

Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes : une revue systématique Cochrane

Comparing midwifery-led to other models of care available to pregnant women: a Cochrane systematic review

Hatem M¹, Sandall J², Devane D³, Soltani H⁴, Gates S⁵

Résumé

Objectif : Comparer les modèles de pratique sage-femme et autres modèles obstétricaux ; déterminer les effets de la continuité des soins, du risque obstétrical et du milieu de pratique.

Méthodes : Recherche réalisée dans plusieurs banques (ex. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register*). Nous avons retenu les essais où des femmes enceintes sont allouées aléatoirement durant leur grossesse à un des modèles comparés. Dans le modèle sage-femme, les soins ont été offerts durant les pré- et per-natals. La qualité méthodologique a été évaluée.

Résultats : Ils ont porté sur 11 essais (12 276 femmes). Dans la pratique sage-femme, les femmes étaient moins enclines à être hospitalisées en prénatal (RR 0,90 et IC95% 0,81 ; 0,99) et à avoir une analgésie régionale (RR 0,81 et IC95 % : 0,73 ; 0,91), une épisiotomie (RR 0,82 et IC95 % : 0,77 ; 0,88), un accouchement instrumental (RR 0,86 et IC95% 0,78 ; 0,96), une mort fœtale < 24 semaines de grossesse (RR 0,79 et IC95% 0,65 ; 0,97); leurs bébés étaient hospitalisés pour une période moindre (différence moyenne pondérée -2,00 et IC95% -2,15 à ; 1,85). Elles étaient plus enclines à avoir un travail sans analgésie/anesthésie (RR 1,16 et IC95% 1,05 ; 1,29) et un accouchement vaginal (RR 1,04 et IC95% 1,02 ; 1,06) ; en contrôle durant l'accouchement (RR 1,74 et IC95% 1,32 ; 2,30), et assistées par une sage-femme familière (RR 7,84 et IC95% 4,15 ; 14,81). Les résultats sont consistants au niveau de risque, milieu de pratique et à l'organisation des soins.

Conclusion : Les modèles de pratique sage-femme pourraient être offerts à toutes femmes particulièrement à moindre risque obstétrical.

Prat Organ Soins 2009;40(4):267-274

Mots-clés : Pratique sage-femme ; organisation des soins ; suivi soins patient ; service santé maternelle ; évaluation des résultats (soins) ; satisfaction patient ; relation professionnelle de santé-patient.

Summary

Aim: To compare midwife-led with other models of care for childbearing women and their infants.

Methods: We searched many sources (e.g. the Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register) for all published and unpublished trials in which pregnant women are randomly allocated to midwife-led or other models of care during pregnancy. We evaluated methodological quality, double-checked the data extraction and entry, and sought additional information from trial authors.

Results: Covered 11 trials (12,276 women). Women who had midwife-led models of care were *less likely* to experience: antenatal hospitalisation, [relative risk (RR) 0.90, 95% confidence interval (CI) 0.81; 0.99], use of regional analgesia (RR 0.81, 95% CI 0.73; 0.91), episiotomy (RR 0.82, 95% CI 0.77; 0.88), instrumental delivery (RR 0.86, 95% CI 0.78; 0.96), and fetal loss before 24 weeks' gestation (RR 0.79, 95% CI 0.65; 0.97).

They were *more likely* to experience: no intra-partum analgesia/anaesthesia (RR 1.16, 95% CI 1.05; 1.29), spontaneous vaginal birth (RR 1.04, 95% CI 1.02; 1.06), attendance at birth by a known midwife (RR 7.84, 95% CI 4.15 to 14.81), and to feel in control during childbirth (RR 1.74, 95% CI 1.32; 2.30). Their babies were more likely to have a shorter length of hospital stay (mean difference -2.00, 95% CI; 2.15 to; 1.85). The results were consistent with the level of obstetrical risk, setting of practice and organisation of care.

Conclusion: Most women should be offered midwife-led models of care and women should be encouraged to ask for this option. Caution should be exercised regarding women with medical or obstetric complications.

Prat Organ Soins 2009;40(4):267-274

Keywords: Midwifery practice; care management; continuity of patient care; maternal health services; outcome assessment (health care); patient satisfaction; professional-patient relations.

¹ Professeure, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada.

² Professeure, Health and Social Care Research Division, King's College, Royaume-Uni.

³ Chargé d'enseignement, School of Nursing and Midwifery, Aras Moyola, National University of Ireland, Galway, Irlande.

⁴ Chargée d'enseignement, Faculty of Health and Wellbeing, Sheffield Hallam University, Royaume-Uni.

⁵ Chercheur, Warwick Medical School, Clinical Trials Unit, University of Warwick- Coventry, Royaume-Uni.

Adresse pour correspondance : Pr Marie Hatem, Département de médecine sociale et préventive - Université de Montréal, C.P. 6128, succursale centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7.

E-mail : marie.hatem@umontreal.ca

Cet article fait état de la revue systématique publiée par la Bibliothèque Cochrane et Wiley publishers en anglais, avec l'autorisation de Cochrane Collaboration qui dispose des droits d'auteur : Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Gates, S., 2008. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4, CD004667.

