



Recommandations de la HAS concernant l'accouchement normal

2^{ème} Congrès National de la Sage-Femme Libérale

23 Novembre 2018

Sabine Paysant



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

CONTEXTE DES PRATIQUES OBSTÉTRICALES EN FRANCE

Niveau de médicalisation et technicisation élevé

Demande croissante des usagers d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance

Création de maisons de naissances et unités physiologiques

Pratiques historiquement basées sur expertise clinique => variabilité.

Emergence de la médecine basée sur les preuves

Manque de données

Titre : « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales »

Décembre 2017 – disponible sur le site ww.has-sante.fr

Les principaux objectifs et enjeux de cette RBP sont de :

Répondre à la demande des femmes quant à une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement, en respectant son déroulement spontané ;

Améliorer et garantir la sécurité des soins de la mère et de son enfant ;

Harmoniser les pratiques, notamment dans les lieux dédiés à la physiologie

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. Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît **spontanément** en position du sommet entre **37 et 42** semaines d'aménorrhée.

L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère.

Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant.

Physiologie / Accouchement normal

Accompagnement de la physiologie de l'accouchement normal	
Interventions incluses « physiologie »	Interventions non incluses
<ul style="list-style-type: none">• Amniotomie• Antibioprophylaxie• Administration préventive d'oxytocine au 3^e stade du travail• Pose d'une voie veineuse	<ul style="list-style-type: none">• Analgésie locorégionale• Administration d'oxytocine pour accélération du travail

Selon les préférences des femmes et en fonction de l'évolution de la situation clinique, il est possible de passer successivement de l'une à l'autre de ces **modalités par choix ou par nécessité**.

MÉTHODOLOGIE

GRADES DES RECOMMANDATIONS

Grade A : Preuve scientifique établie

Grade B : Présomption scientifique

Grade C: Faible niveau de preuve

Accord d'experts

PLAN

Admission

Surveillance foetale pendant le travail

Déroulement du 1^{er} stade

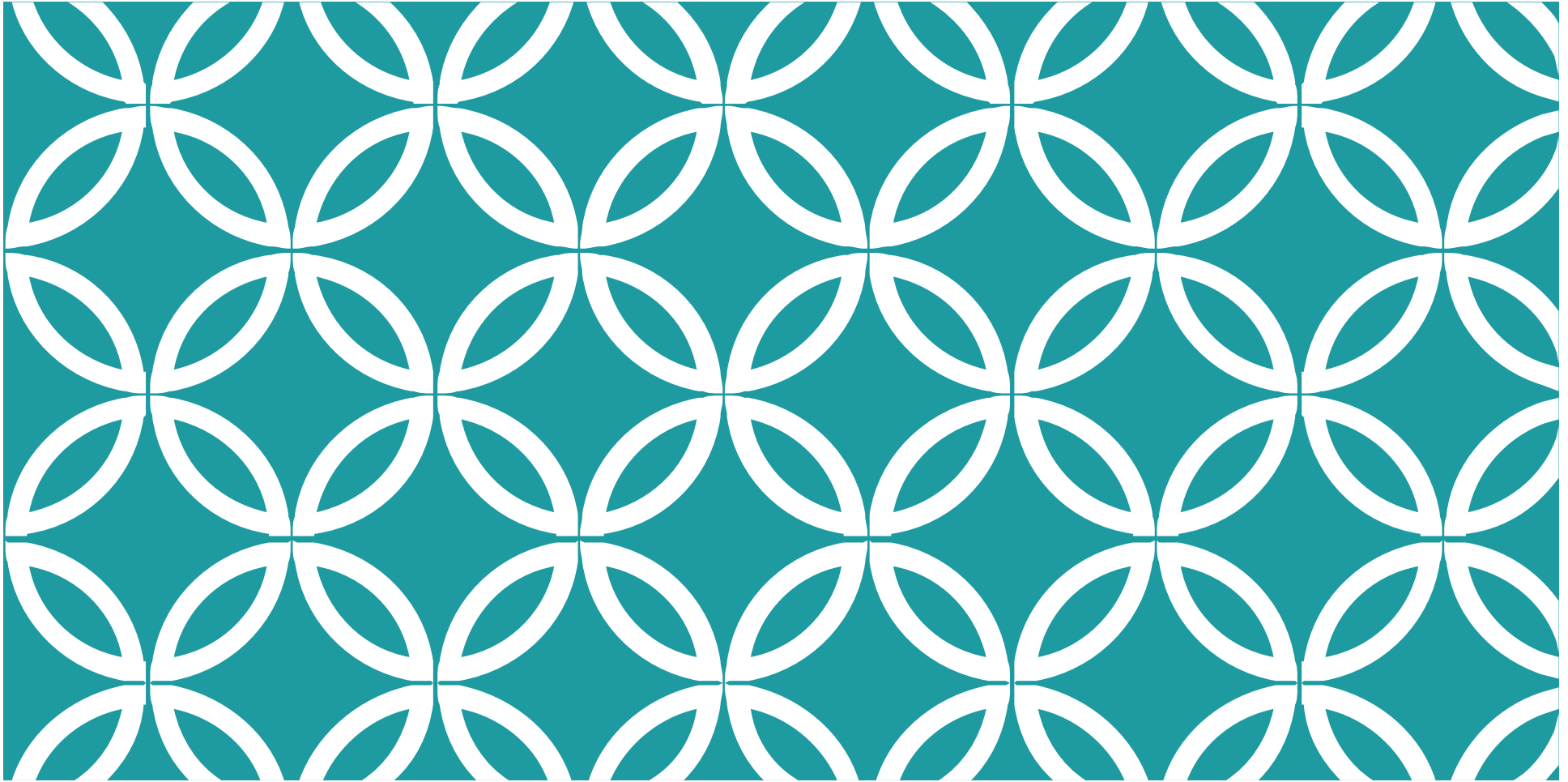
Déroulement du 2^e stade

Prise en charge non médicamenteuse de la douleur – Bien-être

Modalités d'accouchement

Modalités de délivrance

Clampage retardé



A L'ADMISSION

RECO HAS_ACCOUCHEMENT NORMAL

A l'admission (1)

- **Il est recommandé de (AE):**
 - Prendre connaissance du dossier de suivi de grossesse et de l'éventuel projet de naissance; réaliser une anamnèse, s'enquérir des souhaits/demandes et besoins physiologiques et émotionnels de la patiente,
 - Evaluer la fréquence, l'intensité et la durée des CU de la patiente,
 - Evaluer la douleur qu'elle ressent de la façon la plus objective possible à l'aide d'une échelle validée (type EVA, ENS) et lui proposer différents moyens de la soulager,
 - Enregistrer la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la température et le résultat de la BU,
 - Demander si la femme a eu un écoulement vaginal,
 - Mesurer la HU et réaliser une palpation utérine pour évaluer la présentation fœtale.

