Délivrance : interventionnisme ou expectative?

Autor(en): **Bodart Senn, Josianne**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **108 (2010)**

Heft 6

PDF erstellt am: **04.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949668

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

EDITORIAL

L'hémorragie massive du post-partum est la hantise de toute sage-femme pratiquant des accouchements. Nous avons toutes en tête comment agir dans l'urgence pour palier à les conséquences dramatiques pour la femme. Dans le milieu hospitalier, nous agissons selon les normes et les protocoles en vigueur dans l'institution où nous travaillons. Mais, osons-nous les remettre en discussion? Osons-nous les revoir et nous intéresser à les améliorer? Car, cela demande un travail de recherche et de réflexion, afin de réunir les arguments nécessaires pour revoir notre pratique!

Les articles proposés ce mois-ci vont nous donner des références et des pistes de réflexion sur notre manière d'agir, non pas après la survenue d'une HPP, mais de manière prophylaxique afin de la prévenir. De plus, c'est un tour du monde de plusieurs études sur le même sujet que nous vous proposons.

Il est certain que les études présentées ici sont intéressantes, mais peut-être sont-elles peu applicables car, en milieu hospitalier, nous ne pouvons pas par exemple attendre que le cordon ombilical finisse de pulser pour le couper, puisque nous devons prélever les fameux PH.

Toujours est-il qu'il est toujours enrichissant de savoir que nous pouvons toujours améliorer notre prise en charge, surtout lorsque ces pistes viennent d'études qui nous permettent d'argumenter avec nos collègues médecins, qui ont souvent leur propres arguments. Mais, n'oublions pas que nous sommes censées être les «gardiennes de la physiologie»...

Le deuxième sujet présenté ce mois-ci nous fait revenir en Suisse romande pour la Journée internationale de la sage-femme. Les «gardiennes de la physiologie», qu'elles soient débutantes ou expérimentées, vont chaque année au-devant du public pour se faire connaître et répondre à toutes sortes de questions. Les échos de l'édition 2010 sont encourageants.

Je vous souhaite un bon mois de juin et une bonne lecture.

Edith de Bock Antonier

Délivrance

Interventionnisme ou expectative?

L'hémorragie du post-partum (HPP) est un problème de santé publique qui se pose partout dans le monde et qui n'est pas négligeable puisque, chaque année, il est fatal pour environ 140 000 femmes. Comme moyen de prévention, il a été fermement recommandé de recourir systématiquement à la gestion active de la 3e période de l'accouchement. Mais les critiques sur les preuves scientifiques, les réserves et les difficultés d'application d'un modèle unique à l'échelle planétaire ont nourri un débat qui ne sera sans aucun doute pas clos de si tôt. Pour en rappeler l'origine et pour l'alimenter en éléments nouveaux, je vous propose un petit tour du monde qui permettra de glaner – ici et là – quelques arguments pertinents pour les sages-femmes d'aujourd'hui.

Josianne Bodart Senn

Chaque année, quelque 515 000 femmes décèdent au cours de l'accouchement. Pour 99% des cas, cela se passe dans les pays en voie de développement. La cause la plus significative (env. 30%) en est l'hémorragie grave du postpartum (HPP). C'est l'OMS qui a fourni la définition standard de l'HPP, à savoir une perte de sang supérieure à 500 ml au cours des 24 heures qui suivent la délivrance. Susan McDonald précise que d'autres limites ont été proposées et qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier la quantité exacte de sang perdue. En outre, la perte de 500 ml de sang pour une femme bien portante vivant dans un pays riche n'a pas le même impact que la même perte pour une femme anémique d'un pays pauvre[1].

La 3e phase de l'accouchement peut durer 5–10 minutes. Une limite de 30 minutes est estimée comme «normale». Entre 30 et 60 minutes, le risque d'HPP est le plus haut, puis il diminue après 60 minutes. Melissa E. Bair rappelle que les essais contrôlés randomisés réalisés dans les pays développés montrent qu'il n'est, à ce jour, pas possible de prédire les facteurs de risques HPP chez telle ou telle femme et encore moins d'en apprécier l'effet de cumul[2].