Un article en anglais est paru sous la référence : Sandall J, Hatem M, Devane D, Soltani H, Gates S. Discussions of findings from a Cochrane review of midwife-led versus other models of care for childbearing women: continuity, normality and safety. *Midwifery*. 2009;25:8-13.

INTRODUCTION

Les sages-femmes (SF) sont les principales dispensatrices des soins obstétricaux aux femmes enceintes dans le monde [1]. Toutefois, les modèles organisationnels de leur pratique et de leur formation ainsi que leur rôle varient considérablement [2]. De plus, dans plusieurs pays (comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni) diverses combinaisons de modèles dirigés par des SF, par des médecins ou de gestion partagée sont disponibles. Cette variabilité fait en sorte que les femmes enceintes sont partagées dans leur opinion quant au modèle le mieux adapté pour elles [3].

Les différences entre les modèles organisationnels de la pratique de SF et les autres modèles de soins obstétricaux comprennent souvent des variations de la philosophie, de l'approche, de la continuité, de la relation entre dispensateur de soin et femme enceinte, du recours aux interventions durant le travail, du lieu de pratique, ainsi que dans les buts et les objectifs de soin [4]. Les modèles organisationnels de pratique de SF visent à améliorer la continuité des soins et comprennent des modèles d'*équipes de soin* ou de *gestion de cas*. Ces modèles sont offerts dans une gamme de lieux de pratique communautaire ou hospitalier, à des femmes classées à un niveau de risque de complications obstétricales bas ou mixte. La philosophie sous-jacente aux modèles de pratique de SF porte sur la normalité et sur la capacité naturelle des femmes à mettre au monde avec le minimum ou sans intervention. L'hypothèse à la source de la pratique centrée sur la femme veut que la grossesse et la naissance soient des événements physiologiques de la vie.

Les modèles de pratique de SF comprennent : la continuité des soins ; le contrôle du bien-être physique, psychologique, spirituel et social de la femme et de sa famille tout au long du cycle de la naissance ; l'offre de soins éducationnels, de conseils et de soins anténatals individualisés ; un suivi continu durant le travail, la naissance et le *postpartum* immédiat ; un soutien durant le *postpartum* ; une réduction du recours aux interventions technologiques ; et, le transfert des femmes requérant des soins spécialisés obstétricaux ou autres.

Les modèles de pratique de SF visent généralement à améliorer la continuité des soins sur une période de temps. Toutefois, la littérature générale sur la continuité révèle qu'un manque de clarté de la définition et de la mesure des différents types de continuité a été à la source de la limitation des recherches en la matière [5]. Freeman *et al.* [6] (2007) définissent trois principaux types de continuité : de gestion, d'information et de relation. La continuité de gestion implique la communication des faits et des jugements à travers les frontières

de l'équipe, de l'institution et des professionnels. La continuité de l'information concerne la disponibilité d'information pertinente à travers le temps. La continuité de relation signifie une relation de réciprocité et de confiance de l'utilisateur des services avec un ou plusieurs professionnels à travers le temps. La continuité personnelle/relationnelle à travers le temps est jugée avoir le plus grand effet sur l'expérience de l'utilisateur des services et sur la santé [7, 8]. Certains modèles de pratique SF offrent plus de continuité personnelle ou relationnelle que d'autres ; alors les modèles de soins qui font l'objet de la présente revue sont définis comme suit.

1. Modèles de pratique de SF

Les modèles de pratique de SF ont été définis comme étant les soins où la SF est la professionnelle en charge de la planification, de l'organisation et de la dispensation des soins offerts à la femme depuis son admission jusqu'à la période postnatale [9]. Certains soins pré et/ou per et/ou postnatals peuvent être dispensés avec des professionnels médicaux appropriés. Dans de tels modèles, les SF sont, en collaboration avec la femme, les professionnelles en charge responsables de l'évaluation des besoins de la femme, de la planification de ses soins, de son transfert à d'autres professionnels appropriés et de la dispensation des services de maternité.

Ainsi, les modèles de pratique de SF visent à fournir les soins dans des milieux communautaires ou hospitaliers, normalement à des femmes en bonne santé présentant une grossesse à faible risque et non compliquée. Dans certains modèles, les SF fournissent des soins obstétricaux continus à toutes les femmes d'une région géographique déterminée, agissant comme professionnelles en charge des femmes dont la grossesse et l'accouchement ne sont pas compliqués et poursuivant les soins aux femmes qui présentent des complications médicales et obstétricales en partenariat avec d'autres professionnels. Certains modèles de pratique de SF visent à fournir des soins continus à un groupe bien défini de femmes par le biais d'un groupe de SF appelé souvent une équipe de SF partageant la prise en charge des femmes. Ainsi, une femme recevra ses soins d'un certain nombre de SF de l'équipe dont la taille peut varier.

D'autres modèles, souvent appelés modèles de gestion de cas (*caseload midwifery*), visent à offrir une plus grande continuité relationnelle en s'assurant que la femme enceinte reçoit des soins pré, per et postnatals de la même SF ou de sa/son partenaire de pratique [10]. Il y a un débat permanent au sujet des risques, bénéfices et coûts de ces modèles de pratique en équipe ou de gestion de cas [11, 12, 13, 14, 15].

