



HAL
open science

Description de la prise en charge de la délivrance au sein du réseau périnatal Alpes Isère

Didier Velasquez

► **To cite this version:**

Didier Velasquez. Description de la prise en charge de la délivrance au sein du réseau périnatal Alpes Isère. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00926899

HAL Id: dumas-00926899

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00926899>

Submitted on 10 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA
DELIVRANCE AU SEIN DU RESEAU PERINATAL ALPES
ISERE**

Mémoire soutenu le 6 Septembre 2013

Par Didier VELASQUEZ

Né le 09 décembre 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2013

REMERCIEMENT

Je remercie les membres du jury :

- **Pr Pascale HOFFMANN**, MCU-PH en gynécologie-obstétrique au centre hospitalier universitaire de Grenoble et présidente du jury
- **Mme Nadine VASSORT**, Sage-femme enseignante cadre supérieur de l'école de sage-femme de Grenoble
- **Dr Florence AMBLARD**, PH en génétique médicale, responsable de l'unité de génétique chromosomique au centre hospitalier universitaire de Grenoble
- **Mme Amandine SANCHEZ**, sage-femme à la maternité du centre hospitalier universitaire de Grenoble

Je remercie plus particulièrement :

- **Dr Xavier MORIN**, Gynéco-obstétricien et directeur de la maternité de la clinique des cèdres, coordinateur du réseau périnatal Alpes Isère, directeur de ce mémoire.

Pour son écoute, sa disponibilité et son aide tout au long de ce travail

- **Mme Sophie JOURDAN**, Sage-femme cadre enseignante de l'école de sage-femme de Grenoble, guidante de ce mémoire

Pour son soutien, sa disponibilité et son implication dans ce travail

- **Mme Laurence COMBET-BLANC**, sage-femme cadre enseignante à l'école de sage-femme de Grenoble

Pour sa disponibilité, son enthousiasme, pour son soutien sans faille et notre collaboration enrichissante et efficace qui a permis de faire vivre et grandir notre promotion ces trois dernières années.

- **Aux Sages-femmes cadres de chacune des maternités du RPAI**, qui sont Mme DUJOURDIL (clinique des cèdres), Mme JEANNIN (CHU de Grenoble), Mme BUCHET (clinique Belledonne), Mme REGAL (CH Voiron), Mme LICINA (Clinique mutualiste)

Pour nous avoir permis de mener notre étude dans les maternités

- **L'ensemble des équipes des maternités du réseau**

Pour leur accueil et leur participation

Je remercie plus personnellement :

- **Ma famille**

Pour leur soutien et leurs encouragements au cours de ces nombreuses années et mes différents changements de cap.

- **Mes amis**

Pour leur soutien et leur écoute ainsi que les différentes relectures de ce mémoire

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	2
INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE.....	5
1. Type d'étude :.....	5
2. Population	5
2.I. Critères d'inclusion :.....	5
2.II. Critères d'exclusion :	5
2.III. Taille de l'échantillon :.....	5
3. Elaboration de la grille de recueil.....	6
3.I. Les références.....	6
3.II. Le recueil de données.....	6
3.III. Les critères et variables observés :.....	7
3.IV. Les critères de jugements :	8
3.V. Analyse statistique :	9
RESULTATS.....	10
1. Diagramme d'inclusion.....	10
2. Caractéristiques de la population observée (tableau n°I):.....	11
3. Caractéristiques de la prise en charge de la délivrance :	12
4. Caractéristiques de la prise en charge active de la délivrance en dehors de la délivrance dirigée : 13	
5. Entretien de la contraction utérine après l'accouchement :	13
6. Qualité de la surveillance dans le post-partum immédiat :	14
7. Taux de conformité	15
DISCUSSION	15
1. Limites de l'étude	15
2. Analyse des résultats :	16
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE.....	27
ANNEXES.....	29
RESUME :	33

ABREVIATIONS

- HPP : Hémorragie du Post-Partum
- RPAI : Réseau Périnatal Alpes Isère
- CNGOF : Collège National des Gynéco-Obstétricien Français
- AVB : Accouchement Voie Basse
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IVD : Intra Veineuse Direct
- IM : Intra Musculaire
- Min : Minutes
- DD : Délivrance dirigée

INTRODUCTION

Aujourd'hui l'hémorragie du post-partum (HPP) est la première cause de mortalité maternelle en France [1]. Avec un taux de 7 à 8 décès pour 100 000 naissances vivantes dont 25% est imputable directement à l'HPP, la France est l'un des pays européens où la mortalité maternelle par HPP est la plus élevée. Malgré les progrès techniques et les protocoles mis en place pour prévenir l'HPP [1], ce taux ne diminue pas ces dernières années.

