

# OUT LOOK

## Prévention de l'hémorragie du post-partum : Prise en charge du troisième stade du travail

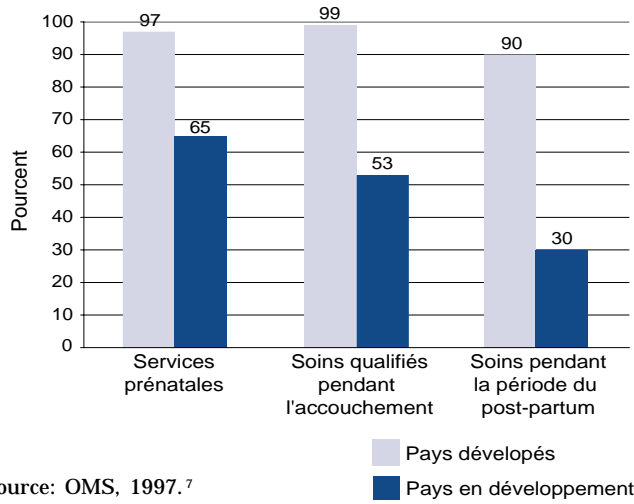
**L**a grossesse et l'accouchement s'accompagnent de graves risques pour la santé, même pour des femmes n'ayant pas de problèmes de santé antérieurs. En effet, environ 40% des femmes enceintes connaissent des problèmes de santé imputables à la grossesse et 15% de toutes les femmes enceintes souffrent de complications permanentes ou qui mettent leur vie en danger.<sup>1</sup> D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), presque 515 000 femmes sont décédées en 1995 suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement.<sup>2</sup> La plupart de ces décès surviennent dans des pays en développement parce que les femmes souvent n'ont pas accès à des soins de santé essentiels. Une femme qui vit dans un pays en développement est bien plus susceptible de recevoir des services prénatals qu'elle ne l'est de recevoir des soins qualifiés pendant le travail, l'accouchement ou la période du post-partum (voir Figure 1). Et pourtant, plus de la moitié de tous les décès maternels surviennent dans les 24 heures suivant l'accouchement et sont dus en grande partie aux saignements abondants (voir Figure 2).<sup>3</sup> Les graves saignements ou hémorragies sont la cause principale de décès maternels dans le monde. Au moins un quart de tous les décès maternels sont imputables à l'hémorragie, les proportions se situant dans une fourchette allant de moins de 10% à presque 60% dans divers pays (voir Tableau 1).<sup>4</sup> Même si une femme survit à l'hémorragie du post-partum (HPP), elle risque de souffrir d'anémie grave et de problèmes de santé continuels.

Dans les contextes où la mortalité maternelle est élevée et les ressources limitées, l'introduction de pratiques à faibles coûts basées sur l'évidence scientifique pour prévenir et prendre en charge la HPP peuvent améliorer la survie maternelle et infantile. Le présent numéro d'*Outlook* passe en revue l'une des interventions efficaces, à savoir la prise en charge du troisième stade du travail (période entre la naissance du nourrisson et la délivrance). La discussion met également en exergue un nouveau manuel international destiné aux médecins et sages-femmes, *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth*.<sup>5</sup> Ce manuel apporte des informations spécifiques sur les meilleures pratiques qui se sont avérées efficaces pour améliorer les soins de santé maternelle et néonatale, notamment les pratiques de prévention et traitement des hémorragies excessives du post-partum. Une description est également donnée de stratégies pour formuler, diffuser et appliquer de telles directives, tel que recommandé par l'Initiative internationale de la maternité sans risques.

### Hémorragie du post-partum

D'après les estimations, il existe chaque année 14 millions de cas d'hémorragie liée à la grossesse et parmi ces femmes, au moins 128 000 meurent suite à l'hémorragie.<sup>6</sup> La plupart de ces décès surviennent dans les quatre heures suivant l'accouchement<sup>4</sup> et sont causés par des problèmes lors

**Figure 1. Couverture en services de santé maternelle.**



du troisième stade du travail. La HPP est définie comme une perte de sang après l'accouchement dépassant 500 ml et la HPP grave est définie comme une perte de sang supérieure à 1000 ml. Toutefois, dans la pratique, il est difficile de mesurer exactement les pertes de sang et la quantité est souvent sous-estimée. Pratiquement, la moitié des femmes qui accouchent par voie basse perdent 500 ml ou plus de sang et celles qui ont une césarienne perdent normalement 1000 ml ou plus.<sup>8</sup> Pour un grand nombre de femmes, des pertes de sang de cette quantité n'entraînent pas de réactions négatives mais les conséquences varient d'une femme à l'autre. En effet, des pertes de sang ne serait-ce que de 200 ou 250 ml peuvent s'avérer fatales pour une femme gravement anémique. Il s'agit d'un facteur revêtant une importance particulière au regard de la prévalence de l'anémie grave chez les femmes dans un grand nombre de pays en développement.

L'atonie utérine (absence de contractions normales de l'utérus après l'accouchement) est la cause la plus courante de la HPP immédiate et grave (survenant dans les 24 heures après l'accouchement).<sup>9</sup> La rétention placentaire, les lacérations vaginales ou cervicales et la rupture ou l'inversion utérines sont également des causes qui contribuent à la HPP. Par contre, une HPP tardive (survenant plus de 24 heures après l'accouchement) est souvent le résultat d'une infection, d'une contraction incomplète de l'utérus ou de fragments de rétention placentaire.