A l'admission (2)

- Si la femme semble être en travail, proposer un toucher vaginal (**AE**)
- En cas de rupture prématurée des membranes (RPM), il est recommandé (**AE**) de ne pas réaliser systématiquement de TV si la femme n'a pas de contractions douloureuses.
- En l'absence de mise en travail spontané dans les 12h, une surveillance assurée par un personnel dédié et disponible en permanence, est recommandée (**AE**) jusqu'à une mise en travail spontané ou un éventuel déclenchement, et une infection doit être recherchée avec au minimum une NFS, un prélèvement vaginal et une BU (**AE**).

Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing (Review)

Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V

Méta analyse (Devane et al 2012 mis à jour 2017) comprenant 4 ECR incluant plus de 13000 femmes en travail, au Royaume-Uni et en Irlande , majoritairement à faibles risques d'hypoxie foétale intrapartum **(NP faibles à modérés)**

Les femmes sous enregistrement CTG à l'admission avaient, par rapport aux femmes assignées à une auscultation intermittente :

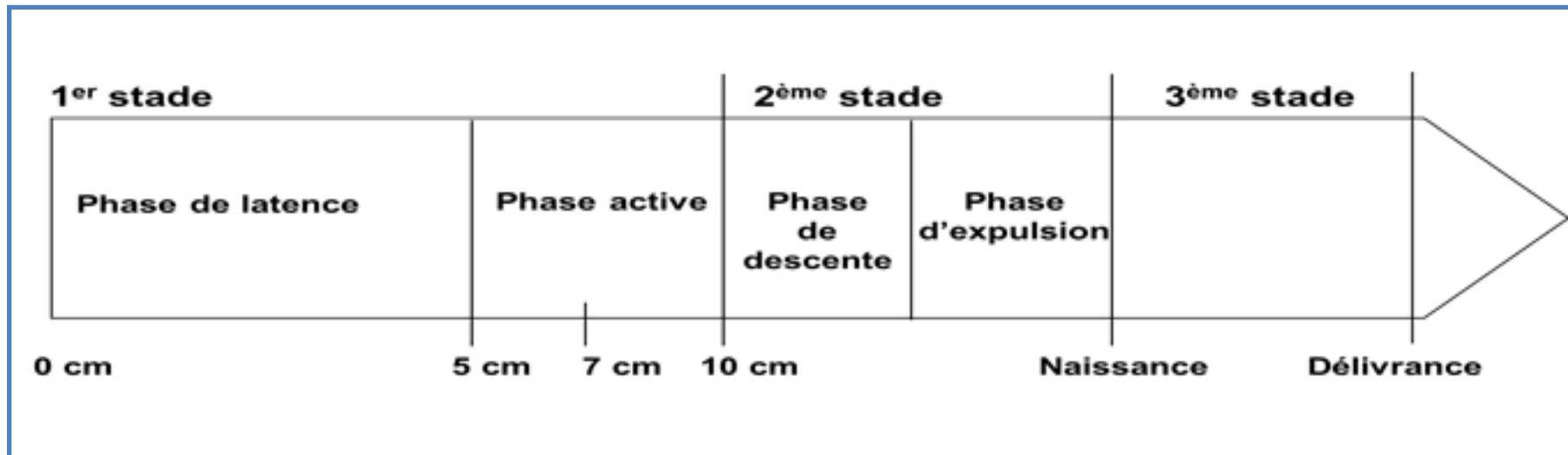
- un taux de césarienne plus élevé
- un taux plus élevé de surveillance foétale électronique continue pendant le travail
- Aucune différences significatives concernant les taux de mortalité périnatale et de convulsions

A l'admission (3)

