

9. ANNEXES

Fiches de lecture

Annexe I

Article 1

<p>Article 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Titre original : Second-stage labor duration in nulliparous women : relationship to maternal and perinatal outcomes - Titre en français : Durée de la seconde phase du travail chez les nullipares : impact maternel et périnatal. - Auteurs : Rouse, D.J., Weiner, S.J., Bloom, S.L., Varner, M.W., Spong, C. Y., Ramin, S.M., Caritis, S.N., Peaceman, A.M, Sorokin, Y., Sciscione, A., Carpenter, M.W, Mercer, B.M., Thorp, J.M., Malone, F.D., Harper, M., Iams, J.D. & Anderson, G.D. - Journal : American Journal of Obstetrics & Gynecology - Année : 2009 - Pays : Etats-Unis
<p>Objectifs de l'étude</p>	<p>L'objectif de cette étude est d'évaluer les issues maternelles et fœtales en fonction de la durée de la seconde phase du travail.</p> <p>Les récentes études ont suggéré qu'il n'y a pas d'impact négatif de la durée de la seconde phase du travail sur le nouveau-né. Or ces études sont unicentrées pour la majorité et toutes basées sur des données rétrospectives. Ainsi il est intéressant de voir s'il y a un impact de la durée de la seconde phase du travail en analysant des données prospectives et multicentrées.</p>
<p>Méthode et population cible</p>	<p>Cette étude est l'analyse secondaire de données provenant d'un essai clinique randomisé qui concernait l'oxymétrie du pouls fœtal réalisé dans les 14 centres du National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network.</p> <p>Les participantes sont des nullipares, enceintes d'une grossesse unique en céphalique qui se sont mises spontanément en travail ou ont été provoquées à 36 SA ou plus. Sur les 5341 participantes, 4126 ont atteint la seconde phase du travail et ont été prises en compte, elles ont accouché entre mai 2002 et février 2005.</p> <p>Les données maternelles et néonatales ont été recueillies par une infirmière expérimentée et chercheuse.</p> <p>Les données des patientes du groupe exposé à l'oxymétrie du pouls fœtal ont été analysées de façon indépendante car cela n'a pas eu d'impact ni sur la durée de la deuxième phase du travail ni sur les issues maternelles et fœtales.</p> <p>La deuxième phase du travail a été divisée selon sa durée : < à 3 heures ou > ou égale à 3 heures. Ou bien encore en 6 groupes allant de <à 1h à >ou égale à 5h. Les données ont été analysées en mode uni et multivarié.</p>

<p>Résultats généraux et secondaires</p>	<ul style="list-style-type: none">- Plus la durée de la deuxième phase du travail est longue, plus le taux d'accouchements spontanés décline (de 85% pour le groupe <1heure à 8.7% pour le groupe durée supérieure ou égale à 5 heures). Pour chaque heure supplémentaire de seconde phase il y a entre 1.3 et 1.8 fois plus de risques d'accoucher par césarienne ou d'avoir une instrumentation).- Après ajustement selon le mode d'accouchement, l'augmentation de la durée de la seconde phase est associée à une augmentation de la morbidité maternelle pour les chorioamniotites, les déchirures du 3è ou 4è degré et les atonies utérines ($p < 0.01$). La différence n'est pas significative concernant les endométrites ($p = 0.20$) et les transfusions sanguines ($p = 0.24$). Concernant l'impact de la durée de la seconde phase sur le nouveau-né il n'y a pas de différences significatives concernant : l'Apgar ≤ 4 à 5 minutes ($p = 1$), le pH < 7.0 ($p = 0.47$), l'intubation ($p = 0.6$), le sepsis ($p = 1$), et l'admission en néonatalogie (pour les césariennes : $p = 0.73$) (pour cette dernière ce n'est plus le cas sans ajustement en fonction du mode d'accouchement $p = 0.03$)). Il apparait cependant que les lésions du plexus brachial peuvent être associées à la durée de la seconde phase du travail.- 9% des femmes ont une seconde phase du travail d'une durée de 3 heures au moins. Pour celles-ci, le taux de voie basse était diminué par rapport au groupe dans lequel la durée de la seconde phase était inférieure à 3 heures. Cependant 55 % d'entre elles ont bénéficié d'une voie basse.
<p>Validité et éthique</p>	<ul style="list-style-type: none">- Les auteurs de cette étude sont médecins spécialistes en médecine fœtale et maternelle et en gynécologie obstétrique, chercheurs dans ces spécialités.- L'étude est multicentrique supportée par le National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network- L' "American Journal of Obstetrics & Gynecology" bénéficie d'un Impact Factor de 3,313. Ce journal traite des dernières procédures diagnostiques, de la recherche de pointe et des expertises concernant la médecine maternelle et fœtale, l'endocrinologie reproductrice et l'infertilité, l'oncologie gynécologique aussi bien que l'obstétrique et la gynécologie générale.- Chaque centre participant a reçu l'accord du comité d'éthique indépendant : Institutional Review Board.