L'hémorragie du post-partum est définie par une perte de sang supérieure à 500ml dans les 24h qui suivent l'accouchement. L'HPP est considérée comme grave dès que la perte de sang dépasse 1000ml. L'HPP concerne 7% des accouchements [2], et dans deux tiers des cas aucun facteur de risque n'a été mis en évidence. Il n'est donc pas pertinent de réaliser une prévention ciblée mais une prévention systématique pour toutes les femmes [3].

Le comité national d'expert sur la mortalité maternelle, missionné par l'Institut de veille sanitaire a mis en évidence dans son rapport que les décès par HPP auraient pu être évité dans plus de 90% des cas [1]. Les causes évitables sont les retards de diagnostic de l'HPP, la sous estimation de l'état de la patiente, le retard dans la mise en place des stratégies thérapeutiques et les erreurs de traitement.

Le collège national des gynéco-obstétriciens français (CNGOF) a mis en place des recommandations permettant la bonne prise en charge de l'HPP et visant à diminuer le nombre d'hémorragies de la délivrance et de décès maternels [3]. Ces recommandations ont été reprises dans le protocole mis en place dans le Réseau Périnatal Alpes Isère [4] qui précise les manœuvres à engager pour prévenir l'HPP et les actions thérapeutiques à mettre en place pour prendre en charge l'HPP lorsque celle-ci est diagnostiquée.

Malgré ces protocoles écrits, on constate que si la procédure de prise en charge de l'HPP paraît être très bien connue par les équipes, la prévention semble l'être moins. De plus, les pratiques sont souvent hétérogènes d'une structure et d'un professionnel à l'autre. Ces pratiques diffèrent en ce qui concerne, le moment et la voie d'administration de l'ocytocine, l'utilisation du sac de recueil et l'entretien de la contraction utérine dans le post-partum immédiat.

La délivrance dirigée ou assistée est définie par l'injection de 5 à 10UI d'ocytocine en intraveineux ou intramusculaire, au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant ou après l'expulsion du placenta.[5]

La délivrance active est un ensemble de geste qui vise à obtenir le plus rapidement possible la vacuité utérine. En effet, ce temps semble être un facteur de risque d'hémorragie de la délivrance. La délivrance active comprend une délivrance dirigée, ainsi qu'une traction douce et continue sur le cordon après le décollement placentaire, associé à une contre pression afin de limiter le risque d'inversion utérine. La délivrance active comporte aussi le contrôle de l'intégrité du placenta, l'évaluation des pertes sanguines au moyen du sac de recueil, le contrôle du globe de sécurité et la surveillance rapprochée de la patiente dans les 2h du post-partum immédiat.[6]

Devant la gravité des complications hémorragiques et le peu de prédictibilité de l'HPP [3], il paraît indispensable que la prise en charge active de la délivrance et la prévention de l'HPP soit faite de façon optimale et systématique par les professionnels de santé. Il semble intéressant de décrire les pratiques des acteurs en salle de naissance et de se poser la question de la conformité de la prise en charge globale de la délivrance par rapport au protocole du RPAI.

L'objectif principal de l'étude était la description des pratiques de prise en charge active de la délivrance au sein du réseau RPAI.

L'objectif secondaire était d'évaluer la conformité des pratiques, de prise en charge active de la délivrance, observée, par rapport au protocole du RPAI qui définit les règles de prévention de l'HPP.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle directe de type « audit de pratique », prospective, multicentrique, réalisée dans les cinq maternités du RPAI. Il s'agissait de la maternité du CH Voiron, de la clinique Belledonne, de la clinique des Cèdres, de la clinique Mutualiste et du CHU Grenoble. Elle a été réalisée du 1^{er} mars 2013 au 30 juin 2013.

2. Population

2.I. Critères d'inclusion :

La population incluse dans l'étude est constituée par les professionnels de santé pratiquant les accouchements par voie basse (AVB) sur singleton en présentation céphalique dans les services de salle d'accouchement du RPAI durant la période de recueil : sages-femmes diplômées d'Etat, étudiants sages-femmes, obstétriciens et internes en médecine, présents le jour de l'étude. Le consentement de chacun des intervenants a été recueilli avant l'observation.

Le consentement des parturientes a été recueilli après une information sur le but de notre présence et notre rôle au cours de l'accouchement.

2.II. Critères d'exclusion :

Refus du professionnel ou de la patiente.

2.III. Taille de l'échantillon :

L'échantillon prévu était de 30 observations soit 6 observations dans chacune des 5 maternités du RPAI

3. Elaboration de la grille de recueil

Les données ont été recueillies de façon prospective au moyen d'une grille de recueil standardisée. La grille a été élaborée en référence au protocole de prise en charge de l'hémorragie du post-partum en vigueur dans les maternités du RPAI qui précise les modalités de prise en charge active de la délivrance et en s'appuyant sur les différentes références si dessous.

