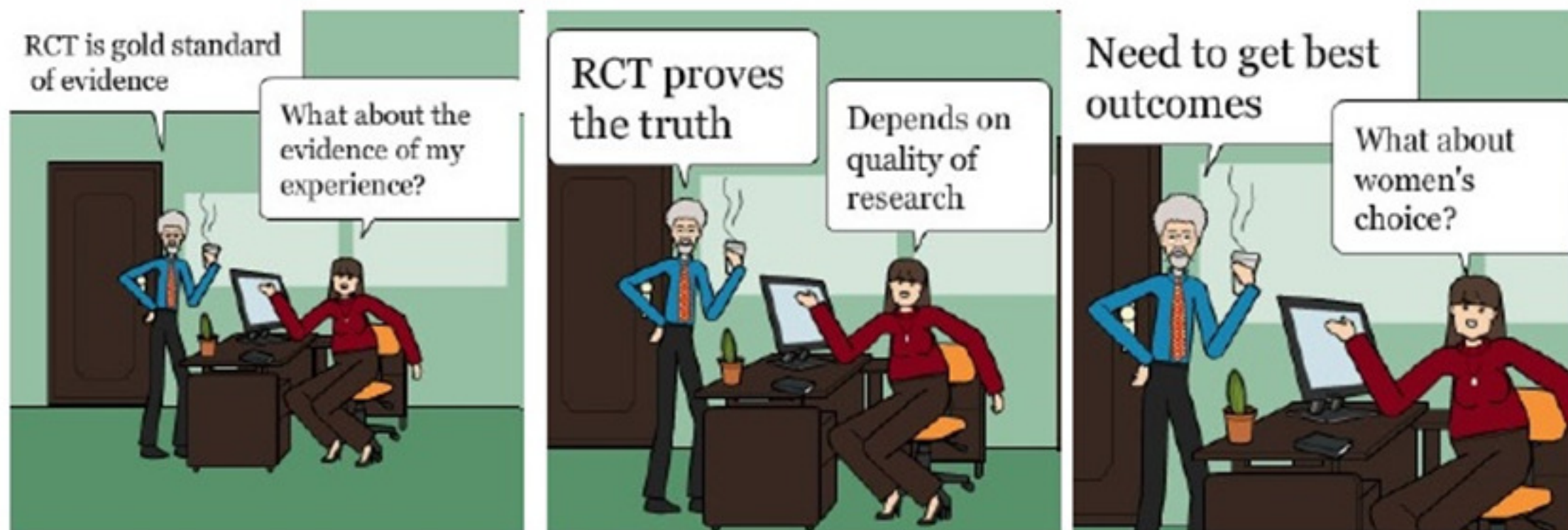
Les limites de l'EBM

1. Liées à la validité des études et à l'extrapolation de leurs résultats
2. Liées à la présence de données
3. Liées à la diffusion et l'application des résultats de la recherche

La pyramide de la preuve



Une petite BD...



<http://pixton.com/comic/idp0q5kr>

Term breech trial

Tentative de voie basse pour les siéges

- Essai de Hannah publié dans Lancet en 2000
- 2083 femmes avec un fœtus en siège
 - Tentative de voie basse
 - Césarienne programmée
- Diminution significative de la morbidité sévère et mortalité périnatale en cas de césarienne programmée
- Dans certains pays : quasi abandon de la tentative de voie basse pour les siéges !



Term breech trial

Tentative de voie basse pour les sièges

- Etude observationnelle française PREMODA
- Prospective et non interventionnelle, 8105 femmes avec un fœtus en siège
 - Pas de surrisque de morbi-mortalité
 - Pourquoi ??



- Validité interne de l'essai de Hannah et al. excellente
- En France : radio-pelvi, EPF écho et clinique, obstétriciens formés et habitués
- Dans le TBT : morbidité néonatale très élevée quels que soient les groupes
- Probablement culture de l'accouchement du siège déjà peu développée aux USA avec des obstétriciens peu expérimentés
- ET ... l'accouchement et les pratiques obstétricales sont complexes : une prise en charge globale

L'ECR : un gold standard ? Oui mais ...