Une première méta-analyse Cochrane[3] a servi de tremplin à l'extension de la gestion active et à sa routinisation. Elle fut complétée par d'autres méta-analyses qui la confirmaient globalement. Elle comprenait quatre études, dont les célèbres études de Bristol et de Hinchingbrooke, qui avaient démontré qu'une gestion active *(voir Tableau 1)* abaissait significativement le taux d'HPP, qu'elle réduisait le temps de la 3e phase ainsi que le besoin de transfusion sanguine *(voir Tableau 2)*.

En novembre 2003, la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens (FIGO) ont lancé ensemble une recommandation ferme de généralisation de la gestion active de la 3e phase de l'accouchement dans la perspective d'une prévention de l'HPP. Elle a immédiatement été largement été suivie, surtout dans les hôpitaux et maternités des pays développés, toutefois avec de nombreuses variantes quant aux produits à utiliser et au timing à respecter. Elle a finalement été officialisée en novembre 2006.

En 1998, les premières critiques de Michel Odent

Michel Odent a été un des premiers à relever que, dans le groupe de contrôle de l'étude de Hinchingbrooke, la définition de «management dans l'expectative» est purement négative (pas de médicaments utérotoniques et pas de clampage immédiat du cordon). Il précisait:

Photos: Judith Fahner

«Ceux qui ont une bonne compréhension de la physiologie pensent aux facteurs susceptibles d'influencer positivement la sécrétion d'ocytocine par l'hypophyse postérieure. Ces facteurs ne sont pas inclus dans les protocoles des études de Bristol et de Hinchingbrooke, alors que les effets des substituts pharmacologiques sont étudiés en détail. En 1998 déjà, Michel Odent repérait d'autres biais: par exemple, dans le «Hinchingbrooke trial», le nombre de femmes qui ont refusé de participer à l'étude (976) était supérieur au groupe «management dans l'expectative» (764) et au groupe «management actif» (748).

Michel Odent ajoutait: «Pendant l'heure qui suit la naissance je garde un profil bas, volontiers assis dans un coin derrière la mère et le bébé. Quelques minutes après la naissance beaucoup de mères ne sont plus à l'aise en position verticale. Cela correspond vraisemblablement au moment où les taux d'adrénaline s'abaissent et où la mère ressent des contractions qui annoncent la séparation du placenta. Alors il peut être utile de tenir le bébé pendant que la mère trouve une position confortable, presque toujours couchée sur le côté. Il n'y a alors plus d'excuses pour s'immiscer dans l'interaction mère-bébé. Pendant une heure, je ne me pose pas de questions concernant le cordon et le placenta. Couper le cordon quand il cesse de battre n'est pas nécessaire; cela implique que quelqu'un guette le bon moment pour agir. Il n'y a pas de raisons de couper le cordon avant la délivrance du placenta. Suggérer à la mère une position est une autre distraction inutile. La position est influencée par le taux d'adrénaline. Quand le taux d'adrénaline est bas et que la mère éprouve le besoin de s'allonger, il serait cruel de suggérer une position verticale. Au cas où le placenta ne serait pas encore délivré, c'est seulement une heure après la naissance que j'ose distraire la mère afin de vérifier sa séparation de l'utérus, par une manœuvre bien connue des sages-femmes. En fait, le placenta est alors toujours soit délivré, soit séparé de l'utérus, si la troisième phase de l'accouchement n'a pas été dirigée et si l'atmosphère sacrée n'a pas été perturbée.»[4]

Tableau 1: La gestion active de la 3e phase

- Dans la minute qui suit la sortie du bébé, palper l'abdomen pour s'assurer qu'il n'y a pas d'autre(s) bébé(s) et administrer 10 unités* d'ocytocine. Certains auteurs précisent de le faire sans attendre, immédiatement après le dégagement de l'épaule antérieure.
- Clamper le cordon à proximité du périnée (une fois que la pulsation est stoppée chez le nouveau-né en bonne santé).
- Exercer une traction contrôlée sur le cordon et attendre la prochaine contraction utérine forte (2–3 minutes).
- Lorsque cette contraction utérine est palpable, encourager la mère à pousser et tirer légèrement le cordon vers le bas pour délivrer le placenta tout en maintenant une main sur l'abdomen au-dessus du pubis pour obtenir une contre-traction.
- Quand le placenta est sorti, le maintenir à deux mains et le tourner légèrement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes. Tirer légèrement pour achever la délivrance.
- Immédiatement après, masser le fonds utérin jusqu'à ce que l'utérus se contracte.