La période suivant la naissance du bébé et les premières heures du post-partum sont d'importance vitale pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge des saignements. Comparés à d'autres risques maternels tels que l'infection, les saignements peuvent rapidement devenir un danger mortel. Une femme avec une hémorragie succombera sous peu si elle ne reçoit pas les soins médicaux appropriés, notamment médicaments, procédures cliniques simples, transfusion de sang et/ou chirurgie. Dans les régions où il n'existe qu'un accès limité aux soins médicaux ou obstétricaux qualifiés, aux transports et aux services d'urgence, il arrive souvent que des retards soient pris pour obtenir des soins qualifiés et le risque de décès imputable à la HPP est élevé. La HPP immédiate peut souvent être traitée à l'aide de soins obstétricaux essentiels de base, mais tout retard pris pour

aller consulter les services de santé peut entraîner des complications supplémentaires exigeant des services obstétricaux d'urgence de nature plus intégrale. Souvent, ces services ne sont disponibles que dans un hôpital de référence, nécessitant donc le transport de la femme sur une longue distance, signifiant là aussi un risque accru de décès.

Les femmes qui survivent à la HPP souffrent souvent d'anémie grave si le problème n'est pas pris en charge correctement.<sup>4</sup> Des transfusions de sang données pour lui sauver la vie comportent des risques de réactions à la transfusion et de transmission des infections. L'intervention chirurgicale telle que l'hystérectomie comporte ses propres risques découlant de l'infection, de l'anesthésie et d'autres complications outre les coûts financiers élevés.

Il est impossible de dépister avec constance les femmes qui sont les plus exposées au risque de HPP. Il existe toutefois plusieurs facteurs associés au risque accru d'hémorragie dont l'antécédent de HPP, la pré-éclampsie, les grossesses multiples et l'obésité. (Le placenta praevia et le décollement prématuré du placenta sont des facteurs-risques pour l'hémorragie anté-partum.) L'épisiotomie, la césarienne et le travail prolongé sont des facteurs associés au travail et à l'accouchement qui augmentent les pertes de sang.<sup>10,11</sup> Toutefois, les deux tiers des HPP surviennent chez des femmes sans facteurs de risques identifiables.<sup>12</sup> L'utilisation des facteurs-risques pour classer les femmes à haut risque n'a pas permis de diminuer la mortalité imputable à la HPP. De plus, l'adoption du dépistage des risques peut aboutir à une prise en charge inutile de femmes classées dans le groupe « à haut risque », situation préjudiciable tant pour les femmes que pour les systèmes de santé.

Il convient d'encourager toutes les femmes à développer un plan d'action pour se préparer à l'accouchement et pour être prêtes en cas de complications. Elles doivent prévoir d'accoucher avec un prestataire qualifié qui peut fournir des soins de prévention en matière de HPP. La famille et la communauté doivent connaître les principaux signes de danger, y compris tout saignement pendant la grossesse. Toutes les femmes doivent faire l'objet d'un suivi attentif après l'accouchement afin de détecter tout signe de saignement anormal, et les personnes qui

**Tableau 1. Décès maternels imputables à la HPP : Pays choisis**

Pays	% de décès maternels imputables à la HPP	Décès maternels pour 100 000 Naissances
Hong Kong	30	7
Inde	16	570
Indonésie	43	650
Philippines	53	280
Burkina Faso	59	930
Egypte	32	170
Kenya	16	650
Maroc	29	610
Nigeria	20	1000
Afrique du Sud	15	230
Brésil	20	220
Guatemala	2	200
Honduras	33	220
Mexique	24	110

Source: AbouZahr, 1998.<sup>4</sup>

s'occupent d'elles doivent être en mesure d'assurer l'accès, le cas échéant, à des interventions salvatrices.

## Prise en charge active du troisième stade du travail

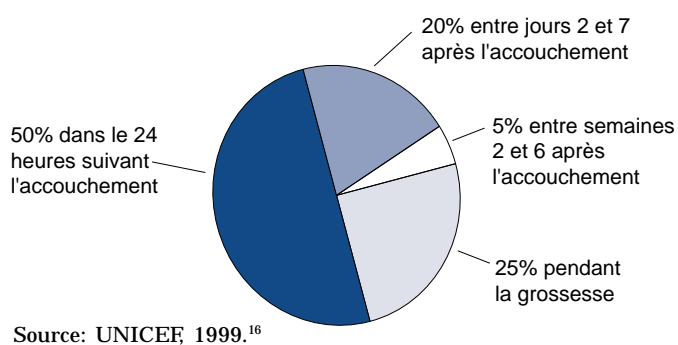
La plupart des cas de HPP surviennent lors du troisième stade du travail. A ce stade, les muscles de l'utérus se contractent et le placenta commence à se détacher de la paroi utérine. La quantité de sang perdue dépend de la rapidité avec laquelle cela se fait. Le troisième stade dure généralement entre 5 et 15 minutes.<sup>13,14</sup> Après 30 minutes, le troisième stade du travail est considéré comme prolongé, indiquant un éventuel problème. Si l'utérus est atone et ne se contracte pas normalement, les vaisseaux sanguins sur le site placentaire ne se resserrent comme ils devraient, provoquant de graves saignements.

Les interventions visant à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines et à prévenir la HPP en évitant l'atonie utérine entrent dans le cadre de la prise en charge active du troisième stade du travail. Généralement, les composantes en sont les suivantes : (1) administrer un médicament utérotonique (pour contracter l'utérus) dans la minute qui suit la naissance du nourrisson ; (2) nouer et couper le cordon ombilical de suite après la naissance ; et (3) appliquer une tension contrôlée (également appelée traction contrôlée du cordon) sur le cordon ombilical tout en appliquant une contre-pression simultanée sur l'utérus à travers l'abdomen. Après l'expulsion du placenta, le massage du fond de l'utérus à travers l'abdomen peut également aider l'utérus à se contracter pour diminuer au possible les saignements. La prise en charge active du troisième stade du travail est une pratique utilisée couramment au Royaume-Uni, en Australie et dans plusieurs autres pays.<sup>14</sup>

Contrairement à la prise en charge active, la prise en charge expectante (également connue sous le nom de traitement abstentionniste ou traitement symptomatique) du troisième stade du travail se base sur l'attente des signes indiquant le décollement du placenta de la paroi utérine (par exemple, le fait d'observer un flot de sang) et la délivrance spontanée du placenta. La prise en charge expectante est une pratique courante dans certaines parties de l'Europe, des Etats-Unis et du Canada. La prise en charge expectante est également la norme dans la majorité des accouchements à domicile dans les pays en développement.<sup>14</sup>

