



Prévention et traitement de l'hémorragie du post-partum

Déclaration commune

**Association des Sages Femmes du Mali
(ASF.M)**

**Société Malienne des Gynécologues et
Obstétriciens (SOMAGO)**



Le 11 mai 2008 à Bamako

L'Association des Sages Femmes du Mali (ASF.M) et la Société Malienne des Gynécologues et Obstétriciens (SOMAGO) sont des partenaires clés pour ce qui concerne les efforts déployés à l'échelle nationale en vue de réduire les invalidités et les décès maternels partout dans le pays. Ces deux associations se donnent comme mission de promouvoir la santé, les droits et le bien-être de toutes les femmes, et plus particulièrement de celles qui courent le plus grand risque de décès ou d'invalidité associé à la maternité. L'ASF.M et la SOMAGO encouragent des interventions fondées sur des données probantes qui, employées correctement et de façon éclairée, peuvent réduire l'incidence de morbidité et de mortalité maternelles.

Cette déclaration reflète l'état actuel (2008) des connaissances en matière de prévention et de traitement de l'hémorragie du post-partum (HPP).

Environ trente pour cent des décès maternels au Mali sont causés par une hémorragie, qui se déclare le plus souvent pendant la période post-partum¹. Au Mali, la plupart des décès maternels dus à une HPP surviennent dans des milieux ne disposant pas de personnel qualifié et ou de plateau technique adéquat pour la prévention et la prise en charge des HPP et de l'état de choc.

L'objectif du Millénaire pour le développement visant à réduire le taux de mortalité maternelle de 75 pour cent d'ici 2015² restera hors de portée si nous n'abordons pas de façon prioritaire le problème de l'HPP dans les pays en voie de développement.

L'ASF.M et la SOMAGO appuient les recommandations internationales soulignant qu'il est impératif de compter des prestataires qualifiés et des services obstétricaux améliorés comme éléments centraux aux efforts visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ces recommandations reflètent ce que devrait être un droit fondamental pour toutes les femmes Maliennes. La prévention de l'HPP nécessitera de combiner plusieurs approches visant à étendre l'accès aux soins de qualité tout en multipliant les interventions salutaires suivant un continuum de soins allant de la communauté à l'hôpital. Les différents environnements où les femmes accouchent nécessitent différentes approches quant à la prévention et au traitement de l'HPP.

Prévention de l'hémorragie du post-partum

L'ASF.M et la SOMAGO ont un rôle central à jouer en vue de renforcer la capacité des obstétriciens / gynécologues et les sages-femmes à réduire les décès et les invalidités résultant de l'HPP par des approches sûres, efficaces, réalisables et durables.

Les femmes enceintes risquent une perte sanguine potentiellement mortelle à l'accouchement. Les femmes anémiques sont plus vulnérables à la perte sanguine même modérée. Heureusement, la plupart des HPP peuvent être évitées. Différentes approches peuvent être employées selon la situation et la disponibilité des agents qualifiés et du matériel approprié.

Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)

Les données cliniques favorisent une prise en charge active de la troisième période de l'accouchement par tout agent qualifié. La GATPA réduit l'incidence de l'HPP, l'ampleur de la perte sanguine et le recours à la transfusion sanguine³; elle doit donc faire partie de tout programme d'intervention visant à réduire les décès dus à l'HPP.

La prise en charge active de la troisième période de l'accouchement comprend généralement les éléments suivants :

- L'administration d'ocytocine⁴ ou d'un autre médicament utérotonique dans la minute qui suit la naissance du bébé;
- La traction contrôlée du cordon ombilical **exercée simultanément avec une contre-traction**;
- Le massage utérin après délivrance du placenta.

N.B. Le clampage précoce du cordon ne fait pas partie de la GATPA. Par contre, il est recommandé d'attendre 2 à 3 minutes après la naissance pour couper le cordon. Le fait de retarder le clampage du cordon d'une à trois minutes permet de réduire l'anémie chez le nouveau-né⁵.