3.I. Les références

La fiche de recueil de données a été construite sur la base des différentes études et protocoles suivants :

- Le protocole du réseau RPAI pour la prise en charge de l'hémorragie du post-partum [4]
- Les recommandations sur la prise en charge de l'hémorragie du post-partum de l'HAS et du CNGOF [5]
- Etude TRACOR, qui met en étude l'impact de la traction contrôlée du cordon au cours de la délivrance sur l'incidence de l'hémorragie du post-partum, menée par C. Deneux-Tharaux [6]
- Méta analyse menée par Cotter Ness et Tolosa intitulée "Prophylactic oxytocin for the third stage of labour" publiée en 2007 [8]
- Schéma de prise en charge de l'hémorragie du post-partum mis en place par la société française d'anesthésie réanimation [14]

3.II. Le recueil de données

Le recueil de données s'est déroulé entre le 1^{er} mars et 30 juin 2013. Celui-ci a été réalisé par deux observateurs.

Les professionnels de santé n'ont pas été informés de l'objet exact de notre présence. Il leur a été précisé simplement que l'observateur était là pour assister à des accouchements, recueillir des données afin de réaliser un mémoire de fin d'étude.

Les patientes étaient informées de l'objet, le moment, et la durée de notre présence. Elles ont été prévenues que l'observateur n'interviendrait à aucun moment au cours de l'accouchement.

Pendant toute la durée du recueil de données, l'observateur ne devait participer à aucun soins, ni action thérapeutique auprès de la patiente, afin de ne pas altérer l'observation et le recueil de données.

A l'issue de l'expulsion de l'enfant l'observateur notait sur une fiche de recueil standardisée les différents critères d'observation.

L'étude a été réalisée sur une population de professionnel diverse pour des raisons pratique en effet nous ne pouvions pas prévoir l'intervention d'un médecin ou d'un interne en médecine lors de la naissance. Nous avons considéré que la sage-femme était responsable de la surveillance du post-partum immédiat quelque soit la qualification du professionnel qui avait pratiqué l'accouchement.

3.III. Les critères et variables observés :

Les variables recueillies concernaient les :

- Caractéristiques de la population :
 - o Pour le professionnel : qualification
- Caractéristiques de la situation observée :
 - o Type d'accouchement : eutocique ou dystocique ;
 - o Age, parité de la parturiente ;
 - o Temps écoulé entre la naissance et le décollement placentaire
- Pratiques de PEC active de la délivrance :
 - o Réalisation et caractéristiques d'une délivrance dirigée. La DD était définie par une injection d'ocytocine après l'expulsion du pôle céphalique de l'enfant et caractérisée par la posologie, la voie d'administration, le moment de l'injection d'ocytocine, le professionnel réalisant l'injection. Enregistrement de la traçabilité de l'injection dans le dossier médical de la patiente dans son intégralité (posologie, moment d'injection et voie d'administration)
 - o Temps entre la naissance et le clampage du cordon en minutes.
 - o Réalisation d'une traction contrôlée sur le cordon après le décollement placentaire. La traction contrôlée est définie par une traction sur le cordon tout en maintenant une contre-pression verticale au niveau du segment inférieur de l'utérus en plaçant une main sur le bas-ventre de la mère.

- Utilisation d'un sac de recueil et ses conditions d'utilisation. Les conditions conformes d'utilisation sont sa mise en place avant la naissance et son ouverture juste après la naissance pour éviter le mélange sang et liquide amniotique
- Réalisation d'un examen complet du placenta avec inspection de la face maternelle et fœtale, contrôle de l'intégrité des membranes, et de la présence des 3 vaisseaux fœtaux ;
- Contrôle du globe de sécurité ;
- Evacuation des caillots par une expression utérine ;
- Caractéristiques des deux heures du post-partum immédiat :
 - Mise en place d'une perfusion d'ocytocine après l'accouchement pour entretenir la contraction utérine et la posologie d'ocytocine utilisée ;
 - La réalisation de gestes endo utérins ;
 - Nombres d'examens cliniques réalisés ;
 - Qualité de l'examen clinique ;
 - Temps écoulé entre les examens cliniques en minutes ;
 - Traçabilité des examens cliniques dans le dossier médical.

3.IV. Les critères de jugements :

Notre objectif principal était la description des pratiques de prise en charge active de la délivrance au sein du réseau RPAI. Nous avons choisi comme critère de jugement principal les pourcentages des différents critères observés.

Notre objectif secondaire était d'évaluer la conformité des pratiques, de prise en charge active de la délivrance, observée, par rapport au protocole du RPAI. Nous avons choisi comme critère de jugement secondaire le taux de conformité des pratiques cliniques en regard du protocole mis en place dans le réseau RPAI.