Plusieurs études aléatoires étendues avec cas-témoins (réalisées dans les maternités d'hôpitaux bien équipés) ont comparé les effets de la prise en charge active et expectante. Certes, les études ont employé des protocoles et des définitions différents de la prise en charge active mais leurs résultats n'en sont pas moins très informatifs. Par exemple, dans le cadre d'un essai réalisé à Dublin en Irlande, 705 femmes ont été prises en charge activement avec de l'ergométrine à 0,5 mcg et une tension contrôlée du cordon alors que 724 ont été traitées physiologiquement. L'essai a permis de constater moins de cas de HPP et moins de cas de faibles taux d'hémoglobine chez les femmes prises en charge activement. On a noté cependant une incidence plus élevée d'extraction manuelle du placenta, de nausées, vomissements et vives douleurs après la naissance chez les femmes prises en charge activement.<sup>15</sup> Dans un essai effectué à Abu Dhabi, 827 femmes ont reçu une intervention de tension contrôlée du cordon et l'administration de 10 mcg d'ocytocine par voie intramusculaire alors que 821 n'ont bénéficié que d'une

**Figure 2. Moment auquel les décès maternels surviennent.**



intervention minimale (ocytocine uniquement après expulsion du placenta). Celles connaissant une prise en charge active avaient une incidence nettement moindre de HPP et de rétention placentaire et avaient un besoin moindre en médicaments utérotoniques.<sup>17</sup> Dans une étude anglaise, 846 femmes ont été prises en charge activement avec de l'ocytocine à 5 mcg et de l'ergométrine à 0,5 mcg et à l'aide de la tension contrôlée du cordon alors que 849 femmes ont fait l'objet d'un traitement physiologique. Celles bénéficiant d'une prise en charge active ont eu nettement moins de HPP et un travail du troisième stade plus court.<sup>18</sup> Dans le cadre d'une autre étude anglaise, 748 femmes ont reçu de l'ocytocine et/ou de l'ergométrine et une traction contrôlée du cordon alors que 764 n'ont reçu aucune de ces interventions à moins qu'indiqué. La prise en charge active a permis une nette réduction de HPP mais par contre, on a noté davantage de vomissements chez ces femmes prises en charge activement.<sup>19</sup> Aucune de ces études n'a montré une incidence accrue de complications graves associées à la prise en charge active.<sup>14</sup>

Une méta-analyse de ces études, disponible par l'entremise de la base de données Cochrane et de la Bibliothèque de santé reproductive de l'OMS,<sup>20</sup> a confirmé que la prise en charge active était associée à une réduction des pertes de sang maternelles (y compris HPP et HPP grave), à une anémie moindre lors du post-partum et au besoin moindre de procéder à des transfusions de sang.<sup>14</sup> La prise en charge active était également associée à un risque moindre de travail prolongé du troisième stade et à une utilisation moindre d'autres médicaments utérotoniques thérapeutiques.

**Médicaments utérotoniques.** L'injection d'un médicament utérotonique immédiatement après la naissance du bébé est l'une des interventions les plus importantes utilisées pour prévenir la HPP. L'ocytocine, médicament utérotonique utilisé le plus couramment, s'est avéré très efficace pour réduire l'incidence de HPP et du travail prolongé du troisième stade.<sup>21,22</sup> La syntométrine (ergométrine combinée à de l'ocytocine) semble être encore plus efficace que l'ocytocine à elle seule. Toutefois, la syntométrine est associée à un plus grand nombre d'effets secondaires tels que les maux de tête, la nausée, les vomissements et l'hypertension.<sup>23</sup> Les femmes avec de l'hypertension (ou pré-éclampsie ou éclampsie qui touche environ 10% de toutes les femmes) ne peuvent pas prendre de l'ergométrine. Comparée à l'ocytocine, l'ergométrine est moins stable à la température ambiante et tend à perdre de son efficacité plus rapidement, surtout dans les climats tropicaux.<sup>24</sup>

Les prostaglandines sont également efficaces pour contrôler les saignements mais généralement, elles sont plus chères et comportent un nombre d'effets secondaires dont la diarrhée, les vomissements et les douleurs abdominales (voir encadré sur le misoprostol ci-dessous).<sup>25</sup> Le choix du type de médicament utérotonique employé pour le traitement des saignements dépend du jugement clinique du prestataire, de la disponibilité des médicaments et de l'évaluation des compromis entre les avantages escomptés et les effets secondaires.

**Clampage du cordon.** Lors de la prise en charge active du troisième stade du travail, le cordon ombilical est noué et

## Misoprostol pour la prévention de la HPP

Misoprostol (Cytotec<sup>®</sup>) est un synthétique analogue de la prostaglandine E<sub>1</sub>, commercialisé au départ pour la prévention et le traitement de l'ulcère gastro-duodéal. Dans bien des régions, le médicament est également très utilisé en gynécologie et en obstétrique.<sup>26,27</sup> A l'exemple d'autres utérotoniques, le misoprostol pousse l'utérus à se contracter et peut donc réduire les saignements du post-partum. Le Misoprostol comporte toute une gamme d'avantages possibles dont la facilité de l'administration (par voie orale ou rectale), le faible coût et la stabilité. Plusieurs études récentes et en cours se sont penchées sur son efficacité comparée à d'autres médicaments utérotoniques en ce qui concerne la diminution de l'hémorragie du post-partum.

