

L'effet du « hands-off », en comparaison au « hands-on », lors du second stade du travail de l'accouchement, sur les issues maternelles et néonatales.

Mémoire de fin d'études
Travail de Bachelor

BASSI Mégane
MARZULLO Lucie
RAMONDETTO Seraina

Directrice : **Ornella ROUVEIROLLES**, sage-femme et assistante d'enseignement à la HEdS Genève filière sage-femme

Experte de terrain : **Maeva PRETALLI**, sage-femme et assistante d'enseignement à la HEdS Lausanne filière sage-femme

Haute École de Santé de Genève, Juillet 2021



Déclaration

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor. Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques ».

6 Juillet 2021, BASSI MEGANE, MARZULLO LUCIE, RAMONDETTO SERAINA

Résumé

Cadre de référence : Lors de l'expulsion de la tête fœtale, deux gestuelles sont pratiquées par le personnel soignant : la méthode « hands-on » ou la méthode « hands-off ». La première consiste à retenir le pôle fœtal d'une main et le périnée de l'autre. La seconde consiste à observer la sortie de la tête sans la toucher. A ce jour, il n'existe pas de recommandation claire et internationale concernant les manœuvres de l'accouchement.

Objectif : Ce travail a pour objectif d'évaluer l'impact des gestuelles « hands-off » et « hands-on » sur les issues maternelles (incidence du taux de déchirures, d'hémorragie du post-partum, de douleur périnéale, vécu de l'accouchement) et sur les issues fœtales (adaptation néonatale), afin de proposer une méthode préférentielle. Il a également pour but de permettre aux parturientes de faire un choix éclairé sur les manœuvres pratiquées lors de leur l'accouchement.

Méthode : La recherche d'articles a été effectuée sur la base du modèle PICO dans trois bases de données différentes : PubMed, Cinahl et LiSSa. Cinq articles ont été sélectionnés selon des critères d'inclusion.

Résultats : Les résultats mettent en évidence un taux plus faible d'épisiotomie et de douleurs périnéales à 24 heures post-partum pour la méthode « hands-off », en comparaison à la méthode « hands-on ». Le taux de périnées intacts et de déchirures de 1^{er} et 2^{ème} degré ne semblerait pas varier en fonction de la méthode utilisée. Concernant les autres issues maternelles et fœtales, les données ne permettent pas de conclure à un bénéfice supérieur de l'une des deux méthodes. Aucune étude sur le vécu de l'accouchement par les femmes n'a été trouvée.

Conclusion : Ces résultats ne permettent pas d'établir une recommandation sécuritaire concernant les gestes de l'opérateur·rice. D'autres études comportant de plus grands échantillons et portant sur les issues maternelles et néonatales précitées sont souhaitables. Afin d'encourager la décision médicale partagée, un cours sous forme de discussion et d'apport théorique destiné aux soignant·e·s serait pertinent.

Mots-clefs: méthode « hands-off », méthode « hands-on », issues maternelles, issues néonatales

Abstract

Framework : When fetal expulsion occurs, two gestures are employed: the “hands-on” or the “hands-off” methods. The first consists in holding back the cephalic pole with one hand, the other hand holding the perineum. The second consists in observing the head coming out without touching it. As of today, no recommendations exist regarding these maneuvers.

Objective : This work’s objective is to evaluate the impact of “hands-off” and “hands-on” gestures on maternal outcomes (incidence rate of tears, post-partum hemorrhage, perineum pain) and fetal outcomes (neonatal adaptation), in order to suggest a preferred method. It also has for objective to allow parturients to make an informed decision regarding the maneuvers used for their delivery.

Method : The research on articles was executed using the PICO model with three different databases: PubMed, Cinahl and LiSSa. Five articles were selected according to inclusion criteria.

Results : The results underscore an decreased rate of episiotomy and perineum pain at 24 hours postpartum for the “hands-off” method compared to the latter. The rates of intact perineum or grade one and two tears do not seem to vary regarding the method used. Concerning other maternal and fetal issues, the data remains insufficient to conclude to a superior benefit of one of the two methods. No studies on women’s childbirth experience were found.

Conclusion : The results do not allow the establishment of any safe recommendation concerning a delivery method. Other studies, including larger samples on maternal and neonatal outcomes are preferable. In order to encourage shared medical decision, a course for the caregivers, in the form of discussion with theoretical contribution would be relevant.

Key-words : “hands-off” method, “hands-on” method, maternal outcome, neonatal outcome

Remerciements

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui nous ont soutenues et aiguillées tout au long de ce travail, notamment :

Notre directrice de bachelor **Ornella ROUVEIROLLES**, sage-femme et assistante d'enseignement à la HEdS Genève, pour son accompagnement assidu et ses précieux conseils.

Notre experte de terrain, **Maeva PRETALLI**, sage-femme et assistante d'enseignement à la HEdS Lausanne, pour sa disponibilité, sa lecture et l'évaluation de notre travail.

Dr. Laurent GAUCHER, homme sage-femme et adjoint scientifique à la HEdS Genève, pour sa disponibilité et ses explications éclairantes.

Nos amies, **Olympe BERGER**, **Liv CHRISTEN**, **Cloé GACHET**, et **Auceane GUSSET** pour leur relecture attentive et leur aide.

Enfin, nous tenons à remercier l'ensemble du corps enseignant pour la matière enseignée et nos proches pour leur soutien inconditionnel.

Lexique

APGAR	Apparence, Pouls, Grimace, Activité, Respiration. Score d'évaluation de la vitalité du nouveau-né inventé par Virginia Apgar
BFS	Bundesamt für Statistik (<i>Office Fédérale des Statistique</i>)
CI	Confidence Interval (<i>intervalle de confiance</i>)
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DFI	Département Fédéral de l'Intérieur Suisse
EVA	Échelle Visuelle Analogique
HAS	Haute Autorité de Santé
HPP	Hémorragie du Post-Partum
GFASAS	Guide Francophone d'Analyse Systématique des Articles Scientifiques
I2	Test hétérogénéité
MeSH Terms	Medical Subject Headings Terms
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
RCOG-OMS	Royal College Of Gynecologist – Organisation Mondiale de la Santé
RCT	Randomized Controlled Trial (<i>essai randomisé contrôlé</i>)
Non-RCT	Non Randomized Controlled Trial (<i>essai non randomisé contrôlé</i>)
OFS	Office Fédérale des Statistiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio (<i>rapport de chance</i>)
PICO	Population, Intervention, Comparaison, Outcomes
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (<i>éléments pour le rapport des revues systématiques et des méta-analyses</i>)
RR	Relativ Risk (<i>risque relatif</i>)
UVMaF	Université Virtuelle de Maïeutique Francophone

Table des matières

Résumé	4
Abstract	5
Remerciements	6
Lexique	8
I. Questionnement professionnel	12
II. Cadre de référence théorique	14
1. Travail de l'accouchement	14
2. Expulsion et manœuvres de l'accouchement	14
<i>i. Manœuvres lors de l'expulsion de la tête fœtale</i>	15
<i>ii. Manœuvres lors de l'expulsion du reste du corps fœtal</i>	17
3. Élaboration de recommandations	18
<i>i. Enjeux</i>	18
<i>ii. Recommandations actuelles concernant les manœuvres de l'accouchement</i>	18
4. Issues maternelle et néonatales	19
<i>i. Déchirures périnéales</i>	19
<i>ii. Durée du second stade de travail</i>	22
<i>iii. Hémorragies du Post-partum</i>	23
<i>iv. Douleur post-accouchement</i>	23
<i>v. Adaptation néonatale</i>	24
<i>vi. Vécu de l'accouchement</i>	25
5. Synthèse et Problématique	26
III. Dimension éthique	28
IV. Méthode : Recherche de la littérature	30
1. Détermination des mots-clefs selon le modèle PICO	30
2. Recherche d'articles	30
3. Recherche dans les différentes bases de données	31
4. Critères de sélection et choix des cinq articles	31
<i>Figure 1 : Flow chart du processus de sélection des études</i>	33
5. Articles retenus	34
6. Limites	34
V. Présentation et articulation des résultats	36
1. Description des articles	36
2. Méthodologie des articles inclus	41

3.	Articulation des résultats.....	44
i.	<i>Incidence des lésions périnéales</i>	44
ii.	<i>Incidence des hémorragies lors du travail de l'accouchement</i>	48
iii.	<i>Incidence des douleurs périnéales du post-partum</i>	48
iv.	<i>Durée du second stade de travail</i>	49
v.	<i>Adaptation néonatale</i>	50
VI.	Discussion	52
1.	Discussion des résultats	52
2.	Forces et limites de ce travail.....	54
i.	<i>Forces</i>	54
ii.	<i>Limites</i>	54
3.	Propositions de nouvelles recherches	56
VII.	Retour dans la pratique	57
1.	Proposition concrète.....	57
2.	Limites	59
VIII.	Conclusion	60
	Bibliographie	61
	Annexes	65
	Annexe 1	65
	Annexe 2	68
	Annexe 3	70
	<i>Annexe 4</i>	73
	<i>Annexe 5</i>	75

I. Questionnement professionnel

« La gestuelle de l'accouchement varie d'un professionnel à l'autre en fonction de l'expérience et du lieu d'exercice » (Haute Autorité de Santé (HAS), 2018, p.82).

Lors de la seconde phase du travail de l'accouchement, certain·e·s soignant·e·s pratiquent différentes manœuvres, telles que le contrôle et ralentissement de la sortie de la tête fœtale, ainsi que le soutien du périnée, afin de préserver celui-ci. Ces deux gestes sont regroupés sous le nom de méthode « hands-on ». D'autres soignant·e·s ne pratiquent pas ces manœuvres de manière systématique. Cette pratique est nommée méthode « hands-off ». Il existe également la méthode dite « hands-poised ». Celle-ci consiste à garder les mains en suspens, prêtes à retenir le pôle fœtal, ainsi que le périnée, si la tête venait à sortir brusquement. Ces deux dernières méthodes s'inscrivent dans une volonté de retour à un accouchement avec un minimum d'intervention de la part du personnel soignant.

En ce qui concerne les manœuvres de l'accouchement, il n'existe pas de recommandation actuelle en faveur de la méthode « hands-on » ou de la méthode « hands-off ». La question se pose donc de la systématisation de ces manœuvres de l'accouchement, en l'absence d'indications claires, par certain·e·s soignant·e·s ou institutions, dans le cadre d'un accouchement physiologique.

L'objectif principal invoqué pour l'utilisation de la méthode « hands-on » est la prévention des lésions périnéales. Les lésions périnéales, à la suite d'un accouchement par voie basse, sont fréquentes. Ces lésions sont qualifiées de déchirures et sont classées dans différents degrés, par ordre croissant de gravité, selon le type de tissus touchés. En Suisse, une déchirure est constatée pour 54,7% des naissances par voie basse. Dans 94,7% des cas, ces déchirures sont de 1^{er} ou de 2^{ème} degré (Office Fédérale de la Statistique (OFS), 2017). Les conséquences précoces des déchirures peuvent être : la douleur, une dysurie, une hémorragie, un hématome puerpéral, un thrombus génital ou l'infection et/ou la désunion de la suture. À long terme, les déchirures peuvent avoir un impact sur la vie sexuelle (dyspareunies) ou provoquer des incontinences urinaires et, ou anales, ainsi que des douleurs chroniques. Les déchirures de 3^{ème} et 4^{ème} degré cumuleront les conséquences citées ci-dessus de manière plus importante que les déchirures de 1^{er} et 2^{ème} degré.

Cependant, le taux de déchirures et les douleurs périnéales associées ne sont pas les seuls facteurs à prendre en compte pour l'établissement de recommandations pour le second stade d'un accouchement physiologique. Afin de pouvoir suggérer une méthode préférentielle, il est nécessaire de s'assurer de la sécurité des femmes et de leur enfant. En effet, la naissance peut engendrer de nombreuses complications autant maternelles que fœtales. L'hémorragie du post-partum (HPP) fait partie des complications majeures de l'accouchement, à inclure dans la balance bénéfices-risques. Selon Lansac et al. (2016), elle est la première cause de mortalité intrapartum en France et de morbidité maternelle sévère des pays avec un accès sanitaire large. Selon l'OFPS (2017), l'HPP a touché 78,5 accouchements sur 1000 en Suisse, entre 2012 et 2017. Les conséquences majeures de l'HPP sont l'anémie, le choc hémodynamique, les coagulopathies acquises, les accidents ou complications d'une transfusion, et l'hystérectomie (Marpeau et al., 2010). À long terme, les conséquences de l'HPP présentent un risque augmenté de stress post-traumatique, ainsi qu'une récurrence d'HPP (Lansac et al., 2016). La durée du 2^{ème} stade de travail et l'adaptation néonatale doivent également être évaluées lors de l'utilisation respective des deux méthodes « hands-on » et « hands-off ».

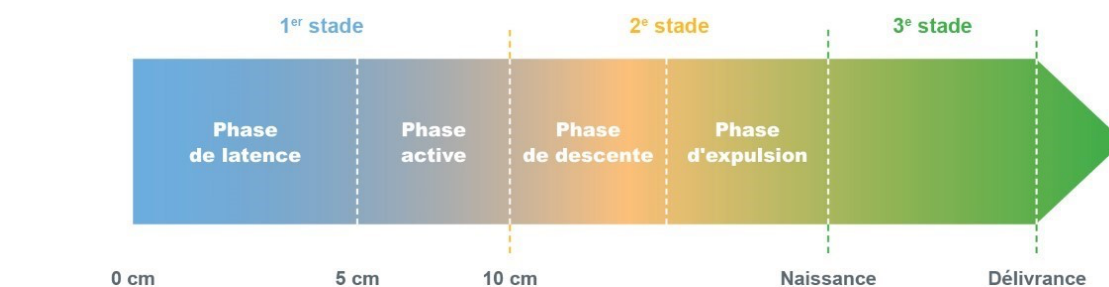
D'autre part, les méthodes d'accouchement proposées devraient s'accorder aux besoins et souhaits des femmes, qui correspondent, selon la HAS (2018) à « moins de médicalisation et davantage de respect du déroulement spontané de l'accouchement ». Dans une perspective d'intégration globale de la patiente dans le système de santé, le vécu de l'accouchement par la parturiente en fonction de la méthode évaluée doit être pris en compte. Cette considération s'inscrit dans la volonté de fonctionner sur le modèle du « patient·e partenaire de soin » développé par l'université de Montréal. Ce dernier a pour but d'améliorer la compliance, la qualité et l'efficacité des soins (Lecocq et al., 2017). Il dépasse l'approche dite « centrée sur la·le patient·e », en intégrant son vécu comme une expertise et en la·le considérant comme un·e membre à part entière de l'équipe soignante (Pétre et al., 2020).

Ce travail a pour objectifs de permettre aux professionnel·le·s de pratiquer des soins adaptés, favorisant la sécurité et le bon vécu de l'accouchement des parturientes. D'autre part, il vise à pouvoir permettre à ces dernières de faire un choix éclairé sur les manœuvres pratiquées lors de leur accouchement.

II. Cadre de référence théorique

1. Travail de l'accouchement

Selon la HAS (2018), le travail de l'accouchement se divise en trois stades distincts, eux-mêmes divisés en plusieurs phases :



Tiré de : La HAS, (2018)

Marpeau et al. (2010) décrivent un 4^{ème} stade de l'accouchement. Celui-là s'étend de la délivrance jusqu'à la stabilisation des constantes maternelles, et dure environ deux heures.

La HAS (2018) définit l'accouchement normal de la manière suivante : un accouchement qui débute de façon spontanée, sans déclenchement et qui ne comporte que de faibles risques en amont et tout au long de l'accouchement. Ces risques doivent avoir été identifiés dès la mise en route du travail. La naissance doit avoir lieu entre la 37^{ème} et 42^{ème} semaine d'aménorrhée. L'expulsion est spontanée et se fait en présentation du sommet. Les paramètres vitaux de la mère et de l'enfant sont normaux dans le post-partum. Sont incluses les interventions suivantes : l'amniotomie, l'antibioprophylaxie, l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail ou prophylaxique au 3^{ème} stade du travail, la pose d'une voie veineuse, et l'analgésie loco-régionale.

2. Expulsion et manœuvres de l'accouchement

L'expulsion est la deuxième phase du second stade du travail. Elle se divise en plusieurs temps : les efforts expulsifs, l'ampliation du périnée, le dégagement de la tête fœtale et l'expulsion du corps fœtal (Lansac et al., 2016). Les efforts de poussées combinent la force des contractions utérines et la force de la contraction des muscles abdominaux et du diaphragme. La tête fœtale, ainsi propulsée sur le périnée, va induire son ampliation. La distance ano-vulvaire s'allonge, le périnée antérieur subit un

étirement, la vulve s'horizontalise et l'anus se dilate de façon (Lansac et al., 2016). La flexion de la tête fœtale va permettre la fixation de la région sous-occipitale de celle-ci sous la symphyse pubienne. Ainsi, le bord inférieur de la symphyse va servir de pivot à la présentation fœtale, qui va progressivement se défléchir et se dégager de l'occiput à la face.