La délivrance dirigée était conforme si l'ensemble des critères suivants sont remplis :

- Injection de 5UI en IVD ou 10UI en perfusion d'ocytocine lors du dégagement des épaules de l'enfant (la voie intra musculaire est possible) ;
- Traçabilité de l'injection détaillée et intégralement enregistrée dans le dossier médical la patiente.

La délivrance active est conforme si l'ensemble des critères suivants sont remplis :

- Clampage immédiat du cordon associée ou non à une traction douce sur cordon avec contre pression sus-pubienne (nous avons considéré ici le clampage comme immédiat lorsqu'il était réalisé dans la première minute après la naissance de l'enfant) ;
- Utilisation d'un sac de recueil à titre systématique dès la fin de l'expulsion fœtale ;
- Examen du placenta ;
- Massage utérin si l'utérus est hypotonique ;
- Délivrance artificielle réalisée dans un délai de 30min si le placenta n'est pas expulsé ;
- Après l'accouchement, surveillance de la patiente tous les quarts d'heures en vérifiant : les saignements, la rétraction utérine, la coloration de la patiente, la pression artérielle, la fréquence cardiaque. La surveillance doit être tracée dans le dossier médical de la patiente.

3.V. Analyse statistique :

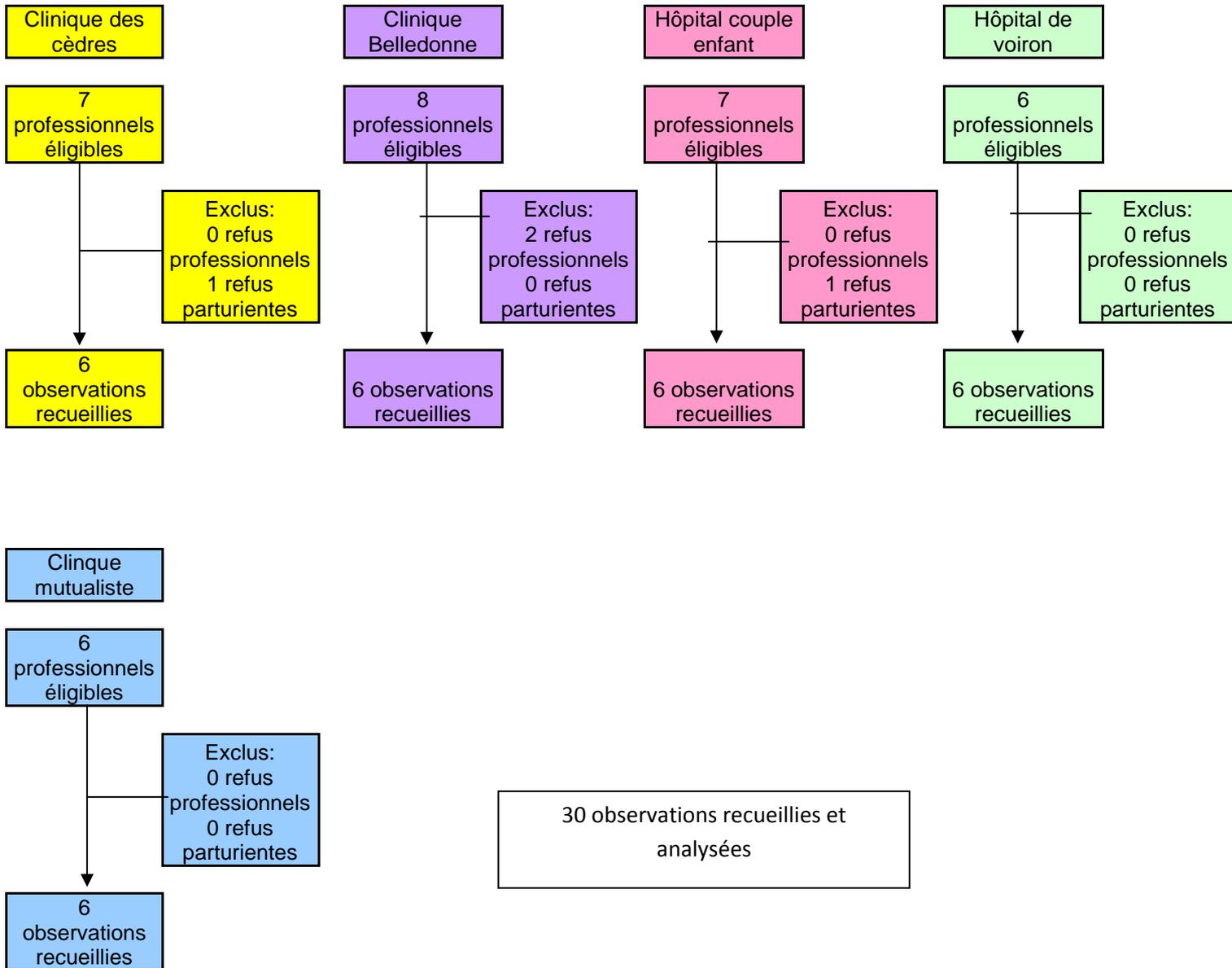
Le traitement des données et l'analyse statistique ont été réalisés au moyen du logiciel Statview.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et proportions. Les variables quantitatives par les moyennes.