Plusieurs études cliniques de petite échelle semblent indiquer que 400 à 600 mcg de misoprostol (administré par voie orale) peuvent être aussi efficaces pour réduire l'hémorragie du post-partum que l'ocytocine ou la syntométrine ;<sup>28,29</sup> et, par contre, une autre étude l'a trouvée moins efficace.<sup>30</sup> Plusieurs études concluent que le misoprostol est aussi efficace que l'ocytocine mais qu'il est associé à des frissons et à de la fièvre.<sup>13,31,32</sup>

Une étude effectuée par l'OMS auprès de multiples centres constate que le misoprostol n'est pas aussi efficace que l'ocytocine pour réduire les saignements maternels quand il est administré dans le cadre de la prise en charge active du troisième stade du travail dans le contexte hospitalier. Comparées aux femmes qui avaient reçu de l'ocytocine, les femmes recevant du misoprostol (600 mcg par voie orale) immédiatement après l'accouchement avaient des pertes de sang plus élevées de 1000 ml ou plus (4 versus 3 %), nécessitaient plus fréquemment des utérotoniques complémentaires et avaient une incidence plus élevée de frissons et de fièvre.<sup>33</sup> L'étude ne se penchait pas explicitement sur l'emploi du misoprostol pour le traitement de la HPP (l'objet de l'étude étant la prévention) et, à l'avis des auteurs, il n'existait pas suffisamment de preuves pour recommander l'utilisation du misoprostol pour la prévention de la HPP quand l'ocytocine injectable est disponible. Par contre, un commentaire accompagnant l'article notait que le misoprostol malgré son efficacité moindre devrait quand même être considéré comme une option utile dans les contextes où les femmes ne reçoivent généralement aucun médicament utérotonique.<sup>34</sup>

sectionné de suite après l'accouchement, afin de pouvoir procéder à d'autres interventions de prise en charge active. En ce qui concerne la prise en charge expectante, le clampage du cordon est généralement effectué quand les pulsations ont cessé dans le cordon. Les deux pratiques semblent avoir le même effet sur la mère si ce n'est que le clampage immédiat peut réduire la quantité de sang placentaire transféré au nouveau-né. En effet, d'après les estimations, le clampage précoce du cordon empêche 20 à 50 % du sang fœtal de passer du placenta au nourrisson (la quantité du flot sanguin est également affectée par la gravité et par la position du bébé tenu au-dessus ou en dessous du niveau du placenta après l'accouchement).<sup>35</sup> Un flux sanguin moins important résulte en des niveaux moindres d'hématocrite et d'hémoglobine pour le nourrisson et pourrait influencer la fréquence de l'anémie ferriprive lors de la prime enfance.<sup>36</sup> D'après une étude, le clampage effectué uniquement après la cessation des pulsions dans le cordon permet de réduire de moitié l'anémie infantile à l'âge de deux mois.<sup>37</sup> Certaines études ont souligné le risque de problèmes respiratoires néonataux accrues suivant un clampage précoce du cordon.<sup>35</sup> Par ailleurs, l'administration d'un médicament ocytoxique sans clampage immédiat du cordon peut être la cause d'une transfusion excessive au nouveau-né bien que la question n'ait pas été étudiée suffisamment. La possibilité de réduire la propagation de maladies transmises par le sang dont le VIH est au titre des avantages potentiels du clampage précoce chez le nourrisson.

**Tension contrôlée du cordon.** La tension contrôlée du cordon suppose que l'on tire très doucement sur le cordon une fois que l'utérus s'est contracté tout en administrant simultanément une pression sur l'utérus en appuyant sur l'abdomen juste au-dessus de l'os pubien. Cette intervention facilite la séparation entre le placenta et l'utérus et la délivrance. Si l'on réalise cette technique uniquement lors d'une contraction utérine, le fait de tirer ainsi doucement sur le cordon pousse le placenta à descendre et à sortir. La tension sur le cordon doit être arrêtée après 30 à 40 secondes si le placenta ne descend pas mais pourra être tentée à nouveau lors de la prochaine contraction utérine.

Pour la mère, les risques possibles associés à la tension contrôlée du cordon concernent les risques d'inversion de l'utérus (quand la partie supérieure de l'utérus est poussée par le col) et de séparation du cordon et du placenta. Les cinq grandes études avec cas-témoins effectuées sur la prise en charge active et prise en charge expectante n'ont noté aucun cas d'inversion utérine ou de séparation du cordon.<sup>14</sup> Toutefois, pour que l'intervention de tension contrôlée du cordon soit réalisée sans danger, il est capital d'apporter une formation et des directives constantes au personnel en charge.

**Application de la prise en charge active.** Tel que décrit ci-dessus, les études aléatoires étendues réalisées dans des pays industrialisés indiquent que la prise en charge active du troisième stade du travail permet effectivement de réduire l'incidence de HPP. Toutefois, l'adoption possible, à grande échelle, de la prise en charge active dans des pays en développement dépend de divers facteurs dont les coûts, la structure d'emménagement et de distribution des médicaments et fournitures, la disponibilité du personnel formé et la qualité des établissements de santé.<sup>38</sup> La prise en charge active dépend également de la disponibilité des médicaments utérotoniques,

de seringues et d'aiguilles. Il faut des moyens de réfrigération pour conserver à long terme l'ocytocine et l'ergométrine et ces installations ne sont pas toujours disponibles dans certains contextes. De plus, la prise en charge active dépend de la présence d'un prestataire qualifié lors de l'accouchement. Mais seulement environ la moitié environ des femmes enceintes dans des pays en développement accouchent avec l'aide d'un praticien qualifié et 40% seulement accouchent dans un hôpital ou un centre de santé.<sup>39</sup> Une étude récente en Indonésie a montré que l'ocytocine dans un dispositif d'injection à dose unique et pré-remplie (Uniject™) avait permis à des sages-femmes formées dans les villages d'administrer de l'ocytocine prophylactique aux mères accouchant à domicile.<sup>40</sup>

Dans les contextes où les femmes accouchent généralement avec l'assistance de prestataires qualifiés, la prise en charge active peut effectivement sauver des vies. Toutefois, il convient de faire une recherche opérationnelle évaluant le caractère faisable de la prise en charge active avant d'instituer une telle politique lors du troisième stade du travail dans le contexte d'une maternité. La formation du personnel se rapportant à tous les éléments de la prise en charge active et aux compétences nécessaires pour traiter les éventuelles complications de la mère et du nouveau-né sont des conditions préalables d'importance capitale pour appliquer la politique de prise en charge active. Il est également essentiel de garantir l'innocuité des injections.