Il est recommandé

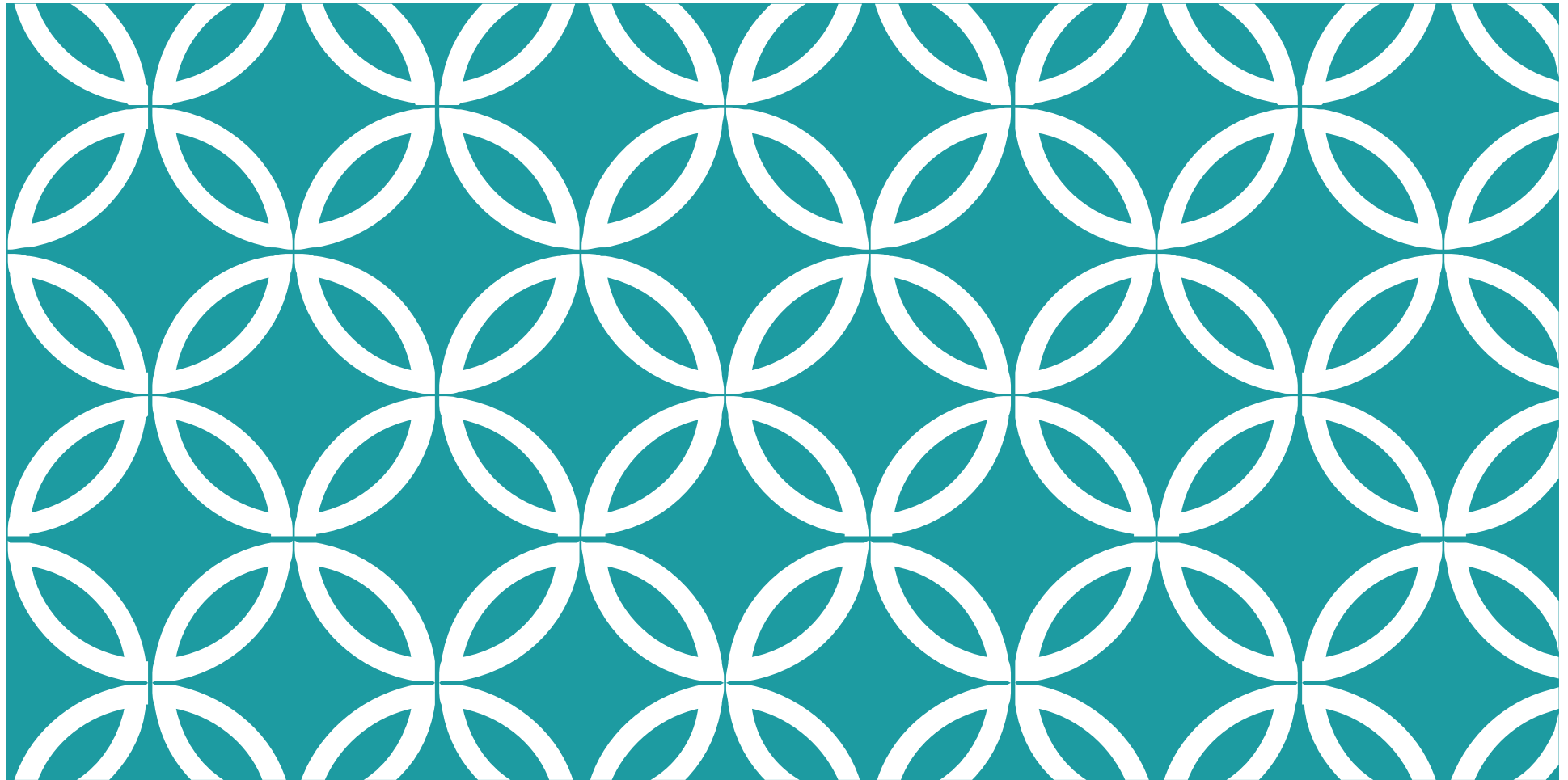
- De s'assurer que la femme a perçu des MAF dans les 24h avant l'admission (grade C)
- D'évaluer l'état initial du fœtus (AE)
 - Soit par AI durant une CU et immédiatement après, pendant au moins 1 minute (à répéter plusieurs fois de suite en cas de changement) en palpant le pouls maternel pour différencier les deux (grade C)
 - Soit à l'aide d'un enregistrement continu par CTG (pendant 20 mn)
- D'informer la patiente préalablement des bénéfices/risques de chaque technique (AE)
- En cas de diminution des MAF et/ou d'anomalie du RCF : sortie de la filière physiologique (AE)

Définitions des différents stades du travail



Phase de latence

- **Il n'y a pas de données suffisantes pour déterminer la durée normale de la phase de latence**, dont le début est souvent inconnu.
- Cette phase du travail doit faire l'objet d'interventions adaptées à la tolérance aux contractions de la femme et de son fœtus : expectative, accompagnement, aide à la gestion de la douleur et techniques d'analgésie si nécessaire (AE).
- **En concertation avec la femme, la décision d'une analgésie médicamenteuse ou d'une direction du travail peut être prise**, en fonction de la tolérance maternelle à la douleur, des paramètres de surveillance fœtale et des conditions cervicales (AE).



SURVEILLANCE MATERNELLE PENDANT LE TRAVAIL

1^{er} stade du travail

- Au cours du premier stade du travail, la traçabilité de la surveillance de la femme doit être assurée. Le **partogramme** est un bon outil de traçabilité et doit être utilisé pendant le travail (au plus tard au début de la phase active) (**AE**).
- En l'absence d'événements intercurrents (**AE**):
 - Evaluer la fréquence des CU, toutes les 30 min et durant 10 min, au cours de la phase active,
 - Evaluer la FC, la TA et la T°C toutes les 4h, toutes les heures si APD
 - Surveiller et noter les mictions spontanées,
 - **Proposer un TV toutes les 2 à 4h**, avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel.
- Il est recommandé (**AE**) d'encourager la femme à exprimer ses besoins et ses envies, qu'ils concernent en particulier sa mobilité ou ses besoins en analgésie, tout au long du travail.
- Evaluer la douleur de la façon la plus objective possible avec une échelle adaptée (EVA, ENS).

Phase active du 1^{er} stade

En phase active de travail,

- la vitesse de dilatation est considérée anormale si elle est inférieure à 1cm/4h entre 5 et 7 cm
- ou inférieure à 1cm/2h au-delà de 7cm (NP2).

Il est alors recommandé de proposer une intervention :

1. une amniotomie si les membranes sont intactes,
 2. une administration d'oxytocine si les membranes sont déjà rompues et les contractions utérines jugées insuffisantes (AE).
- L'amniotomie systématique n'est pas recommandée quand le travail progresse normalement (grade B) car elle ne diminue pas la durée du travail et ne modifie pas le taux de césarienne ni le score d'Apgar à la naissance (NP2).
 - En revanche, elle est recommandée en première intention, avant l'utilisation d'oxytocine, en cas de stagnation de la dilatation (AE).
 - Ce geste, laissé à l'appréciation de chaque professionnel, ne constitue pas pour autant une sortie de l'accompagnement physiologique

2^e stade du travail

En l'absence d'événements intercurrents, il est recommandé de (AE):

- Poursuivre l'utilisation du partogramme,
- Evaluer la FC, la TA et la T°C toutes les heures,
- Evaluer la fréquence des CU toutes les 30 min et durant 10 min,
- Surveiller et noter les mictions spontanées,
- Proposer un **TV toutes les heures**,

- D'encourager la femme à exprimer ses besoins et ses envies, qu'ils concernent en particulier sa mobilité ou ses besoins en analgésie, tout au long du travail,
- D'évaluer la douleur de la façon la plus objective possible avec une échelle adaptée (EVA, ENS).