RESULTATS

1. Diagramme d'inclusion

Figure n°1 : Flow chart



2. Caractéristiques de la population observée (tableau n°1):

<i>Tableau n°1</i>	Population totale n= 30
Age moyen des patientes incluses	30,7 [22-42]
Parité n (%)	
- Primipare	17 (56%)
- Seconde pare	7 (23%)
- Troisième pare et plus	6 (20%)
Type d'accouchement n (%)	
- Eutocique	17 (56%)
- Ventouse	7 (23%)
- Forceps	6 (20%)
Qualification du praticien n (%)	
- Etudiant sage-femme	7 (23%)
- Sage-femme	6 (20%)
- Interne en médecine	2 (7%)
- Gynéco-obstétricien	15 (50%)
Temps moyen de rémission (entre la naissance et le décollement placentaire) en minutes :	7 min et 30s
- Minimum	1min
- Maximum	30min

3. Caractéristiques de la prise en charge de la délivrance :

Caractéristique de la délivrance dirigée :

<i>Tableau n°II</i>	Population n=30 (100%)
Nombre de patiente ayant bénéficié d'une délivrance dirigée :	N=30 (100%)
Molécule utilisée pour réaliser la délivrance dirigée : - Ocytocine	N = 30 (100%)
Moment de l'administration : - Au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant - Après la naissance de l'enfant mais avant la délivrance - Après la délivrance	N = 24 (80%) N = 6 (20%) N = 0 (0%)
Voie d'administration : - IVD - IM	N = 24 (80%) N = 6 (20%)
Posologie d'ocytocine utilisée pour la délivrance dirigée : - 5UI d'ocytocine - 10UI d'ocytocine	N = 23 (76%) N = 7 (24%)
Qualification du professionnel qui réalise la délivrance dirigée : - Sage-femme - Etudiant sage-femme - Auxiliaire de puériculture	N = 20 (67%) N = 2 (7%) N = 8 (26%)
Traçabilité de la délivrance dirigée faite dans le dossier :	N = 29 (97%)
Traçabilité complète : (Posologie, voie d'administration et moment d'administration) - Oui - Non	N = 17 (57%) N = 13 (43%)

4. Caractéristiques de la prise en charge active de la délivrance en dehors de la délivrance dirigée :

<i>Tableau n°III</i>	Population n= 30 (100%)	
	OUI	NON
Traction contrôlée et continue sur le cordon lors du décollement placentaire	16 (54%)	14 (46%)
Contre pression associée à la traction	1 (3%)	29 (97%)
Utilisation optimale du sac de recueil	21 (70%)	9 (30%)
Contrôle correct du placenta	29 (97%)	1 (3%)
Evacuation des caillots	30 (100%)	0 (0%)
Contrôle du globe de sécurité	30 (100%)	0 (0%)
Temps moyen de clampage du cordon =	1 min	

Dans notre étude nous avons observé quatre cas où un geste endo-utérin a été nécessaire, deux révisions utérines liées à une rétention de membranes, deux délivrances artificielles pour une rétention placentaire et une rupture du cordon.

5. Entretien de la contraction utérine après l'accouchement :

Dans 83% des cas, les professionnels ont jugé nécessaire d'entretenir la contraction utérine dans le post-partum immédiat. Les professionnels ont utilisé l'ocytocine avec différentes posologies, nous avons recensé les différentes posologies utilisées dans le tableau suivant.

<i>Tableau n°IV</i>	Population n= 30 (100%)
Pas d'entretien de la contraction utérine	5 (18%)
5UI en intra veineuse lente sur 2h	7 (23%)
10UI en intra veineuse lente sur 2h	8 (27%)
15 UI en intra veineuse lente sur 2h	3 (10%)
20UI en intra veineuse lente sur 2h	2 (6%)
Laisse passer en débit libre se qui reste dans la poche qui a permis la direction du travail	3 (10%)
Autre méthode	2 (6%)

6. Qualité de la surveillance dans le post-partum immédiat :

L'étude a ensuite cherché à savoir comment les patientes étaient surveillées dans les deux heures qui suivent l'accouchement.