Source: Hastie et Fahy, 2009, 90 (Traduction: JBS).

* Ici 10 unités par voie intramusculaire, parfois 5 unités par voie intraveineuse.

[1] McDonald Susan: Management of the third stage of labor. In: Journal of Midwifery Womens Health, 2007, 52, 254–261.

[2] Bair Melissa Enama: Management of the third stage of labor. In: Journal of Midwifery Womens Health, 2007, 52, 412–414.

[3] Prendiville W.J., Elbourne D., McDonald S., 2000. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database System Review 3.

[4] Odent Michel: «Don't manage the third stage of labor!» In: Midwifery Today, Issue 48, Winter 1998.

Tableau 2: Résultats des études de Bristol (1986–87) et de Hinchingbrooke (1993–95)

		Gestion active	Prise en charge physiologique	OR (95% IC)
HPP	**Bristol** **Hinchingbrooke**	**50/846 (5,9%)** **51/748 (6,8%)**	**152/849 (17,9%)** **126/764 (16,5%)**	**3,13 (2,3–4,2)** **2,42 (1,78–3,3)**
Durée de la 3e phase (médiane)	Bristol Hinchingbrooke	5 minutes 8 minutes	15 minutes 15 minutes	
3e stade > 30 min.	Bristol Hinchingbrooke	25 (2,9%) 25 (3,3%)	221 (26%) 125 (16,4%)	6,42 (4,9–8,41) 4,9 (3,22–7,43)
Transfusion sanguine	Bristol Hinchingbrooke	18 (2,1%) 4 (0,5%)	48 (5,6%) 20 (2,6%)	2,56 (1,57–4,19) 4,9 (1,68–14,25)
Ocytociques thérapeutiques	Bristol Hinchingbrooke	54 (6,4%) 24 (3,2%)	252 (29,7%) 161 (21,1%)	4,83 (3,77–6,18) 6,25 (4,33–9,96)

Recommandations françaises 2004

Une technique simple mais rigoureuse

«L'administration de 5 unités par voie intraveineuse (IV) d'oxytocine au dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant présente une efficacité similaire à une dose de 10 unités par voie intramusculaire (IM) pour une moindre quantité injectée. Des effets secondaires liés au mode d'administration IVD de cette quantité n'ont pas été décrits à l'heure actuelle. On peut cependant noter qu'en Europe, la voie IM est largement utilisée (accouchement sans perfusion ou à domicile aux Pays-Bas et au Royaume-Uni). Le choix du mode d'injection (IM ou IV) découle plus des pratiques professionnelles en usage, mais il n'y a pas d'études pertinentes permettant de dire si l'une ou l'autre des méthodes est supérieure.

Cette technique de délivrance dirigée nécessite une réalisation rigoureuse d'une technique simple et bien appliquée par une équipe rodée. Souvent, l'injection IV (ou IM) d'oxytocine au dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant ne peut pas être réalisée par celui ou celle qui assiste la mère dans son accouchement. Cet acte nécessite une deuxième personne aux compétences professionnelles adéquates. Si ce personnel est souvent présent dans la salle d'accouchement lors d'un forceps, de l'accouchement de grossesses multiples ou des autres situations de sur-risques citées plus haut, ce n'est pas toujours le cas lors d'accouchements plus simples. Une politique de service facilite l'accord autour des interventions choisies. (...)

Insistons sur le fait que la mise en place d'un protocole de délivrance dirigée au sein d'un service, qu'elle préconise une pratique généralisée ou ciblée sur des populations à risque, doit s'accompagner d'une évaluation de son impact. En premier lieu, il doit se confirmer une réduction de la morbidité des hémorragies du post-partum: hémorragies sévères, transfusions, anémies du post-partum. Mais, il paraît également nécessaire d'observer et mesurer les éventuelles conséquences indésirables ou délétères qu'elle pourrait entraîner, du fait de gestes supplémentaires (certaines études montrent des taux de rétention placentaire plus importants, en particulier si l'injection n'est pas strictement contemporaine de la naissance). Ainsi, il conviendra de s'assurer de la persistance du bénéfice de la délivrance dirigée lors de sa diffusion dans des conditions d'exercices diverses des accouchements et sur des populations plus larges de parturientes, en routine, en dehors de protocoles d'études qui en général motivent et focalisent l'équipe participante autour de la délivrance avec pour effet probable d'accentuer la vigilance sur cette phase du travail».