Annexe II

Article 2

<p>Article 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Titre original: How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? - Titre en français : Quand est-ce trop long : est-ce qu'une seconde phase du travail prolongé chez les nullipares a un effet sur l'issue maternelle et néonatale ? - Auteurs : Y.W, Cheng ; L.M, Hopkins ; A.B, Caughey - Journal : American Journal of Obstetrics and Gynecology - Année : 2004 - Pays : Etats-Unis
<p>Objectifs de l'étude</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le but de cette étude est d'examiner les effets de la longueur de la seconde phase du travail sur la morbidité maternelle et néonatale.
<p>Méthode et population cible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cette étude est une cohorte rétrospective effectuée sur 15'759 nullipares à terme avec une grossesse unique et un fœtus en présentation céphalique qui ont accouché entre 1976 et 2001 à l'Hôpital universitaire de San Francisco en Californie (UCSF). - Une valeur $p \leq 0.5$ a été reconnue comme statistiquement significative. Les données ont été analysées avec un logiciel à variable multiple. - Les femmes ont été divisées en 5 groupes selon la durée totale de la seconde phase du travail : <ul style="list-style-type: none"> • 0-1h : 64.3% • 1-2h : 17.7% • 2-3h : 8.5% • 3-4h • >4h - Taux de péridurale tous groupes confondus : 55.9% - Les caractéristiques maternelles retenues sont : l'âge maternel, l'ethnie, le poids, l'âge gestationnel, l'année de l'accouchement, l'utilisation d'ocytocine, la longueur de la première phase du travail, l'anesthésie et la présence d'un liquide méconial.

<p>Résultats généraux et secondaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 46% des enfants sont nés entre 0 et 1h ; 23% entre 1 et 2h ; 14% entre 2 et 3h ; 10% entre 3 et 4h et 7% après 4h de durée totale de seconde phase du travail. - Il n'y a pas de différence significative entre les groupes concernant les morbidités néonatales liées à la seconde phase du travail, soit : pH <7, base excess <-12, liquide amniotique méconial, admission aux soins intensifs, Apgar <7 à 5 min. de vie. - On observe une très nette augmentation des interventions médicales : instrumentations et césarienne après une durée de seconde phase du travail de 3 heures (p< 0.001). Après 4h le taux de césarienne est de 32.8% (p< 0.001) et de 48.4% après 6h. Les instrumentations augmentent progressivement avec la durée de la seconde phase du travail pour atteindre 51.2.% dans le groupe >4h (p< 0.001) puis redescendent à 35.2% après 6h. - Les accouchements par voie basse passent de >à 80% dans le groupe 1-2h à 56.6% dans le groupe 2-3h ; ce chiffre descend à 18.8% dans le groupe > 4h. - On observe une augmentation des hémorragies du post-partum, des chorioamniotites (p< 0.001) et des déchirures périnéales de type 3 et 4 après 4 heures (p= 0.009) passant de 11.6% dans le groupe 0-1h à 34.2% dans le groupe >4h puis à 34.9% après 6h. Ces résultats sont corrélés au taux d'interventions qui augmente avec la durée de la seconde phase. - La fréquence des hémorragies du post-partum passe de 7.1% dans le groupe 0-1h à 30.9% dans le groupe >4h puis à 40.2% après 6h. - Le risque de chorioamniotite passe de 2.4 dans le groupe 0-1h à 19.6% dans le groupe >4h. - Le risque d'endométrite passe de 1.1% dans le groupe 0-1h à 6.6% dans le groupe >4h.
<p>Validité et éthique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les auteurs sont tous médecins à l'hôpital universitaire de San Francisco en Californie (UCSF) dans le département de gynécologie et obstétrique, sciences de la reproduction, division de médecine maternelle et fœtale. - Cette étude est soutenue par l'Institut National de la santé de l'enfant et du développement humain (Etats-Unis) - L'American Journal of Obstetrics and Gynecology dans lequel l'étude a été publiée a un impact factor de 3,313 (2010).