2. Autres modèles de soins obstétricaux

a) Soins offerts par des obstétriciens

Ce modèle est commun en Amérique du Nord où les obstétriciens sont les principaux dispensateurs des soins prénatals aux femmes enceintes. Un obstétricien (pas nécessairement celui qui dispense les soins prénatals) est présent au moment de l'accouchement, des infirmières fournissent les soins per et postnatals.

b) Soins fournis par des médecins de famille avec transfert vers un spécialiste en soins obstétricaux si besoin

Des infirmières en obstétrique ou des SF fournissent les soins pernatals et postnatals immédiats, mais ne participent pas à la prise de décision. Un médecin est présent au moment de l'accouchement.

c) Modèles de soins partagés

La responsabilité de l'organisation et de l'offre des soins, de l'admission à la période postnatale, est partagée parmi différents professionnels de la santé. À différents moments durant la grossesse, l'accouchement ou la période postnatale, la responsabilité des soins peut passer à un groupe différent de soignants. Les soins sont parfois partagés entre médecins de famille et SF, entre obstétriciens et SF ou entre ces trois types de professionnels.

Dans certains pays (exemple : Canada, Pays-Bas), le champ de pratique de la SF est limité au soin des femmes qui présentent des grossesses non compliquées, alors que dans d'autres pays (exemple : Royaume-Uni, France, Australie, Nouvelle-Zélande), les SF offrent des soins aux femmes qui présentent des complications médicales ou obstétricales en collaboration avec des collègues médecins. De plus, les soins de maternité sont principalement offerts dans certains pays (exemple : République d'Irlande, Iran, Liban) par une SF dans un modèle de pratique géré par des médecins obstétriciens ; la SF pourrait offrir les soins courants, mais l'obstétricien assume la responsabilité des soins dispensés à la femme tout au long des périodes pré, per et postnatales.

La littérature révèle un manque d'information synthétisée permettant d'établir l'existence de différences entre les modèles organisationnels de pratique de SF et les autres modèles de soins obstétricaux en termes de morbidité/mortalité, d'efficacité et d'effets sur le plan psychologique.

L'objectif principal de la présente revue systématique a été de comparer les modèles de pratique de SF et les autres modèles de soins offerts à la femme enceinte et à ses enfants. Dans les analyses de sous-groupes, les

hypothèses vérifiées considèrent que les effets des modèles de pratique de SF varient selon 1) le niveau de continuité des soins offerts ; 2) le niveau de risque obstétrical ; et 3) le milieu de pratique (hôpital ou communauté). Les données considérées couvrent le prénatal, le travail, l'accouchement, le postnatal immédiat, le nouveau-né, et le postnatal maternel.

MÉTHODES

La recherche des études a été réalisée auprès *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register* (Janvier 2008), *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group's Trials Register* (Janvier 2008), *Current Contents* (1994 à janvier 2008), *CINAHL* (1982 à août 2006), *Web of Science*, *BIOSIS Previews*, *ISI Proceedings*, (1990-2008), et la Bibliothèque de santé reproductive de l'Organisation mondiale de la santé, N° 9. Aucune restriction de langue n'a été appliquée.

1. Méthode de recherche : critères de sélection

Les modèles de soins ont été classés selon l'une des trois catégories : pratique de SF, autres modèles et modèles partagés et ce, sur la base du professionnel en charge des soins dans les périodes pré et pernatals car les décisions et les actions prises durant la grossesse influencent souvent les événements pernatals. Nous avons retenu tous les essais, publiés ou non, où des femmes enceintes sont allouées aléatoirement à un modèle de pratique de SF ou à un autre modèle de soins obstétricaux durant leur grossesse, et où ces soins sont offerts, dans le modèle de pratique de SF, durant les périodes pré et pernatale.

Tous les auteurs de la revue ont évalué la qualité méthodologique des essais. Tous les auteurs et une assistante de recherche indépendante ont extrait les données. Deux auteurs ont vérifié indépendamment l'extraction et la saisie des données. Des informations additionnelles ont été demandées aux auteurs des essais lorsque requis.

RÉSULTATS

Cette revue synthétise 11 essais qui ont eu lieu dans quatre pays, dans des milieux de pratiques et des systèmes de santé très variés, impliquant 12 276 femmes. Tous les essais portaient sur des modèles de pratique de SF en équipe ou selon le mode de gestion de cas ; les femmes étaient classées soient à bas risque obstétrical soit à risque mixte ; et les soins étaient fournis dans des milieux hospitaliers ou communautaires. Tous les essais comprenaient des SF licenciées et aucun n'a porté sur des SF autodidactes ou traditionnelles. L'accouchement

à domicile n'était offert dans aucun des essais. La qualité méthodologique des essais retenus était basée sur l'allocation masquée des participantes : elle était élevée dans neuf essais et pas claire dans les deux autres.

L'analyse de sensibilité, pour évaluer toute différence substantielle dans les résultats globaux, a révélé une différence très minime dans les estimations globales et les conclusions n'étaient modifiées pour aucune variable.