Les manœuvres de l'accouchement, pratiquées lors de la phase d'expulsion, ont pour but de prévenir et réduire le taux et le degré des déchirures périnéales (HAS, 2018). Ces manœuvres varient en fonction du·de la professionnel·le qui les pratique, de son expérience et du lieu dans lequel il·elle exerce. Les techniques de soutien du périnée et d'accompagnement lors du dégagement de la tête et des épaules fœtales sont celles enseignées à la Haute École de Santé de Genève (HEdS). La méthode « hands-on » est également la technique la plus pratiquée en France (HAS, 2018).

i. Manœuvres lors de l'expulsion de la tête fœtale

Méthode « hands-on »

La méthode « hands-on » se pratique lors de la phase d'expulsion d'un accouchement céphalique. Elle consiste à maintenir le pôle fœtal d'une main, et à maintenir le périnée de l'autre. Le contrôle de la tête fœtale, maintenue ainsi fléchie, évite une déflexion brutale, dans le but de limiter le risque de lésions périnéales (HAS, 2018).



Tiré de : Pierce-Williams et al., 2019

Méthode « hands-off »

En opposition à la méthode « hands-on », la méthode « hands-off » consiste à observer le dégagement de la tête fœtale, sans poser les mains sur le périnée ou le pôle fœtal.

On distingue également la méthode « hands-poised ». Pour le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017), cette dernière consiste à garder les mains à proximité du pôle fœtal, prêtes à intervenir, dans les cas où l'expulsion serait rapide. Ces deux méthodes, « hands-off » et « hands-poised », sont très utilisées dans les pays anglo-saxons et dans le Nord de l'Europe. Elles favorisent un accouchement sans interventions extérieures (HAS, 2018).

Manœuvre de Ritgen

Cette manœuvre consiste à aller « crocheter » le menton fœtal en arrière de l'anus maternel avec une main, tout en ayant l'autre posée sur la tête fœtale, afin de contrôler la vitesse d'expulsion (Lansac et al., 2016).



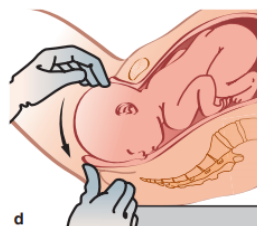
a. Avec l'index de la main gauche, la sage-femme, l'interne ou le médecin accentue la flexion de la tête pour qu'elle se fixe sous la symphyse. La main droite cherche le front à travers le périnée.



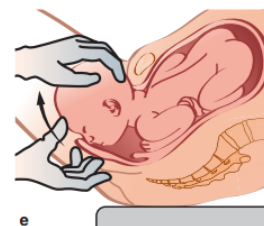
b. La main gauche maintient la flexion de la tête, et le pouce, soutenant le périnée, repousse à travers lui le front.



c. La main droite a saisi le menton à travers le périnée et fait remonter la tête. La main gauche exerce une contre-pression de façon à contrôler l'expulsion.



d. La grande circonférence céphalique franchit l'anneau vulvaire. C'est avec la main droite qui tient le menton que l'on fait sortir la tête, la main gauche retient l'occiput pour éviter une expulsion brutale et la déchirure du périnée. La femme ne doit pas pousser pendant cette période.

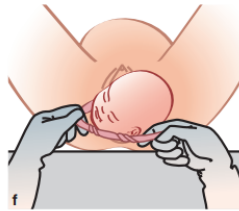


e. Dégagement : les doigts au travers du périnée accrochent le front, la face et le menton et défléchissent la tête, tandis que la main gauche retient une déflexion trop rapide et régularise le mouvement.

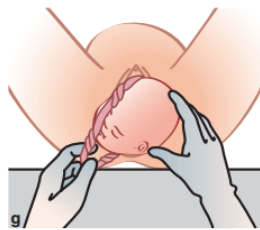
Tiré de : Lansac et al., 2016

ii. Manœuvres lors de l'expulsion du reste du corps fœtal

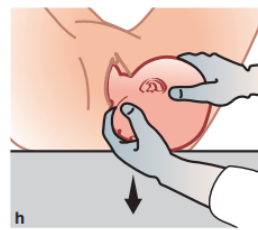
Après l'expulsion de la tête fœtale, l'étape suivante est la vérification d'une éventuelle circulaire. Puis, si elle n'est pas spontanée, la·le sage-femme fera un mouvement de restitution de la tête fœtale, en étant attentif au côté de son dos. Enfin, la·le soignant·e dégagera les épaules de celui-ci. (Lansac et al, 2016).



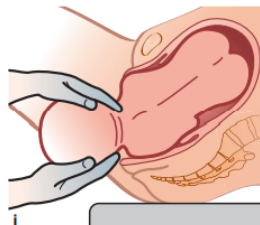
f. La tête après le dégagement : la tête, qui vient de se dégager, l'occiput en avant, accomplit un mouvement de restitution qui l'oriente en transverse, l'occiput du côté du dos. Si le cordon fait un circulaire autour du cou, on l'attire au-dehors pour former une anse que l'on passera autour de la tête. Si le circulaire est trop serré, il faut couper le cordon entre deux pinces de Kocher.



g. Réduction d'un circulaire du cordon après le dégagement de la tête. On fait passer le cordon autour de la tête de l'enfant, le dégagement des épaules va alors pouvoir se faire.



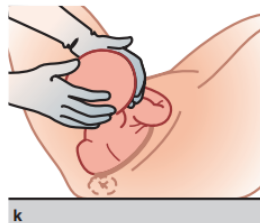
h. Dégagement des épaules : pour dégager l'épaule antérieure, la tête est saisie à deux mains, sous le menton et l'occiput, et abaissée fortement dans le sens de la flèche, sur le plan du lit.



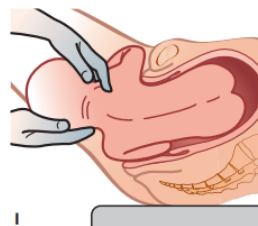
i. Dégagement de l'épaule antérieure (vue de profil) : la tête est abaissée vers le plan du lit pour fixer l'épaule antérieure sous la symphyse.



j. Dégagement de l'épaule et du bras antérieur : l'épaule étant abaissée à la vulve, le bras est extrait à son tour.



k. Dégagement de l'épaule postérieure : le bras antérieur étant dégagé, la tête, toujours saisie à deux mains, est ramenée vers le haut. On surveille le périnée pour éviter une déchirure du fait du dégagement trop brutal de l'épaule postérieure.



l. Dégagement de l'épaule postérieure vu de profil.

Tiré de : Lansac et al., 2016

3. Élaboration de recommandations

i. *Enjeux*

L'établissement de recommandations dans le domaine de l'obstétrique cible plusieurs enjeux. Elles doivent à la fois garantir la sécurité des femmes et de leur enfant, ainsi que répondre à la demande de ces premières (HAS, 2018). Les recommandations visent également à harmoniser les pratiques, éviter des gestes iatrogènes, la surmédicalisation ainsi que le gaspillage des ressources. Elles permettent également aux femmes de prendre des décisions de manière éclairée quant à leur grossesse et à leur accouchement (HAS, 2018).

Bollondi et al. (2017) affirment que :

Le patient capable de discernement est le seul à pouvoir consentir ou non à un soin. Toutefois, ce consentement est considéré comme valable uniquement si le choix du patient capable de discernement est effectué de manière libre et éclairée. En effet, le patient doit pouvoir comprendre le sens et l'opportunité d'une action (choix éclairé) et prendre une décision après avoir disposé d'un temps de réflexion adéquat et sans pression extérieure (choix libre) (p.6).

ii. *Recommandations actuelles concernant les manœuvres de l'accouchement*

En ce qui concerne les manœuvres de l'accouchement, il n'existe actuellement pas de recommandation en faveur de la méthode « hands-on » ou de la méthode « hands-off ». La HAS (2018) affirme que :

Il n'existe pas de données suffisantes dans la littérature permettant de recommander une technique de dégagement de la tête fœtale. Cependant, en France, où la technique « hands-on » est largement utilisée, on observe des déchirures des 3^{ème} et 4^{ème} degré plus faibles que dans les pays utilisant habituellement la technique « hands-off ». Concernant la technique de dégagement des épaules du fœtus, aucune donnée n'a été retrouvée dans la littérature (p.86).

En effet, une étude de cohorte rétrospective réalisée en Angleterre par Gurol-Urganci et al. (2013) met en évidence une augmentation de 1,8 % en 2000 à 5,9 % en 2011 du taux de déchirures de 3^{ème} et 4^{ème} degré (HAS, 2017). Les auteur·e·s affirment que l'explication la plus probable à cette augmentation est l'amélioration du diagnostic

des déchirures, suite à la mise en place d'une classification standardisée des déchirures périnéales (Gurol-Urganci et al., 2013).

Le NICE (2017) affirme que les deux méthodes, « hands-off » et « hands-on », peuvent être pratiquées afin de favoriser un accouchement spontané. Ces recommandations se basent sur celles du NICE de 2007 et n'ont pas été modifiées depuis.

Pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2018), « les techniques visant à réduire le traumatisme du périnée et à faciliter la naissance spontanée (y compris le massage du périnée, les compresses chaudes, et une surveillance « manuelle » du périnée) sont recommandées, selon les préférences de la femme et les options disponibles » (p.7).

4. Issues maternelle et néonatales

Afin d'établir une recommandation, telle que les différentes techniques de l'accouchement, il est nécessaire d'évaluer les risques de celles-ci sur les différentes issues maternelles et néonatales. Ci-dessous sont développées des issues maternelles et néonatales pouvant potentiellement être impactées par les techniques de dégagement du pôle fœtal.

i. Déchirures périnéales

Définition

Selon l'OFS (2017), 54,7% des femmes accouchant par voie basse en Suisse, ont une déchirure périnéale.

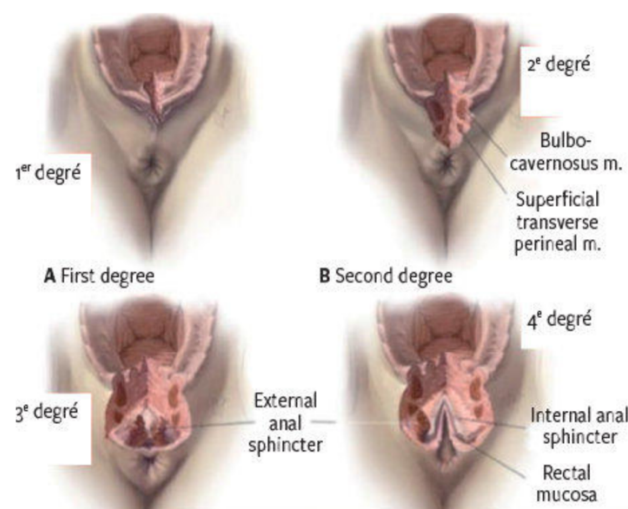
Pour le Comité éditorial de l'Université Virtuelle de la Maïeutique Francophone (UVMaF) (2014), l'apparition de déchirures dépend des différentes structures anatomiques concernées, de leur capacité de résistance à la tension et du déroulement de l'expulsion. Au cours de la première phase du travail, les structures anatomiques les plus à risque de déchirures sont les faisceaux sphinctériens des releveurs par l'appui du pôle fœtal sur celles-ci. Au cours de la deuxième phase du travail, la structure anatomique la plus à risque est le noyau fibreux central du périnée, celui-ci étant la structure la moins élastique. Il y a également la muqueuse vaginale. En effet, la déchirure commence au niveau de l'hymen et peut remonter dans le vagin, en direction des épines sciatiques.

Le périnée est défini comme intact lorsqu'il n'y a pas de lésions anatomiques au niveau de ce dernier. Selon Lansac et al. (2016), il faut rester vigilant, car l'absence de déchirure au niveau de la peau n'exclut pas l'absence de lésions musculaires, dites fermées.

Les déchirures du périnée sont classées par degré, en fonction de l'importance de l'atteinte anatomique. En Suisse, la classification utilisée est celle du Royal College of Obstetricians and Gynecologists et de l'OMS (RCOG-OMS) (De Rham et al., 2017). Cette classification distingue quatre degrés de déchirures :

- Déchirure de 1^{er} degré : l'épithélium vaginal ou vulvaire est atteint.
- Déchirure de 2^{ème} degré : les muscles périnéaux superficiels sont atteints.
- Déchirure de 3^{ème} degré : le sphincter anal est atteint. En fonction du pourcentage de cette atteinte, les déchirures de 3^{ème} degré sont soit de degré 3a (atteinte de moins de 50% du sphincter anal externe), soit de degré 3b (atteinte de plus de 50% de l'épaisseur du sphincter anal externe) ou soit de degré 3c (atteinte du sphincter anal interne).
- Déchirure de 4^{ème} degré : l'épithélium anal est atteint.

Cette classification n'est pas internationale. Selon le territoire ou les établissements, la classification change. La littérature française classe les lésions périnéales en trois degrés. Selon Lansac et al. (2016), le premier degré de déchirure regroupe le 1^{er} et 2^{ème} degré de la classification RCOG-OMS. Le 2^{ème} degré concerne les déchirures atteignant le sphincter anal. Le 3^{ème} degré concerne les déchirures avec atteinte complète du sphincter et de la muqueuse rectale.



Tiré de : Revue médicale suisse (2017)

Se distinguant des déchirures spontanées, l'épisiotomie est l'acte d'inciser le périnée avec un ciseau ou un scalpel. Il existe plusieurs techniques d'incisions qui varient dans leur orientation, longueur et profondeur. Selon son orientation, on distingue l'épisiotomie médiane, médio-latérale ou latérale (Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), 2005). Il résulte de cet acte une lésion de l'épithélium vaginal ou vulvaire et des muscles périnéaux superficiels, le bulbospongieux et le transverse superficiel. La lésion équivaut donc à une déchirure de 2^{ème} degré. Cet acte a été prodigué de manière prophylactique au cours du siècle dernier afin d'accélérer la naissance et de protéger le périnée maternel (Vardon et al., 2012), sans que ces bénéfices ne soient scientifiquement prouvés (Bader, 2010). Dans les années 80 cette pratique est remise en question suite à la publication de différentes études Evidence-Based (Bader, 2010). Selon Bel cité par St-Amant (2013), l'épisiotomie n'est pas un facteur protecteur des hémorragies intracrâniennes ou de l'asphyxie intrapartum pour le fœtus. Enfin, elle semble augmenter le risque d'hémorragie du post-partum (Langer, 2006). En Suisse, selon l'OFS (2017), la pratique de l'épisiotomie varie de 24,9% à 17% entre 2012 et 2017. Sa pratique est majoritairement associée aux accouchements instrumentés. Malgré cette diminution de recours à l'épisiotomie, le taux de déchirures de 3^{ème} et 4^{ème} degré n'est pas en augmentation (OFS, 2019).

Selon le comité éditorial de l'UVMaF (2014), les déchirures périnéales sont souvent associées à des déchirures vulvaires, vaginales et cervicales.

En Suisse, 94,7% des déchirures périnéales sont de 1^{er} ou 2^{ème} degré. L'accouchement non-instrumenté provoque 55,7% des déchirures périnéales dont 2% sont de 3^{ème} ou 4^{ème} degré (OFS, 2019). L'accouchement instrumenté provoque 49,6% de déchirures dont 7,4% sont de 3^{ème} ou 4^{ème} degré. Concernant l'épisiotomie, elle est plus fréquente lors d'accouchements instrumentés (49,6% contre 10,6% en l'absence d'instrumentation (OFS, 2019)).

Facteurs de risque

Plusieurs facteurs jouent un rôle dans le risque de déchirures périnéales. Selon Goerke (2004), le risque de déchirures dépend de la proportion fœto-pelvienne, de la variété de présentation du pôle fœtal et du temps de travail de l'accouchement. Lansac et al. (2016) ajoutent à ces facteurs de risque la qualité des tissus de la parturiente, la

prise de poids de celle-ci pendant la grossesse, et un poids de naissance élevé. Enfin, Bertholdt (2019) cite également les accouchements instrumentés. Selon Salameh et al. (2011), la parité se dégage comme étant un facteur protecteur.

Conséquences physiques et psychiques des traumatismes périnéaux

Les déchirures périnéales demandent, dès le 2^{ème} degré, une réfection. Dans certain cas, une absence de suture peut engendrer une hémorragie. La réparation peut se faire en salle d'accouchement ou au bloc opératoire selon l'atteinte lésionnelle et l'institution. La déchirure en elle-même et sa réfection est source de douleur, une anesthésie est donc utilisée, ce qui peut engendrer des risques liés à cette dernière. La plaie doit-être entretenue, car il y a un risque d'infection, d'hématome puerpéral ou de thrombus génital. Il est également possible que la suture se désunisse (Comité éditorial de l'UVMaF, 2014).

Les conséquences à moyen et long terme varient selon le degré de déchirure. Selon Lansac et al. (2016), les trois conséquences principales sont l'incontinence urinaire, anale ou le prolapsus. La douleur liée aux déchirures peut provoquer à long terme des conséquences concernant l'activité sexuelle. Les dysfonctions sont multiples et comprennent des troubles du désir, de l'excitation, de la lubrification ainsi que la présence de dyspareunie ou d'un vaginisme (De Rham et al., 2017).

