

HOI NGI SAN PHU KHOA VIÊT – PHÁP
LA CONFERENCE FRANCO-VIETNAMIENNE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE
Khach san Lotte – Hà Noi, 14, 15/05/2018

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Accouchement normal :
accompagnement de la physiologie et
interventions médicales

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Décembre 2017

**Nouvelles modalités
de surveillance du travail
pour un « accouchement normal »**

Une révolution dans nos pratiques

Pr Henri-Jean Philippe



UNIVERSITÉ
**PARIS
DESCARTES**

Justification de ces recommandations

1. Depuis 1995, les stratégies nationales successives en matière de périnatalité en France

- ⇒ renforcement de la sécurité de l'accouchement et de la naissance,
- ⇒ niveau de médicalisation et technicisation élevé, **quel que soit le niveau de risque obstétrical.**
- ⇒ Amélioration des résultats périnataux et maternels

2. Les usagers

- ⇒ Demande croissante d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance dans les situations de bas risque obstétrical.
- ⇒ Espaces physiologiques pour les accouchements: maisons de naissance ou les unités dites «physiologiques »

3. HAS, CNGOF et CNSF

- ⇒ Analyse des données de la littérature pour proposer les conditions sécuritaires pour une **accouchement « normal » non médicalisé systématiquement** afin de favoriser le bien-être maternel et finalement familial de même que l'**attachement parents/enfant.**
- ⇒ **Recommandations**



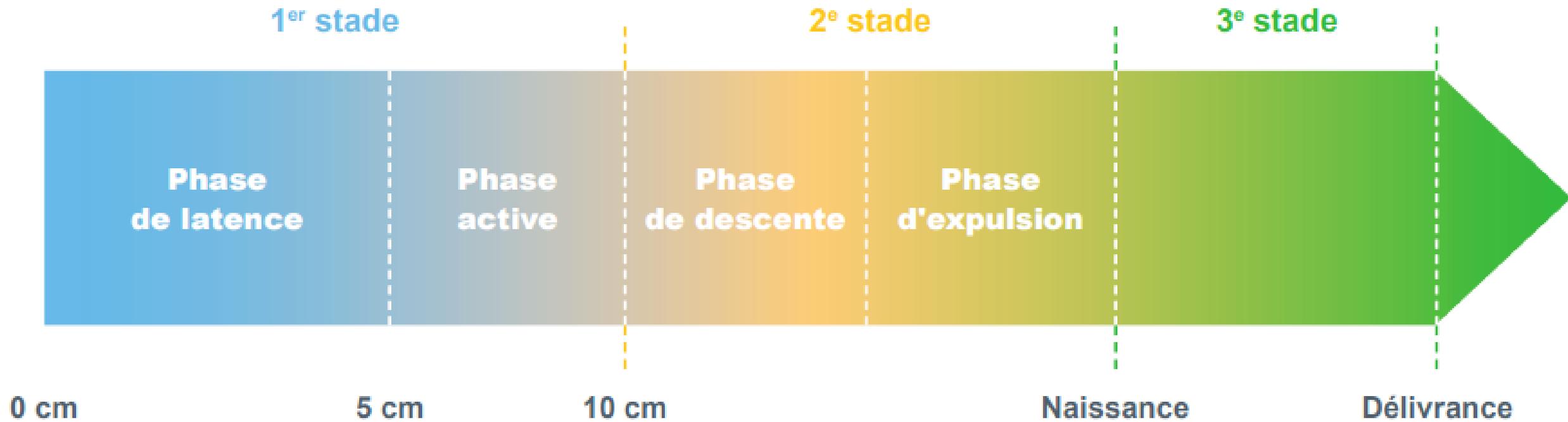
Définition de l'accouchement normal

- Un accouchement normal débute de façon **spontanée** et ne s'accompagne que de **faibles risques** identifiés au début du travail.
- Ce niveau de risque doit **perdurer tout au long du travail** et de l'accouchement pour que l'accouchement soit considéré comme « normal »
- Il faut également que l'enfant naisse spontanément en position du **sommet** entre **37 et 42 semaines d'aménorrhée**.
- L'accouchement normal est confirmé **à postériori**, par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère.