Les femmes étaient classées à bas risque de complications obstétricales dans six études et à risque mixte dans cinq études. Deux études offraient un modèle SF de gestion de cas et neuf offraient des soins par une équipe de SF. Les niveaux de continuité (mesurés par le pourcentage de femmes assistées durant l'accouchement par un soignant familial) variaient entre 63 % et 98 % pour les modèles de pratique SF et entre 0,3 % et 21 % dans les autres modèles de soins.

Comparaison entre les modèles de pratique SF et les autres modèles de soins offerts à la femme enceinte et à son enfant

Dans la comparaison principale, les femmes dans les modèles de pratique de SF étaient moins enclines à être hospitalisées dans la période prénatale (risque relatif (RR) : 0,90, intervalle de confiance (IC) au risque 95 % : 0,81 ; 0,99), à avoir une analgésie régionale (RR : 0,81 et IC95 % : 0,73 ; 0,91) (tableau I), une épisiotomie (RR : 0,82 et IC95 % : 0,77 ; 0,88) (tableau II), un accouchement instrumental (RR : 0,86 et IC95 % : 0,78 ; 0,96) (tableau III), une mort fœtale < 24 semaines de grossesse (RR : 0,79, 95 % et CI95 % : 0,65 ; 0,97), et leurs bébés étaient hospitalisés pour une période moindre (différence moyenne pondérée - 2,00 et IC95% : - 2,15 ; - 1,85). Ces

femmes étaient plus enclines à avoir un travail sans analgésie/anesthésie (RR : 1,16 et IC95 % : 1,05 ; 1,29), un accouchement vaginal spontané (RR : 1,04 et IC95 % : 1,02 ; 1,06) (tableau IV) et à se sentir en contrôle durant l'accouchement (RR : 1,74 et IC95 % : 1,32 ; 2,30) assistées par une SF familière (RR : 7,84 et IC95 % : 4,15 ; 14,81) (tableau V) et à initier l'allaitement au sein (RR : 1,35 et IC95 % : 1,03 ; 1,76).

Il n'y avait pas de différence statistique significative entre les groupes ni pour la césarienne (RR : 0,96 et IC95 % : 0,87 ; 1,06), ni pour les décès fœtaux ou néonataux globalement (RR : 0,83 et IC95 % : 0,70 ; 1,00), ni pour la perte fœtale/décès néonatal après au moins 24 semaines de grossesse (RR : 1,01 et IC95 % : 0,67 ; 1,53). Globalement, il n'y avait pas d'éventuelle augmentation d'aucun effet adverse associée au fait que les femmes avaient été randomisées aux modèles de pratique de SF et ce, ni pour les femmes ni pour leurs enfants. L'ampleur des résultats consistants était modéré, en général, à travers toutes les études.

Les analyses de sous-groupe ont montré, entre les différents modèles de pratique de SF (en équipe ou par gestion de cas) et les autres modèles, l'absence de différence statistiquement significative des effets. Le risque relatif de perte fœtale ou de décès néonataux après au moins 24 semaines de grossesse était de 0,48 (IC95 % : 0,23 ; 1,03) dans les deux essais portant sur la gestion de cas et de 1,44 (IC95 % : 0,86 ; 2,42) dans les neuf études portant sur les modèles d'équipe. Dans l'analyse de la proportion de nouveau-nés présentant un score d'Apgar à cinq minutes de vie inférieur à sept, le risque relatif était de 0,62 (IC95 % : 0,38 ; 1,02) dans un essai de gestion de cas et de 1,40 (IC95 % : 0,97 ; 2,01) dans neuf essais sur des modèles d'équipe.

Tableau I
Analgésie régionale (péridurale/rachidienne).