- Les données de la littérature ne permettent pas de recommander précisément une durée maximale du 2^e stade
 - Cependant les données disponibles montrent une augmentation de la morbidité maternelle **au-delà de 3h**
- Il est recommandé d'informer le gynécologue-obstétricien en cas de non progression du fœtus après 2 heures de dilatation complète avec une dynamique utérine suffisante (AE)

RPC CNSF / CNGOF 2016

Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. Gynecol Obstet Fertil Senol 2017;45(1):56-61.

- Durant le 2^e stade du travail, l'administration systematique d'oxytocine n'est pas recommandée (grade B)
- Si au bout de **2 heures** à dilatation complète la patiente ne ressent pas d'envie de pousser et que la présentation n'a pas atteint **le détroit moyen**, l'administration d'oxytocine est recommandée en cas de dynamique utérine jugée insuffisante (AE)

2^e stade actif = efforts expulsifs

- **Les EE retardées augmentent des chances de VBS** (*Tuuli Obstet Gynecol 2012*)
- Les données de la littérature ne permettent pas de recommander précisément une durée maximale de la phase d'expulsion
- Il est recommandé **de ne pas** débuter les EE dès l'identification d'une dilatation complète mais de laisser descendre la présentation (grade A)
- Afin de diminuer la durée des EE et le taux de naissance opératoire, il est conseillé, si l'état maternel et foetal le permettent, de débuter les EE en cas d'envie impérieuse maternelle de pousser ou lorsque la présentation a atteint au moins le détroit moyen (AE)

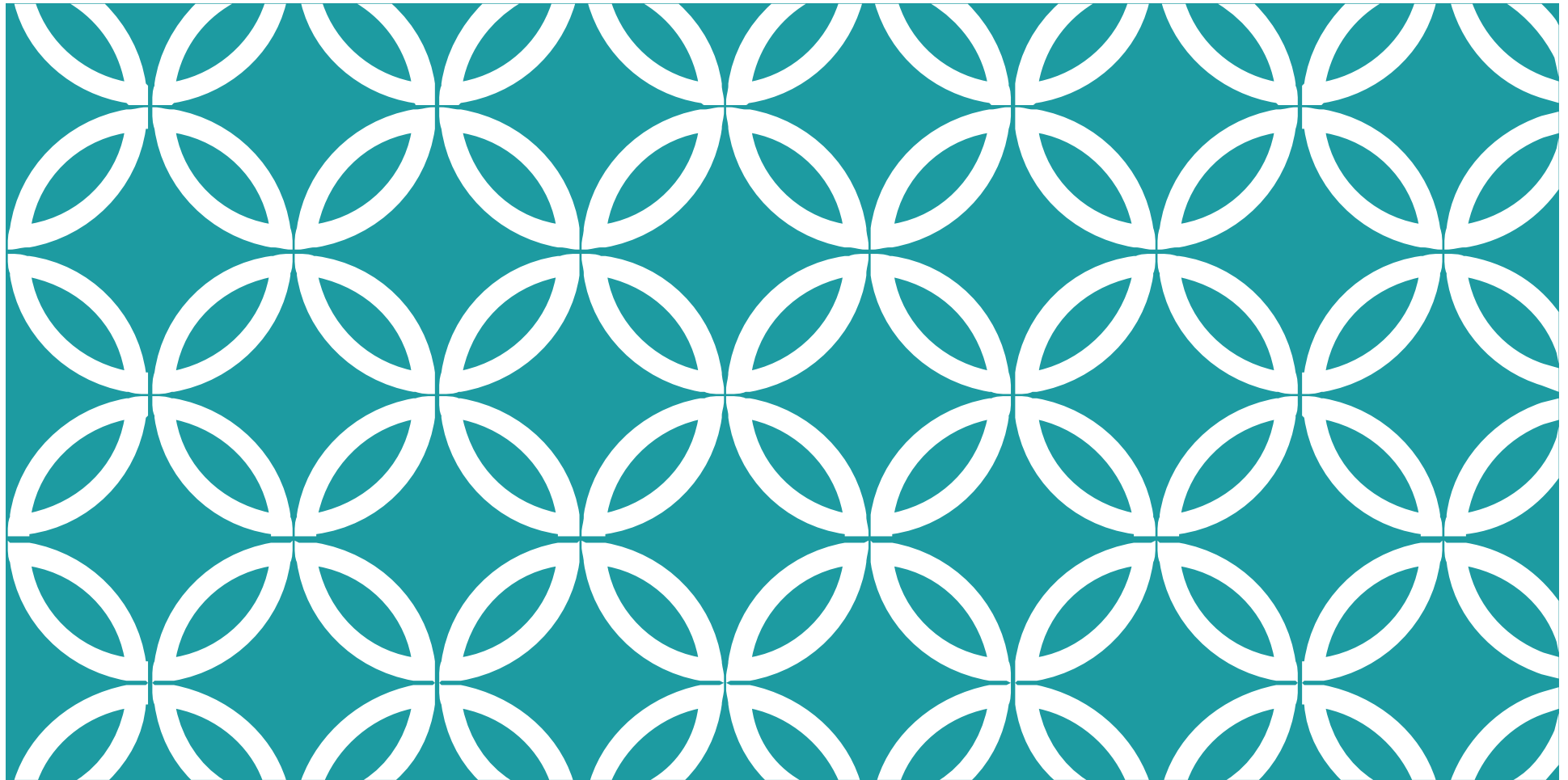
1^{er} et 2^e stades du travail

- **Le soutien continu des femmes** pendant le travail et l'accouchement semble être une intervention non médicamenteuse efficace tant au niveau de la prise en charge de la douleur qu'au niveau de différents paramètres de l'accouchement (Bohren et al. 2017)

→ **Il est recommandé** que toutes les femmes puissent bénéficier **d'un soutien continu, individuel et personnalisé**, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement **(NP2)**.

- Il semble qu'il ne soit pas délétère **de mobiliser les femmes** pendant le travail (Lawrence et al., 2013, Lepleux et al., 2014, Gizzo et al., 2014)

→ **Il est recommandé** de mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires permettant aux femmes de **changer régulièrement de position afin d'améliorer leur confort (AE)**.