Annexe III

Article 3

<p>Article 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Titre original : Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia - Titre en français : Un essai randomisé multicentrique sur l'effet des poussées retardées sur les nullipares sous anesthésie péridurale en continu. - Auteurs : W.D. Fraser, S. Marcoux, I. Krauss, J. Douglas, C.Goulet & M. Boulvain - Journal : American Journal of Obstetrics and Gynecology - Année : 2000 - Pays : Canada
<p>Objectifs de l'étude</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le but de cette étude est de déterminer si une politique de retardement des poussées actives dans la seconde phase du travail chez les femmes nullipares avec une péridurale en continu diminue le pourcentage d'accouchements difficiles.
<p>Méthode et population cible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cette étude randomisée a été effectuée sur 1862 nullipares avec un âge moyen de 28 ans, un travail d'accouchement spontané ou non, enceintes d'une grossesse unique avec un fœtus en position céphalique avec un non stress test normal à l'entrée, sous péridurale en injection continue. - Les femmes ont été divisées en deux groupes : <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 1 : poussée immédiate après le diagnostic de DC (926 femmes) • Groupe 2 : attente deux heures à DC avant de pousser ou ressenti d'une envie de pousser irrésistible ou présentation visible au périnée en l'absence d'anomalie du RCF. (936 femmes) - Les données étudiées sont le taux d'interventions médicales : césariennes, instrumentations, rotation manuelle de la tête foetale ainsi que les morbidités maternelles et foetales.
	<ul style="list-style-type: none"> - La durée de la seconde phase du travail est plus longue de 64 minutes dans le groupe « poussée retardée » (187 min. contre 123 min.) (p= 0.0001). - La durée des poussées est réduite de 42 minutes dans le groupe « poussée retardée » (68 contre 110 min) (p= 0.0001).

<p>Résultats généraux et secondaires</p>	<ul style="list-style-type: none">- Dans le groupe « poussée retardée » 18% des femmes ont eu un accouchement difficile contre 23% dans le groupe « poussée immédiate»:<ul style="list-style-type: none">• Souffrance fœtale• Non progression de la descente fœtale• Fatigue maternelle : 0.8% pour le groupe « poussée retardée » contre 1.2% pour le groupe « poussée immédiate »- Les interventions instrumentales quand la présentation est aux épines sont augmentées dans le groupe « poussée immédiate » (9.3% pour le groupe « poussée retardée » contre 13% pour le groupe « poussée immédiate »).- Il n’y a pas de différence significative pour les interventions au troisième détroit et pour le nombre de césariennes.- 58% des femmes du groupe « poussée retardée » ont bénéficié d’une voie basse spontanée contre 53% dans le groupe « poussée immédiate».- Les risques d’épisiotomie, de déchirures périnéales, d’hémorragie du post-partum et de fièvre dans le post-partum sont similaires dans les deux groupes, seule la fièvre pendant l’accouchement est plus fréquente dans le groupe « poussée retardée » (8.5 contre 4.5%), et plus l’attente est longue, plus le risque augmente.- La morbidité néonatale est sensiblement la même dans les deux groupes, on trouve quand même des pH plus bas dans le groupe « poussée retardée » (4.5 contre 1.8%).- Le taux de satisfaction maternelle est égal dans les deux groupes.- Une large proportion de femmes dans le groupe PA immédiate a un sentiment modéré ou fort d’avoir poussé pendant longtemps ($p < 0.001$).
<p>Validité et éthique</p>	<ul style="list-style-type: none">- Les patientes doivent être consentantes pour participer à l’étude.- L’étude inclue 1862 femmes de 12 hôpitaux différents aux Etats-Unis, Canada et Suisse.- Soutenue par le Medical Research Council of Canada.- William D. Fraser, Sylvie Marcoux, Isabelle Krauss et Michel Boulevain sont docteurs en médecine et professeurs à l’Université de Laval (Québec) dans les départements d’obstétrique et gynécologie, social et de médecine préventive. Joanne Douglas est docteur en médecine à l’Université British Columbia dans le département d’anesthésie et Céline Goulet est professeur à l’Université de Montréal à la faculté des sciences infirmières.- L’American Journal of Obstetrics and Gynecology dans lequel l’étude a été publiée a un impact factor de 3,313 (2010).