### Garantir la Maternité sans risques par l'entremise de normes de soins mondiales

La présence d'un accoucheur qualifié lors de chaque naissance et l'accès élargi à des services de santé maternelle de qualité figuraient parmi les priorités fixées lors de la Consultation technique sur la maternité sans risques à Sri Lanka en 1997 et lors du Symposium international sur la maternité sans risques qui s'est tenu en 1998 à Washington DC.<sup>1,41</sup> Le manuel intitulé *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth* dont il est question à la page 6 est utile pour atteindre ces buts puisqu'il aide à institutionnaliser et à formaliser les types de compétences dont doivent être équipés les médecins et les sages-femmes dans les hôpitaux de référence.

Les normes de soins définissent un niveau donné de performance reposant sur les pratiques les plus avancées soutenues par les connaissances scientifiques courantes.<sup>42</sup> Les directives pour les politiques et la prestation de services expliquent comment ces normes peuvent être atteintes. Prises ensemble, les normes et directives sont utilisées pour améliorer la performance des prestataires et la qualité des soins.

**Formulation de directives nationales.** *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth* et d'autres documents internationaux basés sur l'évidence scientifique servent de modèles pour mettre à jour les directives nationales afférentes aux politiques et à la prestation de services. La formulation et l'application efficaces de nouvelles normes et directives supposent généralement plusieurs étapes :

- Identification des parties concernées et recherche de consensus sur la nécessité du changement
- Mise en place d'un groupe consultatif national
- Formulation et examen de directives nationales préliminaires afférentes aux politiques et à la prestation de services, en fonction du matériel de ressource international et national
- Revue des directives (y compris celles de parties concernées clés à l'extérieur du groupe consultatif)
- Adoption officielle des directives
- Diffusion à grande échelle des directives

Cette démarche vérifie que les directives nationales abordent les problèmes existants et assure des solutions pertinentes dans le contexte national. Le Programme de Santé maternelle et néonatale (SMN) de JHPIEGO a aidé les pays à formuler de

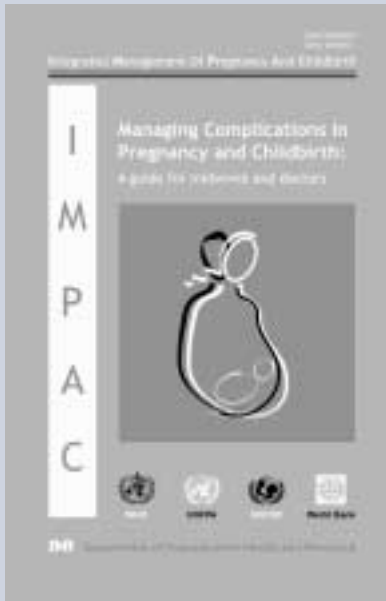
« Si les mères recevaient des soins du post-partum de manière aussi assidue qu'elles reçoivent les soins prénatals, la mortalité maternelle diminuerait. » Li et al., 1996<sup>3</sup>

nouvelles directives en fonction du manuel *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth*. Par exemple, en Ouganda, les directives sur les soins de santé maternelle et néonatale ont été formulées par le biais d'une série d'activités participatives organisées avec plus de 30 prestataires et responsables de la santé ougandais. Le document résultant de ce travail, *Essential*

*Maternal and Neonatal Care Clinical Guidelines for Uganda*, présente les normes de base pour améliorer la survie maternelle et néonatale. Le processus participatif qui a été employé pour mettre au point les directives permet de s'assurer que ces dernières reflètent les véritables besoins et problèmes du contexte ougandais et constituent une réponse pertinente.<sup>42</sup>

Toujours en collaboration avec le programme de SMN, des responsables indonésiens ont introduit récemment le *National Resource Document for Maternal and Neonatal Health* lors d'un atelier auquel assistaient une centaine d'intéressés dont des spécialistes en obstétrique et gynécologie, des membres du corps enseignant des facultés de médecine et des écoles de sages-femmes et des représentants du Ministère de la Santé.<sup>42</sup> Ce document sera distribué à toutes les écoles médicales et de sages-femmes et aux programmes de formation en santé de la reproduction en Indonésie. Du matériel pour la formation de base et la formation continue, s'inspirant du document, est déjà utilisé pour orienter les soins dispensés aux nouveau-nés et aux femmes lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période du post-partum.

**Application et utilisation des directives.** Une fois les nouvelles directives acceptées et distribuées, il est nécessaire de garantir leur application et utilisation. Des systèmes de soutien sont nécessaires pour vérifier que les prestataires disposent des compétences, de l'équipement et des fournitures dont ils ont besoin pour appliquer les normes de soins. Pour cela, il faudra mettre sur pied des systèmes de formation et de supervision du personnel, garantir un soutien logistique et suivre et évaluer de nouvelles approches de prestation de services. Par exemple, des programmes de formation (soutenus par le programme de SMN) s'inspirant du manuel *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth* sont en cours de réalisation en Afrique, en Asie et en Amérique latine pour mettre



## Nouveaux manuels sur la Prestation des soins maternels et néonataux

Un nouvel ensemble de directives mondiales pour la santé maternelle et du nouveau-né apporte aux prestataires qualifiés l'information dont ils ont besoin pour fournir des soins de base et prendre en charge les complications de la grossesse et de l'accouchement. L'OMS et JHPIEGO préparent actuellement quatre manuels techniques, basés sur l'évidence scientifique, qui constituent un ensemble de documents sur les soins de santé essentiels de la mère et du nouveau-né. Ces manuels entrent dans le volet Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (PCIGA) de la stratégie de l'OMS « Pour une maternité sans risques ».