Autres actions pour prévenir l'hémorragie du post-partum

L'ASFM et la SOMAGO reconnaissent qu'il est **difficile** de prédire l'HPP. Alors, il est recommandé de réaliser systématiquement les gestes suivants:

- la préparation du plan d'accouchement;
- une surveillance régulière de la femme et le fœtus en se servant d'un partogramme pendant le travail et le postpartum immédiat;
- la référence à temps vers un service obstétrical disposant d'un plateau technique adéquat en cas d'anomalie dans le déroulement du travail d'accouchement.
- s'assurer que la vessie est vide avant le début du deuxième stade du travail et pendant le post-partum immédiat ;
- une gestion active de la troisième période de l'accouchement;
- un examen soigneux du placenta;
- un examen minutieux de la vulve, du périnée, de l'anus, du vagin et du col pour détecter les déchirures et les réparer dans les meilleurs délais;
- le massage utérin si l'utérus n'est pas bien contracté aussi souvent et autant que nécessaire pour maintenir le globe de sécurité.

Utilisation rationnelle des médicaments utérotoniques

L'ASFM et la SOMAGO encouragent une politique favorisant l'accès des utérotoniques à tout agent qualifié pour la prévention de l'HPP. Cependant, elles reconnaissent qu'il y a un risque potentiel lié à l'abus de ces utérotoniques dans les formations sanitaires. L'ASFM et la SOMAGO appuient les protocoles, normes, et procédures promus par la DNS qui exigent que l'induction et la direction du travail à l'aide d'utérotoniques **ne doivent jamais être tentées** dans les conditions suivantes:

- Le travail d'accouchement progresse normalement ;
- En cas de disproportion foeto-pelvienne, dystocie mécanique, présentation transversale, procidence du cordon ombilical avec fœtus vivant, grossesse multiple, vaisseaux praevia ou placenta praevia recouvrant ;
- Dans une structure sanitaire n'ayant pas de bloc opératoire et/ou de médecin qualifié pour 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 prendre en charge les complications maternelles et fœtales dues à l'administration d'utérotoniques pendant le travail.

Prise en charge de la troisième période de l'accouchement en l'absence de médicaments utérotoniques

Il arrive qu'on ne dispose pas de médicaments utérotoniques en raison d'une rupture d'approvisionnement ou des circonstances de l'accouchement. En l'absence d'utérotoniques l'ASFM et la SOMAGO recommandent :

- l'attente des signes de décollement du placenta (allongement du cordon ombilical, faible saignement, utérus ferme et globuleux à la palpation à la hauteur de l'ombilic);
- l'encouragement des efforts de poussée dès la reprise des contractions utérines
- l'interdiction de la traction du cordon ombilical avant le décollement du placenta, car cela pourrait entraîner une séparation placentaire partielle, une rupture du cordon, une perte sanguine excessive ou une inversion utérine;
- le massage utérin après la délivrance du placenta.

¹ Causes directes de décès maternels dans les structures de SOU au Mali en 2002.

² Nations Unies. Objectifs du Millénaire pour le développement. New York (NY) : ONU; 2000.

Disponible à :

<http://www.un.org/millenniumgoals>. Consulté le 12 octobre 2006.

³ Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. « Active versus expectant management in the third stage of labour », Cochrane Database of Systematic Reviews, n° 3, 2000, article n° CD000007. DOI : 10.1002/14651858.CD000007.

⁴ Ocytocine est l'utérotonique du choix. En cas de rupture d'ocytocine, les utérotoniques suivants peuvent être utilisés : 0,2 mg d'ergométrine en IM, 600 mcg du misoprostol par voie orale.

⁵ Ceriani Cernandas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otano L, Ferreira M, Ricci C et coll. « The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial », Pediatrics, vol. 117, 2006, p. 779-86.