D'après Mamin (2006), les femmes ayant eu une déchirure périnéale touchant le sphincter anal disent souffrir d'un trouble de l'image corporelle, avoir l'impression de perdre la maîtrise de leur corps et développer un sentiment d'anxiété.

ii. Durée du second stade de travail

En l'absence de souffrance fœtale, la durée des efforts expulsifs ne devrait pas excéder 30 à 45 minutes, selon quoi le risque d'HPP serait augmenté (Lansac et al., 2016). Selon la littérature, la durée de l'accouchement n'aurait pas d'influence sur l'adaptation néonatale (Lansac et al., 2016). Il n'existe cependant pas de consensus actuel sur la durée maximale du 2^{ème} stade de l'accouchement.

iii. Hémorragies du Post-partum

Selon Lansac et al. (2016), l'HPP est caractérisée par la perte sanguine d'au moins 500ml après l'expulsion jusqu'à 24 heures post-accouchement. L'HPP est qualifiée de sévère quand la perte sanguine s'élève au-delà de 1000ml dans les 24 heures, quelle que soit la voie d'accouchement.

L'HPP est la complication majeure des accouchements. En Suisse, 78,5% des femmes ayant accouché entre 2012 et 2017 ont eu une HPP (OFS, 2019). La première étiologie de l'HPP est l'atonie utérine, suivie par la rétention placentaire, les plaies des voies génitales, l'hématome péri-génital, la rupture utérine, l'inversion utérine, les anomalies placentaires et les pathologies de l'hémostase (Lansac et al., 2016). Les déchirures provoquées par l'accouchement sont à l'origine de 15 à 20% des HPP (Lansac et al., 2016). L'administration prophylactique d'utérotonique est recommandée, afin de diminuer le risque d'HPP (OMS, 2018).

iv. Douleur post-accouchement

Selon la HAS (2018), « la douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (p.1).

Une étude a mis en lien l'incidence des douleurs périnéales avec les différents types d'atteintes périnéales, à différents moments du postpartum (Macarthur & Macarthur, 2004) :

Tableau 1 : incidence des douleurs au postpartum selon le type de déchirures périnéales

	J1 postpartum	J7 postpartum	6 semaines postpartum
Périnées intacts	75%	38%	0%
Déchirures degrés 1 et 2	95%	60%	4%
Épisiotomies	97%	71%	13%
Déchirures degrés 3 et 4	100%	91%	20%

Selon un article de Rigouzzo (2015), la plupart des femmes ayant accouché par voie basse auraient des douleurs aigües lors du post-partum immédiat. Le taux de femmes souffrant de ces douleurs dépend notamment du degré de déchirure causé par l'accouchement (Tableau1). Ces douleurs aigües interfèrent sur la reprise des activités quotidiennes comme la diurèse causée par des gènes mictionnelles, la marche, l'humeur, le sommeil, les relations avec l'entourage ou encore les capacités de concentration (Rigouzzo, 2015). Ce même article souligne que les douleurs aigües du postpartum sont prévisibles en fonction de certains facteurs, comme la gravité des lésions périnéales, la primiparité, l'extraction instrumentale et la durée de la seconde phase de travail (Rigouzzo, 2015). Enfin, la technique de suture aurait un impact sur l'intensité de la douleur périnéale pendant les dix premiers jours après l'accouchement (points séparés avec fils non résorbables l'augmenterait, comparé au surjet intradermique avec fils résorbables qui la diminuerait) (Rigouzzo, 2015). Pour finir, à six semaines postpartum, il y aurait encore 15% des patientes avec lésions périnéales qui souffriraient d'un syndrome douloureux persistant (Rigouzzo, 2015).

v. *Adaptation néonatale*

Score d'APGAR

L'adaptation extra-utérine s'évalue grâce au score d'Apgar, à 1/5/10 minutes de vie de l'enfant, et il comprend cinq paramètres :

Paramètres	0	1	2
Battements cardiaques	Absents	< 100/min	> 100/min
Mouvements respiratoires	Absents	Lents, irréguliers	Vigoureux, avec cri
Tonus musculaire	Nul	Faible : légère flexion des extrémités	Fort : quadri-flexion, des mouvements actifs
Réactivité à la stimulation	Nulle	Faible : grimace	Vive : cri, toux
Coloration	Globalement bleue ou pâle	Corps rose, extrémités bleues	Totalement rose

Tiré de : Lansac et al., 2011

Un score supérieur à sept à 1 et 5 minutes de vie signifie une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Si le score est inférieur à sept à un moment quelconque des dix premières minutes de vie, cela signifie la présence de difficultés d'adaptation (Lansac et al., 2011).

pH au cordon ombilical

Un prélèvement sanguin veineux et artériel au cordon ombilical du nouveau-né est effectué à la naissance. En effet, l'analyse du pH, associé à la clinique de ce dernier et/ou à des événements survenus pendant le travail, permet de détecter ou d'affirmer l'étiologie des troubles d'adaptation, qu'ils soient d'ordre respiratoire ou métabolique ; il demeure également l'un des critères majeurs afin d'évaluer le pronostic immédiat et à long terme de l'état d'un nouveau-né (CNGOF, 2014).

Selon le CNGOF (2014), les normes sont :

- Artériel : pH = 7,24 +/- 0,07
- Veineux : pH = 7,33 +/- 0,06

vi. Vécu de l'accouchement

« Toutes les femmes ont le droit de vivre positivement la naissance de leur enfant » (OMS, 2018). L'expérience de celle-ci est propre à chaque femme. Dans certains cas, l'accouchement, « de par son caractère unique, bouleversant, potentiellement mortel et très intense, tant du point de vue physique que psychologique » (Chabbert & Wendland, 2016, p.200) peut être vécu par la femme et/ou par sa famille comme un événement traumatique.

L'OMS a publié, en 2018 56 recommandations sur les soins périnataux afin de favoriser une expérience d'accouchement positive. Celles-ci se basent sur le principe selon lequel la majorité des femmes souhaitent être actrices de leur accouchement et prendre part aux décisions le concernant, y compris lorsqu'il s'agit d'interventions médicales (OMS, 2018). En effet, plusieurs études montrent que le sentiment de perte de contrôle perçu par les femmes lors de l'accouchement pourrait impacter leur état psychique au post-partum (Chabbert & Wendland, 2016, p.200). Des informations insuffisantes sur la prise en soins au moment de la naissance auraient également une influence sur l'expérience de celle-ci. Selon Lahaye (2016, citée par Franeczek, 2018), « tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente » (p.3) est défini comme de la violence obstétricale.

Afin de respecter les besoins des femmes, il semble essentiel de la part des professionnel·le·s de les considérer comme partenaires de la prise en soins. Afin qu'elles puissent être actrices de leur propre santé, une relation soignant·e·s - femmes basée sur le modèle de « décision médicale partagée » est encouragée. Celui-ci implique, premièrement, de la part du personnel soignant d'échanger avec les femmes toutes les informations nécessaires pour la prise de décision (HAS, 2013). Deuxièmement, la prise de décisions se fait conjointement, dans le but d'assurer la santé des femmes.

5. Synthèse et Problématique

Il n'existe actuellement pas de recommandation claire au sujet des manœuvres de l'accouchement, permettant d'adopter une systématique. La pratique diffère selon les soignant·e·s, leurs expériences et leur lieu d'exercice. La méthode « hands-off » a pour but de minimiser les interventions extérieures lors de l'accouchement, ce qui s'inscrit dans une demande accrue d'une prise en soin au plus proche de la physiologie de l'accouchement de la part des femmes. Les pays anglo-saxons et certains pays de l'Europe du nord utilisent de manière préférentielle la méthode « hands-off » à la méthode « hands-on ». En France, les recommandations concernant ces méthodes ne sont pas explicites, mais suggèrent néanmoins une augmentation de l'incidence des déchirures de 3^{ème} et 4^{ème} degré dans le cas de l'utilisation de la méthode « hands-off » (HAS, 2018).

Afin de pouvoir établir une recommandation, il est nécessaire de pouvoir garantir la sécurité des femmes et de leurs enfants. Durant la seconde phase de travail, ces dernier·ère·s sont exposé·e·s à plusieurs risques. D'autre part, il est essentiel que ces recommandations correspondent aux besoins et souhaits des femmes. Être actrices de leur accouchement et prendre part aux décisions les concernant est primordial pour une majorité des femmes (OMS, 2018). Un désir accru de retour à des accouchements plus respectueux de la physiologie est également observé (HAS, 2018).

Cette recherche a donc pour but de déterminer s'il existe une méthode préférentielle, entre les méthodes « hands-on » et « hands-off ». Pour ce faire différentes issues sont recherchées : l'incidence des lésions périnéales, le taux d'HPP, la durée du 2^{ème} stade de travail, l'adaptation néonatale, les douleurs périnéales du

post-partum et le vécu de l'accouchement, selon le type de méthode pratiquée dans le cadre d'un accouchement physiologique.

Ce qui amène à la question de recherche suivante :

« Quel est l'effet du « hands-off », en comparaison au « hands-on », lors du second stade du travail de l'accouchement, sur les issues maternelles et néonatales ? »

Ce travail est basé sur une recherche de la littérature scientifique actuelle comparant ces deux méthodes, et sur l'analyse des résultats de ces études.

III. Dimension éthique

Selon Beauchamp (2019), les quatre principes fondamentaux de l'éthique biomédicale sont : l'autonomie, la justice, la bienveillance et la non-malfaisance.

Le respect de l'autonomie des patient·e·s leur permet de rester acteur·rice de leur propre santé. Ce principe requiert de la part des soignant·e·s de donner toutes les informations médicales nécessaires aux patient·e·s, afin de leur permettre de faire un choix éclairé. Le respect de l'autonomie est également primordial dans le domaine de la recherche, dans le but d'empêcher que l'être humain ne soit utilisé comme moyen pour atteindre un objectif (Département fédéral de l'intérieur Suisse [DFI], 2006). Concernant la méthode « hands-on », la question de la nécessité de l'usage de cette méthode s'inscrit dans la volonté de respecter au maximum l'autonomie de la patiente. Par cette recherche nous souhaitons mettre en évidence les résultats des issues maternelles, fœtales et obstétricales concernant ces deux méthodes, ceci dans le but d'apporter aux femmes une information claire, leur permettant de faire un choix éclairé.

Le respect du principe de la justice permet à chaque individu de bénéficier de la même qualité de soin, ainsi que des mêmes moyens. Dans la recherche, ce principe implique pour la·le chercheur·euse de sélectionner des études variées avec des résultats hétérogènes. Les articles inclus dans cette recherche ont été sélectionnés à l'aide du modèle PICO. La recherche des articles a été effectuée dans diverses bases de données reconnues par la communauté scientifique afin de sélectionner un large panel d'études. Enfin, les études ont été choisies sur la base de critères d'inclusion, dans le but de retenir les plus pertinentes concernant le sujet de ce travail.

Les principes de non-malfaisance et de bienfaisance comprennent l'interdiction de faire du mal, et le devoir de faire du bien. Ceci implique la pesée des risques et des bénéfices pour chaque acte médical effectué. Cette étude cherche à comparer l'incidence de plusieurs issues, autant maternelles que fœtales, en fonction des méthodes « hands-off » ou « hands-on », afin d'assurer la sécurité de ceux-ci. La question de recherche a donc pour but de déterminer une méthode qui serait la plus bienfaisante et la moins malfaisante.

Enfin, ce travail respecte la propriété intellectuelle des auteur·e·s selon l'article 25 de la loi fédérale du 9 octobre 1992 sur le droit d'auteur et le droit des voisins [LDA], en les citant et en indiquant les sources. Pour ce faire, cette recherche est réalisée sur la base de la 7^{ème} édition de *Publication manual of the American Psychological Association* (American Psychological Association [APA], 2020).

IV. Méthode : Recherche de la littérature

« Quel est l'effet du « hands-off », en comparaison au « hands-on », lors du second stade du travail de l'accouchement, sur les issues maternelles et néonatales ? »

Afin de répondre à cette question de recherche, une revue de la littérature a été effectuée. Selon le modèle PICO, différents concepts ont été définis par des mots-clefs, et articulés par des opérateurs Booléens. Ces différentes combinaisons ont permis des recherches d'articles ciblés dans plusieurs bases de données scientifiques.

1. Détermination des mots-clefs selon le modèle PICO

A l'aide du modèle PICO, les différentes variables de la question de recherche ont été extraites. Le P correspond à la population étudiée, ici les femmes à terme, dont la grossesse a été physiologique, accouchant par voie basse en présentation céphalique. Le I correspond à l'intervention évaluée, ici la méthode « hands off ». Le C est l'élément auquel est comparé l'intervention susmentionnée, ici la méthode « hands on ». Enfin le O correspond aux « outcomes » recherchés, terme traduit en français par « issues ». Plusieurs « outcomes » ont été isolés. Ceux-ci sont : l'impact périnéal (O1), l'HPP (O2), la douleur au post-partum (O3), l'adaptation néonatale (O4), la durée de la deuxième phase du travail (O5) et le vécu de l'accouchement (O6).

Des mots-clefs correspondant à chacun des concepts ont été répertoriés dans un tableau (*Annexe 1*). Des mots-clefs libres ont été choisis, puis introduits dans le portail « HeTOP », afin de trouver des synonymes en français et leurs traductions en anglais. Le portail HeTOP comprend les principales terminologies et ontologies de santé et permet d'obtenir les termes du thésaurus MeSH. Enfin, lorsque les MeSH termes n'existaient pas, des mots-clefs libres en anglais ont été choisis.

2. Recherche d'articles

Une fois sélectionnés, les mots-clefs ont alors été entrés dans le moteur de recherche spécifique à chaque base de données utilisées. Les termes MeSH ont été introduits dans le champ « MeSH Terms » et les autres termes du thésaurus ont été intégrés dans le champ « All Fields ». Les différents mots-clefs ont été organisés par

les opérateurs Booléens « AND » et « OR » afin de cibler la recherche. Chaque concept est défini par plusieurs synonymes articulés entre eux par l'opérateur Booléen « OR ». Puis les concepts sont combinés entre eux par l'opérateur Booléen « AND ».

La recherche de six « outcomes » induit six combinaisons distinctes possibles, illustrée par des tableaux (*Annexes 2*). Le premier tableau décrit la combinaison commune aux six combinaisons. La combinaison fixe correspond au P, I et C de notre modèle PICO. À cette combinaison fixe s'ajoute alternativement six concepts différents à l'aide de l'opérateur Booléens « AND ». Ces six concepts sont nos six différents « outcomes ».

3. Recherche dans les différentes bases de données

Pour les recherches d'articles, les bases de données bibliographiques suivantes ont été utilisées :

- PubMed, spécialisée dans les domaines de la biologie et médecine
- Cinahl, spécialisée dans les domaines des soins infirmiers et paramédicaux
- LiSSA, spécialisée dans les domaines de la santé, regroupant des articles scientifiques en français

4. Critères de sélection et choix des cinq articles

Après avoir utilisé les mots-clefs du tableau PICO pour le processus de recherche, les six combinaisons différentes citées précédemment ont été introduites dans les trois bases de données (*Annexes 3, 4 et 5*). Un total de 339 articles (addition des trois bases de données) a été trouvé après que des critères d'inclusion et d'exclusion (*Tableau 2*) y ont ensuite été ajoutés, afin de cibler au maximum les articles. En début de recherche, le critère d'inclusion "temporalité" se limitait aux articles publiés au-delà de 2014.