Le premier manuel, *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*, a été mis au point par l'OMS et JHPIEGO. Ce document reflète les meilleures pratiques adoptées à l'échelle internationale et a été avalisé par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), la Banque mondiale, la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). Le manuel apporte des directives générales sur les soins dont ont besoin les femmes présentant des complications lors de la grossesse, de l'accouchement ou pendant la période immédiate du post-partum et sur les problèmes immédiats des nouveau-nés.

Le manuel vise à être utilisé par des sages-femmes et médecins qualifiés qui rencontrent une complication comme le saignement vaginal après l'accouchement ou le travail dystocique. Le corps du document est organisé par symptôme plutôt que par maladie afin d'être d'un emploi plus facile lors du traitement des femmes présentant

des problèmes particuliers. Tel que recommandé pour des milieux aux ressources limitées, le manuel insiste sur l'évaluation clinique et la prise de décisions rapides ne dépendant guère des examens de laboratoire et autres tests. Il récapitule les principales étapes des procédures nécessaires pour traiter une affection et met en exergue les traitements les plus efficaces et les moins chers.

Le manuel est une aide fort utile pour prendre en charge les saignements du post-partum. Par exemple, sous le symptôme de « saignement vaginal après l'accouchement », le manuel présente des informations sur la prise en charge générale de la patiente, un tableau pour le diagnostic des saignements (voir Tableau 2) et des instructions particulières pour la prise en charge de chaque diagnostic (par exemple, compression bi-manuelle de l'utérus et administration de médicaments ocytotiques pour un utérus atone). Le manuel fournit des instructions concernant toutes les procédures nécessaires pour traiter les saignements (par exemple, délivrance artificielle, réparations de lésions cervicales, réparations de lésions vaginales et périnéales, correction de l'inversion utérine, réparation d'une rupture utérine, ligature des artères utérines et utéro-ovariennes et hystérectomie du post-partum). Les annexes comprennent une liste des médicaments essentiels pour prendre en charge les complications lors de la grossesse et de l'accouchement et un index organisé de sorte à être utilisé facilement dans les situations d'urgence.

Les trois manuels restants qui seront publiés dans l'année ou les deux années qui viennent sont les suivants :

*Essential Care Practice Guide for Pregnancy, Childbirth and Newborn Care* (OMS). Ce manuel est couramment mis au point pour le personnel des soins de santé à tous les niveaux, surtout au niveau primaire. Il couvrira les soins routiniers et d'urgence essentiels des femmes et des nouveau-nés pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et lors des périodes post-partum et après avortement.

*Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Caregivers* (JHPIEGO avec l'assistance de l'American College of Nurse-Midwives et Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) [Soutien de base pour institutionnaliser la survie de l'enfant]). Ce manuel se destine aux sages-femmes, infirmières et autres professionnels des soins de santé qui dispensent des soins de santé maternelle et néonatale. Il traite des soins prénatals, du dépistage précoce des complications liées à la grossesse, du travail et de l'accouchement normaux et des soins normaux du post-partum (y compris les soins au nouveau-né).

*Management of Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses and Midwives* (OMS et JHPIEGO avec l'assistance de BASICS). Ce manuel est rédigé pour des médecins, sages-femmes et infirmières travaillant dans des institutions offrant des soins obstétricaux essentiels et compréhensifs. Il couvre le traitement des principaux problèmes du nouveau-né, y compris les graves infections possibles et le faible poids de naissance.

Pour obtenir des exemplaires de *Managing Complications of Pregnancy and Childbirth* et de plus amples informations sur les futurs manuels, prière de contacter le RHR Documentation Center, Department of Reproductive Health and Research, WHO, Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland. [Centre de documentation RHR, Département de la Santé Reproductive et Recherche, OMS, Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27, Suisse. Courrier électronique : rhrpublications@who.int. Téléphone : +41 22 791 4447/3346. Fax : +41 22 791 4189. De plus amples informations sur le Programme de Santé maternelle et néonatale de JHPIEGO, financé par l'USAID, est disponible en ligne à [www.mnh.jhpiego.org](http://www.mnh.jhpiego.org).

en place un groupe noyau d'enseignants et formateurs. Quand ces experts auront achevé leur formation de 12 à 18 mois, ils pourront à leur tour dispenser une formation de base et la formation continue, dans leurs régions respectives.

Principaux bénéficiaires, les membres communautaires doivent également participer à l'application des nouvelles directives. En effet, si l'on explique les nouvelles normes de soins aux femmes, à leurs familles et aux dirigeants communautaires, ils comprendront mieux le déroulement d'une grossesse, du travail et de l'accouchement et sauront mieux quelles sont les complications possibles. Ils s'attendent—et demanderont—à recevoir ce nouveau niveau de service. De fait, on ne peut pas se passer de la participation des membres communautaires (par exemple, transporter une femme souffrant d'une HPP à l'établissement de santé) pour appliquer efficacement certaines directives. De même, la communauté joue un rôle clé en ce qui concerne le suivi et l'évaluation de l'adéquation et de l'application correcte des nouvelles directives et normes.

## Conclusion

L'hémorragie du post-partum est une cause rapide et imprévisible des décès maternels dans le monde entier. D'après les indications actuelles et si tant est qu'on puisse garantir la présence d'accoucheurs qualifiés, l'équipement nécessaire et l'innocuité des injections—la prise en charge active du troisième stade du travail (médicaments utérotoniques, clampage du cordon et tension contrôlée du cordon) réduira nettement l'incidence de la HPP.<sup>43</sup> Conjuguée à la prévention et au traitement de l'anémie et à des soins qualifiés lors de tous les accouchements, la prise en charge active peut prévenir chaque année la HPP chez des milliers de femmes dans le monde entier. Les cas qui ne peuvent pas être prévenus demandent l'intervention immédiate de prestataires compétents et bien équipés.