- Les femmes ont bénéficié en moyenne de 5 surveillances, au minimum 2 au maximum 10 ; 20 femmes ont bénéficié de 5 surveillance ou moins, et 9 femmes ont bénéficié de 6 surveillance ou plus.
- 3 femmes ont bénéficié d'une surveillance toutes les 15min ce qui fait 10% des cas ;
- Le temps moyen observé entre 2 surveillances est de 25min avec au minimum 14min et au maximum 60min ;
- Les surveillances ont été tracées dans le dossier médical de la patiente dans 28 observations soit 93% des cas ;
- La surveillance était complète dans 83%, c'est-à-dire que l'ensemble des éléments suivant étaient renseignés : contrôle du globe de sécurité, des pertes sanguines, mesure de la pression artérielle, et du pouls. Nous avons exclue le critère, coloration de la patiente qui n'est jamais recherché.

7. Taux de conformité

Taux de conformité de la délivrance dirigée : l'ensemble des critères étaient remplis dans 10 observations soit 33% des cas.

Taux de conformité de la délivrance active : Le taux de conformité de la délivrance active en dehors de la traction sur le cordon est de 10% soit 3 observations.

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

- Manque de puissance :

Le choix de l'étude a été de répartir les observations dans chacune des 5 maternités du RPAI afin d'avoir la meilleure représentativité des pratiques possible et de couvrir tous les types de structure. En effet, l'étude a été réalisé dans 2 établissements de type 1 (la Clinique des cèdres et la Clinique mutualiste), 2 établissements de type 2 (la Cliniques Belledonne et le CH de Voiron) et un établissement de type 3 (CHU de Grenoble).

En regard du temps imparti nous nous sommes fixé l'objectif de réaliser 30 observations en salle de naissance. Le RPAI compte environ 350 sages-femmes hospitalières, 150 étudiants sages-femmes, sans compter les gynéco-obstétriciens et internes qui sont aussi inclus dans l'étude. L'échantillon analysé est donc très réduit et est donc difficilement généralisable. Pour améliorer la puissance de l'étude il faudrait augmenter le nombre d'observations, donc de disposer d'un temps de recueil de données plus important et augmenter le nombre d'observateurs.

- **Biais d'observation directe :**

L'étude a été menée par observation directe des praticiens en salle de naissance, ce type d'étude est apparu comme le plus adapté pour notre recueil de données. Mais la présence d'un tiers observateur lui aussi professionnel a très certainement entraîné un changement dans les pratiques habituelles des professionnels. Ce biais a été limité grâce à la non divulgation de l'objet de l'étude aux praticiens et en fournissant des réponses suffisamment vague aux questions posées pour ne pas trop influencer les pratiques des professionnels. Ce secret a été dans l'ensemble bien compris par les professionnels qui ont assez facilement coopérés. Cependant, certains ont refusé la présence de l'observateur. Ce biais semble donc suffisamment limité pour nous permettre d'analyser nos résultats.

2. Analyse des résultats :

- **Population étudiée :**

Notre population observée comporte 43% de sages-femmes et étudiants sages-femmes et 57% de gynéco-obstétriciens et internes. En France, il est estimé que près de 80% des accouchements sont faits par des sages-femmes [7]. Une disparité de représentation semble apparaître avec une surreprésentation des gynéco-obstétriciens et une sous représentation des sages-femmes qui s'explique par le fait que nous avons dans l'étude 43% d'accouchements dystociques donc réalisés par un médecin et nos observations ont été faites dans deux cliniques privées où l'accouchement est réalisé le plus souvent par un gynéco-obstétricien.

L'étude a montré également un temps de rémission d'environ 7min30. Le temps de rémission correspond au temps entre la naissance de l'enfant et le décollement placentaire, dans le cas d'une délivrance naturelle sans délivrance dirigée le temps de rémission est en moyenne d'une vingtaine de minutes. On constate donc qu'un des objectifs de la délivrance dirigée qui est de diminuer ce temps de rémission semble rempli.

- **Résultat pour la délivrance dirigée :**

On constate dans notre étude que 100% des praticiens ont réalisé une délivrance dirigée. Cette dernière a montré son efficacité pour la prévention de l'hémorragie de la délivrance dans différentes études ou méta-analyse de grade A [8]. C'est pourquoi, dès 2004 le CNGOF a inclus dans ses recommandations l'utilisation de l'ocytocine. Entre décembre 2004 et novembre 2006, l'étude Pithagore 6 [2], a montré que seulement 65% des praticiens avaient réalisé une délivrance dirigée. Ce qui montre une augmentation très importante du taux de réalisation de la délivrance dirigée entre 2006 et 2013. Ce constat peut s'expliquer par la communication intensive faite au sujet de l'hémorragie du post-partum. On constate qu'il a fallu dix ans pour que la majorité des professionnels réalisent une délivrance dirigée, on peut s'interroger alors sur la lenteur de la mise en place des nouvelles recommandations et de la lenteur du changement des pratiques.