Source: Véronique Tessier et al.: Facteurs de risques au cours du travail et prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum. In: J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2004, 4552–4553.

En 2008, des précisions sur l'approche holistique

La sage-femme australienne Kathleen M. Fahy fait, elle aussi, une critique argumentée des revues Cochrane sur lesquelles se base la recommandation ferme de la gestion active de la 3e phase de l'accouchement. Elle examine minutieusement les procédures des quatre études de la première revue Cochrane et trouve qu'un certain nombre de sujets présentant des facteurs de risques (déclenchement artificiel ou épisiotomie nécessitant suture, par exemple) ont été abusivement inclus et comptés comme sujets présentant des risques faibles[5].

Par ailleurs, Kathleen M. Fahy met en évidence la faiblesse de la définition de la prise en charge expectative et l'absence de contrôle de son application (qui était souvent une prise en charge mixte). Elle précise que la comparaison était plutôt axée sur l'utilisation de l'ocytocine prophylactique vs la non-utilisation de celle-ci. Elle relève que, nulle part, il n'est mentionné le peau-à-peau ni la mise précoce au sein afin d'augmenter la sécrétion d'ocytocine endogène. Même l'étude de Hinchingbrooke, qui avait lieu avec une équipe de sages-femmes pourtant bien expérimentées et favorables à la prise en charge physiologique, a négligé cette forme de prise en charge: seulement 54% des femmes étaient en position verticale et seulement 8% des bébés étaient mis au sein dans les 10 minutes suivant la naissance, démontrant ainsi qu'aucune de ces études de référence n'offrait le «package of care» holistique que les sages-femmes sont capables d'offrir de par leur formation et leur expérience professionnelle de l'art obstétrical.

En collaboration avec Carolyn Hastie, Kathleen M. Fahy indique dans une autre publication[6] que seuls les accouchements en milieu hospitalier sont considérés dans les études de Bristol et de Hinchingbrooke – jamais les accouchements en maison de naissance – et que les auteurs de ces études signalaient eux-mêmes que leurs résultats ne pouvaient être généralisés aux accouchements à domicile ni aux accouchements en maison de naissance.

Carolyn Hastie et Kathleen M. Fahy proposent d'optimiser l'interaction entre la conscience, la psychologie et la physiologie de la femme en couches. Elles partent de l'idée que l'être humain est un mammifère, mais un mammifère qui pense, choisit, décide, ce qui peut influencer le processus de l'accouchement, en particulier la 3e phase. Par ailleurs, les deux sages-femmes australiennes mettent en évidence l'impact de l'environnement sur le système nerveux autonome et sur la régulation hormonale (y compris l'ocytocine, les endorphines, la prolactine, l'ACTH, les catécholamines). Tout sera évidemment différent, si l'on apporte de l'ocytocine artificielle ou si la parturiente se retrouve en présence d'une sage-femme qui n'est qu'une inconnue pour elle parce qu'il n'y a pas eu de suivi de grossesse.

Se référant à leurs propres expériences, les deux sages-femmes australiennes soulignent le fait que la période du post-partum immédiat peut être très facilement perturbée. La relation mère-enfant qui est biologiquement programmée peut être très rapidement interrompue par n'importe quelle stimulation du cerveau néocortical comme par l'amorce de la moindre crainte. Et ce n'est alors pas seulement l'attachement mère-enfant qui est perturbé mais l'ensemble du processus physiologique de la naissance. Il convient donc d'exclure toute discussion avec la femme, comme toute conversation technique non appropriée à ses côtés. La mère et le nouveau-né doivent pouvoir vivre une expérience sensorielle et émotionnelle, par le contact peau-à-peau, par exemple, mais aussi par les contacts visuels, auditifs et olfactifs.