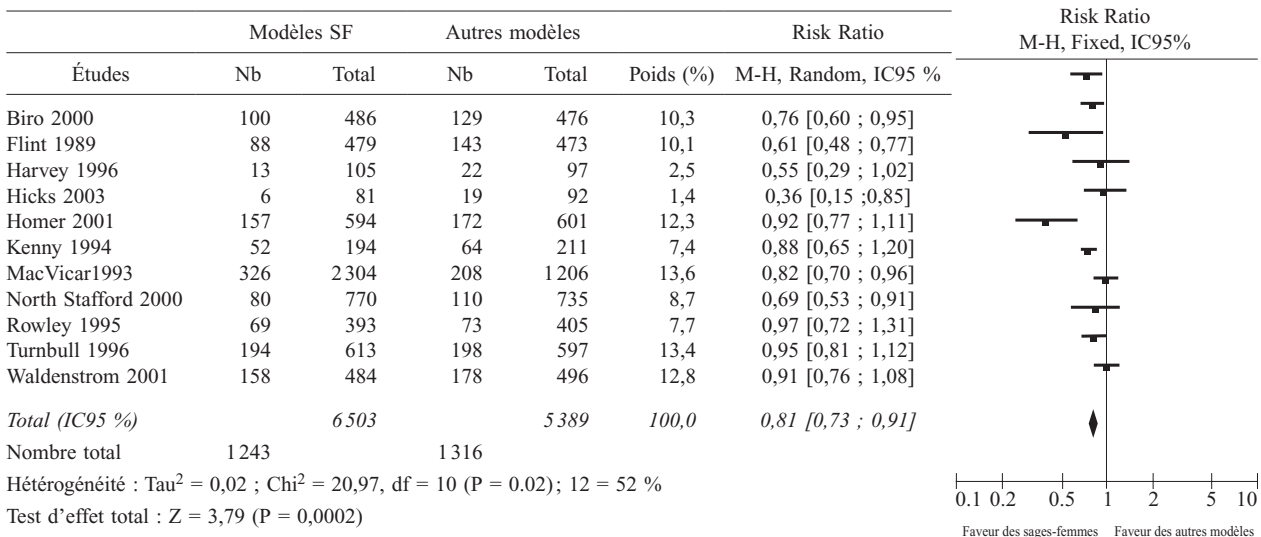


Tableau II
Épisiotomie.

Études	Modèles SF		Autres modèles de soin		Poids (%)	Risk Ratio
	Nb	Total	Nb	Total		M-H, Random, IC95 %
Biro 2000	89	488	121	479	8,4	0,72 [0,57 ; 0,92]
Flint 1989	152	480	185	473	12,8	0,81 [0,68 ; 0,96]
Harvey 1996	15	105	26	97	1,9	0,53 [0,30 ; 0,94]
Hicks 2003	25	81	31	92	2,0	0,92 [0,59 ; 1,41]
Homer 2001	63	594	66	601	4,5	0,97 [0,70 ; 1,34]
Kenny 1994	20	194	55	211	3,6	0,40 [0,25 ; 0,63]
MacVicar1993	475	2304	326	1206	29,4	0,76 [0,67 ; 0,86]
North Stafford 2000	181	770	175	735	12,3	0,99 [0,82 ; 1,18]
Rowley 1995	46	393	56	405	3,8	0,85 [0,59 ; 1,22]
Turnbull 1996	147	604	173	580	12,1	0,82 [0,68 ; 0,98]
Waldenstrom 2001	134	484	136	496	9,2	1,01 [0,82 ; 1,24]
<i>Total (IC95 %)</i>		<i>6497</i>		<i>5375</i>	<i>100,0</i>	<i>0,82 [0,77 ; 0,88]</i>
Nombre total	1347		1350			

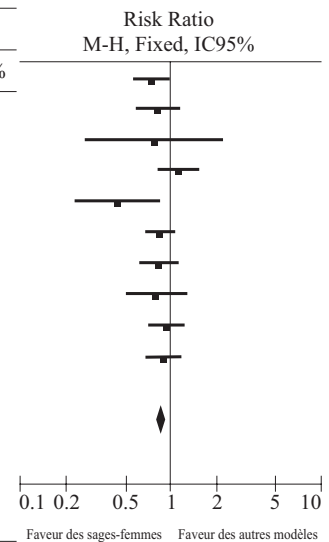
Hétérogénéité : $\text{Chi}^2 = 23,02$, $\text{df} = 10$ ($P = 0,01$); $I^2 = 57\%$
 Test d'effet total : $Z = 5,89$ ($P < 0,00001$)



Tableau III
Accouchement vaginal instrumental (forceps/vacuum).

Études	Modèles SF		Autres modèles		Poids (%)	Risk Ratio
	Nb	Total	Nb	Total		M-H, Random, IC95 %
Biro 2000	67	488	86	480	12,4	0,77 [0,57 ; 1,03]
Flint 1989	56	479	66	473	9,5	0,84 [0,60 ; 1,17]
Harvey 1996	6	105	7	97	1,0	0,79 [0,28 ; 2,27]
Hicks 2001	71	594	63	601	9,0	1,14 [0,83 ; 1,57]
Homer 2001	12	194	29	211	4,0	0,45 [0,24 ; 0,86]
Kenny 1994	187	2304	114	1206	21,4	0,86 [0,69 ; 1,07]
MacVicar1993	187	2304	114	1206	21,4	0,86 [0,69 ; 1,07]
North Stafford 2000	74	770	84	735	12,3	0,84 [0,63 ; 1,13]
Rowley 1995	29	393	37	405	5,2	0,81 [0,51 ; 1,29]
Turnbull 1996	83	612	86	597	12,5	0,94 [0,71 ; 1,25]
Waldenstrom 2001	78	484	89	496	12,6	0,90 [0,68 ; 1,18]
<i>Total (IC95 %)</i>		<i>6423</i>		<i>5301</i>	<i>100,0</i>	<i>0,86 [0,78 ; 0,96]</i>
Nombre total	663		661			

Hétérogénéité : $\text{Chi}^2 = 8,09$, $\text{df} = 9$ ($P = 0,53$); $I^2 = 0\%$
 Test d'effet total : $Z = 2,81$ ($P = 0,005$)



Toutefois, la signification de l'analyse individuelle des sous-groupes n'est pas un repère fiable – à savoir que le traitement varie entre les sous-groupes – car la non-signification peut être due à une faible taille d'échantillon (donc de larges intervalles de confiance).