Modalités générales

- **Les modalités de prise en charge de l'accouchement normal** respectent le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement.
- **L'accouchement normal exclut** donc le déclenchement et se caractérise par un déroulement **spontané** qui peut s'accompagner, selon les **préférences des femmes** et en fonction de l'évolution de la situation clinique de la mère et de l'enfant, de l'une ou l'autre des modalités suivantes :
 - **des interventions** telles que l'amniotomie, l'antibioprophylaxie, l'administration prophylactique d'oxytocine au 3^{ème} stade du travail ou encore la pose d'une voie veineuse ;
 - **des interventions techniques et médicamenteuses** minimales réduites aux données de la science qui sont destinées à assurer la sécurité et le confort de la mère et de l'enfant (monitoring, pH, ..) et/ou l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail et l'analgésie locorégionale.

LES DIFFÉRENTS STADES DU TRAVAIL



I. ACCUEIL ET SURVEILLANCE PENDANT LE 1^{ER} STADE DU TRAVAIL

Définition :

- **Début** : 1^{ères} contractions régulières et **Fin** : dilatation cervicale complète
- Passage de la **phase de latence** à la **phase active** : **5 - 6 cm** de dilatation cervicale

I. FEMME & 1^{er} Stade du travail

ACCUEIL :

1. Prendre connaissance du dossier de suivi de grossesse et de l'éventuel projet de naissance ; réaliser une anamnèse ;
2. Enregistrer les constantes maternelles : la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la T C et le résultat de la bandelette urinaire ;
3. Évaluer la fréquence, l'intensité et la durée des Contractions utérines ;
4. Demander si la femme a eu un écoulement vaginal ;
5. Mesurer la Hauteur utérine et réaliser une palpation utérine ;
6. **Proposer** un Toucher vaginal si la femme semble être en travail.

I. FŒTUS & 1^{er} Stade du travail

ACCUEIL

1. S'assurer que la femme a perçu des mouvements foetaux dans les 24 h avant l'admission
2. Évaluer l'état initial de l'enfant à naître :
 1. soit à l'aide d'une **auscultation intermittente (AI)** durant une contraction et immédiatement après, pendant au moins 1 min (à répéter plusieurs fois de suite si changement), en palpant le pouls maternel (un praticien par femme) ;
 2. soit à l'aide d'un enregistrement continu par CTG pendant 20 min (à interpréter à l'aide d'une classification (cf. FIGO ou CNGOF). **
3. Après avoir préalablement informée la femme des bénéfices / risques de chaque technique, laisser le choix à la femme d'une surveillance continue (par CTG), ou discontinue (par CTG ou AI) si les conditions d'organisation de la maternité et la disponibilité permanente du personnel le permettent (un praticien par parturiente en cas d'AI) .

I. FEMME & 1^{er} Stade du travail

MODALITÉS DE SURVEILLANCE DE LA FEMME :

- Utiliser un partogramme au plus tard au début de la phase active, sans ligne d'alerte/d'action. **
- En l'absence d'évènements intercurrents, il est recommandé :
 1. d'évaluer la fréquence des CU toutes les 30 minutes et durant 10 min au cours de la phase active,
 2. d'évaluer les constantes : fréquence cardiaque, tension artérielle et T C /4h
 3. de surveiller et noter les mictions spontanées,
 4. de proposer un TV toutes les 2h à 4h, avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel **
- Adapter la surveillance en cas d'ALR ou d'administration d'oxytocine pendant le travail.