- L'étude est-elle bien menée ?
- L'issue de santé évaluée est-elle pertinente ?
- Dans quelle population s'appliquent les résultats ?
 - Qui ont été les femmes incluses ?
 - Où s'est déroulée cette étude et quelles y sont les pratiques ?
- Intervention 'standardisée' et conditions de réalisations 'parfaites' :
Quelle application en soins courants / 'vie réelle'

Rééducation périnéale

- Largement pratiquée en France ?
 - Aucune donnée en population
 - Jusqu'ici pas évalué dans les Enquêtes Nationale Périnatales
- En curatif et préventif de l'incontinence urinaire dans le post-partum
- 2015 : Recommandations pour la pratique clinique



La rééducation périnéale : pour qui ?

Chez les femmes asymptomatiques en post-partum, pour la prévention de l'incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme, la rééducation-pelvi-périnéale doit être prescrite :

A. Oui, à tout le monde ?

B. Non, à personne ?

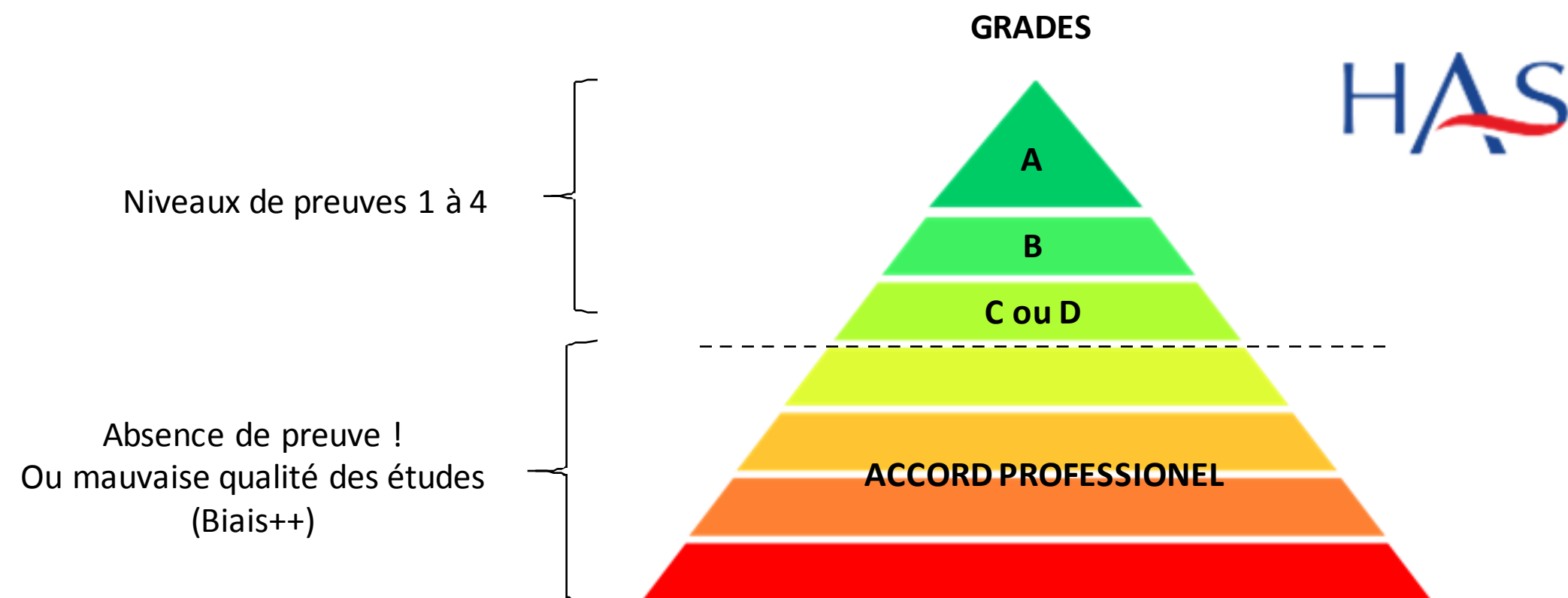
C. Oui, sur facteurs de risque ?