Les tests d'interaction fournissent un test approprié de la différence entre les sous-groupes, et une différence statistiquement significative était maintenue dans les effets du traitement entre les sous-groupes pour le score d'Appgar à cinq minutes de vie inférieur à sept (chi carré d'interaction : 5,62 et $P = 0,02$), ainsi que pour la perte fœtale et les décès néonataux après au moins 24 semaines de grossesse (chi carré d'interaction : 5,25 et $P = 0,02$).

Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec précaution car le nombre d'événements mesurés dans ces analyses était bas, les analyses de sous-groupe, de par leur nature, sont observationnelles (non randomisées), et l'augmentation dans le nombre d'analyses réalisées en raison des analyses de sous-groupes auraient pu entraîner des résultats significatifs par hasard.

D'autres effets étaient consistants selon le niveau de risque, les milieux de pratique et l'organisation des soins, suggérant que l'efficacité des modèles de pratique de SF soit maintenue pour les femmes classées à bas risque comme à risque mixte ainsi que dans les milieux hospitalier et communautaire.

Tableau IV
Accouchement vaginal spontané (selon définition des auteurs).

Études	Modèles SF		Autres modèles		Poids (%)	Risk Ratio	
	Nb	Total	Nb	Total		M-H, Random, IC95 %	
Biro 2000	282	488	262	480	7,0	1,06 [0,95 ; 1,18]	
Flint 1989	386	479	372	473	9,9	1,02 [0,96 ; 1,09]	
Harvey 1996	89	105	71	97	2,0	1,16 [1,00 ; 1,34]	
Homer 2001	402	594	374	601	9,8	1,09 [1,00 ; 1,18]	
Kenny 1994	158	194	155	211	3,9	1,11 [1,00 ; 1,18]	
MacVicar1993	1847	2304	931	1206	32,4	1,04 [1,00 ; 1,08]	
North Stafford 2000	542	770	509	735	13,8	1,02 [0,95 ; 1,09]	
Turnbull 1996	450	612	440	597	11,8	1,00 [0,93 ; 1,07]	
Waldenstrom 2001	362	484	360	496	9,4	1,03 [0,96 ; 1,11]	
<i>Total (IC95 %)</i>		<i>6030</i>		<i>4896</i>	<i>100,0</i>	<i>1,04 [1,02 ; 1,06]</i>	
Nombre total	4518		3474				
Hétérogénéité : $\text{Chi}^2 = 6,90$, $\text{df} = 8$ ($P = 0,55$); $I^2 = 0\%$							
Test d'effet total : $Z = 3,31$ ($P = 0,0009$)							

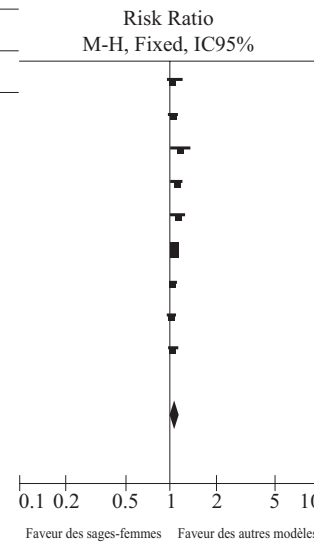
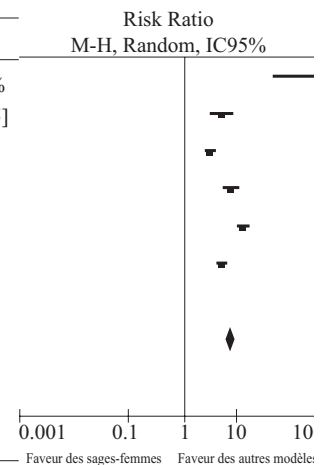


Tableau V
Assistée à l'accouchement par une sage-femme familiale.

Études	Modèle SF		Autres modèles		Poids (%)	Risk Ratio	
	Nb	Total	Nb	Total		M-H, Random, IC95 %	
Biro 2000	329	487	1	480	6,9	324,27 [45,73 ; 2299,55]	
Hicks 2003	57	81	13	92	17,3	4,98 [2,95 ; 8,40]	
Homer 2001	204	594	68	601	19,1	3,04 [2,36 ; 3,90]	
Kenny 1994	186	194	27	211	18,5	7,49 [5,26 ; 10,67]	
North Stafford 2000	696	770	52	735	19,0	12,78 [9,82 ; 16,62]	
Waldenstrom 2001	336	484	67	496	19,2	5,14 [4,08 ; 6,47]	
<i>Total (IC95 %)</i>		<i>2610</i>		<i>2615</i>	<i>100,00</i>	<i>7,84 [4,15 ; 14,81]</i>	
Nombre total	1808		228				
Hétérogénéité : $\text{Tau}^2 = 0,54$; $\text{Chi}^2 = 100,94$, $\text{df} = 5$ ($P < 0,00001$) ; $I^2 = 95\%$							
Test d'effet total : $Z = 6,34$ ($P < 0,00001$)							



L'expérience des soins rapportée par les femmes comprenait la satisfaction au sujet de l'information, des avis, des explications, du déroulement de l'accouchement et la préparation au travail et à la naissance ainsi que les perceptions du choix du moyen de soulagement de la douleur et l'évaluation du comportement du professionnel soignant. Dans la majorité des études de la revue, la satisfaction au sujet des différents aspects des soins semble plus élevée dans les modèles de pratique de SF comparés aux autres modèles de soins obstétricaux.