On retrouve aussi dans les résultats que tous les professionnels ont utilisé l'ocytocine. C'est la molécule de référence pour la prévention et le traitement de l'hémorragie de la délivrance [3][5], c'est celle qui a le moins d'effets secondaires et dont le coût est relativement faible en regard d'autres médicaments [9]. Tous les professionnels ont également eu une pratique conforme concernant la posologie utilisée qui est de 5 ou de 10UI ainsi que la voie d'administration qui a été à 80% en IVD ou 20% en IM.

Lorsque la voie d'administration était en IVD, dans 80% des observations, le moment de l'injection était conforme à 100% aux recommandations du protocole du RPAI [4] et de l'HAS [5]. Par contre seulement 76% des professionnels avaient la compétence pour effectuer cette injection que ce soit un étudiant sage-femme ou une sage-femme. Dans 24% des observations la personne qui pratiquait la délivrance dirigée était une auxiliaire de puériculture dont ce n'est pas le champ de compétence. Ce résultat est certes l'expression d'un glissement de tâche manifeste mais qui s'explique par le moment où l'ocytocine doit être injectée. En effet celle-ci doit être réalisée au moment du dégageant des épaules rendant impossible ce geste pour la sage-femme. L'auxiliaire de puériculture est la seule personne disponible dans la plupart des cas pour réaliser cette injection au bon moment.

Dans le cas d'une administration par la voie IM (20% des observations), le moment de l'injection n'était pas conforme dans 100% des cas. En effet la sage-femme ou le médecin

réalisant l'accouchement faisait l'injection après la naissance de l'enfant. Or l'injection devrait être faite après la délivrance si elle n'est pas faite au moment du dégagement des épaules de l'enfant. On peut souligner que dans 100% des cas d'injection de la délivrance dirigée en IM, le professionnel qui injecte le produit en a les compétences. Par contre, d'après les règles de réalisation d'une injection en intramusculaire, celle-ci devrait être faite dans le cadran supéro-externe de la fesse (muscle grand et moyen fessier). Du fait de la position de la patiente pour l'accouchement, les règles d'injection en intramusculaire ne peuvent pas être respectées, l'injection est faite le plus souvent dans le quadrant inféro-externe ce qui pourrait exposer la patiente à un risque de lésions nerveuses [10].

En s'intéressant à la pharmacocinétique de l'ocytocine [11],[12], en IVD le délai d'action est inférieur à 1 minute, en IM il est de 2 à 4 minutes, la réponse utérine est de 30 à 40min avec une injection IM, sans doute un peu plus courte avec une injection en IVD. La demi-vie de l'ocytocine est courte entre 3 et 17min. L'injection en IVD est faite au moment du dégagement des épaules de l'enfant ce qui fait que l'ocytocine est efficace dès la naissance de l'enfant et l'action de l'ocytocine semble au plus près de la naissance. Lorsque l'injection est faite en IM après la naissance, le délai d'action de l'ocytocine de 2 à 4 minutes s'ajoute au délai de réalisation de la délivrance dirigée qui est d'environ 2 minutes. Ce qui allonge de 4 à 6 minutes le délai d'action de l'ocytocine. La réponse utérine est de 30 à 40 minutes avec une injection en IM et est sans doute un peu plus courte avec une injection en IVD. Ce délai de réponse utérine laisse largement le temps à la sage-femme d'ajouter de l'ocytocine au pousse seringue ou en perfusion pour entretenir la contraction utérine avant que la première injection ne soit plus efficace. Si on considère que l'objectif de la délivrance dirigée est d'obtenir la vacuité utérine le plus rapidement possible, l'injection de l'ocytocine en IVD semble plus indiquée.

On constate donc qu'aucune des deux voies d'administration ne permet d'avoir une conformité totale aux critères défini par le protocole du RPAI [18].

- **Traçabilité de la délivrance dirigée :**

L'HAS a défini des critères de traçabilité indispensables à renseigner dans le dossier médical de la patiente, ce sont les critères IPAQSS [13]. Ces critères sont pour l'accouchement : la réalisation ou non de l'injection, l'heure d'administration (correspondant, si l'injection est faite

au moment du dégagement des épaules de l'enfant à l'heure de naissance), la dose et la voie d'administration.

Dans notre étude, la délivrance dirigée a été faite mais n'a pas été tracée dans 3% des cas. Pour toutes les autres observations, la délivrance dirigée a été tracée dans le dossier médical. Concernant les critères définis par l'HAS, dans seulement 57% des cas la traçabilité était complète (l'heure, dose, voie d'administration) donc dans 43% des cas il manquait au moins un des 3 critères. Ces résultats correspondent au rapport de l'HAS de 2011 puisque l'injection a été tracée mais l'enregistrement était incomplet dans 39% des cas. En deux ans les pratiques n'ont pas changé. On peut donc penser, que l'information des professionnels sur l'importance de la traçabilité est insuffisante et qu'une communication autour du rapport de l'HAS semble nécessaire. La traçabilité de la délivrance dirigée n'apparaît pas dans le protocole du RPAI contrairement à la surveillance. Au vu de nos résultats avec 57% de conformité, il serait nécessaire d'ajouter ces critères de traçabilité dans le protocole du RPAI.

