

Mother Friendly Care

Alice Bocognano

Sage femme CH La Ciotat

Formateur en périnatalité

2^{ème} journée IHAB-France, 4 novembre 2014, Paris

Une recommandation récente

OMS, 2006

IHAB-France, 2013

« Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques qui favorisent le lien mère-enfant et le bon démarrage de l'allaitement »

Continuité des soins

Entrer en relation – Initier l'allaitement

Etre disponible, alerte et confortable

Etre confiant et en confiance

CNGOF, 2012 : « Il y a des travaux démontrant que la règle « qui peut le plus peut le moins » ne s'applique pas bien en obstétrique. En effet, les facilités offertes par un plateau technique organisé pour faire face aux pathologies graves voire gravissimes, conduit à en faire aussi usage dans des situations qui le justifient moins. (...) Il ne s'agit pas seulement d'un gaspillage de moyens, mais aussi du risque iatrogène de la surmédicalisation et du surtraitement ».

Etre disponible, alerte et confortable

- 2007, revue de la littérature : « interférer avec les mécanismes physiologiques du travail et de la naissance en l'absence d'indications médicales augmente le risque de complications pour la mère et l'enfant » (A. Romano et al., Promoting, protecting and supporting normal birth : a look of the evidence, JOGNN)
- Maintenir la naissance dans la physiologie favorise le déploiement des compétences relationnelles et motrices du nouveau-né (Widström, 2010)

Les enjeux

- **Eviter d'interférer avec les mécanismes physiologiques de la naissance**
- **Soutenir la participation active des parents**

Pratiques de soins

La possibilité de boire et manger durant le travail

La possibilité de déambuler

La liberté posturale

Prise en charge de la douleur

Les procédures invasives

Consommation de liquides et de solides durant le travail

- 1986 : P. Simskin définit le jeûne comme source de stress chez les parturientes
- 2007, étude observationnelle Hôpital de Colombes, 123 patientes : 80% ont soif pendant le travail
- 2006, le retentissement du jeûne strict sur le ressenti de la soif chez 84 parturientes - mémoire de fin d'étude en maïeutique Metz - 88% ont déclaré avoir eu soif dont 50% de façon importante.

Politique restrictive de l'apport hydrique et solide

- 97% des établissements français interdisent de consommer des liquides et solides (2005, Evolution de la sécurité en anesthésie obstétricale)
- Syndrome de Mendelson : un décès maternel sur 313 en France entre 2001 et 2006 (CNEMM, INSERM)
- Hollande 1983-1992 : 0,001/1000 naissances (politique libérale) = pays ayant une politique restrictive (Scheepers et al., 1998)

Recommandations

Cochrane, 2013 (3130 parturientes) « **il n'existe pas d'arguments pour restreindre l'apport de liquides et de solides** durant le travail à bas risque de complications » (Singhata et al.).

La Société française d'anesthésie réanimation (SFAR), 2006 : « **la femme en travail bénéficiant d'une analgésie péri médullaire peut être autorisée à absorber des liquides non particuliers**, sauf en cas de diabète, d'obésité morbide ou de césarienne prévisible »

OMS - IHAB, « les femmes peuvent boire et manger léger pendant le travail **si elles le désirent** »

Déambulation durant la 1^{ère} phase

- Cochrane, 2013, positions verticales versus horizontales. 25 études, 5218 femmes :
 - 1^{ère} phase du travail réduite d'1h22
 - moins de césarienne,
 - moins recours à une analgésie péridurale.

Les femmes doivent être informées des bénéfices des positions verticales et de la déambulation et être encouragées à choisir la position qui leur convient le mieux (Maternal positions and mobility during first stage of labour, Lawrence et al.).