L'estimation des coûts et des ressources a eu recours à différentes méthodes d'évaluations économiques. Les résultats ont suggéré, en général, un effet d'économie dans les soins périnataux et une tendance vers l'économie des coûts dans les modèles de pratique SF comparés aux modèles gérés par des médecins.

DISCUSSION

1. Implications pour la pratique

Les modèles de pratique de SF confèrent des bénéfices sans effets indésirables. Ils devraient être la norme pour les femmes classées à bas ou à haut risque de complications obstétricales. Les décideurs politiques et les professionnels de la santé devraient être conscients que ces bénéfices sont acquis quel que soit le milieu où sont offerts les soins périnataux par les SF, en communauté ou à l'hôpital.

Les modèles de pratique de SF ne sont pas disponibles dans tous les systèmes de santé dans le monde. Les modalités de financement du système de santé pourraient être une barrière potentielle à l'implantation d'une telle pratique. Les décideurs qui désirent réaliser de

grandes améliorations dans les soins de maternité, particulièrement sur la normalisation et l'humanisation de la naissance, devraient considérer les modèles de pratique de SF et envisager les moyens de les financer.

Le gouvernement et les politiques hospitalières affectent le mode de pratique des SF et la structure institutionnelle dans laquelle elles pratiquent ; de ce fait, ils limitent le potentiel des SF dans certains milieux. Dans les analyses de sous-groupes, la comparaison des modèles de pratique d'équipe et de gestion de cas *vs* les soins standards, ont montré une différence évidente de certains traitements en faveur des modèles de gestion de cas. Cependant, le nombre d'événements dans ces analyses était trop bas et leur interprétation devrait être faite avec certaines précautions.

La présente revue ne peut pas répondre à certaines questions sur les raisons, mais, par le passé, les modèles de pratique d'équipe de SF ont été jugés comme source de fragmentation des soins, ce qui aurait pu les défavoriser [16]. Ceci contraste avec les modèles de soins de santé qui offrent une relation continue à travers le temps permettant d'éviter que les patients se retrouvent en rupture de parcours de soins [16], améliorant ainsi l'accès et la sécurité [17].

L'augmentation potentielle de l'accouchement vaginal spontané chez les femmes randomisées dans les modèles de soins de SF pourrait être en relation avec l'augmentation de leur mobilité, en raison de la diminution de l'utilisation des analgésiques, d'une potentielle plus grande assistance à la naissance par une SF familière et de la philosophie des soins offerts.

Les modèles de pratique de SF représentent une intervention complexe, et il est impossible de saisir l'importance relative de la philosophie et de la continuité des soins. Cependant, pour les décideurs et les dispensateurs de soins désireux d'augmenter les taux d'accouchements normaux et de diminuer l'utilisation non nécessaire de la technologie, de tels modèles sont à considérer.

2. Implications pour la recherche

Il demeure des questionnements sur la meilleure façon d'organiser les modèles de pratique de SF. D'autres comparaisons de différents modèles de pratique de SF seraient utiles et requis. Des recherches sont nécessaires sur des modèles de pratique de SF récemment mis en place qui comprennent les naissances à domicile avec des niveaux plus importants de relation continue dans des milieux communautaires avec des femmes classées à bas et à haut risque de complications.

Des questionnements persistent également quant à la raison pour laquelle les pertes de fœtus sont réduites pour

les bébés de moins de 24 semaines de grossesse dans les modèles de pratique de SF. De plus, l'impact des modèles de pratique de SF qui améliorent l'accès et la continuité en relation avec les soins prénatals précoces et le bien-être maternel et fœtal et la parentalité devront être explorés dans des recherches futures. Un tel modèle est celui fondé sur la communauté et centré sur la gestion de cas, offrant des services accessibles localement en association avec d'autres professionnels de la santé si nécessaire et ce, avec l'option de soins prénatals offerts à la maison, dans une unité de pratique de SF ou dans un milieu hospitalier selon ce qui est le plus adéquat. Un tel modèle offre de hauts niveaux de continuité du soignant avec une SF bien identifiée travaillant en partenariat avec des SF de soutien (habituellement deux).

Les écrits recensés ne portaient pas sur des pays en développement avec moins de ressources et d'autres essais seraient requis dans de tels milieux. Tous futurs essais devraient fournir une meilleure description de l'intervention et des modèles de soins standards évalués ainsi que les conditions de leur dispensation. Même si la continuité a été trouvée comme une composante centrale d'un modèle de pratique de SF, il existe une grande variété dans la définition et dans la mesure de la continuité des soins qui requerra une meilleure précision dans des essais futurs. Les recherches futures devraient également évaluer l'acceptabilité pour les SF des différents modèles de pratique qui offrent une relation continue. Des essais futurs dans le domaine bénéficieraient d'être fondés sur un cadre de référence pour des essais sur des interventions complexes qui requièrent un modèle théorique explicite entre le processus et les résultats dans le stade pré-essai. Il reste relativement peu d'information sur les effets des modèles de pratique de SF sur la santé et le bien-être maternels et infantiles dans le postnatal à long terme. Les recherches futures devraient accorder une attention particulière sur les résultats qui ont été sous étudiés mais qui sont la cause de morbidité significative, incluant l'incontinence urinaire et anale, la persistance de la douleur de la plaie de césarienne, la douleur durant les rapports sexuels, la douleur périnéale prolongée et les blessures (chez le bébé) liées à la naissance.