C'est pourquoi Carolyn Hastie et Kathleen M. Fahy suggèrent que les femmes – tout comme leur partenaire ou toute autre personne les accompagnant – aient bien pris conscience, bien avant le processus de l'accouchement, que la femme est encore en travail tant que le placenta n'est pas expulsé et que son utérus doit de ce fait rester bien contracté. Ainsi, elles conseillent de renoncer à appeler la famille et les amis pour annoncer la venue de l'enfant tant que le placenta n'est pas sorti, afin de ne pas influencer négativement l'expérience intérieure indispensable. De même, elles indiquent que la salle de naissance ne doit être ni trop lumineuse ni trop froide ni trop bruyante et qu'aucun membre du personnel ne peut s'activer (pour du nettoyage, par exemple), car il y aurait alors une chute d'ocytocine qui réduirait l'efficacité de l'utérus et augmenterait les risques d'HPP.

La mère et le nouveau-né doivent pouvoir vivre une expérience sensorielle et émotionnelle.

La prise en charge expectative repose sur une absence d'interventions invasives mais elle n'est pas simplement «passive»: la sage-femme est supposée ne rien faire de ses mains, mais travaille avec son sens de l'observation et son intuition. La position verticale, ou du moins redressée, permet de bénéficier de la gravité et elle peut aider à faire venir le placenta après plusieurs contractions. Si ce n'est pas le cas après 20–30 minutes, il arrive que des femmes préfèrent s'installer sur les toilettes avec un plastic pour récupérer le placenta et les pertes de sang. Il convient alors de ne pas poser de questions pour ne pas activer le cortex préfrontal. Seules quelques suggestions courtes et données sur un ton très bas peuvent réellement aider.

Les médecins donnent habituellement une limite de 30 minutes pour la 3e phase de l'accouchement. Cependant, pour autant que la femme ne saigne pas, des sages-femmes australiennes prétendent que la 3e phase peut se prolonger bien au-delà des 30 minutes. Elles se réfèrent à Michel Odent, ou à Ina M. Gaskin, qui parlent d'un placenta sortant généralement dans l'heure suivant la naissance de l'enfant.

En Nouvelle-Zélande, des réserves pour un modèle unique appliqué à l'échelle mondiale

Karen Guilliland, Chief Executive Officer du Collège des sages-femmes de Nouvelle-Zélande et représentante auprès du co-

Protocole «Midwifery Guardian»

Pour une prise en charge physiologique en toute sécurité

En cas de prise en charge physiologique, ou expectative, une sage-femme accompagne une parturiente dans une expérience rassurante, afin que la 3e phase de l'accouchement ne soit nullement perturbée et, pour cela, elle respecte chacune des conditions suivantes:

1. que la femme bien informée consente à un processus naturel et conscient de délivrance du placenta;
2. que la femme soit bien préparée et qu'elle reste consciente qu'elle est encore en train d'accoucher jusqu'à ce que le placenta sorte;
3. que la femme ait été en bonne santé durant toute sa grossesse;
4. que le travail et la venue de l'enfant aient été naturels, donc nullement perturbés;
5. que la femme aussi bien que son enfant soit physiquement et émotionnellement en parfaite santé à la fin de la 2e phase de l'accouchement;
6. que le lieu de naissance soit perçu par la femme comme sécurisant et aidant;
7. que la sage-femme connaisse ce qu'elle doit faire pour être effectivement la «gardienne» d'une 3e phase non perturbée;
8. que la femme comme sa sage-femme soient bien d'accord de passer à une gestion active dans le cas où la situation changerait.

Source: Hastie et Fahy, 2009, 95 (Traduction: JBS).

mité exécutif de l'ICM, salue l'intention louable de réduire le nombre de morts suite à l'HPP, mais elle souligne que les femmes qui en auraient le plus besoin n'en bénéficient pas en raison de multiples obstacles[7]. Ce sont ces obstacles qu'il faudrait d'abord lever, avant d'enseigner comment pratiquer correctement la Gestion active de la 3e période de l'accouchement (GATPA). En outre, elle ajoute qu'une application routinière de la GATPA auprès de femmes en parfaite santé semble augmenter les taux de HPP.