- Macrosomie
- Lésions périnéales
- Durée d'expulsion prolongée, accouchement instrumental
- Age maternel >35 ans, surcharge pondérale
- Constipation chronique.



B. Personne : elle n'est pas recommandée (Accord professionnel)

Niveau de preuve des données et gradation des recommandations



Ca n'est pas recommandé ≠ il ne faut pas faire

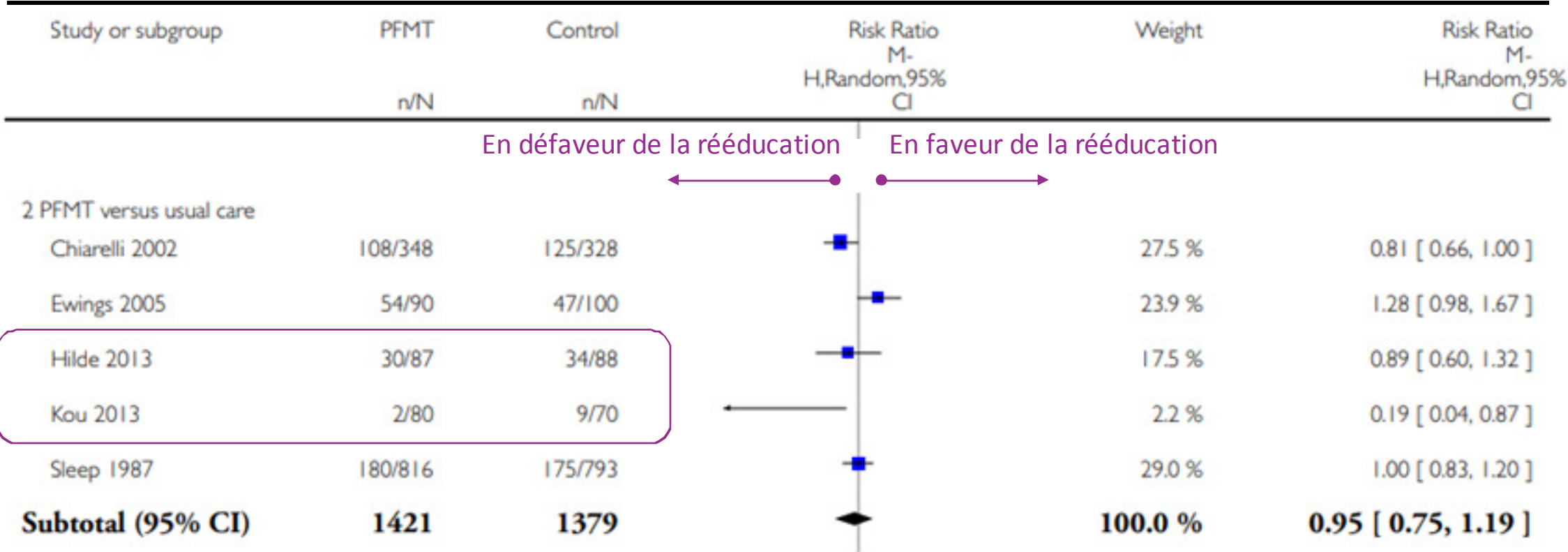
Ca n'est pas recommandé = on n'a pas d'argument pour recommander de le faire ou pas

Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)

Méta-analyse de 2017
Pas beaucoup plus de données depuis ces RPC ...

Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC

Incontinence urinaire > 3-6 mois post-partum



Les RPC : Oui mais ...