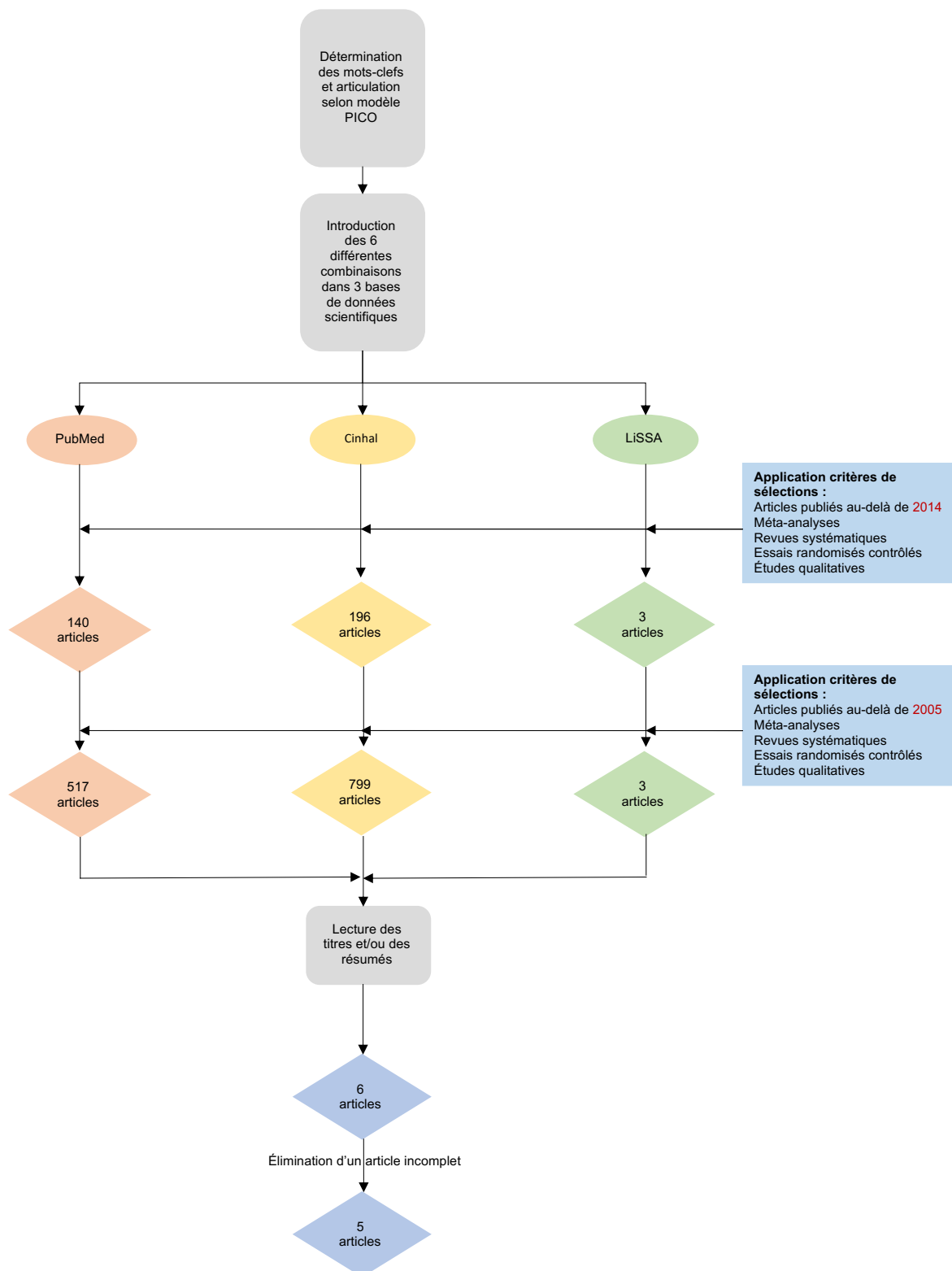
Cependant, suite à des difficultés à trouver des articles correspondant à chacune des thématiques de la question de recherche, le critère temporel a été modifié, et ont été inclus dans cette recherche des articles publiés au-delà de 2005. Un nouveau total d'articles s'élève désormais à 1319.

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critère d'exclusion
Articles publiés au-delà de 2005 Études rédigées en Français ou en Anglais Méta-analyses Revue systématique Essais randomisés contrôlés Études qualitatives	Texte incomplet et non disponible

Suite à la lecture des titres et des résumés, et à l'élimination des doublons, six articles ont été présélectionnés (*Fig1*). L'entièreté de l'un d'entre eux n'étant pas accessible, la confirmation du choix des articles s'est faite grâce à la lecture des cinq restants. En effet, cela a permis de vérifier que les études correspondaient aux différents critères et thématiques recherchés, et répondaient, totalement ou partiellement, à la question de recherche.

Figure 1 : Flow chart du processus de sélection des études



5. Articles retenus

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- De Souza Caroci da Costa, A., & Gonzalez Riesco, M. L. (2006). *A comparison of « hands off » versus « hands on » techniques for decreasing perineal lacerations during birth*. Journal of Midwifery & Women's Health, 51(2), 106111. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.10.017>
- Foroughipour, A., Firuzeh, F., Ghahiri, A., Norbakhsh, V., & Heidari, T. (2011). *The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome*. Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences, 16(8), 10401046.
- Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). *The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes : A systematic review and meta-analysis*. Midwifery, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>
- Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G., & Berghella, V. (2019). *Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 19. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>

6. Limites

Lors de la recherche d'articles, plusieurs limites sont apparues. Il n'existe pas de termes du thésaurus MeSH, ni de termes proposés par CINAHL définissant les méthodes « hands-off » et « hands-on ». Comme alternative, les termes du thésaurus MeSH « *Lacerations/prevention & control* », « *Midwifery/methods* », « *Delivery, Obstetric/methods* », « *Obstetric Labor Complications/prevention & control* » pour la méthode « hands-on » et « *Management style* » pour la méthode « hands-off » ont été utilisés.

La revue de la littérature n'a mis en évidence que peu d'articles sur les issues suivantes : la durée du second stade du travail, l'HPP, les douleurs périnéales, l'adaptation néonatale. Sur les cinq articles sélectionnés, deux méta-

analyses, Pierce-Williams (2019) et Aasheim (2017), comprennent et analysent uniquement les résultats des taux de déchirure périnéale. Deux des articles inclus dans ces méta-analyses comprennent également des résultats sur le taux d'HPP et sur l'adaptation néonatale. Au vu du manque d'articles trouvés abordant ces issues, ces deux études ont été également incluses séparément dans ce travail de recherche.

Malgré une recherche effectuée dans les trois bases de données précédemment citées, ainsi qu'un PICO détaillé, aucun article qualitatif à propos du vécu des femmes sur leur accouchement, selon la méthode utilisée, n'a été trouvé.

V. Présentation et articulation des résultats

1. Description des articles

Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes : A systematic review and meta-analysis. Midwifery, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>

Objectifs : Evaluer les effets de la technique « hands-off/poised » sur les issues maternelles, pendant la deuxième phase du travail de l'accouchement

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : Revue systématique et méta-analyse d'études quantitatives</p> <p>Echantillon : 17 études incluant femmes enceintes à faibles risques : 9 RCT – total 7112 parturientes ; 8 non-RCT – total 37'786 parturientes.</p> <p>VI : « hands-off »</p> <p>VD : épisiotomie, périnée intact, déchirures périnéales, douleur périnéale 24h PP, HPP, durée de la 2^{ème} phase du travail.</p> <p>Critères inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Etudes quantitatives évaluant « hands-on » VS « hands-off/poised » pour accouchement voie basse – Etudes ayant une description claire des techniques, et répondant à la définition de la méta-analyse – Grossesse unique, à terme – Présentation céphalique – Etudes fournissant des preuves sur au moins 1 critère (VD) <p>Critères exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> – RCT avec grossesse à haut risque, conditions médicales particulières, ATCD de cicatrices périnéales – Etudes combinées à autres interventions (massage périnéal, lubrifiant, épisiotomie d'office) – Mauvaise qualité méthodologique 	<p>Recherches d'articles dans 7 bases de données et de revues, à l'aide de mots-clefs, depuis leur début jusqu'à juillet 2019.</p> <p>Sélection des 17 articles après :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Suppression des doublons – Lecture des titres et des résumés, et exclusion d'articles non-correspondants aux critères d'admissibilité (autres interventions, autres types de publication). – Lecture du texte intégral de chaque article restant, et exclusion d'articles suite à l'évaluation de la qualité de leur contenu. 	<p>RCT - Issues maternelles « hands-off » VS « hands-on » Résultats significatifs en faveur du « Hands off » Épisiotomie : OR=0.27, 95%CI=0.14-0.49, p=<0.00001, I²=83% Périnée intact : OR=2.94, 95%CI=1.82-4.77, p=<0.00001, I²=0% Douleurs périnéales 24h PP : MD=-0.99, 95%CI= -1.82 - -0.17, p=<0.00001, I²=94%</p> <p>Résultats significatifs en faveur du « hands-on » Déchirure périnéale du 1^{er} degré : OR=3.22, 95%CI=1.72 – 6.03, p=<0.00001, I²=92%</p> <p>Résultats non-significatifs – Déchirures périnéales du 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} degré – Durée de la deuxième phase du travail – HPP</p> <p>Non-RCT - Issues maternelles « hands-off » VS « hands-on » Résultats similaires à ceux des RCT, sauf :</p> <p>Résultat significatif en faveur du « hands-off » Déchirure périnéale du 2^{ème} degré : OR=0.38, 95%CI=0.23-0.63, p=<0.00001, I²=98%</p> <p>Résultat non-significatif : - Périnée intact</p>	<p>Forces : non-énoncées</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La plupart des études n'ont pas réussi à mettre en aveugle les interventions auprès des participants et des intervenants. – Certains facteurs de confusion (parité, position maternelle) n'ont pas pu être contrôlés par l'analyse des sous-groupes, par manque de données – Pas de définition de la méthode « hands-off » dans la littérature

Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G., & Berghella, V. (2019). *Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 19. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>

Objectifs : Évaluer si le taux d'incidence de traumatismes périnéaux d'une technique « hands-on » durant la phase d'expulsion est inférieur à celui d'une technique « hands-off », ou si, à contrario, la technique « hands-off » diminue le risque de traumatismes périnéaux.

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Revue systématique et méta-analyse d'essais contrôlés randomisés.</p> <p>Échantillon : 5 essais contrôlés randomisés, comprenant 7287 parturientes</p> <p>VI : « hands-on » VD : Traumatismes périnéaux</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pas de restriction géographique ou de langage – Essais contrôlés randomisés comparant une technique « hands-on » durant la phase d'expulsion, à une technique « hands-off » – « Hands-on » : une main sur la tête fœtale (pression pour contrôler l'expulsion), une main qui applique une pression sur le périnée <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Autres techniques périnéales 	<p>1. Stratégie de recherche : Recherche dans des bases de données électroniques à l'aide de mots-clefs, depuis leur début jusqu'à juin 2018. Examen des listes de références des articles identifiés afin d'identifier les études ne figurant pas dans les recherches électroniques.</p> <p>2. Sélection des études : Selon les critères d'inclusion/exclusion</p> <p>3. Évaluation des risques de biais des études incluses : Selon les critères décrits par le Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.</p> <p>4. Sélection des issues primaires et secondaires</p> <p>5. Extraction des données et synthèse</p>	<p>Issues maternelles primaires et secondaire, « hands-on » VS « hands-off » :</p> <p>Résultats significatifs Épisiotomie : (RR = 1.59, 95% CI = 1.14-2.22) Déchirure de 3^{ème} degré (RR = 3.41, 95% CI = 1.39-8.37)</p> <p>Issues maternelles primaires et secondaires, « hands-on » VS « hands-off » :</p> <p>Résultats non-significatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> – Traumatisme périnéaux sévères – Périnée intact – Périnée intact, incluant épisiotomie – Déchirure de 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} degré – Traumatisme périnéaux majeur : déchirures de 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} degré, et épisiotomie 	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La méta-analyse la plus compréhensible sur la technique « hands-on », en ajout à la Cochrane de 2017. – La seule méta-analyse qui se concentre uniquement sur la technique « hands-on » parmi les différentes techniques de protection du périnée à la seconde phase du travail. – Aucune des autres variables suivantes pouvant influencer l'incidence des traumatismes périnéaux (compresses chaudes, huile, massage du périnée, manœuvre de Ritgen, dispositif protecteur) n'ont été utilisées dans les études incluses <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Incluent les limites des études incluses, comme par exemple les convictions des sages-femmes au sujet de l'avantage ou du désavantage de l'intervention qui pourraient influencer leur évaluation de l'issue périnéale – Ne prend pas en compte tous les facteurs du processus de naissance

Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>

Objectif : Évaluer l'effet des techniques périnéales au cours de la seconde phase du travail, sur l'incidence et la morbidité associées aux traumatismes périnéaux.			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Méta-analyse 20 études, comprenant 15'181 femmes</p> <p>VI : « hands-off », compresses chaudes, massage du périnée, manœuvre de Ritgen, dégagement précoce de l'épaule antérieure, dégagement de l'épaule antérieure avant postérieure, dispositif de protection périnéale, utilisation d'huile</p> <p>VD : Traumatismes périnéaux</p> <p>Critères d'inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Essais contrôlés randomisés et quasi-randomisés publiés et non publiés évaluant toutes techniques périnéales au cours de la deuxième étape du travail Accouchement vaginal spontané, après 36 semaines de grossesse, grossesse unique, présentation céphalique, sans complications médicales Etudes comprenant les issues primaires et secondaires recherchées <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> Essais croisés 	<p>1. Stratégies de recherche : dans le registre des essais de grossesse et d'accouchement de Cochrane. Recherche d'autres études sans restriction de langage ou de date Examen des listes de références des articles identifiés.</p> <p>2. Sélection des études : selon les critères d'inclusions</p> <p>3. Évaluation des risques de biais des études incluses</p> <p>4. Évaluation de la qualité des preuves</p> <p>5. Mesure des effets du « hands-on »</p>	<p>Issues maternelles, « hands-off » VS « hands-on » : résultats significatifs Episiotomies (RR = 0.58, 95% CI = 0.43-0.79)</p> <p>Issues maternelles massage VS control (hands off or care usual): résultats significatifs Périnée intact (RR = 1,74, 95% CI = 1.11-2.73) Déchirures de 2^{ème} et 3^{ème} degré (RR 0.49, 95% CI 0.25 to 0.94)</p> <p>Issues maternelles massage VS contrôle de la tête : pas de résultats significatifs</p> <p>Issues maternelles manœuvres de Ritgen VS soin standard : résultats significatifs Déchirures de 1er degré (RR 0,32, 95% CI = 0,14-0,69) Déchirure de 2^{ème} degré (RR 3,25, 95% CI = 1,73-6,09)</p> <p>Issues maternelles utilisation dispositif de protection périnéal VS soutien du périnée : résultats significatifs Périnée intact (RR 1,34, 95% CI = 1,10-1,62)</p> <p>Issues maternelles huile enrichie VS cire liquide : pas de résultats significatifs</p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> Grand échantillon (7317 femmes) <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluent les limites des études incluses Ne prend pas en compte tous les facteurs du processus de naissance Grande hétérogénéité des résultats

de Souza Caroci da Costa, A., & Gonzalez Riesco, M. L. (2006). A comparison of « hands off » versus « hands on » techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(2), 106111. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.10.017>

Objectifs : Déterminer la fréquence, le degré et l'emplacement des déchirures périnéales et les issues néonatales en fonction de l'utilisation de la méthode « hands-off » ou de la méthode « hands-on »

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : Essai randomisé contrôlé</p> <p>Échantillon : 70 femmes</p> <p>VI : « hands-off » VD : traumatismes périnéaux, issues néonatales</p> <p>Critères d'inclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> – Femmes entre 15 et 35 ans – Femmes enceintes à terme – Primipares – Hauteur utérine inférieure à 36cm – Poche des eaux intacte à l'admission à la maison de naissance – Accouchement spontané <p>Critères d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dystocie nécessitant intervention – Anomalie pendant le travail lié au fœtus – Accouchement en position gynécologique – Indication pour une césarienne – Travail de l'accouchement de plus de 12h – Utilisation d'ocytocine – Préparation périnéale en anténatal – Épisiotomie <p>Outils : Excel</p>	<p>Phases</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sélection de 86 femmes exclusion de 16 femmes durant leur travail – Divisions des 70 femmes en 2 groupes de 35: « Hands-on » et « Hands-off » de façon aléatoire. – Enseignement des méthodes « hands-off » et « hands-on » à 13 sages-femmes <p>Période et lieu</p> <p>Maison de naissance à Itapeceirica da Serra, Brésil Juin à octobre 2001</p>	<p>Issues néonatales selon méthodes « hands-off » ou « hands-on »</p> <p>Score d'Apgar médians de 9 et 10 à 1 et 5 minutes de vie. 1 nouveau-né faisant parti du groupe hands-on a reçu un APGAR de 3 à 5 minutes vie.</p> <p>Issues périnéales « hands-off » VS « hands-on » : Résultats non significatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> – Déchirures de 1^{er} degré – Déchirures de 2^{ème} degré – Déchirures de 3^{ème} degré – Déchirures de 4^{ème} degré 	<p>Forces : Non énoncées</p> <p>Limites : Non énoncées</p>

Foroughipour, A., Firuzeh, F., Ghahiri, A., Norbakhsh, V., & Heidari, T. (2011). The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences, 16(8), 10401046.

Objectif : évaluer l'effet des méthodes « hands-on » et « hands-off » sur les traumatismes périnéaux et les issues de l'accouchement chez les femmes primipares.

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : Essais randomisé contrôlés</p> <p>Echantillon : 100 femmes primipares</p> <p>VI : « hands-on » VD : Traumatismes périnéaux, hémorragie, douleurs périnéales, durée de chaque stade du travail, et l'APGAR néonatal</p> <p>Critères d'inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Primiparité – A terme – Présentation céphalique – Age maternel compris entre 15 et 35 ans <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Accouchement prématuré – Conditions médicales particulières – Accouchement dystocique (prolongé ou difficile) – Analgésie pendant le travail de l'accouchement <p>Outils Questionnaires analysés par le logiciel SPSS</p>	<p>Période : du 23 Octobre 2008 au 23 Octobre 2009</p> <p>Lieu de l'étude : Hôpital Shariati, à Isfahan (Iran)</p>	<p>Issues maternelles « hands-on » VS « hands-off » : Résultats significatifs Episiotomie (P-value =0.001) Hémorragie lors du 4^{ème} stade du travail (P-value = 0.04, 48% vs 30%) Douleur post-partum légère à modérée (P-value =0.001)</p> <p>Issues maternelles « hands-on » VS « hands-off » : Résultats non significatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> – Déchirure de 1^{er} degré – Déchirure de 2^{ème} degré – Déchirure de 3^{ème} degré – Déchirure de 4^{ème} degré – Hémorragie avant le travail – Hémorragie lors du 2^{ème} stade du travail – Hémorragie lors du 3^{ème} stade du travail – Durée de chaque étape du travail – Scores APGAR à une minute et cinq minutes de vie 	<p>Forces : non énoncées</p> <p>Limites : non énoncées</p>

2. Méthodologie des articles inclus

Chaque article retenu a fait l'objet d'une analyse méthodologique, selon la grille d'analyse du Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS) (Tétreault et al., 2013).