Les sages-femmes des pays Asie-Pacifique ont exprimé leur réserves quant aux attentes d'une administration généralisée de produits pharmaceutiques dans des pays où les femmes n'ont qu'un statut limité, voire pas de statut du tout. Karen Guilliland ajoute que, du fait de l'effet abortif potentiel des utérotoniques, le produit lui-même risque d'engendrer un marché noir. Dans un esprit colonialiste, les cultures occidentales croient toujours apporter «le mieux» aux pays aux revenus limités et oublient que cet apport peut être dévié de l'intention première ou tout simplement être appliqué de manière inadéquate. Simultanément, la promotion de la GATPA d'une manière dogmatique peut dévaloriser l'importance et l'adéquation de la prise en charge physiologique: par exemple, la méthode de traction douce du cordon enseignée, puis utilisée en l'absence des utérotoniques, ne prévient pas les HPP. Au contraire, elle les induit.

En Nouvelle-Zélande, 30% de toutes les femmes enceintes choisissent – avec consentement éclairé – un accouchement physiologique avec une sage-femme membre du Collège des sages-femmes de Nouvelle-Zélande. En 2004, au sein de la cohorte globale de 12061 femmes suivies par quelque 369 sages-femmes, le taux de HPP des 30% de femmes en bonne santé qui avaient choisi l'accouchement physiologique était inférieur à celui des autres femmes en bonne santé qui avaient opté pour une gestion active. Dans cette cohorte, le taux de HPP des femmes à bas risque ou à risque modéré était de 8,3%. Parmi les femmes ayant choisi la gestion active, 6% ont eu une HPP entre 500 et 999 ml (seulement 3%, pour celles ayant choisi une prise en charge physiologique). Toujours parmi les femmes ayant choisi la gestion active, 1% ont eu une HPP supérieure à 1000 ml (aucune, pour celles ayant choisi une prise en charge physiologique). La révision manuelle du placenta avait lieu dans 0,4% des cas, quel que soit le choix des femmes (gestion active ou prise en charge physiologique).

Au Bénin, la promotion systématique de la GATPA

Dans une déclaration commune datant du 17 septembre 2009, l'Association des sages-femmes du Bénin (ASFB) et la Société de gynécologie et l'obstétrique du Bénin et du Togo (SGOBT) encouragent la Gestion active de la 3e période de l'accouchement (GATPA) afin de réduire les taux de mortalité maternelle. C'est un exemple parmi d'autres venant des pays en voie de développement. Il illustre bien la complexité de la problématique et les tentatives de la dépasser.

Les deux groupements professionnels du Bénin (sages-femmes et obstétriciens) estiment à 21% le nombre de décès maternels causés par une hémorragie post-partum (HPP) et ils voudraient réduire ce taux de trois quarts d'ici 2015. Ils précisent: «Sachant que la plupart de ces décès maternels dus à une HPP surviennent dans des milieux ne disposant d'aucun accoucheur, ou encore dans des milieux où les accoucheurs n'ont pas les compétences ou le matériel nécessaires à la prévention et à la prise en charge de l'HPP et de l'état de choc qui s'en suit, la GATPA doit faire partie de tout programme d'intervention visant à réduire les décès dus à l'HPP.»

Pour les auteurs de cette déclaration commune, la GATPA comprend:

- l'administration d'ocytocine ou d'un autre médicament utérotonique dans la minute qui suit la naissance du bébé;
- la traction contrôlée du cordon ombilical;
- le massage utérin après la délivrance du placenta.

Ils notent également que le clampage précoce du cordon ne fait pas partie de la GATPA et ils recommandent d'attendre deux à trois minutes après la naissance pour couper le cordon, indiquant que «Le fait de retarder le clampage du cordon d'une à trois minutes permet de réduire l'anémie chez le nouveau-né».

Comme il est impossible de dépister à l'avance les femmes qui seraient les plus exposées au risque de l'HPP, l'ASFB et la SGOBT recommandent de réaliser systématiquement une série d'autres gestes, à savoir:

- Le développement d'un plan pour l'accouchement de chaque gestante;
- Une surveillance régulière de la femme et du fœtus en se servant d'un partogramme pendant le travail;
- Le transfert précoce dans un service obstétrical disposant de moyens chirurgicaux dès que le déroulement défavorable du travail est dépisté;
- L'apport d'une aide à la femme pour assurer que la vessie soit vide avant le début du 2e stade du travail et pendant le post-partum immédiat;
- Une gestion active de la 3e période de l'accouchement;
- Un examen soigneux du placenta;
- Un examen soigneux de la vulve, du vagin, du périnée et de l'anus, pour détecter les déchirures et les réparer dans les plus brefs délais;

– Le massage utérin si l'utérus n'est pas bien contracté – aussi souvent et autant que nécessaire – pour maintenir un maximum de fermeté.