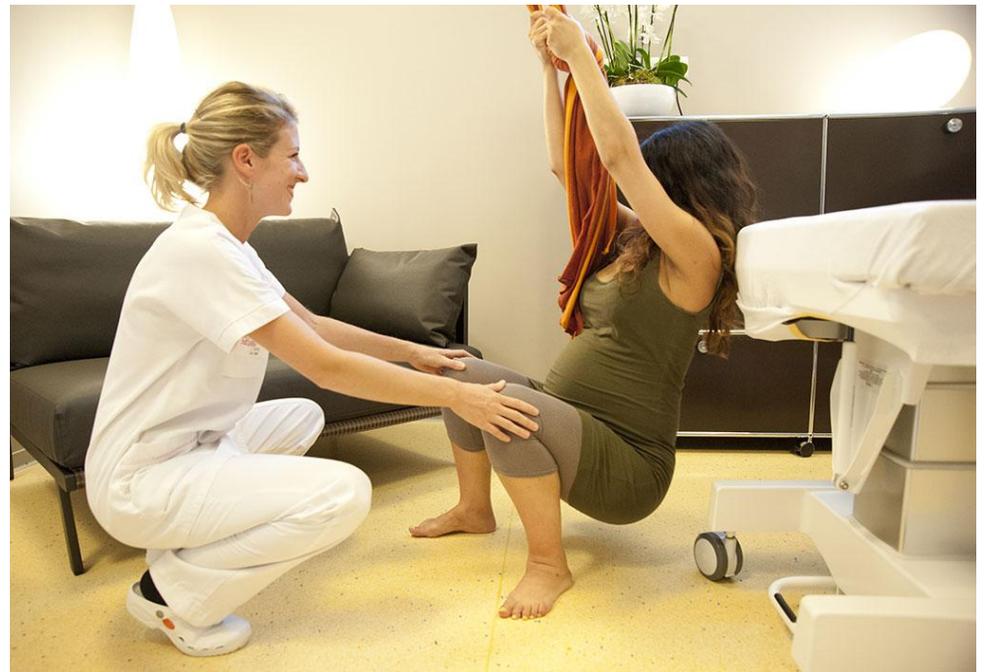
I. FŒTUS & 1^{er} Stade du travail

SURVEILLANCE DU FŒTUS

- Surveillance discontinue pendant la phase active du 1^{ère} stade du travail : toutes les 15 min pendant la contraction et immédiatement après durant au moins 1 min (si AI au Doppler), en vérifiant le pouls maternel et lors de la survenue de tout évènement (avec un praticien par femme). **
- Surveillance en continue par CTG : interpréter à l'aide d'une classification
- Assurer la traçabilité du RCF quel que soit le mode de surveillance.

Favoriser le bien-être de la femme :

- S'enquérir des **souhaits/demandes** et besoins physiologiques et émotionnels.
- Favoriser les appareils de monitoring permettant une **mobilité et le confort** des femmes.
- Autoriser la consommation de liquides clairs (eau, thé sans lait/café noir sucrés ou non, boissons gazeuses ou non, jus de fruit sans pulpe) sans limitation de volume, chez les patientes ayant un faible risque d'anesthésie générale. **
- Ne pas autoriser la consommation d'aliments solides durant la phase active.
- Mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires permettant aux femmes de changer régulièrement de position afin d'améliorer leur confort et de prévenir les complications neurologiques posturales.
- Sous ALR la femme peut se mobiliser ou déambuler sous réserve de l'existence d'un protocole formalisé et spécifique incluant la traçabilité et la durée des postures, la surveillance et la prévention des compressions



I. 1^{er} stade du travail

LES INTERVENTIONS MÉDICALES ENVISAGEABLES

- Faire bénéficier toutes les femmes d'un **soutien continu**, individuel ***
- **Accompagner les femmes** dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux souhaités (immersion, relaxation, acupuncture, hypnose ou massages) pour prendre en charge la douleur.
- **En phase active de travail**, proposer une intervention si la vitesse de dilatation est inférieure à 1cm/4h entre 5 et 7 cm ou inférieure à 1cm/2h au-delà de 7 cm ** :
 - en 1^{ère} intention, une amniotomie si les membranes sont intactes; **
 - une administration d'oxytocine si les membranes sont déjà rompues et les CU jugées insuffisantes.
 - Antibioprophylaxie en cas de SGB ou rupture des membranes >12h

La gestion de la douleur pendant le 1^{er} Stade du travail

- La demande d'une analgésie est guidée par l'intensité de la douleur ressentie :
 - Évaluer la douleur à l'aide d'une échelle validée
 - ALR est la méthode d'analgésie démontrée comme la plus sûre et la plus efficace pour la mère et pour l'enfant **
 - Ne pas administrer systématiquement un remplissage vasculaire .
 - Entretien l'ALR préférentiellement au moyen d'une pompe d'auto-administration
 - Proposer une rachianalgésie faible dose ou une rachianalgésie combinée à une péridurale si la dilatation cervicale est trop avancée .
 - Alternatives à l'ALR en cas de contre-indication, d'échec ou de refus de celle-ci, d'indisponibilité d'accès ou dans l'attente de celle-ci (phase de latence hyperalgique) : MEOPA, opiacés, bloc honteux.