Position lors de la 2^{ème} phase

SANS APD

- Méta-analyse Cochrane, 22 études, 7280 femmes. Un groupe en **position verticale ou décubitus latéral** versus un en **décubitus dorsal** :
 - Durée seconde phase similaire
 - Diminution significative des extractions instrumentales par voie basse
 - Diminution significative des anomalies du RCF
 - Moins d'épisiotomies mais augmentation des lésions périnéales du second degré
 - Augmentation des pertes sanguines > 500ml en position accroupie

Devant l'absence de risque démontré formellement, **les femmes devraient être encouragées à adopter la position qui leur est la plus confortable pour donner naissance** (Position in the second stage of labour for women without APD, Gupta et al., 2012)

Position lors de la 2^{ème} phase

AVEC APD

- Une seconde méta-analyse Cochrane 2013, parturientes sous APD - 5 études, 879 femmes.

Issue de l'accouchement, durée de la seconde phase, pertes sanguines, adaptation du nouveau-né, lésions périnéales et satisfaction maternelle ne sont pas impactés.

Devant l'absence de risque démontré formellement, **les femmes devraient être encouragées à adopter la position qui leur est la plus confortable pour donner naissance** (Kemp et al., Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia)

Recommandations OMS - IHAB

« Les femmes sont encouragées à marcher et bouger pendant le travail »

« L'équipe prend en compte les souhaits de la femme à propos des positions d'accouchement »

Prise en charge de la douleur – techniques non médicamenteuses

- 2012, Cochrane - 310 essais sur 18 revues – efficacité et tolérance des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques
- Immersion, relaxation, massages, acupuncture = diminution de la douleur et meilleure expérience de l'accouchement
- Relaxation = taux d'extraction VB plus faible
- Acupuncture = taux d'extraction VB et césar plus faibles
- Non invasives et inoffensives, elles améliorent le confort et la satisfaction

Les femmes devraient en anténatal être informées des effets bénéfiques et adverses de chaque méthode afin de choisir librement
(Jones et al., Pain managements for women in labour)

Prise en charge de la douleur – méthodes médicamenteuses

2011, Cochrane - 38 études, 9658 femmes - analgésie péridurale versus opiacés. (Anim-Somuah et al., Epidural versus non epidural or no analgesia in labour)

- **APD technique la plus efficace sur la douleur** mais entraîne une **augmentation du taux d'extractions instrumentales par voie basse**, hypotension, bloc moteur, rétention urinaire et hyperthermie
- **Preuves insuffisantes sur l'efficacité des opioïdes parentéraux**
Provoquent somnolence et nausées.

Prise en charge de la douleur – méthodes médicamenteuses

2012, Cochrane - 310 essais sur 18 revues – efficacité et tolérance des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques (Jones et al., Pain managements for women in labour)

- **Analgésiques inhalés plus efficaces** sur la douleur que les opioïdes mais provoquent nausées, vomissements, vertiges
- **Peu d'études évaluent l'allaitement**, aucune le sentiment de confiance, **les interactions**, le coût et les effets sur le NN.

Recommandations OMS - IHAB

« Les femmes enceintes sont informées des moyens non médicamenteux susceptibles de les aider pendant le travail et l'accouchement »

« Les sages-femmes utilisent autant que possible des moyens non médicamenteux pour soulager la douleur (bain, ballons, changements de position...), en respectant les préférences de la femme »

Les procédures invasives

Amniotomie

- **51% des femmes** en travail spontané (Le Ray et al., Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal?).
- Cochrane, 2013, 15 essais randomisés, 5583 femmes : rupture artificielle des membranes systématique versus conservation.
- **durée du 1^{er} stade du travail similaire** (Delta moyen 20,43 minutes)
- taux de césarienne similaire
- satisfaction maternelle similaire
- scores d'apgar inférieurs à 7 à 5 minutes de vie similaires.

« On ne peut pas recommander l'introduction systématique de l'amniotomie dans la prise en charge et les soins standards du travail. Les résultats de cette analyse doivent être mis à la disposition des femmes à qui l'on propose une amniotomie car ils pourraient s'avérer utiles pour toute prise de décision entre ces femmes et leurs prestataires de soins » (Smyth et al., Amniotomy for shortening spontaneous labour).