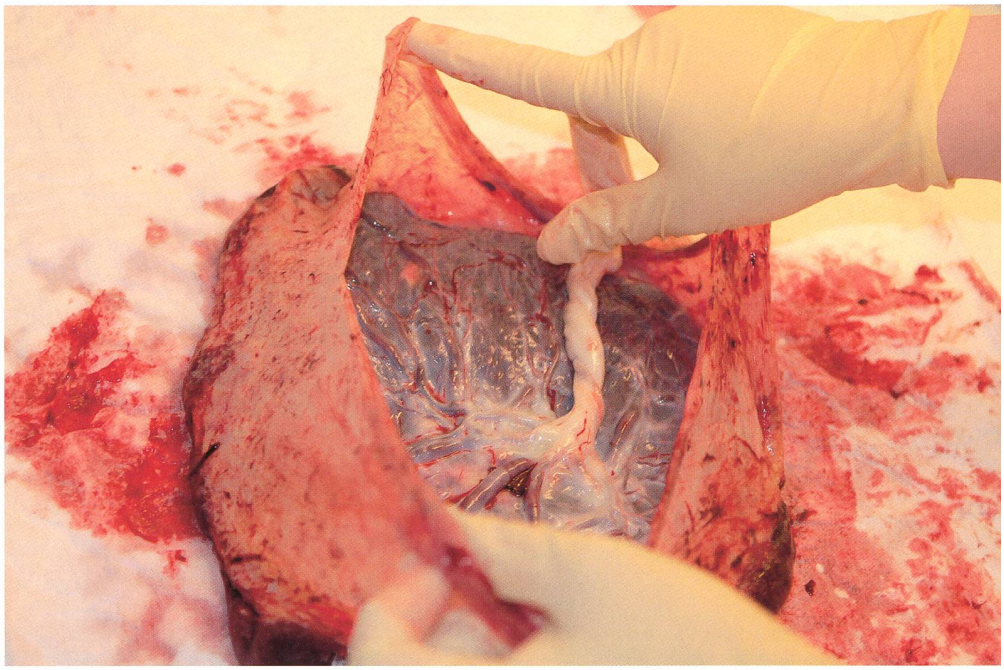
L'ASFB et la SGOBT encouragent une politique favorisant l'accès aux utérotoniques par tout accoucheur qualifié pour la prévention de l'HPP. Cependant, elles reconnaissent qu'il existe un risque potentiel d'abus de ces utérotoniques dans les formations sanitaires lorsque les médicaments utérotoniques sont disponibles pour la prévention de l'HPP.