Huang et al. (2020)

La méthodologie de recherche de Huang et al. (2020) répond aux critères de contrôle de "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews" (PRISMA). Les recherches ont été effectuées dans neuf bases de données reconnues par la communauté scientifique. Cette méthode de recherche est large, et limite donc le risque de non-inclusion d'une étude significativement importante. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont clairement décrits, défendus et adéquats. La méthodologie de recherche est résumée par un flow-chart qui permet une compréhension claire et rapide de celle-ci.

Deux auteur·e·s ont sélectionné les articles pertinents en fonction de leur titre et de leur résumé, et en cas de désaccord, un·e autre chercheur·euse plus expérimenté·e a été consulté·e. Les études ayant une qualité méthodologique basse ont été exclues, et l'évaluation de la méthodologie est différente selon le design de celles-ci.

Les auteur·e·s de la méta-analyse soulignent que tous les critères sont acquis, à l'exception de l'aveuglement du personnel soignant qui n'a pas pu être fait, pour des raisons pratiques évidentes. Il·elle·s sont transparent·e·s sur les limites des études incluses. La méta-analyse a été divisée en deux groupes, les essais randomisés contrôlés (RCT) et les essais non-randomisés contrôlés (non-RCT). Les auteur·e·s retirent certaines études aux résultats de certaines issues, afin d'obtenir des données significatives, sans qu'il·elle·s ne donnent d'explications sur ce procédé. Les conclusions des auteur·e·s concernant ces résultats sont donc critiquables.

Pierce-Williams et al. (2019)

Concernant la méta-analyse de Pierce-Williams et al. (2019), la stratégie de recherche a été entreprise par deux auteur·e·s. Les études incluses ont été sélectionnées dans différentes bases de données reconnues par la communauté scientifique. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont clairement définis.

Cette méthode de recherche, de par la multiplicité des bases de données utilisées, laisse supposer qu'il est peu probable que des études aient été oubliées. Les biais de chaque étude incluse sont évalués dans sept domaines différents par deux auteur·e·s. Ceux·elles-ci sont transparent·e·s sur la qualité des études et les biais qu'elles comportent. Les caractéristiques de ces dernières, tels que l'année et le degré de publication, sont mentionnées.

Les auteur·e·s ont défini les issues primaires et secondaires recherchées, puis ont extrait les données des études incluses en utilisant un modèle d'effet aléatoire. La sélection des issues est pertinente, cependant le modèle utilisé pour l'extraction des données est simplement cité et aucun lien d'accès à celui-ci n'est fourni dans le texte.

Aasheim et al. (2017)

Dans la méta-analyse de Aasheim et al. (2017), la stratégie de recherche se base sur un modèle standard utilisé par Cochrane Pregnancy and Childbirth. Les méthodes de recherche sont correctement décrites et un lien d'accès est disponible dans l'article.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des études sont adéquats. Les études ont été incluses lorsque suffisamment d'informations étaient fournies pour valider leur éligibilité. Le champ de recherche étant large (22'000 études), il est peu probable que des études aient été oubliées. Leur qualité méthodologique est évaluée. Leurs forces et leurs biais ont été mesurés par les auteur·e·s, tout d'abord grâce à leur jugement critique des études incluses, puis le programme RevMan 5 a été utilisé pour mesurer l'exactitude des données.

Les auteur·e·s sont transparent·e·s sur la qualité des études incluses et les biais qu'elles comportent. Les caractéristiques de chaque étude concernant l'année, le degré de publication, ou encore leur langue sont mentionnées.

Fouroughipour et al. (2011)

Dans l'étude de Fouroughipour et al. (2011), les critères d'éligibilité de l'étude sont spécifiés de façon claire et précise. La méthode de recrutement des participantes est décrite. Le protocole de recrutement de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'université islamique de l'Azad, et le consentement éclairé écrit a été obtenu par toutes les femmes participant à l'étude.

L'assignation des participantes au groupe de la méthode « hands-on » ou celle du « hands-off », est décrite comme étant effectuée de façon aléatoire. Cependant, cette méthode d'assignation est succincte, aucun programme permettant la répartition aléatoire des groupes n'est cité. Ainsi, il n'est pas précisé si cette répartition est faite à l'insu de l'évaluateur·trice. Les femmes connaissaient le groupe dans lequel elles ont été réparties, car un consentement concernant la méthode utilisée a été signé au préalable.

Les méthodes de management du périnée sont décrites. Les données sont récoltées par questionnaire et analysées par le logiciel SPSS. Enfin, les résultats sont présentés dans le texte sans être, pour certains, associés à des valeurs statistiques ou référencés dans des tableaux. Ce mode de présentation rend l'analyse des résultats peu fiables et peu lisibles.

De Souza Caroci da Costa et al. (2006)

Dans le RCT de de Souza Caroci da Costa et al. (2006), les critères d'éligibilité sont listés de façon claire et précise. La méthode de recueil de données est décrite, et précise que le comité de recherche et d'éthique de l'institution où la collecte de données a eu lieu, a approuvé le projet de recherche. Celle-ci a été effectuée par les sages-femmes, qui ont rempli les formulaires de collecte de données après chaque naissance. Suite à la sélection, les participantes (parturientes et sages-femmes) ont signé un consentement, et ont été informées du droit de se retirer de l'étude à tout moment.

La méthode « hands-on » et la méthode « hands-off » sont décrites de façon claire. Les sages-femmes participant à l'étude ont préalablement reçu un cours théorique de six heures concernant ces méthodes, afin d'homogénéiser au maximum les deux groupes. Une sage-femme sur les 13 sélectionné·e·s n'a pas assisté au cours, ceci pourrait constituer un biais. La collection des données a été supervisée par les chercheur·euse·s. L'assignation des participantes aux groupes « hands-off » ou « hands-on » a été effectuée à l'aide d'un tableau de randomisation. Cette répartition n'a pu être faite à l'insu des sages-femmes, pratiquant elle-même le geste évalué. Il n'est pas précisé si l'assignation et l'utilisation d'une des deux méthodes de management périnéal a été faite à l'insu des participantes. Les chercheur·euse·s ont été présent·e·s à 96% des naissances, afin de contrôler que la·le sage-femme usait de la bonne

méthode de management périnéal. Cependant, les résultats reportés dans le texte ne sont pas associés à une P-valeur.

3. Articulation des résultats

Afin de répondre à la question de recherche, les résultats des cinq articles ont été extraits et rassemblés par issues d'intérêt comme suit.

i. Incidence des lésions périnéales

Afin de connaître l'impact de la méthode « hands-on », en comparaison à la méthode « hands-off », sur les lésions périnéales, les résultats des méta-analyses de Aasheim et al. (2017), Huang et al. (2020), et Pierce-Williams et al. (2019) ont été extraits et analysés ci-dessous. Les données sur les taux de lésions périnéales des RCT, Foroughipour et al. (2011) et de Souza Caroci da Costa et al. (2006), ne sont pas comprises. En effet, ces deux articles sont eux-mêmes compris dans la méta-analyse de Aasheim et al. (2017). L'étude de De Souza Caroci da Costa et al. (2006) est également comprise dans la méta-analyse de Pierce-Williams et al. (2019). Dans les deux méta-analyses, Aasheim et al. (2017) et Pierce-Williams et al. (2019), quatre des cinq études incluses sont identiques : De Souza Caroci da Costa et al. (2006), Mayerhofer et al. (2002), McCandlish et al. (1998) et Rozita (Rezaei) et al. (2014). La méta-analyse de Huang et al. (2020) a divisé ses analyses de résultats des différentes études en deux parties bien distinctes. D'un côté, celles des essais randomisés contrôlés (RCT) (9), et de l'autre, celles des essais non randomisés contrôlé (non-RCT) (8). Sur les neuf RCT en question, huit concernaient les lésions périnéales, et seulement sept comportaient des descriptions claires sur les différents types de lésions.

Déchirures de 1^{er} degré

Les résultats relatifs aux déchirures de 1^{er} degré des méta-analyses de Aasheim et al. (2017) (RR = 1.03, 95% CI = 0.95-1.12), ainsi que Pierce-Williams et al. (2019) (RR = 0.96, 95% CI = 0.87-1.07) sont non significatifs. La méta-analyse de Huang et al. (2020) a analysé les données de six RCT. Le taux de déchirures de 1^{er} degré est significativement plus élevé dans le groupe « hands-off » que dans le groupe « hands-on » (OR = 3.22, 95% CI = 1.72 – 6.03, $p = <0.00001$). Selon le rapport de chance obtenu, la méthode « hands-off » est associée à 3.22 fois plus de risque de déchirures de 1^{er} degré, en comparaison à la méthode « hands-on ». L'analyse de sept

articles non-RCT par Huang et al. (2020) vient soutenir ces résultats (OR = 5.19, 95% CI = 4.20–6.42, $p = <0.00001$). Ces résultats sont à prendre avec prudence, car en plus du haut taux d'hétérogénéité du groupe des RCT ($I^2=92\%$), un manque de puissance pour les deux groupes existe. Une différence entre les méthodes « hands-on » et « hands-off » ne peut donc pas être certifiée et semble plutôt peu probable.

Déchirures de 2^{ème} degré

Concernant les déchirures de 2^{ème} degré, les résultats des méta-analyses de Aasheim et al. (2017) (RR = 0.77, 95% CI = 0.47-1.28), et de Pierce-Williams et al. (2019) (RR = 0.99, 95% CI = 0.93-1.06), sont non significatifs.

La partie de la méta-analyse de Huang et al. (2020) regroupant 8 RCT n'a pas non plus mis en évidence de résultats significatifs (OR = 0.59, 95%CI = 0.30–1.17, $p = 0.13$). Cependant, après avoir retiré les données d'un des RCT, l'étude de Zhang et al. (2014), le résultat obtenu est devenu significatif (OR = 0.44, 95% CI = 0.22–0.86, $p = 0.02$). Le choix de retirer une étude de la méta-analyse n'est ni expliqué, ni justifié. Les résultats de la partie de Huang et al. (2020) comprenant les articles non-RCT sont également significatifs (OR = 0.38, 95%CI = 0.23-0.63, $p = <0.00001$). Le rapport de chance de 0.38 montre une association entre la méthode « hands-off » et une diminution des déchirures de 2^{ème} degré, en comparaison de la méthode « hands-on ». Cependant, en plus du haut taux d'hétérogénéité ($I^2= 98\%$) et d'un manque de puissance, les études non-RCT ont un plus bas niveau de preuve que les RCT. Ces résultats doivent être donc considérés avec prudence.

Malgré le fait que la méta-analyse de Pierce-Williams et al. (2019) n'ait pas trouvé de résultat significatif, le taux d'hétérogénéité est nul et l'échantillon ainsi que la puissance sont élevés (7217 femmes). Cela pourrait signifier qu'il n'y ait aucune différence entre les deux méthodes d'accouchement sur l'incidence des déchirures de 2^{ème} degré.

Déchirures de 3^{ème} degré

Concernant le taux de déchirure de 3^{ème} degré, celui-ci est significatif dans la méta-analyse de Pierce-Williams et al. (2019) (RR = 3.41, 95% CI = 1.39-8.37). Il est non significatif dans la méta-analyse de Aasheim et al. (2017) (RR = 0.49, 95% CI = 0.09-2.73). Les deux méta-analyses de Pierce-Williams et al. (2019) et de Aasheim et al. (2017) ont quatre études en commun sur cinq. La différence entre leurs résultats pourrait donc s'expliquer par le fait que la méta-analyse de Pierce-Williams et al. (2019) n'inclut pas l'étude de Foroughipour et al. (2011). La méta-analyse de Huang et al. (2020) basée sur deux non-RCT (OR = 0.46, 95% CI = 0.10–2.20, $p = 0.33$) et un nombre non spécifié de RCT (OR = 0.49, 95%CI = 0.09– 2.75, $p = 0.42$) démontre un résultat non significatif. Les méta-analyses de Huang et al. (2020) et de Aasheim et al. (2017) ont associé les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré dans l'analyse de leurs résultats. Pierce-Williams et al. (2019) est donc la seule des trois méta-analyses à affirmer que la méthode « hands-on » est associé à un risque 3,41 fois plus élevé pour les déchirures de 3^{ème} degré, en comparaison à la méthode « hands-off », avec un taux d'hétérogénéité nul. Cependant, la puissance de ces résultats est faible.

Les résultats obtenus pour l'incidence des déchirures de degré trois sont contradictoires selon les études. Il n'est donc pas possible de tirer de conclusion pour cette issue.

Déchirures de 4^{ème} degré

Concernant les résultats d'incidence de déchirures de 4^{ème} degré, les deux méta-analyses, Aasheim et al. (2017) et Pierce-Williams et al. (2019), ont inclus une seule et même étude, de Souza Caroci da Costa (2006). Cette étude ne présente pas de résultat estimable. Quant à la méta-analyse de Huang et al. (2020), elle ne comporte pas de résultats significatifs (OR:0.49, 95%CI:0.09– 2.75, $p = 0.42$) relatifs aux déchirures de 3^{ème} et 4^{ème} degré. En retirant l'article de McCandlish et al. (1998), le résultat devient significatif (OR = 0.16, 95% CI = 0.03–0.94, $p = 0.04$), en faveur de la méthode « hands-off ». L'analyse de deux non-RCT ne démontre pas de différence significative entre les méthodes « hands-on » et « hands-off » (OR = 0.46, 95%CI = 0.10–2.20, $p = 0.33$). Les puissances de ces trois études sont trop faibles pour pouvoir tirer une conclusion quant à cette issue.

Épisiotomie

Dans la méta-analyse de Aasheim et al. (2017), le résultat concernant le taux d'épisiotomie (RR = 0.58, 95% CI = 0.43-0.79) est significatif. Avec un risque relatif de 0.58, le groupe « hands-off » est associé à une diminution du risque d'épisiotomie, en comparaison au groupe « hands-on ». Dans la méta-analyse de Pierce-Williams et al. (2019), le taux d'épisiotomie est également plus élevé dans le groupe « hands-on » (RR = 1.59, 95% CI = 1.14-2.22), et est donc associé à 1.59 fois plus de risques d'épisiotomie. Les résultats des deux méta-analyses sont donc similaires, malgré le fait que la méta-analyse de Aasheim et al. (2017) inclut en plus l'étude de Foroughipour (2011). La méta-analyse de Huang et al. (2020) trouve également des résultats analogues (OR=0.27, 95%CI=0.14-0.49, $p<0.00001$), avec un rapport de cotes de 0.27 pour le groupe « hands-off ». Les trois études s'accordent donc pour affirmer que le risque d'épisiotomie est plus élevé dans le groupe « hands-on » que dans le groupe « hands-off ».

Périnées intacts

Les résultats des méta-analyses de Aasheim et al. (2017) (RR = 1.03, 95% CI = 0.95-1.12), de Pierce-Williams et al. (2019) (RR = 0.96, 95% CI = 0.91-1.01) ainsi que la partie de Huang et al. (2020) analysant les données de quatre non-RCT (OR=3.10, 95%CI=0.46–21.02, $p=0.25$) sont non significatifs. L'étude de Huang et al. (2020) est la seule à comporter des résultats significatifs, compris dans la partie analysant les données des RCT, en faveur de la méthode « hands-off » (OR=2.94, 95%CI=1.82-4.77, $p<0.0000$). En effet, selon le rapport de chance (Odds ratio), le taux de périnées intacts est 2.94 fois plus élevé dans le groupe « hands-off », en comparaison au groupe « hands-on ». Cependant, malgré un taux d'hétérogénéité nulle, la petite taille d'échantillon et la faible puissance amènent à considérer ces résultats avec prudence.

Les méta-analyses de Aasheim et al. (2017) et de Pierce-Williams et al. (2019) n'ont obtenu aucun résultat significatif. Avec un taux bas d'hétérogénéité, un grand échantillon et une bonne puissance, il semblerait qu'il n'y ait aucune méthode préférentielle concernant l'incidence du périnée intacte lors de l'accouchement.

ii. Incidence des hémorragies lors du travail de l'accouchement

Pour évaluer le taux d'hémorragie en fonction de la méthode d'accouchement pratiquée, les résultats du RCT de Foroughipour et al. (2011), et de la méta-analyse de Huang et al. (2020) ont été extraits et analysés ci-dessous.

En ce qui concerne la partie des RCT de la méta-analyse de Huang et al. (2020), deux d'entre eux comportaient des données à propos de cette thématique. Les résultats obtenus ne sont pas significatifs ($OR=0.44$, $95\%CI=0.05-3.82$, $p=0.46$). C'est également le cas pour le groupe des non-RCT. En effet, sur la base des 2 études analysées, aucun résultat significatif ($OR=0.71$, $95\%CI=0.31-1.60$, $p=0.41$), n'a été trouvé dans l'incidence de l'HPP. Les auteur·e·s affirment que la méthode « hands-off » peut donc être proposée sans augmenter le risque d'HPP, en comparaison à la méthode « hands-on ». Cependant, il·elle·s attestent une grande hétérogénéité ($I^2=87\%$) entre leurs deux études analysées. Ces derniers sont à considérer avec précaution et ne permettent pas d'établir de recommandations sécurées.