SURVEILLANCE FŒTALE PENDANT LE TRAVAIL

RECO HAS_ACCOUCHEMENT NORMAL

Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review)

Cochrane Database
of Systematic
Reviews 2013, 2017

Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML

La cardiotocographie en continu (CTG) comme moyen de surveillance fœtale électronique pour l'évaluation fœtale pendant le travail

- Méta analyse (Alfirevic et al. 2017) 13 essais portant sur plus de 37 000 femmes, 2 seules études jugées de haute qualité
- En comparaison avec l'AI, le CTG en continu a montré **(NP faibles à modérés)**
 - une réduction de 50 % des taux de convulsions néonatales,
 - une augmentation du nombre d'extractions instrumentales
 - une augmentation du nombre de césariennes
 - aucune différence dans les taux d'infirmité cérébrale
 - aucune amélioration significative du taux global de mortalité périnatale

Surveillance foetale pendant le travail

Premier stade : (AE)

→ Surveillance en continue par CTG

(Interpréter la lecture du RCF selon la classification de la FIGO ou du CNGOF)

Soit (sous réserve des conditions organisationnelles : un praticien/femme)

→ Surveillance discontinuée par AI (au doppler) toutes les 15 minutes pendant une CU et immédiatement après durant 1 min, et lors de la survenue de tout évènement (RPM, CU + intense...)

- Vérifier toujours le pouls maternel (AE)
- Assurer la traçabilité des éléments de cette surveillance (AE)

Deuxième stade : (AE)

→ Laisser le choix aux praticiens et aux femmes entre une AI toutes les 5 min et l'enregistrement continu du RCF par CTG

Cas particuliers de la surveillance du RCF pendant le travail

- Administration d'oxytocine (Recommandations CNSF 2016 et CNGOF 2007)

Au total, en cas d'administration d'oxytocine, la surveillance du RCF est recommandée (grade B) et, dans le contexte de l'organisation des soins en France, il est recommandé que celle-ci soit continue (accord professionnel).

- Analgésie péridurale
 - ➔ Il est recommandé de surveiller le rythme cardiaque fœtal de façon rapprochée (toutes les 3 min) durant les 20 minutes qui suivent l'induction et après chaque bolus de plus de 10 ml (AE)



PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET BIEN-ÊTRE MATERNEL

RECO HAS_ACCOUCHEMENT NORMAL

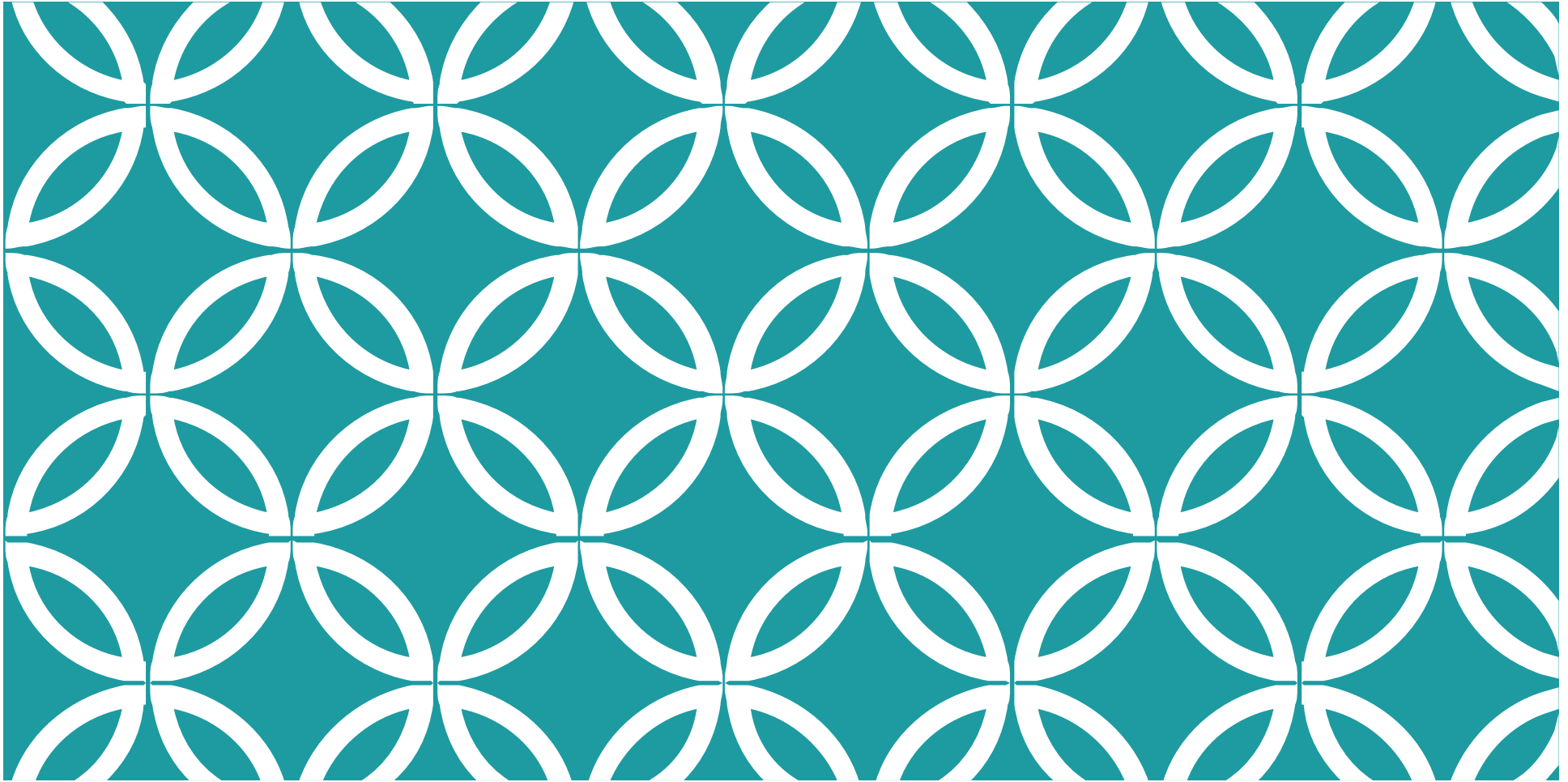
- Revue publiée par Jones et al. dans la Cochrane Library en 2012 « Pain management for women in labour: an overview of systematic review »

Interventions testées: Hypnose, biofeedback, injection d'eau stérile, immersion, aromathérapie, techniques de relaxation (yoga, massage, réflexologie et autres méthodes manuelles), TENS

Aucune étude n'a prouvé l'efficacité de technique non médicamenteuse avec un NP élevé.