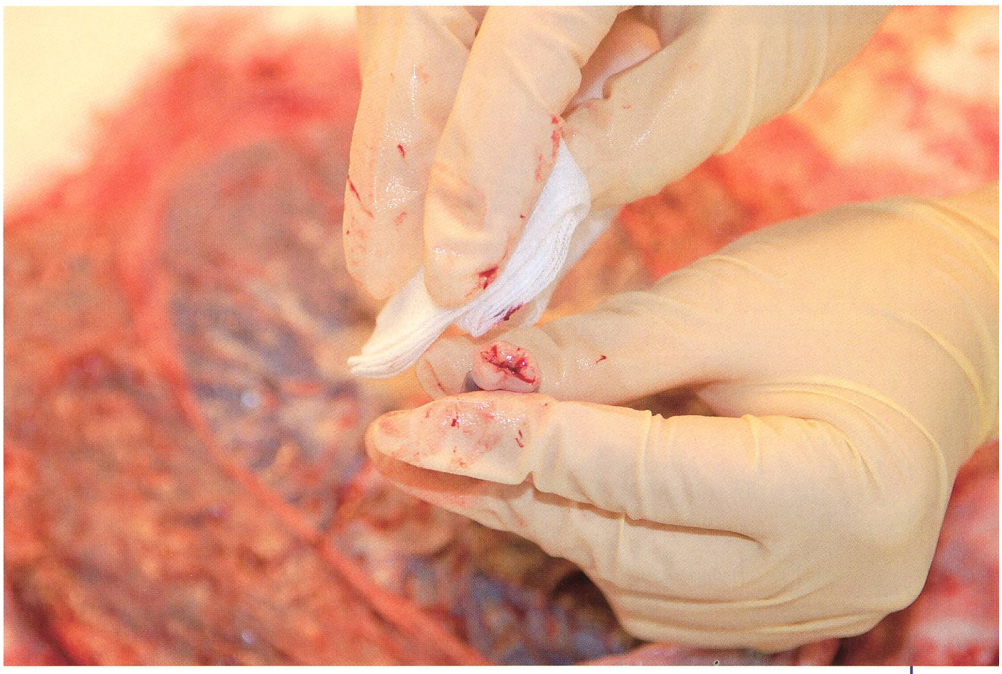
L'ASFB et la SGOBT appuient les protocoles, normes et procédures qui exigent que la stimulation du travail avec l'aide des utérotoniques ne devrait jamais être tentée dans les conditions suivantes:

– Le travail de l'accouchement progresse normalement;
– En cas de disproportion céphalo-pelvienne, dystocie mécanique, présentation transversale, procidence du cordon ombilical avec un fœtus vivant, gestation multiple, vasa praevia ou placenta praevia recouvrant;
– Dans une structure sanitaire n'ayant pas de bloc opératoire ou de médecin qualifié à effectuer une césarienne;
– Dans une structure sanitaire n'ayant pas de personnel capable de surveiller étroitement l'état de la femme et du fœtus pendant l'administration des utérotoniques;
– Dans une structure sanitaire n'ayant pas de personnel capable d'identifier et de prendre en charge les complications maternelles et fœtales dues à l'administration d'utérotoniques pendant le travail.

L'ASFB et la SGOBT précisent qu'il arrive qu'on ne dispose pas de médicaments utérotoniques en raison d'une rupture d'approvisionnement ou des circonstances de l'accouchement. Dans ces cas, les deux associations recommandent:

– D'attendre les signes de séparation du placenta (allongement du cordon ombilical, faible saignement, utérus ferme et globuleux à la palpation à la hauteur de l'ombilic);
– D'encourager une poussée maternelle accompagnant les contractions et, si nécessaire, l'adoption d'une position verticale;





En Nouvelle-Zélande, 30% des parturientes choisissent un accouchement physiologique.

– La traction contrôlée du cordon ombilical n'est pas recommandée en l'absence de médicaments utérotoniques ou avant les signes de séparation du placenta, car cela pourrait entraîner une séparation placentaire partielle, une rupture du cordon, une perte sanguine excessive et une inversion utérine;
– De pratiquer un massage utérin après la délivrance du placenta.

L'ASFB et la SGOBT mentionnent enfin d'autres techniques prometteuses pour la prévention et le traitement de l'HPP existent. Il s'agit notamment:

– De l'utilisation du misoprostol pour la GATPA;
– De la distribution du misoprostol à la femme pendant la consultation prénatale en cas d'accouchement à domicile;
– Des mesures de perte sanguine simples et précises;
– De l'administration d'ocytocine en seringues Uniject;
– Du tamponnement utérin;
– Du pantalon antichoc.

Les deux associations professionnelles précisent que «Ces innovations sont encore à l'étude mais elles pourraient s'avérer importantes sur le plan programmatique, en particulier pour les femmes vivant loin de tout établissement offrant des soins professionnels». ◀

[5] Fahy Kathleen M.: Third stage of labour care for women at low risk of postpartum haemorrhage. In: Journal of Midwifery Womens Health, 2009, 54, 380–386.
[6] Hastie Carolyn, Fahy Kathleen M.: Optimising psychophysiology in third stage of labour: Theory applied to practice. In Women and Birth, 2009, 22, 89–96.
[7] Guilliand Karen: The current global effort to prevent postpartum hemorrhage: how likely ist it to be effective? In: New Zeakabd College of Midewives Jounral, 2007, 36, 28–31.