II. SURVEILLANCE PENDANT LE 2^{ème} STADE DU TRAVAIL

Définition :

- **Début** : dilatation cervicale complète / **Fin** : naissance de l'enfant
- Phase de descente/phase d'expulsion

II. Femme & 2^{ème} STADE DU TRAVAIL

MODALITÉS DE SURVEILLANCE DE LA FEMME :

- En l'absence d'événements intercurrents :
 - poursuivre l'utilisation du partogramme ;
 - évaluer les constantes maternelles : la fréquence cardiaque, la tension artérielle et la température toutes les heures ;
 - évaluer la fréquence des CU toutes les 30 minutes et durant 10 minutes ;
 - surveiller et noter les mictions spontanées ;
 - proposer un TV toutes les heures
 - encourager la femme à exprimer ses besoins et ses envies, qu'ils concernent en particulier sa mobilité ou ses besoins en analgésie;
 - évaluer la douleur avec une échelle adaptée (EVA, ENS).

II. Fœtus & 2^{ème} STADE DU TRAVAIL

SURVEILLANCE DU FŒTUS

- Laisser le choix aux praticiens et aux femmes entre :
- l'AI toutes **les cinq minutes** (avec un praticien par femme),
- ou l'enregistrement continu du RCF par CTG (à interpréter à l'aide d'une classification).

II. 2^{ème} STADE DU TRAVAIL

LES INTERVENTIONS MÉDICALES

- Les Interventions médicales possibles mais non systématiques :
 - amniotomie (membranes le plus souvent déjà rompues) ;
 - administration d'oxytocine (**au bout de deux heures** à dilatation complète si la patiente ne ressent pas d'envie de pousser et que la présentation n'a pas atteint le détroit moyen, en cas de dynamique utérine jugée insuffisante) ;
 - rotation manuelle de la tête fœtale des variétés postérieures et transverses (en cas de prolongation du 2^{ème} stade) ;
 - incitation ou direction des efforts expulsifs ;
 - extraction instrumentale ;
 - épisiotomie ;
 - césarienne.
- ***Ne pas débuter les efforts expulsifs dès l'identification d'une dilatation complète mais laisser descendre la présentation du fœtus : (délai « maximum »: 3h) *****

III. SURVEILLANCE PENDANT LE 3^{ÈME} STADE DU TRAVAIL

- **Définition :**
- **Début :** naissance de l'enfant / **Fin :** délivrance

III. SURVEILLANCE PENDANT LE 3^{ÈME} STADE DU TRAVAIL

MODALITÉS DE SURVEILLANCE DE LA FEMME :

- Surveillance rapprochée de la mère pendant le 3^{ème} stade et les deux heures suivant l'accouchement :
 - mesurer à intervalle régulier le pouls, la tension artérielle,
 - les saignements et le globe utérin.
- Laisser à l'appréciation des équipes en salle de naissance l'utilisation systématique d'un sac de recueil pour la quantification des pertes sanguines.

III. SURVEILLANCE PENDANT LE 3^{ÈME} STADE DU TRAVAIL

LES INTERVENTIONS MÉDICALES

- En cas de gestes endo-utérins ou périnéaux, proposer une rachianalgésie faible dose ou une rachianalgésie combinée à une péridurale chez les femmes sans analgésie,
- Pour tous les accouchements par voie basse, y compris chez les femmes à bas risque, administrer de l'oxytocine afin de diminuer l'incidence des Hémorragies du post-partum (HPP) HPP, au moment du dégagement des épaules ou dans les minutes qui suivent la naissance, sinon après la délivrance . Pas de traitement d'entretien systématique par oxytocine recommandé après un accouchement par voie basse.
- Pour prévenir le risque d'HPP après un accouchement par voie basse, pas d'efficacité démontrée pour aucun des gestes suivants : vidange systématique de la vessie, moment particulier de clampage du cordon, drainage systématique du cordon, traction contrôlée du cordon, mise au sein précoce, massage utérin systématique.
- En cas de rétention placentaire, pratiquer une délivrance artificielle.
- En l'absence de saignements, délivrance artificielle à partir de 30 mn suivant la naissance, sans dépasser 60 mn

Quels messages retenir ?

1. L'accouchement est un évènement naturel dans la vie des femmes
2. Il faut respecter la physiologie tout en préservant une sécurité pour la mère et son enfant
3. Les données de la littérature permettent de réduire la médicalisation systématique des modalités de surveillance et les interventions dans les accouchements à bas risque et qui le restent tout au long du travail.
4. L'information puis le choix des femmes sur les modalités de l'accouchement sont obligatoires afin de favoriser le bien-être maternel et finalement familial de même que l'attachement parents/enfant secondaire.
5. Et, encore beaucoup de travaux à réaliser pour améliorer les conditions de naissance ...