Le RCT de Foroughipour et al. (2011) a obtenu un résultat significatif pour le taux d'hémorragie au 4^{ème} stade du travail de l'accouchement ($p = 0.04$), en faveur de la méthode « hands-off ». En effet, 48% des femmes dans le groupe « hands-on », et 30% de celles du groupe « hands-off » ont eu une HPP. L'étude de Foroughipour et al. (2011) a également évalué le taux d'hémorragie avant le travail et durant le second et 3^{ème} stade du travail de l'accouchement. Cependant, aucun résultat significatif n'a été trouvé pour ces issues.

Les résultats des deux articles étant de faible puissance et contradictoires, il est impossible de tirer de conclusion quant à cette issue.

iii. Incidence des douleurs périnéales du post-partum

Les résultats du RCT de Foroughipour et al. (2011), ceux du RCT de Souza Caroci da Costa et al. (2006) et de la méta-analyse de Huang et al. (2020) ont été extraits et analysés ci-dessous.

Le RCT de Foroughipour et al. (2011) évalue la douleur sur une échelle de 0 à 10, échelle nommée EVA. Cette étude a obtenu un résultat significatif concernant cette issue-là ($P<0.001$). En effet, le taux de douleur « faible » (EVA 1-3

sur l'échelle et « modéré » (EVA 4-6) au post-partum est moins élevé dans le groupe « hands-off » que dans le groupe « hands-on », à 24 heures post-partum. Cependant, les auteurs.trices ne relèvent pas de différences significatives en ce qui concerne les douleurs sévères (EVA 7-9) à 24 heures post-partum.

Les auteur·e·s de l'étude de de Souza Caroci da Costa et al. (2006) affirment que les parturientes ayant bénéficié de la méthode « hands-on » ressentaient moins de douleurs périnéales à 24 heures post-partum. Aucun chiffre n'y est associé.

La méta-analyse de Huang et al. (2020) a obtenu un résultat significatif concernant l'analyse de 3 RCT (MD=-0.99, 95%CI= -1.82 - -0.17, $p<0.00001$). En effet, les parturientes appartenant au groupe de la méthode « hands-off/poised » ressentaient moins de douleurs périnéales durant les 24 premières heures de l'accouchement, par rapport à celles du groupe « hands-on ».

Les résultats obtenus pour l'incidence des douleurs périnéales à 24 heures post-partum sont contradictoires selon les études. Les résultats de la méta-analyse de Huang et al. (2020) sont également à considérer avec précaution. Les auteur·e·s de celle-ci signalent un haut taux d'hétérogénéité ($I^2=94\%$) dans leurs résultats.

Il semble cependant important de mettre en balance les résultats des différentes études avec le poids de celles-ci. En effet, la méta-analyse de Huang et al. (2020) compare et analyse les résultats de RCT regroupant ainsi un très grand échantillon. Le RCT de de Souza Caroci da Costa et al. (2006) comporte quant à lui un échantillon de 50 femmes. Il est donc de faible puissance. De plus, les résultats significatifs de Foroughipour et al. (2011) viennent renforcer ceux de Huang et al. (2020). Il semblerait donc que les femmes ayant bénéficié de la méthode hands-off ressentiraient moins de douleurs à 24 heures post-partum.

iv. Durée du second stade de travail

Pour évaluer la durée du 2^{ème} stade du travail en fonction de la méthode d'accouchement pratiquée, les résultats de l'essai randomisé contrôlé de Foroughipour et al. (2011), et de la méta-analyse de Huang et al. (2020) ont été extraits et analysés ci-dessous.

Le RCT de Foroughipour et al. (2011) n'a pas démontré de résultats significatifs concernant une différence de durée du 2^{ème} stade de travail en fonction de la méthode

« hands-on » ou « hands-off ». Cette donnée n'est pas représentée dans le tableau des résultats, mais uniquement citée dans le texte. Aucune p-valeur n'y est associée.

L'analyse de cinq RCT et de trois non-RCT de la méta-analyse de Huang et al. (2020) n'a démontré aucun résultat significatif (IC à 95%: -6,04–5,66, $p = 0,95$, pour les 5 RCT)(95% IC: -5,37– 4,33, $p = 0,83$, pour les trois non-RCT).

Il n'y aurait donc pas de différence significative entre les deux méthodes concernant la durée du deuxième stade du travail. Les auteur·e·s de Huang et al. (2020) affirment, sur la base de leurs résultats non significatifs, qu'il est donc possible de proposer la méthode « hands-off/poised » sans augmenter le risque de prolonger la durée de l'expulsion, en comparaison à la méthode « hands-on ». Le grand échantillon et la puissance élevée de cette étude semblerait démontrer que le type de méthode d'accouchement pratiqué, « hands-off » ou « hands-on », n'aurait pas d'influence sur la durée de la seconde phase du travail. Cependant, un haut taux d'hétérogénéité ($I^2 = 93\%$) entre les cinq RCT analysé est observé. Le résultat de la durée du temps de travail de la méta-analyse est donc à prendre avec précaution. La littérature ne permet donc pas pour l'instant de tirer de conclusion pour cette issue.

v. Adaptation néonatale

Afin d'évaluer l'adaptation néonatale en fonction de la méthode d'accouchement pratiquée, les résultats des RCT de Foroughipour et al. (2011), et de de Souza Caroci da Costa et al. (2006), ont été extraits et analysés ci-dessous. L'adaptation néonatale est mesurée par le score d'APGAR à 1 et 5 minutes de vie.

Le RCT de Foroughipour et al. (2011) n'a démontré aucun résultat significatif concernant l'adaptation néonatale en fonction de la méthode de management du périnée utilisée (« hands-off » ou « hands-on »). À noter, ce résultat n'est pas représenté dans le tableau des résultats, mais uniquement cité dans le texte. Aucune p-valeur n'y est associée. L'échantillon de l'étude s'élève à 100 nouveau-nés.

Le RCT de de Souza Caroci da Costa et al. (2006) rapporte lui aussi ces résultats dans le texte sans les associer à une p-valeur. Selon l'étude, les APGAR sont bons dans les deux groupes. Cependant, les résultats dans le texte rapportent qu'un nouveau-né sur 70, faisant partie du groupe « hands-on », a eu un APGAR de 3 à 5

minutes de vie. Selon de Souza Caroci da Costa et al. (2006), ce bas score d'APGAR est dû à une bradycardie réflexe causée par une stimulation vagale lors d'une aspiration gastrique après l'accouchement. En raison d'un échantillonnage faible et le traitement statistique inexistant dans l'étude, les auteur·e·s n'interprètent pas ce résultat.

L'asphyxie néonatale concernant 0,5% des naissances à terme est un fait plutôt rare (Simunek, 2010). Ainsi, il est d'autant plus important d'avoir une puissance élevée, afin de pouvoir se fier aux résultats. Ces résultats ne permettent donc pas de définir une méthode préférentielle à l'autre concernant cette issue.

VI. Discussion

1. Discussion des résultats

Concernant l'incidence des déchirures de 1^{er} et 2^{ème} degré, et de périnée intact, il semblerait qu'il n'y ait pas de différence entre les deux méthodes étudiées. Le peu de données concernant les lésions périnéales de 3^{ème} et 4^{ème} degré peut être expliqué par un taux moins élevé de ces types de déchirure. Sur 55.7% des déchirures périnéales provoquées par des accouchements non-instrumentés, seul 2% sont du 3^{ème} ou 4^{ème} degré (OFS, 2019). La basse incidence de cette issue demande donc un grand échantillon pour obtenir des résultats exploitables, ce qui n'est pas le cas dans les trois études sélectionnées.

En ce qui concerne le taux d'épisiotomies effectuées, les trois méta-analyses s'accordent à dire que le groupe « hands-off » est associé à une diminution du risque d'épisiotomies, en comparaison au groupe « hands-on ». Selon ces résultats, la méthode « hands-off » semble préférentielle à la méthode « hands-on », concernant le taux d'épisiotomies. Cependant, il faut garder à l'esprit que le taux d'épisiotomies dans les pays dans lesquels ont eu lieu ces études, notamment la Chine, le Brésil, et l'Iran, ne sont pas forcément représentatif de la pratique suisse. En plus d'un haut degré d'hétérogénéité des méta-analyses de Aasheim et al. (2017) (I²=74%), Huang et al. (2020) (I²=83%) et Pierce-Williams et al. (2019) (I² =71%), et d'une faible puissance, l'épisiotomie est fortement influencée par la pratique individuelle des soignants.es. Ces résultats doivent être considérés avec prudence. Il est également important de tenir compte de l'année de parution des études incluses dans les méta-analyses, notamment celle de Aasheim et al. (2017) et de Pierce-Williams et al. (2019), car elles en comprennent certaines réalisées il y a plus d'une décennie. Des études ne démontrant pas d'avantages à pratiquer ce geste en systématique, telle la Cochrane de Jiang et al. (2017), ont permis aux pratiques obstétricales des deux dernières décennies de nettement évoluer (OMS, s.d.). Ce geste serait au contraire responsable de traumatisme périnéal plus grave (OMS, s.d.). Les résultats de ces études sont donc à prendre en compte dans leur contexte temporel, géographique et culturel. Une autre méta-analyse, celle de Bulchandani et al. (2015) converge dans la même direction que ces trois dernières en ce qui concerne un plus haut taux d'épisiotomies dans le groupe « hands-on ». Cependant, le taux d'hétérogénéité est

également élevé, avec un $I^2=78\%$. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la méthode « hands-off » a, par définition, pour but de ne pas toucher le périnée ni la tête fœtale pour accompagner l'expulsion, ce qui diminuerait donc la tendance à l'épisiotomie.

Pour l'HPP, les résultats des deux articles retenus étaient contradictoires, il est donc difficile de tirer une conclusion pour cette issue. Foroughipour et al. (2011) émettent l'hypothèse d'une relation entre l'augmentation d'hémorragie dans le groupe « hands-on » et une augmentation de l'épisiotomie également plus importante dans ce groupe. Comme précisé dans le cadre théorique, les traumatismes périnéaux sont responsables de 15 à 20% des HPP. Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir déterminer l'impact des méthodes d'accouchement sur le taux d'HPP, ainsi que sa relation avec les déchirures.

Malgré des résultats contradictoires, la méthode « hands-off » semblerait être à l'origine de douleurs moins importantes que la méthode « hands-on » à 24 heures post-partum. Les auteur·e·s du Huang et al. (2020) émettent l'hypothèse que le taux plus élevé de douleurs dans le groupe « hands-on » serait corrélé à un taux plus important d'épisiotomies dans ce même groupe, en comparaison au groupe « hands-off ». En effet, comme vu précédemment dans le cadre de référence théorique, 97% des parturientes avec une épisiotomie ressentiraient des douleurs à 24 heures post-partum, contre 75% des parturientes avec un périnée intact (Mcarthur & Macarthur, 2004).

La littérature ne permet pour l'instant pas de tirer de conclusion sur l'influence des méthodes d'accouchement, sur la durée du temps de travail, et l'adaptation néonatale. Ce travail met également en évidence un manque de recherches qualitatives sur le vécu des femmes concernant leur accouchement.

En conclusion, un trop grand nombre d'issues recherchées restent sans réponses. Comme mentionné dans le cadre théorique, les déchirures de 3^{ème} et 4^{ème} degré sont associées aux conséquences les plus graves et les plus fréquentes. C'est pourquoi il est d'autant plus important de connaître l'impact du « hands-off » et du « hands-on » sur ces issues. Les résultats obtenus ne permettent donc pas d'établir de recommandations, garantissant la sécurité des femmes et de leurs enfants. Cependant, même si les données pour établir une recommandation sont insuffisantes, les différentes études montrent une diminution du taux d'épisiotomies dans le groupe

« hands-off ». De plus, une diminution des douleurs périnéales à 24 heures post-partum semble probable pour le même groupe. Ces résultats nous amènent à questionner la systématisation de la méthode « hands-on » par certains.es soignants.es.

En effet, en l'absence de recommandations claires, il semble essentiel d'adapter sa pratique à la situation, ainsi qu'aux besoins des femmes et de leur famille. Le choix de la méthode d'accouchement devrait être une décision médicale partagée avec ces dernières. Afin de leur permettre d'effectuer un choix éclairé, les femmes doivent être informées de façon objective sur les enjeux et limites des méthodes et avoir un temps de réflexion à leur disposition.

2. Forces et limites de ce travail

i. Forces

La question de recherche est d'actualité. En effet, cette recherche est effectuée dans le but de donner des outils aux soignant·e·s, afin de permettre aux femmes de pouvoir faire un choix éclairé sur la méthode de management du périnée pratiquée pendant leur accouchement. Selon l'OMS (2018), la participation des femmes à la prise de décisions relatives à leur accouchement a pour objectif de leur assurer un vécu positif de l'accouchement.

Ce travail regroupe trois méta-analyses récentes, dont une Cochrane avec un niveau de preuve élevé. Les cinq articles additionnés comprennent donc un très large échantillon de population.

Cette recherche sur les méthodes « hands-on » et « hands-off » évalue non seulement le taux de déchirures périnéales, mais également quatre autres issues. La question d'une méthode préférentielle est donc abordée sous plusieurs angles, afin de pouvoir évaluer la balance bénéfices-risques dans sa globalité, et de s'assurer de la sécurité de la femme et du nouveau-né.

ii. Limites

La pratique des manœuvres « hands-on » n'est pas uniforme entre les études sélectionnées. En effet, une hétérogénéité clinique est observée, par exemple, entre les RCT de Foroughipour et al. (2011) et de Souza Caroci da Costa et al. (2006). Le premier décrit uniquement les manœuvres lors de l'expulsion de la tête fœtale, tandis

que le deuxième décrit également les manœuvres effectuées lors de l'expulsion des épaules et du corps fœtal.

Les deux RCT sélectionnés, Foroughipour et al. (2011) et de Souza Caroci da Costa et al. (2006), ne sont pas récents. Ce dernier comporte également un faible échantillon de 70 participantes. Les méta-analyses de Aasheim et al. (2017) et de Pierce-Williams et al. (2019), certes récentes et de haut niveau de preuve, comportent pourtant elles aussi peu d'articles réalisés dans la dernière décennie. Du fait de leur ancienneté, les résultats sont à considérer avec précaution. En effet, les pratiques obstétricales des deux dernières décennies ont considérablement évoluées (OMS, s.d.). En Suisse, par exemple, le taux d'épisiotomies a nettement diminué ces dernières années, suite à la sortie d'études allant à l'encontre de la systématisation de celle-ci.

Malgré une grande hétérogénéité géographique entre les études, il est important de noter qu'il existe une grande différence dans les pratiques obstétricales d'un pays à l'autre, comme par exemple pour le taux d'épisiotomies. Dans la grande majorité des articles retenus, y compris ceux inclus dans les méta-analyses, la multiparité était un critère d'exclusion. De plus, un grand nombre d'études incluent uniquement les femmes entre 15 et 35 ans. Cependant, plus de 30% des femmes ayant accouché en 2017, en suisse, avaient plus de 35 ans (OFS, 2019). Ce qui signifie que les résultats obtenus ne sont pas représentatifs de la population générale suisse, et doivent être considérés avec prudence.

Il n'a pas été possible d'obtenir l'article de Huang et al. (2020) dans son entièreté. En effet, les auteur·e·s se réfèrent à plusieurs reprises à des tableaux. Cependant, ces derniers demeuraient introuvables, ce qui a rendu l'interprétation de certains résultats complexes.

Malgré une recherche large dans plusieurs bases de données scientifiques, aucun article qualitatif abordant le vécu ou la satisfaction des femmes quant aux manœuvres d'accouchement proposées n'a été trouvé. Il a donc été impossible de répondre à cette question.

Le choix d'inclusion des RCT et non des études observationnelles peut être une limite. Les RCT ont un niveau de preuve plus élevé, cependant les personnes

acceptant de participer aux études ne sont pas forcément représentatives de la population générale, ce qui peut être considéré comme un biais.

3. Propositions de nouvelles recherches

Les données concernant l'impact des manœuvres de l'accouchement « hands-on » et « hands-off » sur le taux de déchirures de 3^{ème} et 4^{ème} degré, le taux d'HPP, l'adaptation néonatale, la durée du temps de travail et les douleurs post-partum, sont peu nombreuses. Afin de pouvoir recommander une méthode préférentielle en toute sécurité, il semble nécessaire de faire des études complémentaires sur ces issues, comportant si possible de plus grands échantillons de population.

Il serait également intéressant d'effectuer une recherche incluant des femmes multipares, afin de pouvoir établir des recommandations sur une population plus large.

Dans un contexte de demande croissante d'une prise en charge centrée sur la femme et ses besoins, la sécurité physique n'est pas la seule variable à prendre en compte. En effet, il est également important de s'assurer de la sécurité psychique de cette dernière. Il serait intéressant, par exemple, d'évaluer la satisfaction personnelle des femmes quant aux manœuvres d'accouchement proposées, ainsi que l'impact de celles-ci sur le vécu de leur accouchement.

