Mosaïque

Objekttyp: **Group**

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

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

Heft 6

PDF erstellt am: **04.06.2024**

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

Enquête ICM

Pratiques des sages-femmes à travers le monde

Dans de nombreux pays en voie de développement, les accoucheuses et les femmes ont des connaissances limitées, voire aucune, en matière d'utérotoniques. Les accompagnantes doivent alors pouvoir renforcer les réactions physiologiques de la mère durant la 3e période pour achever la naissance de manière sûre et sans risque d'hémorragie. Beaucoup de formations pour médecins et pour sages-femmes se focalisent ou bien sur la théorie ou bien sur la pratique de la gestion physiologique, ce qui créent beaucoup de confusions et des possibilités de prise en charge déficiente ainsi qu'un risque accru d'hémorragie et de perte de sang en raison d'un manque de médicaments utérotoniques.

Pour approfondir cette problématique, l'ICM et la FIGO ont d'abord publié des directives communes de «bonnes pratiques» du management physiologique en cas de pénurie d'utérotoniques dans les pays en voie de développement. Le projet a entre-temps été présenté aux comités centraux des deux organisations.

Pour soutenir ces directives, un groupe de travail ICM s'est occupé de recueillir des informations de référence. Il s'agit entre autres de faire une revue systématique du genre «Delphi Survey» auprès des expertes praticiennes pour déterminer comment prendre en charge de manière courante la phase de délivrance physiologique du placenta. Pour réaliser cette enquête Delphi, un outil a dû être créé, testé, mis en œuvre. Il reprend une série de questions concernant la prise en charge physiologique de la phase de l'immédiat post-partum, entre autres:

- Signes de décollement placentaire
- Quelles manœuvres l'accoucheuse utilise-t-elle?
- Que fait-elle avec le cordon ombilical?
- Position et rôle de la mère
- Rôle de l'enfant
- Tâches de l'accoucheuse après la délivrance
- Jusqu'à combien de temps peut-on considérer la phase de délivrance comme «normal»?
- Combien d'années de pratique l'accoucheuse compte-t-elle?
- Durant l'année écoulée, à quelle fréquence a-t-elle pris en charge une délivrance physiologique?

Selon la procédure Delphi, le questionnaire a été proposé à un groupe international d'«expertes» composé de sages-femmes, d'accompagnatrices et d'une accoucheuse traditionnelle. Les résultats démontrent un certain consensus dans plusieurs domaines, mais aussi des points de vue divergents.

Première enquête internationale

Le comité ICM a décidé de sonder un large groupe de praticiennes. Les 91 membres de l'ICM ont reçu le questionnaire avec mission de le transmettre à une sage-femme qui serait intéressée et qui disposerait d'une expérience de prise en charge physiologique de la délivrance. Il s'agissait en fait de la première enquête internationale depuis que l'ICM existe.

Le questionnaire a été traduit en français et en espagnol. Il pouvait être rempli en ligne sur Internet et contenait une série de questions multi-choix. Seule la version anglaise permettait d'ajouter des remarques.

Résultats

82 sages-femmes de par le monde ont répondu. Elles montrent ainsi que la délivrance est un thème pertinent à travers le monde entier. La majorité d'entre elles étaient des praticiennes expérimentées (61 ou 85% avec plus de 10 ans de pratique; 56 ou 77% avec plus de 15 ans de pratique). Plus de la moitié d'entre elles reconnaissent que, durant l'année écoulée, elles ont eu à prendre en charge fréquemment ou souvent (lorsqu'elles ont un temps d'activité de plus de 40%) une délivrance physiologique.