La recherche opérationnelle en cours aide à déterminer les meilleures approches pour prendre en charge les saignements du post-partum et ses complications dans divers contextes, y compris les conditions du point de vue prestation de services garantissant une prise en charge active, sûre et efficace du troisième stade du travail. Au fur et à mesure qu'est diffusée, par l'entremise de nouvelles directives nationales, l'information qui est nécessaire aux prestataires pour prévenir et traiter la HPP, un plus grand nombre de femmes recevront les soins obstétricaux dont elles ont besoin. Des ressources telles que le manuel *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth* répondent également à ce besoin d'informations claires et exactes.<sup>5</sup> Intégrée à une suite logique de soins prénatals et post-natals, la prise en charge adéquate du troisième stade du travail améliorera la survie et la qualité de la vie des mères et des nourrissons dans le monde entier.

1. Starrs, A. *The Safe Motherhood Agenda: Priorities for the Next Decade* New York: Inter-Agency Group for Safe Motherhood, Family Care International (1997).
2. WHO. Global estimates of maternal mortality for 1995: results of an in-depth review analysis and estimation strategy [statement]. Geneva: WHO (2001).
3. Li, X.F. et al. The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 54:1–10 (1996).
4. AbouZahr, C. "Antepartum and Postpartum Haemorrhage." In: Murray, C.J.L. and Lopez, A.D., eds. *Health Dimensions of Sex and Reproduction* Boston: Harvard University Press (1998).
5. WHO. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. Geneva: WHO (2000).
6. WHO. *Mother-Baby Package*. WHO/RHT/MSM/94.11.Rev1. Geneva: WHO (Revision, 1998).
7. WHO. *Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information*. 4<sup>th</sup> ed. WHO/RHT/MSM/96.28. Geneva: WHO (1997).
8. Cunningham, F.G. et al. *Williams Obstetrics*. 20<sup>th</sup> ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange (1997).
9. Ripley, D.L. Uterine emergencies: atony, inversion, and rupture. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 26:419–434 (1999).
10. Combs, C.A. et al. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstetrics & Gynecology* 77:69–76 (1991).
11. Stones, R.W. et al. Risk factors for major obstetric haemorrhage. *European*

**Tableau 2. Saignement vaginal après l'accouchement**

Symptômes présentants et autres symptômes et signes généralement présents	Symptômes et signes parfois présents	Diagnostic probable
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP immédiate*</li> <li>• Utérus mou et non contracté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choc</li> </ul>	Utérus atone
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP immédiate*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta complet</li> <li>• Utérus contracté</li> </ul>	Lacérations du col, vagin, ou périnée
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta non expulsé dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP immédiate*</li> <li>• Utérus contracté</li> </ul>	Rétention placentaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portion de la surface maternelle du placenta absente ou membranes déchirées avec vaisseaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP immédiate*</li> <li>• Utérus contracté</li> </ul>	Fragments de rétention placentaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fond de l'utérus non senti lors de la palpation abdominale</li> <li>• Douleur légère ou intense</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utérus inversé apparent à la vulve</li> <li>• HPP immédiate<sup>†</sup></li> </ul>	Utérus inversé
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignements qui surviennent plus de 24 heures après l'accouchement</li> <li>• Utérus plus mou et plus augmenté qu'il ne devrait l'être normalement depuis l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les saignements sont variables (légers ou abondants, continus ou irréguliers)</li> <li>• Anémie</li> </ul>	HPP tardive

\*Les saignements peuvent être légers si un caillot bloque le col ou si la femme est allongée sur le dos.

<sup>†</sup>Les saignements risquent d'être absents en cas d'inversion complète.

Source: *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth*.<sup>5</sup> Le manuel fournit des instructions spécifiques pour prendre en charge chaque diagnostic.

- Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 48:15–18 (1993).
12. Akins, S. Postpartum hemorrhage: a 90s approach to an age-old problem. *Journal of Nurse-Midwifery* 39(2), Supplement:123S–134S (March/April 1994).
  13. Bulgaho, A. et al. Misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 73:1–6 (2001).
  14. Prendiville, W.J. et al. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review, March 9, 2000). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
  15. Begley, C. A comparison of 'active' and 'physiological' management of the third stage of labour. *Midwifery* 6:3–17 (1990).
  16. UNICEF. *Maternal Mortality Update 1998–1999*. New York: UNICEF (1999).
  17. Khan, G.Q. et al. Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177:770–774 (1997).
  18. Prendiville, W.J. et al. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of the third stage of labour. *British Medical Journal* 297:1295–1300 (1988).
  19. Rogers, J. et al. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingbrooke randomised controlled trial. *Lancet* 351:693–699 (1998).
  20. WHO. Reproductive Health Library [CD ROM]. Geneva: WHO/HRP (2001).
  21. Poeschmann, R.P. et al. A randomized comparison of oxytocin, sulprostone and placebo in the management of the third stage of labour. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 98:528–530 (1991).
  22. Nordstrom, L. et al. Routine oxytocin in the third stage of labour: A placebo-controlled randomised trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 104:781–786 (1997).
  23. McDonald, S. et al. Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
  24. Hogerzeil, H.V. Instability of (methyl)ergometrine in tropical climates: an overview. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 69:25–29 (1996).
  25. Gülmezoglu, A.M. Prostaglandins for prevention of postpartum hemorrhage (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
  26. Program for Appropriate Technology in Health (PATH) and EngenderHealth. *Misoprostol for Obstetric and Gynecologic Uses: A Literature Review*. Seattle, Washington: PATH and EngenderHealth (April 2001).
  27. Song, J. Use of misoprostol in obstetrics and gynecology. *Obstetrical and Gynecological Survey* 55(8):503–510 (2000).
  28. Walley, R.L. et al. A double-blind placebo controlled randomized trial of misoprostol and oxytocin in the management of the third stage of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107(9):1111–1115 (September 2000).
  29. Ng, P.S. et al. A multicentre randomized controlled trial of oral misoprostol and i.m. syntometrine in the management of the third stage of labour. *Human Reproduction* 16:31–35 (2001).
  30. Cook, C.M. et al. A randomized clinical trial comparing oral misoprostol with synthetic oxytocin or syntometrine in the third stage of labour. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynecology* 39(4):414–419 (1999).
  31. Bamigboye, A.A. et al. Randomized comparison of rectal misoprostol with syntometrine for management of third stage of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 77:178–181 (1998).
  32. Diab, K. et al. The use of rectal misoprostol as active pharmacological management of the third stage of labour. *Journal of Obstetrics & Gynaecological Research* 25(5):327–332 (1999).
  33. Gülmezoglu, A.M. et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 358(9283):689–695 (September 1, 2001).
  34. Darney, P.D. Misoprostol: a boon to safe motherhood...or not? [commentary]. *Lancet* 358(9283):682–683 (September 1, 2001).
  35. Gyte, G. Evaluation of the meta-analyses on the effects, on both mother and baby, of the various components of 'active' management of the third stage of labour. *Midwifery* 10:183–199 (1994).
  36. WHO. *Care of the Umbilical Cord*. WHO/RHT/MSM/98.4. Geneva: WHO (1998).
  37. Perez-Escamilla, R. and Dewey, K.G. Active versus expectant management of third stage of labour. *Lancet* 351(9116):1659–1660 (May 30, 1998).
  38. Carroli, G. Active versus expectant management of the third stage of labour (WHO Reproductive Health Library Commentary, Nov. 17, 2000). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
  39. WHO. *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Geneva: WHO (1999).
  40. PATH, World Health Organization/Indonesia, and Ministry of Health/Indonesia. *Oxytocin in Pre-Filled Uniject® Injection Devices for Management of Third Stage of Labor: An Introductory Trial in Lombok, Indonesia* Final Report. Seattle, Washington: PATH (May 2001).
  41. PATH. Safe motherhood: successes and challenges. *Outlook* 16(Special):1–8 (July 1998).
  42. Johnson, R. *Implementing Global Standards of Maternal and Neonatal Healthcare at Healthcare Provider Level: A Strategy for Disseminating and Using Guidelines Prepared for Implementing Maternal and Neonatal Health Standards of Care* workshop, 13–14 September 2000. Baltimore: JHPIEGO (2000). Available in French.
  43. Gülmezoglu, A.M. Personal communication, WHO (August 28, 2001).