VII. Retour dans la pratique

Suite aux différents résultats obtenus par notre recherche, à la lecture d'articles supplémentaires et de documents obstétricaux, la littérature actuelle ne semble pas permettre de conclure à une méthode préférentielle concernant les manœuvres d'expulsion, entre le « hands-on » et le « hands-off », lors d'un accouchement physiologique. La systématisation de l'utilisation d'une méthode par certain·e·s soignant·e·s, observée lors de nos formations pratiques, nous amène à nous questionner. En effet, le rôle de la sage-femme est de soutenir l'autodétermination des femmes tout en assurant leur sécurité. Sur la base de ce principe, le choix de la technique utilisée devrait découler d'une décision médicale partagée. Les femmes et leur famille devrait être informées sur les enjeux connus et les limites de chacune des deux méthodes. Cet échange pourrait avoir lieu en amont, lors des cours de préparation à la naissance ou d'une consultation prénatale. Il pourrait également avoir lieu pendant le travail de l'accouchement, du moment que la femme est en capacité de recevoir l'information et bénéficie d'un temps adéquat pour prendre une décision.

Afin d'encourager la décision médicale partagée, et ainsi défendre le rôle actif des femmes lors de leur accouchement, nous souhaiterions pouvoir échanger avec les professionnel·le·s de la santé, sur leur pratique personnelle, leurs représentations, éventuellement leur craintes et sur le partenariat femme-famille-soignant. Notre objectif serait de permettre au personnel soignant de pouvoir se questionner sur leur propre pratique, et sur la place des femmes quant à la participation de prise de décision. Pour l'atteindre, notre proposition serait d'aller directement sur le terrain auprès des différent·e·s professionnel·le·s de la santé concernés.es, au cours d'une formation continue.

1. Proposition concrète

Notre proposition serait d'élaborer un cours de deux heures lors de formation continue dans les hôpitaux suisses, avec plus ou moins 10 personnes présentes. Celui-ci se diviserait en deux parties : une discussion autour des pratiques et des représentations du personnel de santé et un aspect théorique.

La première partie discussion permettrait aux professionnel·le·s d'aborder leurs représentations concernant les manœuvres de l'accouchement pratiquées. Il·elle·s seraient amenés à se questionner sur les objectifs attendu lors de la pratique d'une méthode ou d'une autre. Chaque professionnel·le serait invité·e à écrire sur un post-it si il·elle utilise une manœuvre de façon préférentielle et si oui laquelle. Ces post-it seraient alors récoltés et collés sur un flip chart en les regroupant par pratique : « hands-on », « hands-poised », « hands-off » ou « selon situation ». Les professionnel·le·s de santé seraient alors invité·e·s à se prononcer sur leurs représentations de chacune des méthodes, en développant leurs objectifs, les bénéfices attendus et/ou leurs craintes. Pour les professionnel·le·s adaptant leurs manœuvres selon la situation, il leur serait demandé d'explicitier les facteurs influençant leur décisions. Ensuite, le rôle de la·le sage-femme au moment de l'expulsion serait également questionné. Les professionnel·le·s seraient alors invité·e·s à s'interroger quant à la place laissée aux femmes concernant la décision de la manœuvre d'accouchement pratiquée.

- Est-ce que je me sens à l'aise de partager le choix des manœuvres de l'accouchement avec les femmes ?
- La décision a-t-elle été partagée avec les femmes ?
- Une discussion sur les manœuvres de l'accouchement avait-elle eu lieu en amont ?
- Les femmes ont-elles déjà émis des souhaits quant aux manœuvres pratiquées lors de l'accouchement ?

Ensuite, la partie théorique reprendrait tout d'abord les définitions des différentes méthodes « hands-on », « hands-off » et « hands-poised ». Différents modèles de prise en soins seraient également exposés, dont la·le patient·e partenaire de soins et la décision médicale partagée. Puis les résultats de notre travail concernant les différentes issues obstétricales et néonatales leurs seraient présentés.

Finalement, un deuxième espace de parole serait mis à disposition après l'aspect théorique. Les ressentis et connaissances à propos des éléments apportés seront recueillis. Enfin, il leur serait demandé si ce cours aurait un impact à l'avenir sur leur pratique des manœuvres de l'accouchement et sur leur partenariat avec les

femmes. La discussion se poursuivrait sur les moyens pouvant être mis en place, afin de centrer les soins sur la femme.

- Quel est le meilleur moment pour discuter des manœuvres de l'accouchement avec les femmes et accompagnant·e ?
- Dans quelles situations je me sentirais à l'aise de pratiquer une méthode ou l'autre ?
- Existe-t-il d'autres moyens pour contrôler la vitesse de sortie de la tête fœtale ?

2. Limites

Introduire une formation comme celle-ci au sein d'un service demande une organisation multidimensionnelle. Il faut libérer des créneaux horaires et des salles de pratique, afin que les professionnel·le·s puissent y participer. Il faut également prévoir un certain budget, afin d'acquérir le matériel nécessaire et financer les formateur·rice·s.

VIII. Conclusion

Différentes gestuelles peuvent être pratiquées lors de la phase d'expulsion du travail de l'accouchement. Les méthodes « hands-on » et « hands-off » en font partie. La littérature actuelle ne définit pas de recommandations quant à ces méthodes. Ce travail analyse les impacts des manœuvres « hands-on » et « hands-off » sur les issues maternelles et néonatales, dans le but de déterminer si l'une d'elle devrait être privilégiée à l'autre. Ainsi, le personnel soignant serait à même de permettre aux parturientes d'effectuer un choix éclairé.

Pour se faire, l'incidence des déchirures périnéales, la durée du second stade de travail, l'incidence de l'HPP, les douleurs post-accouchement et l'adaptation néonatale ont été analysées. Cinq études ont été sélectionnées à l'aide de critères d'inclusion, suite à une recherche dans trois bases de données, ayant comme base le modèle PICO. Les cinq études sont composées de trois méta-analyses et de deux RCT. Aucune étude sur le vécu des femmes n'a été trouvée.

Les résultats ont été extraits et analysés par issues. Ils mettent en lumière une diminution du taux d'épisiotomies et des douleurs périnéales à 24 heures post-partum dans le groupe « hands-off ». Il semblerait que peu importe la méthode utilisée, il n'y ait pas d'influence sur le taux de déchirures de 1^{er} et 2^{ème} degré, et sur le taux de périnées intacts. En ce qui concerne les autres issues, les données ne permettent pas de tirer de conclusions.

D'autres recherches concernant l'incidence du taux de déchirures de 3^{ème} et 4^{ème} degré, l'incidence de l'hémorragie du post-partum, de la durée du temps de travail et de l'adaptation néonatale sont souhaitables afin de pouvoir recommander une méthode en toute sécurité. Il semble également important de prendre en compte le ressenti des femmes et de l'évaluer à l'aide d'études qualitatives.

En l'absence de bénéfices clairs à l'utilisation systématique d'une des deux méthodes, il semble essentiel de mettre l'intérêt de la femme et son autonomie au centre de la prise en soins. Pour ce faire, nous proposerions un cours destiné aux professionnel·le·s de santé concerné·e·s. Il serait basé sur un échange autour de leur pratique et un apport de données scientifiques récentes. Notre objectif serait de les sensibiliser à la décision médicale partagée.

Bibliographie

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Bader, G. (2010). *Episiotomie*. Elsevier Masson
- Beauchamp, L. (2019). *Principles of biomedical Ethics* (8^e éd.). Oxford.
- Bertholdt, C., Poujois, J., Pouypoudat, L., Gisbert, S., & Morel, O. (2019). Risque périnéal et mesures de protection obstétricale : Enquête auprès des professionnels de la naissance. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 47(6), 504-509. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.04.012>
- Bollondi, C., de Chambrier, L., Crombeke, G., Hensler, M., Manghi, R., & Mirabaud, M. (2017). *Capacité de discernement et autonomie du patient, une préoccupation centrale dans le soin au patient*. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/gr-ethique/cd_et_autonomie.pdf
- Bulchandani, S., Watts, E., Sucharitha, A., Yates, D., & Ismail, K. (2015). *Manual perineal support at the time of childbirth : A systematic review and meta-analysis*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(9), 1157-1165. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13431>
- Chabbert, M. & Wendland, J. (2016). *Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère – bébé ?*. *Revue de Médecine Périnatale*. <https://www.cairn.info/revue-de-medecine-perinatale-2016-4-page-199.htm>
- Collège national des Gynécologue et obstétriciens (CNGOF) (2005). *Episiotomie : recommandations du CNGOF pour la pratique clinique*. Elsevier Massons.
- Collège national des Gynécologue et obstétriciens (CNGOF) (2014). *Le pH au cordon reste-t-il le gold standard pour l'évaluation du nouveau-né ?* Paris.
- Comité éditorial de l'UVMaF. (2014). *Complications traumatiques de l'accouchement*. http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/complications_traumatiques/site/html/cours.pdf
- Département fédéral de l'intérieur suisse (DFI). (2006). *La loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (loi relative à la recherche sur l'être humain, LRH) Rapport explicatif concernant l'avant projet*. https://www.kofam.ch/filemanager/downloads/humanforschungsgesetzgebung/Erlauternder_Bericht_fr_20130821.pdf

- De Rham, M., Meyer, A., Achtari, C., & Fornage, S. (2017). *Conséquences à long terme des déchirures périnéales obstétricales sévères sur la fonction sexuelle*. <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-554/Consequences-a-long-terme-des-dechirures-perineales-obstetricales-severes-sur-la-fonction-sexuelle>
- De Souza Caroci da Costa, A., & Gonzalez Riesco, M. L. (2006). A comparison of « hands off » versus « hands on » techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(2), 106111. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.10.017>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). *Women's perceptions and experiences of a traumatic birth : A meta-ethnography: Women's perceptions and experiences of a traumatic birth*. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Foroughipour, A., Firuzeh, F., Ghahiri, A., Norbakhsh, V., & Heidari, T. (2011). *The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome*. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(8), 10401046.
- Franeczek, M.L. (2018). *Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01946490/document>
- Goerke, K., (2004). *Atlas de poche d'obstétrique*. Flammarion
- Guroi-Urganci, I., Cromwell, D.A., Edozien, L.C., Mahmood, T.A., Adams, E.J., Richmond, D.H., Templeton, A., van der Meulen, J.H. (2013). *Third and fourth degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23834484/>
- Haute autorité de santé (HAS). (2018). *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
- Haute autorité de santé (HAS). (2018). *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_argumentaire.pdf
- Haute autorité de santé (HAS). (2018). *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf

- Haute autorité de santé (HAS). (2013). *Patient et professionnels de santé :décider ensemble.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf
- Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). *The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes : A systematic review and meta-analysis.* Midwifery, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Langer, B., & Minetti, A. (2006). Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 35, 59-67. [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(06\)76499-7](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(06)76499-7)
- Lansac, J., Descamps, P., & Goffinet, F. (2016). *Pratique de l'accouchement : 6ème édition.* Elsevier Masson.
- Lansac, J., Descamps, P., & Oury, J-F. (2011). *Pratique de l'accouchement : 5ème édition.* Elsevier Masson.
- Lecocq, D., Lefebvre, H., & Néron, A. (2017). Le patient partenaire. *Hospitals*, (4), 45.
- Loi fédérale du 9 octobre 1992 sur le droit d'auteur et les droits voisins (= LAD ; RS 231.1 ; Etat 1^{er} avril 2020).
- Macarthur, A. J., & Macarthur, C. (2004). *Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery : A prospective cohort study.* American Journal of Obstetrics and Gynecology, 191(4), 1199-1204. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.02.064>
- Mamin, G. (2006). *Répercussion des lésions périnéales sur l'image corporelle de la femme après un accouchement par voie basse* (Travail de Bachelor non publié). Haute école de santé. Genève.
- Marpeau, L. (2010). *Traité d'obstétrique.* Elsevier Masson.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). *Intrapartum Care, Care of healthy women and their babies during childbirth.* <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-248734770>
- Office fédérale de la statistique (OFS). (2019). *Statistique médicale des hôpitaux Accouchements et santé maternelle en 2017* [Base de données]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.8369419.html>

- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2018). *Pour que l'accouchement soit une expérience positive, il est essentiel d'apporter des soins individualisés*. <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/fr/index.html>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2018). *Recommandations de l'OMS Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>
- Pétre, B., Louis, G., Voz, B., Berkesse, A., Flora, L. (2020). Patient partenaire : de la pratique à la recherche. *Santé publique*.32, 371-374. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-4-page-371.htm>
- Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G., & Berghella, V. (2019). *Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 19. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>
- Rigouzzo, A. (2015). *Douleur et réhabilitation en post-partum*. *Revue de Médecine Périnatale*, 7(2), 8795. <https://doi.org/10.1007/s12611-015-0326-8>
- Salameh, C., Canoui-Poitaine, F., Cortet, M., Lafon, A., Rudigoz, R.-C., & Huissoud, C. (2011). *Les présentations postérieures augmentent-elles le risque de déchirures périnéales sévères ?*. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 39(10), 545-548. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.07.030>
- St-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*. [Thèse de Doctorat en sémiologie, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/6134/1/D2593.pdf>
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A. & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. <http://www.ergo-carafe.org/wp-content/uploads/2014/01/GFASAS1.pdf>
- Vardon, D., Reinbold, D., Dreyfus, M. (2012). *Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes*. Masson : Elsevier

Annexes

Annexe 1

	Concepts/ Thèmes	Mots-clefs libres en français Termes dérivés, synonymes ...	HeTOP Français	HeTOP Anglais	Termes proposés par CINAHL	Mots-clefs libres en anglais quand le terme MeSH n'existe pas
P	Accouchement physiologique	Accouchement physiologique Accouchement naturel 2 ^{ème} phase de l'accouchement Parturition Expulsion fœtale Naissance Exulsion	Accouchement Accouchement (processus physiologique) Accouchement naturel Naissance Accouchement par voie basse Accouchement vaginal AVB	Parturition Delivery Labor and delivery without medical intervention Birth Childbirth Obstetric labor Natural childbirth Physiological childbirth Second stage Vaginal birth	Labor Delivery, obstetric childbirth prepared childbirth Labor stage Vaginal Birth	Parturition Delivery Labor and delivery Birth Childbirth Obstetric labor Natural childbirth Physiological childbirth Second stage Second stage of labor Vaginal birth
I	Hands off	Mains levées	/	Management style	Hands-off delivery Hands-off management Hands-poised	Hands-off Hand-off Hands-off methode Hands-poised Hand-poised Hand-poised methode
C	Hands on	Soutien périnéal Mains posées	/	Lacerations/ prevention & control Midwifery/methods Delivery, Obstetric/ methods Obstetric Labor Complications/ prevention & control	hands on hands poised Perineal support	Hands-on Hand-on Perineal management techniques Perineal support

O1	Impact périnéal	Déchirure Episiotomie Lésions génitales/an ales Traumatism e périnéal Lésion périnéale	Déchirure périnéale Episiotomie Déchirure obstétricale du périnée	Perineal integrity Perineal laceration Perineal injury Unspecified perineal laceration during delivery Episiotomy Delivery outcom e	Tears and Lacerations perineal trauma perine al injury perineal tear o r perineal laceration	Tears Perineal trauma
O2	Hémorragie de la délivrance	Hémorragie de la délivrance Hémorragie du post- partum Saignement s	Hémorragie de la délivrance Hémorragie du pos-partum Hémorragie du postpartum Hémorragie immédiate du post-partum hémorragie immédiate du postpartum Hémorragie tardive du post- partum Hémorragie tardive du postpartum	Postpartum hemorrhage Hemorrhage, postpartum Delayed postpartum hem orrhage Hemorrhage, Delayed Postpartum	Hemorrhage Postpartum hemorrha ge	/
O3	Douleur	Douleur Douleur à type de brûlure, Douleur brûlante, Douleur constrictive, Douleur cuisante, Douleur élan çante, Douleur irradiante, Douleur migratoire, Douleur rayonnante, Douleur	/	Pain Ache Aches Burning Pain Burning Pains Crushing Pain, Crushing Pains, Migratory Pain, Migratory Pains Physical Suffering Physical Sufferings	Physical Suffering Pain Ache Crushing Pain	/

		sourde, Douleur violente et rapide, endolorisse ment, sensation de brûlure, sensation douloureuse d'éclatement , souffrance physique				
O4	Adapatation Néonatale	Apgar Adaptation néonatale pH Issues néonatales	Indice d'Apgar Score d'Apgar APGAR Concentration en ions d'hydrogène pH	Score apgar Hydrogen-Ion concentration pH	apgar score Apgar apgar score in newborn	APGAR
O5	Durée de la deuxième phase du travail	Durée Deuxième phase du travail expulsion	Temps Durée Second stade du travail période finale de TRAVAIL OBSTÉTRICAL qui va de l'expulsion du FOETUS à l'expulsion du PLACENTA Période de travail allant de la dilatation complète du col à la naissance du fœtus deuxième période accouchement	Time labor stage, second The period of OBSTETRIC LABOR that is fr om the complete dilatation of the CERVIX UTERI to the expulsion of the FETUS. second labor sta ge	/	/
O6	Vécu de l'accouchement	Satisfaction empowerment Stress	Satisfaction personnelle Pouvoir (psychologie)Pouvoir psychologique Stress stress psychologique Stress physiologique	Personal satisfaction Power (psychologie) Power Empowerment Stress, physiological		Physiological stress