- Cependant, la plupart des interventions **semblent inoffensives** pour la mère et l'enfant. Il est donc souhaitable **d'accompagner les femmes dans leur choix** en termes de moyens non médicamenteux qu'elles souhaiteraient, tant que ceux-ci n'altèrent pas la surveillance maternelle ou fœtale (**AE**).
- Parmi les nombreuses méthodes proposées, certaines techniques telles que **l'immersion, la relaxation, l'acupuncture ou les massages** pourraient être efficaces (**NP3**). D'autres études sont à mener.

- La consommation de **liquides clairs** (eau, thé sans lait / café noir sucrés ou non, boissons gazeuses ou non, jus de fruit sans pulpe) est autorisée pendant toute la durée du travail, (y compris pendant le post-partum immédiat), sans limitation de volume, chez les patientes ayant un faible risque d'anesthésie générale. **Grade B**
- Il est recommandé de ne pas consommer d'**aliments solides** durant la phase active. Les données actuelles sont insuffisantes pour émettre une recommandation durant la phase de latence. **AE**
- Il n'y a pas lieu d'exiger une dilatation cervicale minimale pour proposer une **analgésie péridurale** à une femme en travail (possible dès l'admission en salle de naissance), **la demande est guidée par l'intensité de la douleur ressentie**. **Grade A**
- Il est recommandé de réaliser une ALR « faibles doses » qui respecte le vécu de l'accouchement en limitant le bloc sensitivomoteur. **Grade A**
- Il est recommandé d'entretenir l'ALR préférentiellement au moyen d'une pompe d'auto-administration par la femme. **Grade A**



ACCOUCHEMENT

RECO HAS_ACCOUCHEMENT NORMAL

- **Techniques des poussées**

→ Il n'y a pas d'argument pour recommander une technique plutôt qu'une autre (grade B)

→ La femme doit pousser de la manière qui lui semble la plus efficace (AE)

- **Expression abdominale**

Augmente le risque de lésions du 3^e et 4^e degré, et vécu traumatique des femmes

→ Il est recommandé **de ne pas** recourir à l'expression abdominale (grade B)

Dans les situations qui nécessitent d'écourter le 2^e stade, le recours à une extraction instrumentale ou à une césarienne est recommandé (AE)

- **Positions d'accouchement**

Il n'existe pas de posture particulière ayant fait preuve de sa supériorité (NP2)

→ En l'absence de contre-indication et sous réserve d'une surveillance maternelle et fœtale préservée, il est recommandé **d'encourager les femmes à adopter les postures qu'elles jugent les plus confortables** lors du second stade du travail (AE).

Dégagement de la tête fœtale

- « Hands on » vs « Hands off »
 - Hands on : une main applique une pression sur l'occiput alors que l'autre main maintient le périnée => empêcher la déflexion brutale de la tête fœtale
 - Hands off : observation de l'accouchement **sans intervention**

Littérature discordante, avec des taux de déchirures périnéales du 3^{ème} et du 4^{ème} degré élevés

→ **Il n'existe pas de données dans la littérature permettant de recommander une technique de dégagement de la tête fœtale. (grade C)**

Cependant en France, où la technique hands on est largement utilisée, on observe des taux de déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré plus faibles que dans les pays utilisant habituellement la technique hands off.

→ **La manœuvre de Ritgen ne diminue pas le risque de lésion périnéale du 3^e et du 4^e degré, il n'est donc pas recommandé de pratiquer systématiquement cette manœuvre lors de l'accouchement normal pour protéger le périnée (grade B)**

→ **Il n'existe aucune donnée dans la littérature permettant de recommander ou non l'accompagnement du mouvement de rotation de restitution de la tête fœtale**

Protection périnéale

- **Massage périnéal**

2 ECR discordants avec des technique d'accouchement variables, mode de poussée...:

- Stamp 2001: diminution des lésions du troisième degré (1,7% vs 3,6%)
- Albers 2005: pas de différence (1,3% vs 1,5%)

→ **Il n'est pas recommandé de pratiquer le massage périnéal lors du second stade du travail (grade C)**

- **Compresse chaudes** : application de compresses chaudes (50 degrés environ) directement sur le périnée lors du second stade du travail, l'objectif étant d'assouplir les tissus