Recours aux ocytociques

- **64% des accouchements** en France, Enquête nationale périnatale, 2010
- Pour les travaux spontanés à bas risque de complications sous APD, 71% de recours aux ocytociques (Le Ray et al., Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal?).
- Associé à une **augmentation du risque d'HPP** (Essai Pithagore6, Belghiti et al.)
- 2009, méta-analyse de la Cochrane sur 12 essais, 7792 femmes : légère diminution de la durée du travail, pas d'incidence sur l'issue de l'accouchement. **« les bénéfices du recours systématique aux ocytociques présente un niveau de preuves insuffisant pour recommander cette pratique »** (Wei et al, Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care).

Recommandations OMS - IHAB

« L'équipe médicale **pèse les indications** et évite à chaque fois que possible les procédures invasives qui ne sont pas spécifiquement exigées par une complication (accélération ou induction du travail, rupture des membranes, épisiotomie, extraction instrumentale, césarienne, etc...) »

« L'équipe médicale explique à la femme les raisons de recourir à ces procédures invasives »

Impact du soutien continu

Impact du soutien continu pendant le travail (professionnel, doula, famille, étudiant) – 2013, 22 études :

- durée de travail plus courte,
- Moins d'extraction instrumentale et de césarienne,
- moins de score d'Apgar inférieurs à 7 à 5 minutes de vie,
- moins d'analgésie médicamenteuse
- meilleure satisfaction des parturientes.
- **augmentation du sentiment de confiance et de compétence des mères.**

Devant les bénéfices et l'absence de risque, **les femmes devraient en bénéficier** quelque soit la personne à leurs côtés (Hodnett et al, Continuous support for women during childbirth).

Recommandations OMS - IHAB

- « Les femmes sont encouragées à se faire aider, physiquement et émotionnellement, par 1 ou 2 personne(s) de leur choix, de façon continue pendant le travail et l'accouchement »
- « Dès que les femmes sont en travail, cette personne ou ces deux personnes accompagnantes sont accueillies par le personnel soignant et encouragées à offrir le soutien souhaité par les mères : informer les accompagnants sur ce qu'ils peuvent faire »

Synthèse

- **Toutes les pratiques recommandées par l'OMS ne présentent pas de risques pour les femmes et leurs nouveau-nés.**
- **Certaines présentent des bénéfices et favorisent la physiologie du travail et de la naissance**
- **Rien ne permet d'empêcher la mise en œuvre de ces pratiques**
- Ces pratiques impliquent la participation active des parents.

Soutenir la participation active

Permettre aux parents

- de croire en leurs **capacités à mettre au monde leur bébé**
- d'**agir** pour le bien-être de leur enfant
- de renforcer très tôt leur **confiance** à prendre soin de ce tout petit

Accéder à leur représentation

- Quelle image vous faites vous de l'accouchement, de la naissance?
- Comment aimeriez-vous que cela se passe?
- Et vous (l'accompagnant), comment voyez-vous cela?

Identifier les points forts, valoriser les compétences

Qu'avez-vous fait jusqu'à maintenant?

Comment va votre bébé selon vous?

Et vous (l'accompagnant) pouvez-vous me dire comment elle va?

Savez-vous ce qui favorise la progression du travail?

Qu'est ce qui peut améliorer votre confort?

Partager l'information, leur permettre de décider

- A partir des recommandations, EBM
- Voilà ce que je peux vous proposer (en lien avec leur projet ou à partir d'une nécessité)
- Qu'en pensez-vous?

Faire alliance, collaborer

Je suis là pour vous

Protéger l'intimité de la famille

Je sais maintenant ce dont vous avez besoin. Pour ma part j'ai besoin que nous fonctionnions de cette façon...

Je ne peux pas accéder à votre demande car elle va à l'encontre du règlement intérieur de l'établissement

ou elle ne nous permet pas de remplir les conditions de sécurité.

Mais nous pouvons ensemble essayer de nous rapprocher de votre souhait...

Mother friendly care

- s'inscrivent dans la philosophie des **soins centrés sur l'enfant et sa famille** dont « Les valeurs fondamentales sont :
- **le respect de la personne et de sa dignité,**
- **le partage de l'information,**
- **la participation**
- **la collaboration.** » (IHAB-France, 2012)

Professionnel = « **FACILITATEUR** »

Permettre aux parents de croire en leurs capacités à mettre au monde leur enfant