Zones où il y a consensus

Dans les domaines suivants, se dessine parmi les enquêtées un large accord:

- Les indices suivants indiquent à la sage-femme que le décollement du placenta a lieu: modification de la taille et de la position de l'utérus, de même que le flot sanguin et le mal-être de la mère
- La mère joue un rôle actif dans la venue du placenta (à savoir: elle n'est pas «accouchée» mais elle accouche)
- Il est important que la mère et l'enfant ne soient pas séparés juste après la naissance
- Il est essentiel de permettre un contact «peau à peau» et les premiers liens
- Le massage de l'utérus après la délivrance ne doit se faire qu'en cas d'hémorragie

Zones où il n'y a pas un consensus clair

Le contexte dans lequel travaille la sage-femme peut influencer sa prise de décision et il n'a peut-être pas pu apparaître au travers des réponses au questionnaire.

A savoir:

- Le moment optimal pour le clampage et la section du cordon ombilical: Bien que la majorité des répondantes ne font pas ces manœuvres tout de suite après la venue de l'enfant, il n'y a pas vraiment accord sur le moment optimal à respecter.
- La position optimale pour une délivrance physiologique: Bien que les répondantes trouvent importantes la position verticale et le contact «peau à peau», il n'y pas de priorités nettement déclarées.
- Les interventions comme la traction contrôlée du cordon ombilical ou la manœuvre de Credé: Un certain nombre de sages-femmes reconnaissent les appliquer. Le format du questionnaire ne permet toutefois pas d'en comprendre les raisons et les conditions d'application.

Au sujet de la durée de la période de délivrance physiologique, la réponse la plus fréquente est «entre 21 et 30 minutes». Les autres réponses varient entre «moins de 10 minutes» (7,3%, n=6) et «plus d'une heure» (2,5%, n=2). Une majorité de 68% (n=56) est d'accord pour dire qu'une délivrance physiologique peut durer «entre 0 et 40 minutes».

Discussion

Les questions à choix multiple ont limité les possibilités de réponse. Seules les participantes de langue anglaise ont pu ajouter des commentaires libres. Ce format des questions ne permet pas l'analyse approfondie de nombreux facteurs qui influencent la prise en charge ainsi que les décisions à prendre dans un scénario clinique (par exemple, si le cordon ombilical est court, si la parturiente exprime des souhaits, etc.). Quoi qu'il en soit, l'enquête apporte un bon aperçu des pratiques en vigueur un peu partout dans le monde. Elle souligne des différences qui devront être discutées et analysées. Les résultats plaident pour une prise en charge physiologique de la 3e période comme achèvement d'un processus normal de l'accouchement, déjà largement pratiquée, mais qui nécessite encore d'être mieux connue. En tant que professionnelles, nous nous devons en effet de mieux formuler et de mieux documenter notre pratique par des informations fiables.

Source: Alison Eddy, Lesley Dixon, Karen Guilliland, Holly Powell Kennedy. What do midwives do when providing physiological/expectant care during the third stage of labour? ICM Newsletter Autumn/Winter 2009, Volume1.

Traduction libre du texte original paru page 12–13: Josianne Bodart Senn.

Etude en Iran

Une perte de sang accrue durant la Phase 4

Méthodologie

Cet essai contrôlé randomisé comprenait 200 femmes ayant donné naissance dans une maternité en Iran.

Le groupe d'intervention (n= 100) recevait 10 UI après le dégagement de l'épaule antérieure. Après clampage et section du cordon ombilical, le fond utérin était refoulé tandis que le cordon était tracté doucement jusqu'à ce que le placenta soit expulsé.

Pour groupe de contrôle (n= 100), la surveillance des signes de décollement du placenta indiquait quand faire pousser la femme.

Résultats

Aucune différence significative de perte de sang entre les groupes d'intervention et de contrôle: 216.93 ± 165.16 ml / 232.12 ± 150.35 ml.

En revanche, durant la Phase 4, la perte de sang était plus importante pour le groupe d'intervention: 422.62 ± 324.7 ml / 327.27 ± 255.99 ml (p = 0.02). La durée de la Phase 3 était moindre dans le groupe d'intervention: 4.69 ± 5.51 min. / 6.34 ± 5.03 min. (p = 0.028).