Annexe 2

1 ^{er} concept	AND	2 ^{ème} concept	AND	3 ^{ème} concept
Labor and delivery without medical intervention OR Birth OR Childbirth OR Obstetric labor OR Natural childbirth OR Physiological childbirth OR Second stage OR Vaginal birth OR Labor Delivery, OR obstetric childbirth prepared OR childbirth Labor OR stage Vaginal Birth OR Parturition OR Delivery OR Labor and delivery OR Birth OR Childbirth OR Obstetric labor OR Natural childbirth OR Physiological OR childbirth OR Second stage OR Second stage of labor OR Vaginal birth		Management style OR Hands off OR Hand off OR Hands off methode OR Hand-poised OR Hands-poised OR Hand poised methode		Lacerations/ prevention & control OR Midwifery/methods OR Delivery, Obstetric/ methods OR Obstetric Labor Complications/ prevention & control OR Hands-on OR Hand-on OR Hands-poised OR Hand-poised OR Perineal support OR Hand-poised methode OR Perineal management techniques

AND	4 ^{ème} concept	AND	5 ^{ème} concept	AND	6 ^{ème} concept	AND	7 ^{ème} concept	AND	8 ^{ème} concept	AND	9 ^{ème} concept
	Perineal integrity OR Perineal laceration OR Perineal injury OR Unspecified perineal OR laceration during delivery OR Delivery outcome OR Episiotomy OR Tears and Lacerations OR Tears OR Perineal trauma		Postpartum OR hemorrhage OR Hemorrhage, postpartum OR Delayed postpartum hemorrhage OR Hemorrhage, Delayed Postpartum		Pain OR Ache OR Aches OR Burning Pain OR Burning Pains OR Crushing Pain OR Crushing Pains OR Migratory Pain OR Migratory Pains OR Physical Suffering OR Physical Sufferings		Score apgar OR Hydrogen-Ion concentration OR pH OR american pediatric gross assessment record OR APGAR		Time OR labor stage, second OR secondlab or stage		Personal satisfaction OR Power (psychologie) OR Power OR Empowerment OR Stress, physiological OR Physiological stress OR

Annexe 3

PubMed

Numéro de la recherche	Mots-clefs / opérateurs booléens	filtres	Nombres d'articles trouvés	Nombres d'articles retenus
1	<p>((((((((((parturition) OR delivery) OR (labor and delivery without medical intervention)) OR birth) OR childbirth) OR obstetric labor) OR natural childbirth) OR physiological childbirth) OR vaginal birth) OR second stage)) AND (((hands off) OR hand off) OR hands off method) OR management style)) AND (((((((((((hands on) OR hand-on) OR hands-poised) OR hand-poised) OR hand-poised method) OR perineal method) OR perineal support) OR perineal management techniques) OR lacerations/prevention & control) OR delivery, obstetric/methods) OR midwifery/methods) OR obstetric labor complications/prevention & control)) AND (((((((Perineal integrity) OR Perineal laceration) OR Perineal injury) OR Unspecified perineal laceration during delivery) OR Delivery outcom) OR Episiotomy) OR (Tears and Lacerations)) OR Tears) OR Perineal trauma)</p>	/	20	<p>3</p> <p>(Aasheim et al., 2017)</p> <p>(Pierce-Williams et al., 2019)</p> <p>(Huang et al., 2020)</p>
2	<p>((((((((((parturition) OR (Delivery)) OR (Labor and delivery without medical intervention)) OR (birth)) OR (childbirth)) OR (obstetric labor)) OR (natural childbirth)) OR (vaginal birth)) OR (second stage)) AND (((Hands off) OR (hand off)) OR (hands off methode)) OR (management style))) AND (((((((((((hands on) OR (hand-on)) OR (hands-poised)) OR (hand-poised)) OR (hand-poised methode)) OR (perineal support)) OR (perineal management techniques)) OR (lacerations / prevention & control)) OR (delivery, Obstetric/methods)) OR (midwifery/methods)) OR (obstetric Labor Complication / prevention & control))) AND (((Postpartum hemorrhage) OR (Hemorrhage)) OR (Hemorrhage, postpartum delayed))</p>	<p>(Published in the last 15 years</p> <p>Meta-Analysis</p> <p>Randomized controlled Trial</p> <p>Review</p> <p>Systematic Review)</p>	60 (12)	<p>1</p> <p>(Huang et al., 2020)</p>

3	<p>((((((((((parturition) OR (Delivery)) OR (Labor and delivery without medical intervention)) OR (birth)) OR (childbirth)) OR (obstetric labor)) OR (natural childbirth)) OR (vaginal birth)) OR (second stage)) AND (((Hands off) OR (hand off)) OR (hands off methode)) OR (management style))) AND (((((((hands on) OR (hand-on)) OR (hands-poised)) OR (hand-poised)) OR (hand-poised methode)) OR (perineal support)) OR (perineal management techniques)) OR (lacerations / prevention & control)) OR (delivery, Obstetric/methods)) OR (midwifery/methods)) OR (obstetric Labor Complication / prevention & control)))) AND (((((((Pain) OR (Ache)) OR (Aches)) OR (Burning Pain)) OR (Burning Pains)) OR (Crushing Pains)) OR (Crushing Pain)) OR (Migratory Pains)) OR (Migratory Pain)) OR (Physical Suffering)) OR (Physical Sufferings))</p>	/	8	2 (Foroughipour et al., 2011) (Huang et al., 2020)
4	<p>((((((((((parturition) OR (Delivery)) OR (Labor and delivery without medical intervention)) OR (birth)) OR (childbirth)) OR (obstetric labor)) OR (natural childbirth)) OR (vaginal birth)) OR (second stage)) AND (((Hands off) OR (hand off)) OR (hands off methode)) OR (management style))) AND (((((((hands on) OR (hand-on)) OR (hands-poised)) OR (hand-poised)) OR (hand-poised methode)) OR (perineal support)) OR (perineal management techniques)) OR (lacerations / prevention & control)) OR (delivery, Obstetric/methods)) OR (midwifery/methods)) OR (obstetric Labor Complication / prevention & control)))) AND (((((APGAR) OR (Score apgar)) OR (Hydrogen-ion concentration)) OR (pH)) OR (american pediatric gross assessment record))</p>	(Published in the last 15 years Meta-Analysis Randomized controlled Trial Review Systematic Review)	129 (12)	1 (de Souza Caroci da Costa & Gonzalez Riesco, 2006)

5	<p>((((((((((parturition) OR (Delivery)) OR (Labor and delivery without medical intervention)) OR (birth)) OR (childbirth)) OR (obstetric labor)) OR (natural childbirth)) OR (vaginal birth)) OR (second stage)) AND (((Hands off) OR (hand off)) OR (hands off methode)) OR (management style))) AND (((((((hands on) OR (hand-on)) OR (hands-poised)) OR (hand-poised)) OR (hand-poised methode)) OR (perineal support)) OR (perineal management techniques)) OR (lacerations / prevention & control)) OR (delivery, Obstetric/methods)) OR (midwifery/methods)) OR (obstetric Labor Complication / prevention & control))) AND (booksdocs[Filter] OR clinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter])) AND (((Time[MeSH Terms]) OR (labor stage, second[MeSH Terms])) OR (second stage labor[MeSH Terms])) AND (booksdocs[Filter] OR clinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]))</p>		14	(Huang et al., 2020)
6	<p>((((((((((parturition) OR (Delivery)) OR (Labor and delivery without medical intervention)) OR (birth)) OR (childbirth)) OR (obstetric labor)) OR (natural childbirth)) OR (vaginal birth)) OR (second stage)) AND (((Hands off) OR (hand off)) OR (hands off methode)) OR (management style))) OR (((Hands off) OR (hand off)) OR (hands off methode)) OR (management style))) AND (((((((hands on) OR (hand-on)) OR (hands-poised)) OR (hand-poised)) OR (hand-poised methode)) OR (perineal support)) OR (perineal management techniques)) OR (lacerations / prevention & control)) OR (delivery, Obstetric/methods)) OR (midwifery/methods)) OR (obstetric Labor Complication / prevention & control))) AND (((personal satisfaction) OR (power (psychology))) OR (Power)) OR (Empowerment)) OR (satisfaction))</p>	<p>(Published in the last 15 years Meta-Analysis Randomized controlled Trial Review Systematic Review)</p>	517 (59)	

Annexe 4

Cinahl

Numéro de la recherche	Mots-clefs / opérateurs booléens	filtres	Nombres d'articles trouvés	Nombres d'articles retenus
1	(((((accouchement (procédure).tl OU accouchement (procédure).mc) OU second stade du travail.tl) OU second stade du travail.mc) OU parturition.tl) OU parturition.mc) OU expulsion.tl) OU expulsion.mc) ET (((mains levées.tl OU mains levées.mc) OU hands off.tl) OU hands off.mc) ET (((((hands on.tl OU hands on.mc) OU Soutien périnéal .tl) OU Soutien périnéal .mc) OU Mains posées .tl) OU Mains posées .mc) OU soutien du périnée.tl) OU soutien du périnée.mc) ET ((((((lésion périnéale.tl OU lésion périnéale.mc) OU déchirure périnéale.tl) OU déchirure périnéale.mc) OU épisiotomie.tl) OU épisiotomie.mc) OU traumatismes périnéaux.tl) OU traumatismes périnéaux.mc)	/	1	0
2	(((((accouchement .tl OU accouchement .mc) OU parturition.tl) OU parturition.mc) OU second stade du travail.tl) OU second stade du travail.mc) OU expulsion.tl) OU expulsion.mc) ET (((((hands on.tl OU hands on.mc) OU hands off.tl) OU hands off.mc) OU soutien du périnée.tl) OU soutien du périnée.mc) OU mains posées.tl) OU mains posées.mc) ET (((hémorragie.tl OU hémorragie.mc) OU hémorragie de la délivrance.tl) OU hémorragie de la délivrance.mc) OU hémorragie du post-partum.tl) OU hémorragie du post-partum.mc)	/	2	0
3	(((((accouchement .tl OU accouchement .mc) OU parturition.tl) OU parturition.mc) OU second stade du travail.tl) OU second stade du travail.mc) OU expulsion.tl) OU expulsion.mc) ET (((((hands on.tl OU hands on.mc) OU hands off.tl) OU hands off.mc) OU soutien du périnée.tl) OU soutien du périnée.mc) OU mains posées.tl) OU mains posées.mc) ET (((douleur.tl OU douleur.mc) OU douleur post-partum.tl) OU douleur post-partum.mc) OU douleur périnéale.tl) OU douleur périnéale.mc)	/	0	0
4	((accouchement .tl) OU (accouchement .mc) OU (parturition.tl) OU (parturition.mc) OU (second stade du travail.tl) OU (second stade du travail.mc) OU (expulsion.tl) OU (expulsion.mc)) ET ((hands on.tl) OU (hands on.mc) OU (hands off.tl) OU (hands off.mc) OU (soutien du périnée.tl) OU (soutien du périnée.mc) OU (mains posées.tl) OU (mains posées.mc)) ET ((Adaptation néonatale .tl) OU (Adaptation néonatale .mc) OU (Issues néonatales .tl) OU (Issues néonatales .mc) OU (concentration en ions d'hydrogène.tl) OU (concentration en ions d'hydrogène.mc) OU (score d'APGAR.tl) OU (score d'APGAR.mc))	/	0	0

5	((accouchement .tl) OU (accouchement .mc) OU (parturition.tl) OU (parturition.mc) OU (second stade du travail.tl) OU (second stade du travail.mc) OU (expulsion.tl) OU (expulsion.mc)) ET ((hands on.tl) OU (hands on.mc) OU (hands off.tl) OU (hands off.mc) OU (soutien du périnée.tl) OU (soutien du périnée.mc) OU (mains posées.tl) OU (mains posées.mc)) ET ((durée second stade du travail.tl) OU (durée second stade du travail.mc) OU (durée expulsion.tl) OU (durée expulsion.mc))	/	0	0
6	((accouchement .tl) OU (accouchement .mc) OU (parturition.tl) OU (parturition.mc) OU (second stade du travail.tl) OU (second stade du travail.mc) OU (expulsion.tl) OU (expulsion.mc)) ET ((hands on.tl) OU (hands on.mc) OU (hands off.tl) OU (hands off.mc) OU (soutien du périnée.tl) OU (soutien du périnée.mc) OU (mains posées.tl) OU (mains posées.mc)) ET ((Satisfaction personnelle .tl) OU (Satisfaction personnelle .mc) OU (empowerment.tl) OU (empowerment.mc) OU (Stress.tl) OU (Stress.mc) OU (pouvoir (psychologie).tl) OU (pouvoir (psychologie).mc))	/	0	0

Annexe 5

LiSSA

Numéro de la recherche	Mots-clefs / opérateurs booléens	filtres	Nombres d'articles trouvés	Nombres d'articles retenus
1	(((((accouchement (procédure).tl OU accouchement (procédure).mc) OU second stade du travail.tl) OU second stade du travail.mc) OU parturition.tl) OU parturition.mc) OU expulsion.tl) OU expulsion.mc) ET (((mains levées.tl OU mains levées.mc) OU hands off.tl) OU hands off.mc) ET (((((hands on.tl OU hands on.mc) OU Soutien périnéal .tl) OU Soutien périnéal .mc) OU Mains posées .tl) OU Mains posées .mc) OU soutien du périnée.tl) OU soutien du périnée.mc) ET ((((((lésion périnéale.tl OU lésion périnéale.mc) OU déchirure périnéale.tl) OU déchirure périnéale.mc) OU épisiotomie.tl) OU épisiotomie.mc) OU traumatismes périnéaux.tl) OU traumatismes périnéaux.mc)	/	1	0
2	(((((accouchement .tl OU accouchement .mc) OU parturition.tl) OU parturition.mc) OU second stade du travail.tl) OU second stade du travail.mc) OU expulsion.tl) OU expulsion.mc) ET (((((hands on.tl OU hands on.mc) OU hands off.tl) OU hands off.mc) OU soutien du périnée.tl) OU soutien du périnée.mc) OU mains posées.tl) OU mains posées.mc) ET (((((hémorragie.tl OU hémorragie.mc) OU hémorragie de la délivrance.tl) OU hémorragie de la délivrance.mc) OU hémorragie du post-partum.tl) OU hémorragie du post-partum.mc)	/	2	0
3	(((((accouchement .tl OU accouchement .mc) OU parturition.tl) OU parturition.mc) OU second stade du travail.tl) OU second stade du travail.mc) OU expulsion.tl) OU expulsion.mc) ET (((((hands on.tl OU hands on.mc) OU hands off.tl) OU hands off.mc) OU soutien du périnée.tl) OU soutien du périnée.mc) OU mains posées.tl) OU mains posées.mc) ET (((((douleur.tl OU douleur.mc) OU douleur post-partum.tl) OU douleur post-partum.mc) OU douleur périnéale.tl) OU douleur périnéale.mc)	/	0	0
4	((accouchement .tl) OU (accouchement .mc) OU (parturition.tl) OU (parturition.mc) OU (second stade du travail.tl) OU (second stade du travail.mc) OU (expulsion.tl) OU (expulsion.mc)) ET ((hands on.tl) OU (hands on.mc) OU (hands off.tl) OU (hands off.mc) OU (soutien du périnée.tl) OU (soutien du périnée.mc) OU (mains posées.tl) OU (mains posées.mc)) ET ((Adaptation néonatale .tl) OU (Adaptation néonatale .mc) OU (Issues néonatales .tl) OU (Issues néonatales .mc) OU (concentration en ions d'hydrogène.tl) OU (concentration en ions d'hydrogène.mc) OU (score d'APGAR.tl) OU (score d'APGAR.mc))	/	0	0

5	((accouchement .tl) OU (accouchement .mc) OU (parturition.tl) OU (parturition.mc) OU (second stade du travail.tl) OU (second stade du travail.mc) OU (expulsion.tl) OU (expulsion.mc)) ET ((hands on.tl) OU (hands on.mc) OU (hands off.tl) OU (hands off.mc) OU (soutien du périnée.tl) OU (soutien du périnée.mc) OU (mains posées.tl) OU (mains posées.mc)) ET ((durée second stade du travail.tl) OU (durée second stade du travail.mc) OU (durée expulsion.tl) OU (durée expulsion.mc))	/	0	0
6	((accouchement .tl) OU (accouchement .mc) OU (parturition.tl) OU (parturition.mc) OU (second stade du travail.tl) OU (second stade du travail.mc) OU (expulsion.tl) OU (expulsion.mc)) ET ((hands on.tl) OU (hands on.mc) OU (hands off.tl) OU (hands off.mc) OU (soutien du périnée.tl) OU (soutien du périnée.mc) OU (mains posées.tl) OU (mains posées.mc)) ET ((Satisfaction personnelle .tl) OU (Satisfaction personnelle .mc) OU (empowerment.tl) OU (empowerment.mc) OU (Stress.tl) OU (Stress.mc) OU (pouvoir (psychologie).tl) OU (pouvoir (psychologie).mc))	/	0	0