Facteurs de risque

Période préconceptionnelle ou 1^{re} consultation de grossesse

Situations à risque	Suivi
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX	
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2
TOXIQUES	
Sevrage alcoolique	A1
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES	
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux	
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B

Types de suivi recommandés :

Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

- o **Avis A1 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- o **Avis A2 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques

Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1
Hypertension artérielle	B
Diabètes	B
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1
- Maladie de Basedow	B
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce
Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :	
- mère homozygote	B
- mère hétérozygote	A2
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B
- Néphropathie	B
- Uropathie	A2
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce
Chimiothérapie et radiothérapie	A2
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce

Maladies infectieuses	
Portage antigène HBs	A1
Hépatite C ou B active	A2
ANTECEDENTS PERSONNELS PREEXISTANTS GYNECOLOGIQUES	
Pathologies utéro-vaginales	
Malformation utéro-vaginale	B
Mutilations sexuelles	A1
Chirurgie cervico-utérine	
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2
Distylbène syndrome	B
ANTECEDENTS PERSONNELS LIES A UNE GROSSESSE PRECEDENTE	
Antécédents médicaux	
Infections urinaires récidivantes (plus de 2) hors uropathie	A1
Diabète gestationnel	A
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B
Hypertension gravidique	A2
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B
Fausses couches répétées au cours du 1 ^{er} trimestre :	
- sans étiologie	A2
- avec étiologie SAPL	B
Fausses couches tardives au cours du 2 ^e trimestre	
Accouchement prématuré	B
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2
Hématome rétroplacentaire	B
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile)	B
- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B
Asphyxie périnatale avec séquelles	
Mort périnatale inexpliquée	B
Anomalie congénitale ou génétique	A2
Antécédents liés à l'accouchement précédent	
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1
Déchirure du sphincter anal	A2
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A
Psychose puerpérale	A2
Dystocie des épaules	A1

Durant la grossesse (de la 2 ^e à la 7 ^e consultation - du 4 ^e au 8 ^e mois)	
Situations à risque	Suivi
FACTEURS DE RISQUE GENERAUX	
Accouchement secret sous x	A1
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX	
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2
Alcool	A2
Tabac	A1
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2
Intoxication au plomb	B
Oxyde de carbone	B
Irradiation	A2
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX	
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B
Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B
Thrombose veineuse profonde	B
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B
Anémie gravidique	A
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)	
- au 1 ^{er} trimestre de grossesse	A2
- au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	B
Cholestases gravidiques	B
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX	
Rubéole	B
Infection à cytomégalovirus	B
Herpès génital primo-infection ou récurrence	B
Infection à parvovirus B19	B
Varicelle/ zona	B
Hépatite B aiguë	B
Hépatite virale A, C, D ou E	B
Tuberculose	B
Infection VIH	B
Syphilis	B
Grippe	A1
Listériose	
Listériose	B
Paludisme	B
Chikungunya	B
Maladie périodontale	A
Laparotomie en cours de grossesse	
Laparotomie en cours de grossesse	A2
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES	
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2
Kyste ovarien	A2
Cancer du sein	B
Infections vaginales	A1
Vaginoses bactériennes	A2
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	
Oligoamnios (< 37 SA)	B
Hydramnios	B
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B
Amniocentèse/ponction des villosités choriales	A2
Réduction embryonnaire	B
Pertes de sang persistantes	
- avant 16 SA	A2
- après 16 SA	A2
Hémorragies fœto-maternelles	B
Hématome rétroplacentaire	B
Béance cervicale	B
Menace d'accouchement prématuré	
Grossesse gémellaire	
- bichoriale	A2
- monochoriale	B
Grossesse triple	B
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2
Retard de croissance fœtale	B
Mort fœtale <i>in utero</i>	B
Anomalies de localisation du placenta	B
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B
Grande multipare (supérieur à 5)	A1
Consultation du 9 ^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)	
Situations à risque	Suivi
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICIQUES	
Grossesse non suivie	B
Dépassement de terme	B
Macrosomie	A2
Présentation non céphalique à terme	B
Suspicion de dystocie	B