Conclusions

La gestion active ne réduit pas la perte de sang durant la Phase 3, mais elle l'abrège. En revanche, la gestion active augmente la perte de sang durant la Phase 4.

Kashanian Maryam et al.: Comparison of active and expectant management on the duration of the third stage of labour and the amount of blood loss during the third and fourth stage of labour: an randomised controlled tiral. In: J. Midwifery, 2008, 1–5.

Comparaisons entre pays développés

Vers des recommandations supplémentaires

Méthodologie

A partir des données longitudinales (1991–2006) de plusieurs pays développés (Australie, Belgique, Canada, France, Royaume-Uni et USA), l'incidence de HPP a été stratifiée par causes.

Résultats

- Dans toutes les populations observées, l'âge maternel est en augmentation. La césarienne est devenue plus habituelle. Le taux de naissances multiples augmente. L'augmentation du taux d'induction de travail semble corrélée à une augmentation de HPP.
- Les auteurs observent une tendance à la hausse de HPP en Australie, au Canada, au Royaume-Uni et aux USA, mais les définitions de la perte de sang n'y sont pas homogènes. En Australie, au Canada et aux USA, il s'agit seulement de HPP atoniques.
- Les auteurs notent une augmentation des dommages sévères dus aux HPP en Australie, au Canada, au Royaume-Uni et aux USA.

Recommandations clés

1. Les prochaines révisions de la classification internationale (International Classification of Diseases) devraient distinguer en des codes séparés HPP atonique et HPP immédiate, en raison de leurs causes spécifiques. D'autres codes devraient être utilisés pour un Placenta accreta/percreta/increta.
2. Les définitions HPP devraient être unifiées et des recherches devraient étudier comment ces définitions sont effectivement appliquées dans la pratique pour coder les données.
3. D'autres analyses seraient nécessaires pour étudier comment on détermine la «sévérité» de l'HPP.
4. D'autres études seraient utiles pour déterminer si le taux accru de HPP est également observé dans d'autres pays et pour évaluer les facteurs de risque potentiel tels que la longueur du travail, l'obésité et les changements dans la gestion des Phases 2 et 3.
5. Une formation devrait être fournie à tout le personnel impliqué dans les accouchements pour évaluer de manière plus homogène la perte de sang et pour mieux accompagner la femme après la venue de l'enfant. Il en va de la réduction de la sévérité de l'HPP ainsi que de la prévention de toutes ses suites dommageables.
6. Les médecins devraient être rendus plus attentifs au fait que la possibilité et la sévérité de l'HPP ont effectivement augmenté, surtout dans les petites maternités, avec peu d'accouchements, où les protocoles de gestion pourraient ne pas être définis de manière adéquate, où les médicaments ou équipements pourraient ne pas être disponibles pour intervenir en cas de HPP sévère imprévisible.

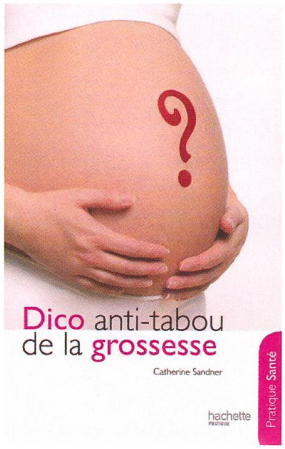
Un tout nouveau-né âgé de... 2 minutes

Source: Marian Knight et al.: Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. In: BMC Pregnancy and Childbirth 2009, 9.

www.sage-femme.ch www.sage-femme.ch www.sage-femme.ch

Catherine Sandner

Dico anti-tabou de la grossesse



Hachette Pratique,
2010, 286 p.
ISBN = 2-0123-7364-8

Conçu pour être utilisable facilement, cet ouvrage de 286 pages tente de s'attaquer aux idées pré-reçues concernant une quarantaine de points ayant trait à la grossesse en partant de «Accouchement» pour aboutir à «Symptômes». Pour chaque sujet abordé, l'auteure coupe le chapitre en 4 parties: «Ce qu'on vous dit» qui reprend le discours officiel concernant le sujet mis sous la loupe; «En vrai» qui s'appuie sur les faits mesurables (statistiques plus que la vérité avec un grand V!) ou témoignages; «Ce qu'il faut savoir et qu'on ne vous dit pas toujours» qui nuance un peu le sujet en prenant comme référence des sources moins présentes dans le discours officiel et «Conseil anti-tabou» qui permet à l'auteure de donner son point de vue.