2 ECR discordants mais probable diminution de la douleur

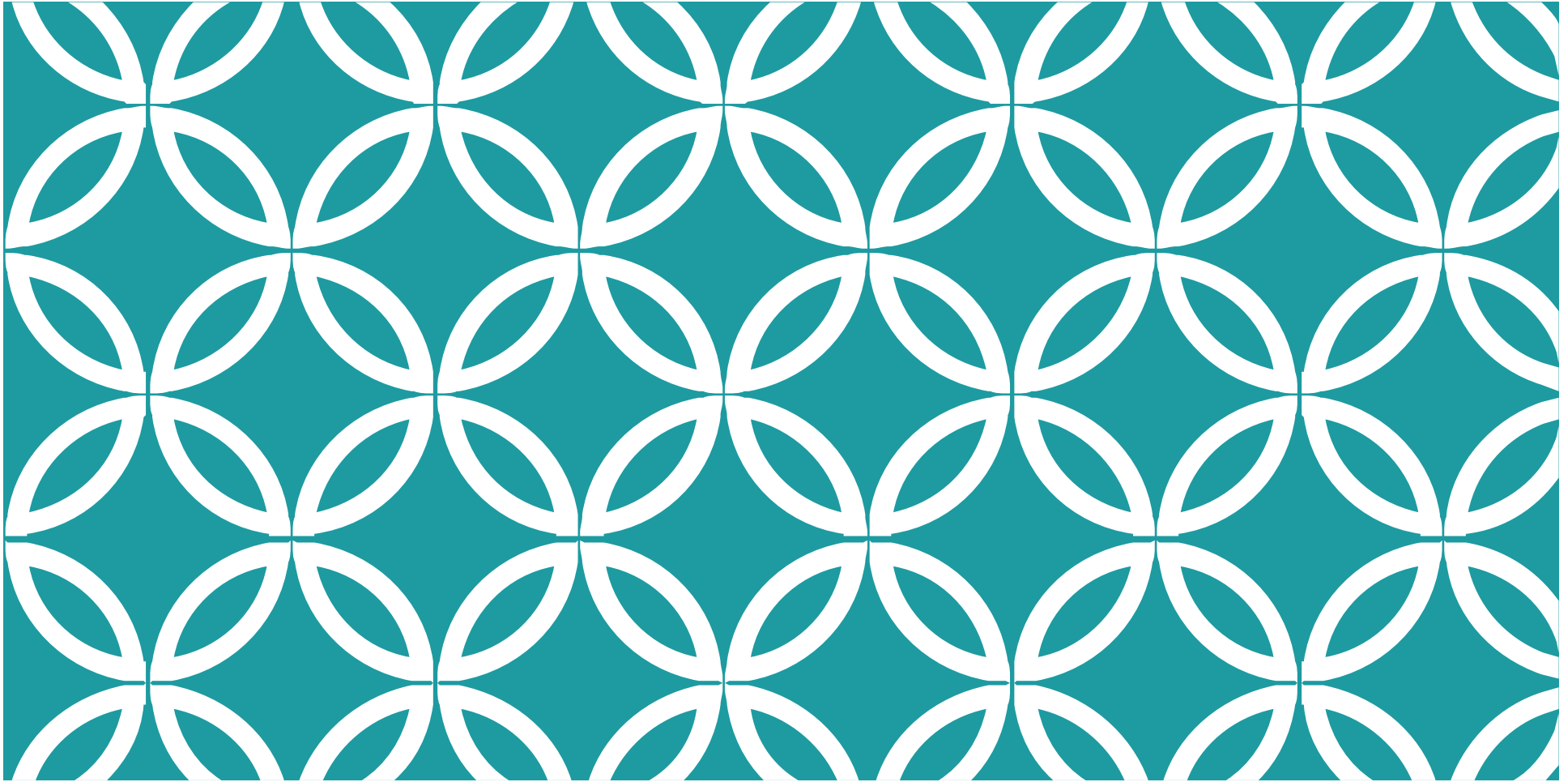
→ **Les données évaluant l'efficacité de l'application de compresses chaudes lors du 2ST divergent et restent insuffisantes pour que cette technique puisse être actuellement recommandée (AE)**

- **Épisiotomie** (CNGOF 2005)

Il est recommandé de ne pas réaliser d'épisiotomie systématique, y compris chez la primipare (grade B)

→ **Aucune circonstance obstétricale spécifique (telle qu'une anomalie du RCF, une fragilité périnéale ou une extraction instrumentale) ne justifie une épisiotomie systématique, mais dans toutes ces situations, une épisiotomie peut-être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur (AE)**

→ **Si une épisiotomie est réalisée, elle doit être médio latérale et non médiane (grade A)**



LA DÉLIVRANCE

RECO HAS_ACCOUCHEMENT NORMAL

La prise en charge active de la délivrance (*Begley Cochrane 2015*) (NP1):

- ✓ **diminue le taux d'HPP > 1000 ml** : RR 0.34 [0.14 ; 0.87]
- ✓ **diminue le taux d'HPP > 500 ml** ; RR 0.34 [0.27, 0.44]
- ✓ **diminue le taux d'Hb < 9 g/dl à J2** : RR 0.50 [0.30 ; 0.83]
- ✓ **diminue le taux de transfusion maternelle** : RR 0.35 [0.22, 0.55]

→ **L' APO est recommandée pour tous les accouchements par voie basse (grade A)**

Le moment de l'injection (aux épaules ou après) n'influe pas significativement sur le risque d'HPP, ni sur le taux de rétention placentaire (NP2)

→ **L'APO doit être réalisée après l'accouchement, mais elle ne doit pas nécessairement être pratiquée au moment du dégagement des épaules (AE). Si elle n'a pu être réalisée avant la délivrance, il est recommandé de la réaliser après (grade B)**

→ **Il n'y a pas d'argument pour recommander un traitement d'entretien systématique par oxytocine après un accouchement par voie basse (AE)**

Modalités d'injection de l'APO :

Il est recommandé de réaliser une APO à 5 ou 10 UI (grade A)

La voie d'injection peut être :

- intraveineuse (IVL sur une durée d'environ 1 minute)
- intramusculaire (AE)

Place de la délivrance physiologique

Le groupe de travail considère que l'administration préventive d'oxytocine (APO) fait partie de l'accompagnement physiologique