Annexe IV

Article 4

<p>Article 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Titre original: Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial - Titre en français : Les effets des poussées immédiates versus des poussées retardées dans la seconde phase du travail sur le bien-être foetal. - Auteurs : Simpson, K-R. & James, D-C. - Journal : Journal of nursing research - Année : 2005 - Pays : Etats-Unis
<p>Objectifs de l'étude</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observer les effets de l'emploi de la méthode « poussées retardées » versus « poussées immédiates » sur le bien-être foetal lors de la seconde phase du travail sur des patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale. - La plupart des études concernant la seconde phase du travail se sont focalisées essentiellement sur les impacts maternels et les praticiens ont relativement peu de données concernant la prise en charge optimale du bien-être foetal.
<p>Méthode et population cible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cet essai clinique randomisé inclut des patientes primipares sous péridurale, admises pour un déclenchement programmé du travail par ocytocine. Elles présentaient toutes une grossesse unique avec un fœtus en présentation céphalique dont le tracé était normal. Elles ne souffraient pas de pathologies obstétricales ni de pathologies pouvant altérer la saturation foetale d'O₂ (tabac, asthme, pathologie cardiaque). - Afin de mesurer la saturation foetale en O₂, un capteur d'oxygène a été introduit par le col de l'utérus et appliqué sur la joue, la tempe ou le front du fœtus. - Le bien-être foetal est évalué par la saturation d'O₂ (à DC et juste avant l'expulsion), le tracé (nombre et nature des décélérations), le score d'Apgar à 1 et 5 minutes de vie et les gaz du sang au cordon. - Deux groupes sont comparés : <ol style="list-style-type: none"> 1. Poussées actives (PA) immédiates à DC, (n=22). Poussées à glotte fermée. 2. PA retardées lorsque les femmes en ressentent l'envie ou lorsque l'attente dépasse 2 heures à DC (n=23). Position latérale dès la DC et poussée à glotte ouverte.

<p>Résultats généraux et secondaires</p>	<ul style="list-style-type: none">- Les désaturations fœtales sont significativement plus importantes dans le groupe 1 (PA immédiates) que dans le groupe 2 (PA retardées) (p= 0.001).- Il y a plus de décélérations variables et prolongées du rythme cardiaque fœtal dans le premier groupe (p= 0.02).- Il existe une différence significative de la longueur de la seconde phase du travail, celle-ci est plus courte lorsque les PA sont immédiates (101 min. contre 139 min.) (p= 0.01) mais les efforts expulsifs sont allongés dans ce groupe (101 min. contre 59 min.) (p= 0.002).- Aucune différence n'est à signaler concernant les gaz du sang, le score d'Apgar ou les paramètres du tracé fœtal.- Aucune différence n'est à souligner pour le nombre de césariennes, le taux d'instrumentation, une seconde phase de travail > à 3h et le taux d'épisiotomie entre les deux groupes. Par contre nous retrouvons plus de déchirures périnéales dans le groupe à PA immédiates (p= 0.01).- 94% des désaturations fœtales en O₂ se sont produites lors des PA. En retardant la poussée, on réduit la longueur des efforts expulsifs.- Une faible saturation en O₂ et un tracé moins rassurant montreraient un fœtus moins enclin à tolérer de longs efforts expulsifs et la poussée retardée serait d'autant plus bénéfique.- Conclusion : importance d'attendre à partir de la DC que la patiente ressente le besoin de pousser ou bien pousser après 2 heures à DC. Pousser sans instruction précise en évitant les longues phases d'apnée et pas plus de trois fois par CU.
<p>Validité et éthique</p>	<ul style="list-style-type: none">- Les deux auteurs de cette étude sont infirmières et chercheuses: K-R Simpson est spécialisée en périnatalité et PhD, elle travaille au Mercy Medical Center de St-Johns à St-Louis dans le Missouri (USA) en salle d'accouchement (8000 naissances/an) tandis que D. James est également professeur assistante dans une école d'infirmières de l'Université du Missouri à St-Louis.- La revue éditée six fois par année bénéficie d'un impact factor de 1.785 en 2011.- L'étude a été réalisée dans un centre public de niveau 3 et a été sponsorisée par la Fondation Américaine des Infirmières.- Les patientes ont dû signer un consentement éclairé lors de leur admission.