- Si les données existent
- Si la quantité de données est suffisante
- Si les études et les données sont de bonnes qualités
- Si les données ne sont pas trop anciennes
- Elles concernent toujours la prévention / le traitement d'une issue de santé / pathologie

Ex. ici l'incontinence – quid du bénéfice de la rééducation pelvi-périnéale sur 'la qualité de vie', 'bien-être physique et psychique'

Perspectives

- Donner des **moyens humains, financiers et matériels** à la recherche en maïeutique
 - De plus en plus de **sages-femmes chercheurs**
 - 2018 : la sage-femme peut être seul **investigateur-coordonnateur** d'un projet de recherche clinique
 - 2019 : Création de la **CNU maïeutique** : un grand pas pour la recherche en maïeutique
- De **nombreux domaines** de la recherche en maïeutique encore **sous évalués**
 - En particulier concernant le suivi en ville
 - Et les thématiques essentiellement 'sage-femme' (Ex. l'allaitement, la préparation à l'accouchement, les maisons de naissance, moindre médicalisation etc...)



Merci de votre attention !



Questions ?

Back-up slide

- postures

ARRIVE trial

Déclenchement systématique à 39 SA

- Essai trial
- Validité interne excellente
- Validité externe ?
- Obèses / HTA / Noire américaine / précaires
- Pratiques américaines sur le déclenchement : (durée d'expectative)
- Evaluation de la satisfaction maternelle : Labor Agency scale / différence clinique – femmes volontaires ?
- De multiples controverses



- Surutilisation des soins médicaux ‘superflus’
- Médecin ‘sobre’ et ‘juste prescription’
- Initiative multiprofessionnel et spécialités : > 20 pays, 5 continents
- Campagne menée par et pour les professionnels et les patients
- Objectif n’est pas en 1^{er} lieu de contrôler les coûts
- Pertinence ++ population à bas risque (70-80% des femmes enceintes)

* Choisir avec soins / judicieusement

Choisir avec soins : 2 axes



1. Produire une liste par spécialité médicale d'actes / prescriptions à éviter, basé sur des preuves scientifiques

- Diffuser, à l'hôpital ou en ville
- Bâtir des indicateurs de suivi
- Evaluer la campagne
- Produire des 'trousses à outils'

L'exemple des tests urinaires USA ? Autre sur médecine de ville ? En France ?

Exemples en périnatalité

- Évitez l'épisiotomie de routine lors d'un accouchement naturel par voie vaginale
- Ne faites pas de surveillance fœtale électronique chez les femmes à faible risque qui sont en travail; utilisez plutôt l'auscultation intermittente
- N'effectuez pas à une analyse urinaire de routine (protéines, glucose) à chaque visite prénatale (chez les femmes normo tendues à faible risque)
- N'utilisez pas le Doppler de l'artère ombilicale en dépistage de routine, dans les situations de grossesses non compliquées avec croissance fœtale normale
- Ne séparez pas le nouveau-né de sa mère à la naissance sauf nécessité médicale
- N'utilisez pas d'emblée un inhibiteur de la sécrétion acide ou un agent prokinétique pour le traitement du RGO chez le nourrisson





2. Communication à destination des patients et du grand public

- Sensibilisation à la 'sur-médicalisation'
- Relation de transparence sur bénéfice/risque/pertinence
- Décision partagée et médecine individualisée

« Pratiquer, c'est argumenter une décision sur les données actuelles de la science, l'adapter à la situation de soins, tenir compte des aspects émotionnels de la relation, inviter le patient à donner son opinion après l'avoir objectivement informé etc. [...] »

*Au regard de cette démarche, le "E" d'**Evidence** Based Medicine signifie aussi **Experience** Based Medicine, **Emotion** Based Medicine et **Ethical** Based Medicine. »**

*Pouchain D, Attali C, Butler de J, Clément G, Gay B, Molina J, Olombel P, Rouy JL. Principes de médecine générale. In : Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Paris : Masson, 1996. 5-9.

TROP
C'EST COMME
PAS
ASSEZ



- 1) Ai-je vraiment besoin de cet examen, de ce traitement ou de cette intervention?
- 2) Quels sont les côtés négatifs?
- 3) Y a-t-il des options plus simples et plus sécuritaires?
- 4) Que se passe-t-il si je ne fais rien?



Données sur les postures pendant le travail

- Pratique largement utilisée
- Formations dispensées payantes pour les professionnels prônant leur efficacité
- Peu de données dans la littérature
 - Quelle posture ?
 - Efficacité ?
 - Faisabilité lors du travail ?
 - Acceptabilité pour les femmes ?