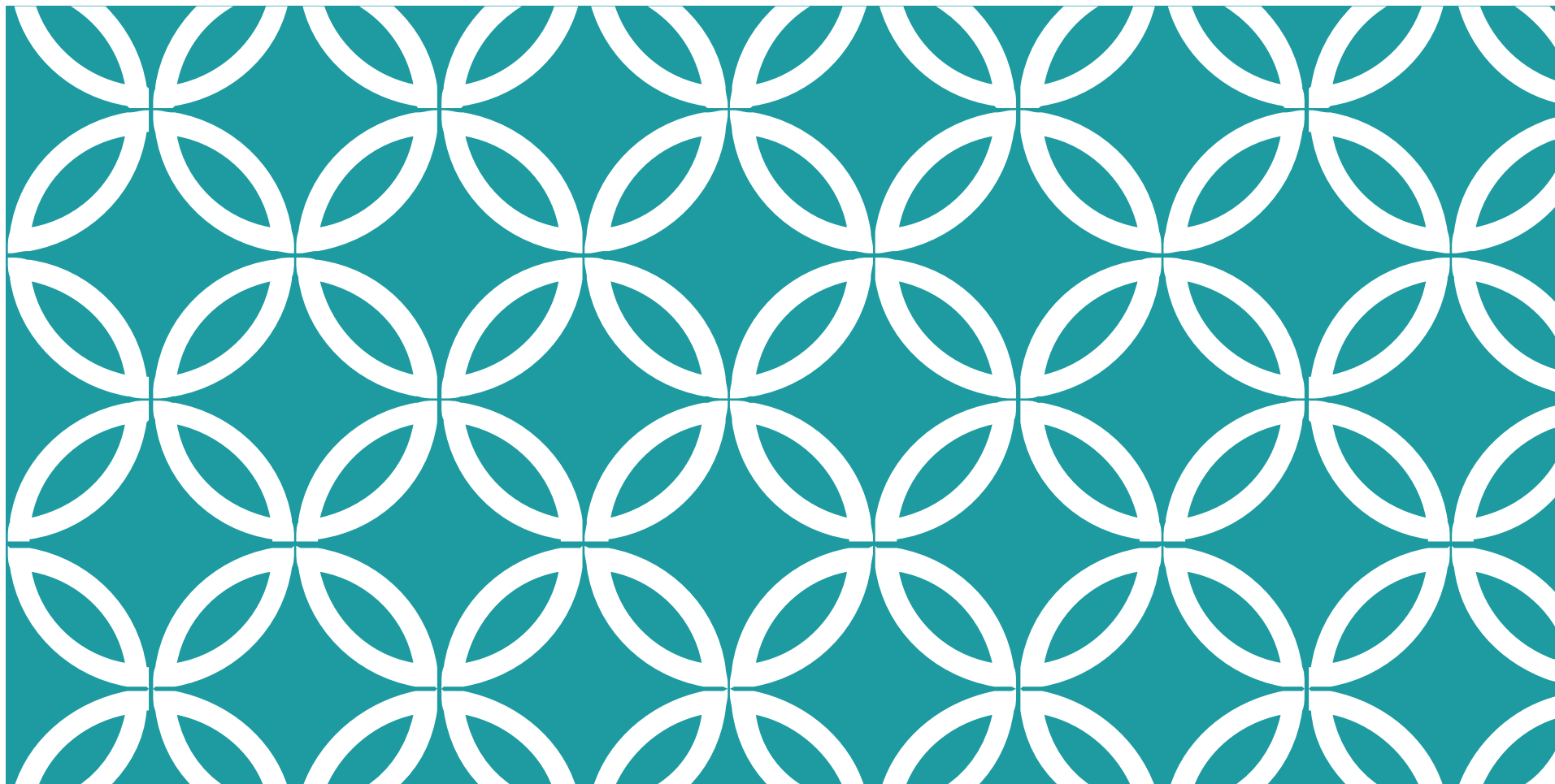
Les femmes doivent être informées qu'une délivrance sans recours à l'administration d'agents utéro-toniques, augmente le risque d'hémorragie du post-partum (HPP) > 500 ml et de transfusion maternelles, ainsi que la durée de la délivrance, y compris chez les femmes à bas risque (NP1)

Prévention mécanique de l'HPP

- Pour prévenir le risque d'HPP après un accouchement par voie basse, aucun des gestes suivants n'a démontré son efficacité :
 - vidange systématique de la vessie (AE)
 - moment particulier de clampage du cordon (grade B)
 - drainage systématique du cordon (AE)
 - traction contrôlée du cordon (grade A)
 - mise au sein précoce (grade C)
 - massage utérin systématique (grade A)

➔ En cas de rétention placentaire, il est recommandé de pratiquer une délivrance artificielle (grade A)

➔ En l'absence de saignements, elle doit être réalisée à partir de 30 minutes suivant la naissance, sans dépasser 60 minutes (AE)



CLAMPAGE RETARDÉ

RECO HAS_ACCOUCHEMENT NORMAL

- ✓ *OMS* 2014: pas avant 1 min
- ✓ *IICOR* 2015: clampage retardé d'au moins 1 mn
- ✓ *NICE* 2017: clamer le cordon à l'arrêt des pulsations
- ✓ *SFN* 2016: clampage retardé au-delà de 30 sec améliore la stabilité hémodynamique postnatale immédiate

- *Méta analyse Hutton et al, 2007* : 15 ECR (N=1912 nnés à terme) aucune différence significative de bilirubine sérique ni un risque accru d'ictère néonatal dans les 24h de vie associé au clampage retardé
- *Méta analyse Mc Donald et al, 2013*: 15 ECR(N=3911)
 - la réserve en fer des nourrissons avec clampage retardé 2 fois plus ↗ à 3 ou 6 mois
 - ↘ de photothérapie dans le groupe clampage précoce

- *ECR suédois, Ashish et al 2017*:
 - clampage retardé à 3 min vs <1min: **prévalence d'anémie réduite**

Il est recommandé de :

→ Évaluer la respiration (ou le cri), et le tonus du nouveau-né, si paramètres non satisfaisants, entreprendre immédiatement les manœuvres de réanimation et faire appel au pédiatre (AE)

→ Retarder le clampage du cordon d'au moins 30 secondes (grade C)

→ Privilégier la relation mère enfant en plaçant aussitôt l'enfant en peau à peau (accord de la mère) avec un protocole de surveillance (grade B)

→ Encourager et accompagner l'allaitement maternel et la 1^{ère} mise au sein dès que possible après l'accouchement (AE)

Conclusions

- Les recommandations de la HAS visent :
 - à **abandonner les pratiques systématiques** pour ne garder que celles qui sont scientifiquement justifiées
 - à **éviter des pratiques inadaptées de « sous-médicalisation »** dans certaines structures et/ou par certains praticiens pour des pratiques médicalement justifiées
- Importance de suivre les indicateurs
- La HAS souligne dans ces conclusions : « Paradoxalement, beaucoup de **données manquent** dans le champ de la physiologie de l'accouchement des femmes à bas risque obstétrical. Des moyens financiers et organisationnels sont à mettre en œuvre afin d'évaluer ces pratiques. »

Recommandations de l'OMS

- Février 2018



WHO recommendations
Intrapartum care for
a positive childbirth experience

Homogénéité entre les recommandations HAS et OMS