Si l'idée en soi de démystifier un peu le discours médical et d'inciter les femmes (ou les couples?) à la réflexion me plaisait, la lecture de ce livre me laisse un peu dans l'ambivalence: d'un côté, j'ai parfois aimé le ton un peu gouailleur utilisé pour relativiser les grands discours officiels ou la théorie académique mais, d'un autre côté, ça me dérange un peu que ces prises de positions, parfois très ironiques, soient basées sur des lectures (certes choisies) plutôt que sous-tendues par une formation professionnelle en la matière (l'auteure n'est en effet pas issue du domaine de la santé mais journaliste, consultante et coach en communication). Par moments, j'ai même presque eu l'impression que l'auteure réglait ses comptes au travers de cet ouvrage avec la prise en charge obstétricale du système de soins français (elle-même est mère de deux enfants et je me suis demandée comment elle a vécu ses suivis et interactions avec le personnel de soins: médecin et SF en particulier).

Toutefois, je pense que c'est un livre qui peut être globalement sympa pour aider les gens à oser être actifs et impliqués dans leur grossesse, bien que certains points ne soient pas complètement appropriés face à notre réalité suisse, l'auteure se référant à son expérience de la pratique française.

Sandrine Racine

René Frydman

Les grossesses tardives

Hachette Pratique,
2010, 62 p.
ISBN = 2-01-621170-9

Destiné avant tout aux femmes de quarante ans et plus qui sont enceintes ou souhaitent encore le devenir, ce livre est censé apporter «un soutien et des réponses rassurantes pour toutes les futures mamans», dixit la 4e de couverture du livre. Pourtant, je pense qu'il manque totalement son objectif de ce point de vue-là! En effet, je ne conçois pas que de «détailler les problèmes de santé que vous pourriez rencontrer au cours de votre grossesse, pendant votre accouchement et lors des suites de couches, ainsi que ceux que votre enfant pourrait subir...» – comme l'introduction annonce la suite – soit très rassurant ou soutenant!

En effet, déjà la photo de couverture du livre annonce la couleur: une femme allongée, les deux mains posées sur son ventre et l'air pensif ou réflexif plus que rêveur, laisse à penser que tout n'est pas forcément simple. Puis, le livre commence par aborder l'hypofertilité, la fréquence des fausses couches et la PMA. Il se poursuit sur la pré-éclampsie, le diabète et l'accouchement prématuré en passant par la T21 et les risques de malformations pour se terminer avec la césarienne et la dépression post-partum. Tout un programme et pas des plus réconfortant ou encourageant!

Pourtant j'ai beaucoup apprécié cet ouvrage en termes de livre d'information pour les (futures) mères. Les connaissances médicales sont très bien vulgarisées: des termes clairs mais précis, des phrases courtes qui vont à l'essentiel (on sent la finesse du spécialiste), une présentation aérée, des couleurs qui soulignent les éléments importants et – the last but not the least – des infos pertinentes et réalistes par rapport à l'allaitement (de la part d'un médecin, et français de surcroît, c'est super!).

Bref, un ouvrage concis à la pointe des connaissances médicales actuelles, avec une vision résolument optimiste malgré tous les risques annoncés, compréhensible par tout type de public, auquel on peut facilement se référer rapidement. Aisément transportable car fin et léger. A proposer comme support pour ceux – et celles – concernés par les grossesses tardives et qui veulent être succinctement informés sans devoir acheter un ouvrage de médecine destiné aux professionnels.

Sandrine Racine