Annexe V

Article 5

<p>Article 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Titre original : Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: a randomized controlled trial - Titre en français : Poussées actives versus descente passive du mobile foetal : une étude randomisée. - Auteurs : Hansen, S. L., Clark, S. L & Foster, J. C. - Journal : The American College of Obstetricians and Gynecologists - Année : 2002 - Pays : Etats-Unis
<p>Objectifs de l'étude</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cette étude a pour objectif de comparer les issues maternelles et fœtales chez des parturientes sous anesthésie péridurale encouragées à pousser immédiatement à DC ou à attendre un certain temps avant de commencer les poussées actives. - Cette recherche met en avant la controverse liée aux différentes méthodes concernant la prise en charge de la seconde phase du travail chez les patientes sous péridurale. En effet, certaines pratiques préconisent un management optimum consistant à pousser rapidement après la DC alors que certains auteurs démontrent un avantage sur le fœtus à prolonger la seconde phase du travail si cette dernière est dirigée de manière adéquate.
<p>Méthode et population cible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Essai clinique randomisé, incluant 252 femmes primipares et multipares sous péridurale, à terme ayant une mise en travail spontanée ou provoquée. - Les auteurs ont exclu les patientes refusant une péridurale, les anomalies fœtales, les grossesses multiples, les patientes ayant reçu la péridurale après DC, les diabètes gestationnels, les hypertensions, ainsi que les présentations fœtales non-céphaliques. - Les patientes ont été affectées dans quatre groupes différents selon leur parité: <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 1 (contrôle): primipares, PA immédiates. (65 femmes) • Groupe 2 (expérimental): primipares, PA après 120 minutes ou dès la vision du mobile foetal dans l'ostium vaginal. (64 femmes) • Groupe 3 (contrôle): multipares, PA immédiates. (57 femmes)

<p>(Méthode et population cible)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe 4 (expérimental): multipares, PA après 60 minutes ou dès la vision du mobile fœtal dans l’ostium vaginal. (66 femmes) - Quel que soit leur groupe, les patientes devaient suivre les instructions pour les PA (méthode Valsalva) en position dorsale ou latérale. - La surveillance par monitoring des contractions utérines et du rythme cardiaque fœtal s’effectuait en continu. - Le diagnostic de DC était posé par la nurse ou la sage-femme référente et c’est à partir de ce moment précis que le début de la seconde phase du travail pouvait commencer. - Différentes variables ont été prises en compte afin de définir les effets sur le fœtus et sur la mère : la durée des efforts expulsifs, la durée de la seconde phase du travail, la fatigue maternelle, le nombre et le type de décélérations cardiaques fœtales, l’Apgar, le pH artériel, l’endométrite du post-partum, le taux des descentes fœtales, les déchirures périnéales et les instrumentations.
<p>Résultats généraux et secondaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La durée de la seconde phase du travail est augmentée dans les groupes ayant attendu à DC avant de pousser. Concernant la durée des PA, elle est diminuée dans les groupes ayant attendu 60’ ou 120’ selon leur parité : multipares $13' \pm 15'$ contre $24' \pm 23'$ ($p= 0.001$), primipares $58' \pm 44'$ contre $76' \pm 41'$ ($p= 0.021$). - La fatigue maternelle est diminuée chez les primipares ayant attendu avant de pousser ($p= 0.017$). Aucune différence par contre entre les multipares. - Les auteurs ont remarqué qu’il y avait moins de décélérations cardiaques fœtales dans les groupes expérimentaux, primipares ($p= 0.001$), multipares ($p= 0.004$). - Concernant l’Apgar, le pH artériel, l’endométrite, le taux d’instrumentation et les traumatismes périnéaux, il n’y a aucune différence entre les groupes contrôle et expérimental. - Toutes les césariennes (3) effectuées pendant la deuxième phase du travail, concernaient le groupe contrôle des primipares. Il s’agissait de non-progression de la présentation ou de tracé pathologique du fœtus. - Le temps des poussées actives est réduit lorsque la seconde phase du travail est prolongée et cela permet notamment à la primipare d’être moins épuisée.