Randomized Controlled Trial of Hands- and-Knees Positioning for Occipitoposterior Position in Labor

Robyn Stremler, RN, PhD, Ellen Hodnett, RN, PhD, Patricia Petryshen, RN, PhD, Bonnie Stevens, RN, PhD, Julie Weston, RN, MSc, and Andrew R Willan, PhD, for the Labour Position Trial Group

2000-2003 dans 13 hôpitaux universitaires (Argentine, Canada, USA, UK, Australie, Israël)

≥37 SA, en variété postérieure confirmée à l'écho

Posture étudiée : « **4 pattes** » pendant 60 min
(minimum 30 min)

Critère de jugement principal : **variété après 1 heure de posture**

Critère de jugement secondaire : douleur et satisfaction maternelle



Stremler et al. Birth 2005

Table 2. Comparison of Maternal and Neonatal Outcomes Between Treatment Groups (Values Are Numbers [Percentages] of Women, and *p* Values Are for X² Test Unless Otherwise Indicated)

<i>Outcomes</i>	<i>Intervention Group (n = 70)</i>		<i>Control Group (n = 77)</i>		<i>Relative Risk (95% CI)</i>	<i>p</i>
	<i>No.</i>	<i>(%)</i>	<i>No.</i>	<i>(%)</i>		
Fetal head position following 1-hr study period						
OP	49	(70)	57	(74)		
OT	8	(11)	11	(14)		
Not assessed	2	(3)	4	(5)		
OA	11	(16)	5	(7)	2.42 (0.88 to 6.62)	0.18
Operative delivery	17	(24)	24	(31)	0.78 (0.46 to 1.32)	0.35
Fetal head position at delivery						
OP	12	(17)	25	(33)		
OT	7	(10)	1	(1)		
Not recorded	10	(14)	15	(19)		
OA	41	(59)	36	(47)	1.25 (0.92 to 1.71)	0.35
Perineal trauma	40	(57)	43	(56)		0.87
Apgar score <7 at 1 min	5	(7)	11	(14)	0.5 (0.18 to 1.37)	0.16
Apgar score <7 at 5 min	0		2	(3)		0.50*
Median (IQR) time from randomization to delivery (hr)	5.1	(2.8, 8.5)	6.3	(3.4, 10.0)		0.33†
Mean (SD) LAS scores	(n = 68) 49.58	(10.30)	(n = 70) 50.12	(11.22)		0.77‡

*Fisher exact test.

†Wilcoxon test.

‡t test.

OP = Occipitoposterior; OT = occipitotransverse; OA = occipitoanterior; IQR = interquartile range; LAS = Labor Agency Scale.

Différences sur EVA, p=0,008

Stremmler et al. Birth 2005

OBSTETRICS

Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial

Raoul Desbriere, MD; Julie Blanc, MD; Renaud Le Dù, MD; Jean-Paul Renner, MD; Xavier Carcopino, MD, PhD; Anderson Loundou, PhD; Claude d'Ercole, MD

2009-2011 unicentrique (Hôpital Nord de Marseille)
≥36 SA, ≥3cm, membranes rompues, en variété postérieure confirmée à l'écho

Posture étudiée : **3 postures différentes selon la hauteur de la présentation fœtale**

Critère de jugement principal : **variété à l'accouchement**

Critère de jugement secondaire : durée du travail, mode d'accouchement, lésions périnéales, morbidité néonatale