Barbara Shane était la rédactrice du présent numéro. Michele Burns a apporté une assistance éditoriale et Kristin Dahlquist une assistance au niveau de la production. Outre les membres choisis du Conseil consultatif d'Outlook, les personnes suivantes se sont chargées de la revue du présent numéro : Dr M. Gülmezoglu, Dr J. Liljestrand, Mme M. McCormick, Dr H. Sanghvi, Mme A. Tinker et Dr J. Villar. Outlook est reconnaissant de leurs commentaires et suggestions.

Outlook est publié par PATH en anglais et en français et il est disponible en chinois, en indonésien, en portugais, en russe et en espagnol. Outlook présente des informations sur les questions de santé de la reproduction susceptibles d'intéresser les lecteurs des pays en développement. Le présent numéro a pu être réalisé grâce au soutien apporté par l'Office de santé et nutrition, Centre pour la population, la santé et la nutrition, Bureau des programmes globaux, soutien de terrain et recherche de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) dans le cadre des termes du contrat numéro HRN-A-00-98-00043-00. Le contenu ou les opinions dans Outlook n'incombent pas forcément à l'USAID, aux membres du Conseil consultatif d'Outlook ou à PATH.

PATH est une organisation internationale à but non lucratif dont la mission consiste à améliorer la santé, surtout la santé des femmes et des enfants. Outlook est envoyé gratuitement aux lecteurs des pays en développement. Les abonnements pour les personnes des pays développés reviennent à 40 dollars par an. Prière de libeller les chèques à l'ordre de PATH.

Jacqueline Sherris, Ph.D., Chef de la rédaction  
 PATH  
 1455 NW Leary Way, Seattle, Washington 98107-5136 U.S.A.  
 Téléphone : 206-285-3500 Fax : 206-285-6619  
 Courrier électronique: outlook@path.org  
 URL : [http://www.path.org/resources/pub\\_Outlook.htm](http://www.path.org/resources/pub_Outlook.htm)

## CONSEIL CONSULTATIF

Giuseppe Benagiano, M.D., Director General, Italian National Institute of Health, Italy • Gabriel Bialy Ph.D., Special Assistant, Contraceptive Development, National Institute of Child Health & Human Development, U.S.A. • Willard Cates, Jr., M.D., M.P.H., President, Family Health International, U.S.A. • Lawrence Corey, M.D., Professor, Laboratory Medicine, Medicine, and Microbiology and Head, Virology Division, University of Washington, U.S.A. • Horacio Croxatto, M.D., President, Chilean Institute of Reproductive Medicine, Chile • Judith A. Fortney, Ph.D., Senior Scientist, Family Health International, U.S.A. • John Guillebaud, M.A., FRCSE, MRCOG, Medical Director, Margaret Pyke Centre for Study and Training in Family Planning, U.K. • Atiqur Rahman Khan, M.D., Bangladesh • Louis Lasagna, M.D., Sackler School of Graduate Biomedical Sciences, Tufts University, U.S.A. • Roberto Rivera, M.D., Corporate Director for International Medical Affairs, Family Health International, U.S.A. • Pramilla Senanayake, MBBS, DTPH, Ph.D., Assistant Secretary General, IPPF, U.K. • Melvin R. Sikov, Ph.D., Senior Staff Scientist, Developmental Toxicology, Battelle Pacific Northwest Labs, U.S.A. • Irving Sivin, M.A., Senior Scientist, The Population Council, U.S.A. • Richard Soderstrom, M.D., Clinical Professor OB/GYN, University of Washington, U.S.A. • Martin P. Vessey, M.D., FRCP, FFCM, FRCGP, Professor, Department of Public Health & Primary Care, University of Oxford, U.K.

© PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH—PATH—  
 (PROGRAMME DE TECHNOLOGIE APPROPRIÉE EN SANTÉ), 2002.  
 TOUT DROITS RÉSERVÉS.