	<ul style="list-style-type: none">- L'augmentation de la durée de la seconde phase du travail n'est pas corrélée aux conséquences maternelles et fœtales défavorables.- Le ACOG (American College of Gynecologists and Obstetricians) recommande deux heures pour la seconde phase du travail chez la multipare et trois heures pour la primipare. Cette étude suggère l'extension de ce temps qui peut se dérouler de manière sûre et permettrait d'observer des bénéfices sur la mère et le fœtus.
Validité et éthique	<ul style="list-style-type: none">- S. L. Hansen et J. C. Foster sont sages-femmes aux USA (Utah) et S. L. Clark est gynécologue-obstétricien, spécialiste en médecine fœtale et maternelle aux USA (Utah).- "The American College of Obstetricians and Gynecologists" a obtenu en 2011 un impact factor de 4.36.- Est-il éthiquement correct de demander à la femme de pousser immédiatement à dilatation complète qui plus est chez une primipare?

Annexe VI

Article 6

<p>Article 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Titre original: Experiences of non-progressive and augmented labour among nulliparous women: a qualitative interview study in a Grounded Theory approach - Titre en français : Expériences d'un travail non progressif et prolongé chez les femmes nullipares : une recherche qualitative basée sur des interviews. - Auteurs : Kjaergaard, H., Foldgast, A. M. & Dykes, A.-K. - Journal : BMC Pregnancy and Childbirth - Année : 2007 - Pays : Danemark
<p>Objectifs de l'étude</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir une compréhension plus profonde de l'expérience d'un travail non progressif et prolongé chez les nullipares et leur expérience de la prise en charge par le personnel soignant. - Les auteurs mettent en avant qu'un travail non progressif est la complication la plus courante chez les nullipares et que cette complication entraîne une augmentation du temps de travail. Un travail dystocique se termine dans 60% des cas par un accouchement instrumenté. Ils constatent que peu de recherches qualitatives ont été réalisées sur l'expérience que les parturientes ont d'un travail non progressif et d'un temps de travail prolongé.
<p>Méthode et population cible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cette étude qualitative multicentrique a été conduite grâce à des entretiens individuels de trente minutes, enregistrés puis retranscrits. Les données ont été rassemblées selon la méthode Grounded Theory. - L'échantillon est composé de dix femmes ayant un partenaire qui a participé à l'accouchement. - Les entretiens ont été conduits quatre à quinze semaines après leur accouchement, à leur domicile. - Les variables prises en compte sont : l'âge maternel, le niveau d'éducation, la relation avec le partenaire, le degré de dilatation au moment du diagnostic de travail non progressif, le mode d'accouchement. Une a eu un AVB spontané sous péridurale, cinq ont eu un AVB sans péridurale, trois ont eu une ventouse avec péridurale, une a eu une césarienne.

<p>Résultats généraux et secondaires</p>	<ul style="list-style-type: none">- Les femmes ont des sensations contradictoires pendant le travail et l'expulsion. Pendant le travail, elles décrivent un conflit entre l'espoir d'avoir un accouchement par voie basse spontanée et la réalité de l'accouchement instrumenté. Ces femmes ont éprouvé un sentiment de séparation entre l'esprit, ce qu'elles avaient imaginé pour leur accouchement et leur corps, qui est la réalité de ce qu'elles vivent.- L'accompagnement par la sage-femme a été un point important pour faire le lien entre ce qu'elles vivaient et ce qu'elles comprenaient de la situation, ainsi elles disent avoir pu mieux accepter la situation.- Les auteurs ont décrit un processus comprenant trois points importants et récurrents :<ol style="list-style-type: none">1. La mise en équilibre du désir d'accouchement naturel versus la réalité de l'accouchement médicalisé2. Les interactions avec la sage-femme3. La perte de contrôle et le pouvoir de reprendre le contrôle- Un processus identique a été identifié chez ces femmes vivant un travail non progressif. Elles sont sensibles aux interactions avec les sages-femmes particulièrement dans le fait qu'elles permettent à la femme de reprendre le contrôle de son corps. Les sages-femmes garantissent à la femme la bonne compréhension de la situation et font en sorte que la médicalisation se fasse avec respect.
<p>Validité et éthique</p>	<ul style="list-style-type: none">- Kjaergaard, H. et Foldgast, A. M. sont toutes deux médecins au centre Juliane Marie pour les femmes, les enfants et la reproduction dans l'hôpital universitaire de Copenhague au Danemark. Dykes, A.-K. est professeur à l'Université de Lund en Suède au sein du Département de la Santé.- Cette revue à accès libre publie des recherches qui traitent de tous les aspects de la grossesse et de l'accouchement. Elle a un impact factor non officiel de 1.72.- Les patientes ont dû signer un consentement éclairé lors de leur admission dans l'étude. Les recommandations de la déclaration d'Helsinki ont été suivies.