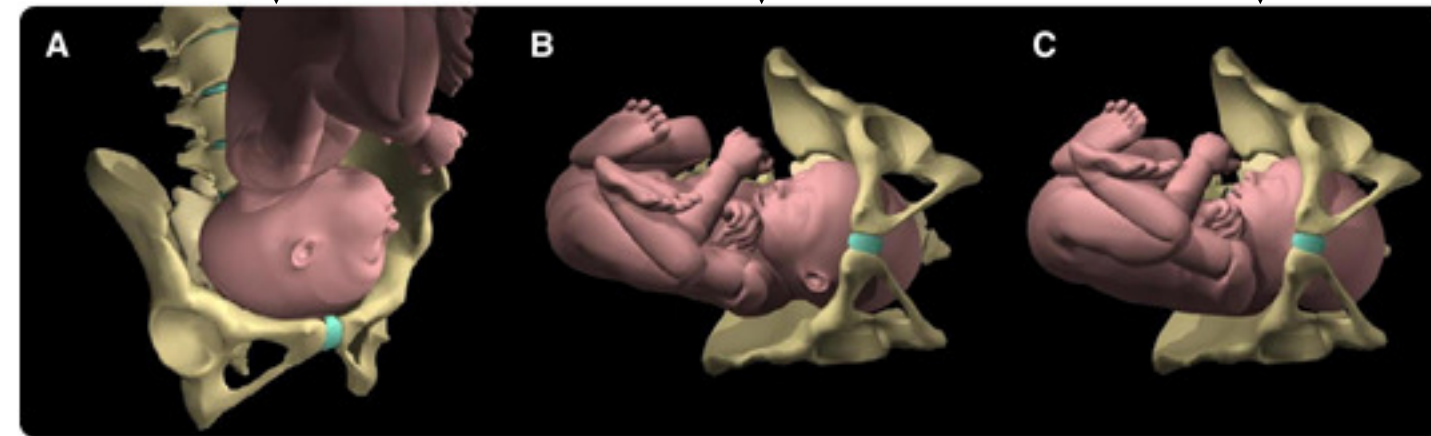
Hypothèse : 85% de variété antérieure à l'accouchement dans le groupe intervention versus 60% dans le groupe contrôle ➔ **220 patientes**

Desbrière et al. Am JOG 2012

- 5 à -3 : haute à appliquée

- 2 à 0 : fixée

>0 : engagé



Éloigner le fœtus de la colonne pour favoriser la rotation globale
Convexité de la colonne et psoas limite la flexion

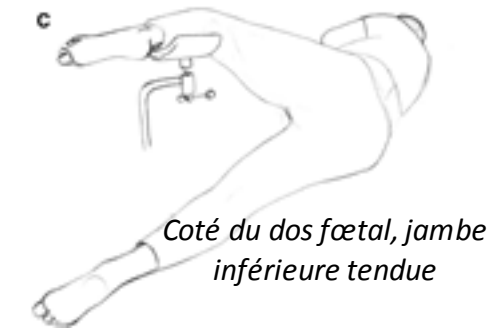
13.6%



Coté du dos fœtal, jambe inférieure pliée

Rapprocher l'occiput de l'articulation sacro-iliaque
Éloigner le front du pubis
Favoriser flexion de la tête

78.2%



Coté du dos fœtal, jambe inférieure tendue

Rapprocher le front du muscle élévateur de l'anus pour entraîner la flexion de la tête

8.2%

Résultats

Primary outcome according to study group

Variable	Intervention group (n = 110)	Control group (n = 110)	P value
Anterior rotation	86 (78.2)	84 (76.4)	.748
Persistent posterior position	24 (21.8)	26 (23.6)	

Mode of delivery and fetal head position, according to study group

Variable	Intervention group (n = 110)	Control group (n = 110)	P value
Spontaneous deliveries	69 (62.7)	70 (63.6)	.889
OA	65 (94.2)	68 (97.1)	.441
OP	4 (5.8)	2 (2.8)	
Operative vaginal deliveries	20 (18.2)	21 (19.1)	.965
Fetal head position before operative delivery			
OA	15 (75)	14 (66.7)	.558
OP	5 (25)	7 (33.3)	
Fetal head position at birth			
OA	18 (90)	18 (85.7)	1
OP	2 (10)	3 (14.3)	
CS deliveries	21 (19.1)	19 (17.3)	.727
Fetal head position before CS			
OA	6 (28.6)	2 (10.5)	.241
OP	15 (71.4)	17 (89.5)	

Pas de différence pour:

- La position fœtale à l'accouchement
- Le mode d'accouchement

Pas de différence sur les CJS

Desbrière et al. Am JOG 2012

Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial

MJ Guittier,^{a,b} V Othenin-Girard,^b B de Gasquet,^c O Irion,^b M Boulvain^b

20011-2013 unicentrique
(Maternité hôpital universitaire Genève)
≥37 SA, entre 2 et 9 cm,
Fœtus en variété postérieure confirmée à l'écho

Posture étudiée :
6 variantes du 4 pattes pendant au moins 10 min
choix de la posture laissée à la patiente

Critère de jugement principal : **variété à H1**

Critère de jugement secondaire : durée du travail,
mode d'accouchement, lésions périnéales, morbidité néonatale

Hypothèse : 10% de variété antérieure à H1 dans le groupe intervention
versus 20% dans le groupe contrôle → **438 patientes**

Guittier et al. Br J Obstet Gynecol 2016



Table 2. Comparison of maternal, obstetrical and fetal outcomes

	Postures group (n = 220)	Control group (n = 219)	RR (95% CI)	P value
One hour after randomisation (Ultrasonography diagnosis)				
Occiput anterior position	35/203 (17.2)	24/209 (11.5)	1.50 (0.93–2.43)	0.13
Occiput posterior or lateral position	168/203 (82.8)	185/209 (88.5)		
Fetal back position, n (%)				
Left	79/198 (39.9)	83/204 (40.7)		0.79
Right	105/198 (53.0)	110/204 (54.4)		
Anterior	3/198 (1.5)	3/204 (1.5)		
Posterior	11/198 (5.6)	7/204 (3.4)		
Fetal position at complete dilatation (Ultrasonography or clinical diagnosis)				
Occiput anterior position	82/182 (45.1)	99/192 (51.6)	0.87 (0.71–1.08)	0.25
Occiput posterior or lateral position	100/182 (54.9)	93/192 (48.4)		
Outcomes at delivery				
Duration of first stage labour in minutes, mean (SD)	354 (195)	369 (158)		0.39
Duration of second stage labour in minutes, mean (SD)	48 (31)	43 (31)		0.17
Analgesia local/regional, n (%)	211 (96.3)	211 (96.8)	1 (0.96–1.03)	>0.99
Mode of delivery, n (%)				
Caesarean	54 (24.5)	35 (16.0)		0.08
Normal vaginal delivery	118 (53.6)	134 (61.2)		
Instrumental delivery	48 (21.8)	50 (22.8)		
Perineal status, n (%)				
Intact or first-degree perineal tear	151 (68.6)	130 (59.4)		0.05
Second-degree perineal tear or episiotomy	68 (30.9)	84 (38.4)		
Third-degree perineal tear	1 (0.5)	5 (2.3)		
Blood loss in ml, mean ($\pm$ SD)	409.6 (239.0)	378.4 (218.3)		0.16
Maternal complication,** n (%)	42 (19.1)	31 (14.2)	1.35 (0.88–2.06)	0.21
Duration of hospital stay, mean (SD)	3.5 (1.4)	3.3 (1.2)		0.03
Neonatal outcomes				
Weight in grams, mean (SD)	3422 (401)	3411 (406)		0.77
APGAR score <7 at 5 minutes, n (%)	4 (1.8)	4 (1.8)	0.96 (0.24–3.78)	>0.99
Umbilical artery pH, mean (SD)	7.22 (0.07)	7.22 (0.06)		0.32
Neonatal resuscitation, n (%)	10 (4.5)	10 (4.6)	1.00 (0.42–2.34)	>0.99

Discussion

Essai 4 pattes

Pour le 1er

- Validité externe : Pratiques obstétricales éloignées des nôtres
- Manque de puissance
13 centres avec des pratiques différentes

Pour le 2ème

- Plus de puissance
- Pratiques proches des nôtres
- Mais hétérogénéité des positions qui rend difficile de conclure sur 1 pratique (6 variantes)