Peu d'information existe au sujet de la perception qu'ont les femmes de leur implication dans le processus de prise de décision ; de leur sentiment de contrôle ; de l'autoconfiance en leurs capacités maternelles ; des désordres post-traumatiques et de leur capacité de se débrouiller après l'accouchement. Il existe une grande variation dans les instruments de mesure utilisés pour évaluer la perception des femmes et leurs expériences des soins. Il est nécessaire de développer des méthodes significatives, robustes, valides et fiables pour évaluer les aspects psychosociaux et le bien-être des femmes enceintes et en travail. Tous les essais devraient inclure l'évaluation du bien-être maternel et fœtal.

Il existe un manque de consistance dans l'estimation des coûts des soins de maternité, et plus de recherches utilisant des approches standards de cette estimation sont requises incluant les coûts pour les femmes et pour leurs familles. Toutes les études devraient inclure des analyses économiques des coûts et bénéfices relatifs.

Compte tenu de l'hétérogénéité du choix des variables de mesure collectées couramment et rapportées dans les essais randomisés de l'évaluation des modèles de pratique de SF, un noyau de base de données minimales devrait être établi, pas simplement dans les études multicentriques et pour la comparaison entre les essais, mais pourrait être une étape significative pour faciliter des métaanalyses utiles d'études similaires. Par ailleurs, des essais futurs devraient inclure des mesures de résultats de santé optimaux des mères et des enfants en plus des mesures de morbidité.

CONCLUSION

Les modèles de pratique de SF devraient être offerts à la plupart des femmes ; celles-ci doivent être encouragées à les réclamer. Néanmoins, des précautions doivent être prises quand il s'agit de conseiller les femmes présentant des complications médicales ou obstétricales. Les décideurs et les professionnels de la santé doivent être conscients que les bénéfices sont assurés, que les SF offrent des soins prénatals en milieu hospitalier ou extrahospitalier.

Toutefois, les questionnements demeurent quant au meilleur modèle organisationnel de pratique de SF. Des recherches sont requises quant aux nouveaux modèles de pratique de SF incluant la naissance à domicile et un plus haut niveau de continuité dans les milieux de pratique communautaires, pour les femmes à bas et à haut risque de complications.

La revue complète

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4, CD004667 ; 2008.

RÉFÉRENCES

1. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet*. 2006;368:1377-86.

2. Organisation mondiale de la santé (OMS). *The World health report: Working together for health*. Genève : OMS, Bull World Health Organ ; 2006.

3. De Vries R, Benoit C, Van Teijlingen, E Wrede S. *Birth by design: pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Northern Europe*. New-York : Routledge ; 2001.

4. Rooks JP. *The midwifery model of care*. *J Nurse Midwifery*. 1999;44:370-4.

5. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. *Continuity of care: a multidisciplinary review*. *BMJ*. 2003;327:1219-21.

6. Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, Haggerty J, et al, eds. *Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO)*. Londres : NCCSDO ; 2007.

7. Saultz JW, Albedaiwi W. *Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review*. *Ann Fam Med*. 2004;2:445-51.

8. Saultz JW, Lochner J. *Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review*. *Ann Fam Med*. 2005;3:159-66.

9. Royal college of obstetricians and gynaecologists. *The national sentinel caesarean section audit report*. Londres : RCOG Clinical Effectiveness Support Unit ; 2001.

10. McCourt C, Stevens S, Sandall J, Brodie P. *Working with women: developing continuity in practice*. In: Page LA, McCandlish R, eds. *Churchill Livingstone : The New Midwifery, Second ed* ; 2006. p.141-166.

11. Waldenstrom U, Turnbull D. *A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services*. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105:1160-70.

12. Green J, Renfrew M, Curtis PA. *Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence*. *Midwifery*. 2000;16:186-96.

13. Benjamin Y, Walsh D, Taub N. *A comparison of partnership caseload midwifery care with conventional team midwifery care: labour and birth outcomes*. *Midwifery*. 2001;17:234-40.

14. Ashcroft B, Elstein M, Boreham N, Holm S. *Prospective semi-structured observational study to identify risk attributable to staff deployment, training, and updating opportunities for midwives*. *BMJ* 2003;327:584.

15. Johnson M, Stewart H, Langdon R, Kelly P, Yong L. *A comparison of the outcomes of partnership midwifery and standard hospital care in low risk mothers*. *Aust J Adv Nurs* 2005;22:21-7.

16. Cook RI, Render M, Woods DD. *Gaps in the continuity of care and progress on patient safety*. *BMJ* 2000;320:791-4.

17. Guthrie B, Saultz J, Freeman GK, Haggerty J. *Continuity of care matters*. *BMJ*. 2008;337:a867.