Annexe VII

Article 7

<p>Article 7</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Titre original : Cost-effectiveness of a delayed pushing policy for patients with epidural anesthesia - Titre en français : Les soins liés à l'accouchement coûtent plus cher avec une politique de retardement des poussées actives chez les nullipares sous anesthésie péridurale. - Auteurs : S. Petrou ; D. Coyle ; WD. Fraser - Journal : American Journal of Obstetrics and Gynecology - Année : 2000 - Pays : Canada
<p>Objectifs de l'étude</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le but de cette étude est d'analyser le coût d'un accouchement chez les primipares sous péridurale dans une politique de poussées actives retardées.
<p>Méthode et population cible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cette étude est une étude randomisée intégrant 1862 femmes nullipares sous péridurale et leurs enfants (pair). <ul style="list-style-type: none"> • Groupe « poussée immédiate » : 926 femmes (1^{er} groupe) • Groupe « poussées retardée » : 936 femmes (2^{ème} groupe) qui ressentent le besoin de pousser ou chez qui on visualise le mobile fœtal ou chez qui il y avait une indication médicale à raccourcir la durée de la seconde phase du travail. - Les variables utilisées sont : la durée de l'accouchement, le personnel mobilisé, le matériel, le temps de monitoring fœtal, les soins en post-partum, les issues de l'accouchement. - Les coûts ont été estimés en dollars canadiens.
<p>Résultats généraux et secondaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'attente moyenne avant le commencement des poussées est de 9.5 minutes pour le groupe « poussée immédiate » et 105 minutes pour le groupe « poussée retardée ». - Le temps de la seconde phase du travail est de 134 minutes pour le « poussée immédiate » et 188 minutes pour le groupe « poussée retardée ». - Une politique de poussée retardée à DC réduit les difficultés à l'accouchement d'environ 5% (risque relatif 0.79; intervalle de confiance 95% ; 0.66 à 0.95), 41 accouchements difficiles (césariennes, instrumentations) ont été prévenus. - Elle augmente également le nombre de voies basses spontanées

	<ul style="list-style-type: none">- d'environ 5% (risque relatif 1.09 ; intervalle de confiance 95% ; 1.00 à 1.18), 50 voies basses supplémentaires ont été permises.- Les morbidités maternelles et néonatales sont les mêmes dans les deux groupes à l'exception de la fièvre maternelle pendant l'accouchement qui est légèrement augmentée et des pH à la naissance plus bas dans le groupe poussées retardées.- Le coût dans le groupe « poussée retardée » est supérieur de 68\$. Il est dû à une mobilisation plus longue du personnel, une péridurale plus longtemps administrée, un monitoring plus long.- Le coût des soins per-partum dans le groupe « poussée retardée » est significativement plus élevé que dans le groupe « poussée immédiate » ($p= 0.0005$).- Il n'y a pas de différence dans la durée totale de l'hospitalisation entre les deux groupes ($p= 0.324$).- Les coûts évités liés à un accouchement difficile par une politique de poussées retardées s'élèvent à 1743\$ par accouchement.
Validité et éthique	<ul style="list-style-type: none">- Cette étude compte 1862 femmes et enfants- Soutenue par l'université d'Oxford (unité nationale d'épidémiologie périnatale) où travaille Stavos Petrou, docteur en philosophie ; le centre hospitalier universitaire du Québec (unité des essais cliniques) où travaille William D. Fraser, docteur en médecine ; et l'institut de recherche en santé de l'hôpital public d'Ottawa (l'unité d'épidémiologie clinique) où travaille Douglas Coyle, titulaire d'une maîtrise en sciences.- L'American Journal of Obstetrics and Gynecology, où l'étude a été publiée a un impact factor de 3,313 (2010).