Essai stratégie posturale

- Pratiques obstétricales comparables
- Essai unicentrique
- Stratégie posturale complexe++
- D'autant que la hauteur de la présentation est critère peu reproductible
- CJP= taux d'OA à l'accouchement
 - Biais possibles liés pratiques différentes entre les groupes pendant le travail
 - Difficile d'attribuer la rotation à l'intervention

Décubitus Latéral Asymétrique



- Décubitus latéral prononcé
- Jambe supérieure hyper-fléchie (angle fémur-rachis $< 90^\circ$)
- Côté opposé au dos fœtal (ex: OIDP dos à droite – DLG)

- L'inclinaison latérale du bassin retarde le contact du front avec le détroit supérieur
- L'hyperflexion de la jambe supérieure entraîne :
une délordose et un alignement du rachis et du sacrum
- Côté opposé au dos fœtal
 - Ex de l'OIDP : Le front est au niveau de l'arc antérieur gauche. Pour retarder le contact frontal, il faut éloigner la partie gauche du bassin par inclinaison latérale vers le bas à gauche : jambe gauche étirée, jambe droite fléchie.
 - Logique, si on considère que la rotation en antérieur se fera avec la gravité



analyse en intention de traiter

	DLA N=160	Contrôle N=162	p
Position foetale à H1			
- Antérieure	35 (21,9)	35 (21,6)	0,887
- Transverse	17 (10,6)	14 (8,6)	
- Antérieure	104 (65,6)	110 (67,9)	
- NA	4 (2,5)	3 (1,8)	
Antérieure à dilatation complète	70 (43,7)	70 (43,2)	0,565
Antérieure à l'accouchement	133 (83,1)	140 (86,4)	0,436

Pas de différence retrouvée entre les groupes : à H1, à dilatation complète ou à l'accouchement

	DLA N=160	Contrôle N=162	p
Vitesse de dilatation en phase active (cm/h)	2,5±0,2	2,6 ±0,2	0,684
Mode accouchement			0,608
VBS	97 (60,6)	105 (64,8)	
VBI	34 (21,2)	34 (20,9)	
césarienne	29 (18,1)	23 (14,2)	
Episiotomie (si VB)	29 (22,1)	39 (28,1)	0,263
3 ^e et 4 ^e degré (si VB)	2 (1,5)	2 (1,4)	1
Hyperthermie	19 (11,9)	22 (13,6)	0,646
HPP	16 (10,0)	18 (11,1)	0,746
Poids de naissance (g)	3 463 ±35,5	3 443 ±34,9	0,681
Apgar à 5 min	9,8 ±0,0	9,8 ±0,1	0,790
Apgar < 7 à 5 min	1 (0,6)	4 (2,5)	0,371
pH au cordon	7,23 ±0,0	7,23 ±0,0	0,863
pH < 7.20	56 (35,0)	47 (29,0)	0,249
Transfert en néonatal	8 (5,0)	7 (4,3)	0,798

NS



Satisfaction / effets secondaires

	DLA N=160	Contrôle N=162	p
Douleur (EVA) à H1	1,5 ± 0,2	1,4 ± 0,2	0,705
Confort de la posture	120 (75,0)	123 (75,9)	0,326



Satisfaction / effets secondaires

	DLA N=160	Contrôle N=162	p	
Douleur (EVA) à H1	1,5 ± 0,2	1,4 ± 0,2	0,705	NS
Confort de la posture	120 (75,0)	123 (75,9)	0,326	NS
Difficulté d'enregistrer le RCF	7 (4,9)	1 (0,7)	0,014	
Perte de signal du RCF > 25%	8 (5,0)	3 (1,8)	0,045	

Conclusion

- EVADELA n'a pas permis de démontrer que le DLA du côté opposé au dos foetal permettait de favoriser la rotation de la tête foetale en antérieur
- En accord avec les résultats publiés
- Cela ne signifie pas pour autant que les postures maternelles sont inefficaces pour tourner les têtes fœtales : Autres postures ? Nombre de changement de position ? ...
- Les femmes devraient avoir le choix de la ou des positions qu'elles souhaitent adoptées pendant le travail