De plus, les sages-femmes prescrivent et administrent les thérapeutiques à la patiente. Ce sont également elles qui remplissent et tracent les actes et médicament utilisés dans le dossier médical de la patiente quelque soit la personne qui réalise l'accouchement. Ceci met en avant qu'un travail sur la prescription des actes et des médicaments par les sages-femmes apparaît ici comme nécessaire. Plus généralement un pharmacien hospitalier pourrait organiser une formation pour rappeler les règles de prescription, d'administration et de traçabilité des médicaments.

- **Caractéristiques de la prise en charge active de la délivrance :**

Lorsqu'on observe la traction contrôlée sur le cordon lors du décollement placentaire, on constate que dans notre étude 54% des praticiens ont fait une traction sur le cordon lors de la délivrance. Cependant dans 97% des cas, la traction n'a pas été associée à une contre pression ce qui expose la patiente à un risque augmenté d'inversion utérine. Cette pratique de la traction sur le cordon a été étudiée dans l'étude TRACOR [6]. Cette étude montre que la traction sur le cordon ne permet pas de diminuer la prévalence de l'hémorragie de la délivrance, mais diminue significativement le temps de la délivrance. Il est de 4 minutes en

moyenne avec la traction contre 7 minutes sans traction. La traction diminue significativement le nombre de délivrances artificielles qui est de 4.2% avec traction contre 6.1% sans traction. La traction diminue aussi faiblement les pertes sanguines et la durée du troisième temps du travail de 6min. La traction améliore aussi le ressenti de la délivrance par les femmes, la délivrance leur à parue moins longue, moins douloureuse, moins fatigante et moins stressante. Nous avons exclus de notre taux de conformité la traction au cordon car ce geste n'est pas obligatoire. Cependant, un manque d'information ou de compréhension de ce geste est mis en évidence par le fait que dans une seule observation sur 16, le praticien a associé les deux gestes, traction au bon moment et la contre pression sus-pubienne. Il paraît donc nécessaire de mettre en place une information auprès des professionnels, pour améliorer les gestes et ne plus augmenter le risque d'inversion utérine pour les patientes. L'OMS donne cette technique de traction sur le cordon comme la première intervention permettant de traiter une rétention placentaire. L'OMS recommande que cette technique soit enseignée à tous les praticiens qui réaliseront des accouchements, étudiants sages-femmes, sages-femmes, médecin ou internes. Par contre l'OMS contre indique ce geste aux professionnels non qualifié et non formé car il expose la patiente à un risque augmenté de complications notamment d'inversion utérine [17].

On constate que dans 100% des cas, le cordon a été clampé dans la première minute de vie de l'enfant ce qui est conforme au protocole. Cependant, cette pratique reste controversée. En effet, l'OMS dans ces recommandations pour la prévention et le traitement de l'HPP en 2012, ne recommande pas le clampage précoce (< 1min) sauf en cas de nécessaire réanimation néonatale. Elle préconise le clampage tardif du cordon (entre 1 à 3 minutes) quelque soit la voie d'accouchement et ce, particulièrement pour le nouveau-né prématuré [17]. Le CNGOF adopte lui une position neutre en indiquant qu'il n'y a pas de données démontrant que le clampage à une minute ou une minute trente soit bénéfique ou délétère, sauf pour les naissances prématurées [19]. Le clampage tardif du cordon est bénéfique pour l'enfant mais quand est il de son effet sur la délivrance ? Le sujet pourrait être repris dans un autre mémoire.

En dehors de la traction, nous avons un taux de conformité de 10% dans la prise en charge active de la délivrance.

Le 1^{er} critère de non-conformité est la surveillance dans le post-partum immédiat et sa traçabilité. Dans 69% des cas les surveillances ne sont pas assez fréquentes et dans 87% des cas les surveillances ne sont pas assez rapprochées.

Notre étude montre que les femmes ont bénéficié en moyenne de 5 surveillances. 20 patientes ont bénéficié de 5 surveillances ou moins et 9 patientes ont bénéficiés de 6 surveillances. Ces pratiques ne sont pas conformes car le protocole du RPAI préconisent une surveillance toutes les 15min ce qui fait qu'en théorie une femme devrait bénéficier de 9 surveillances au cours de deux heures qui suivent la naissance. Cela ne peut pas être le cas en pratique car si on estime à 30 à 45 min le temps de suturer une éventuelle déchirure et de réinstaller la patiente, les patientes bénéficieraient de 6 ou 7 surveillances. Le nombre de surveillance est donc conforme pour 31% des patientes. Si on regarde le temps moyen entre chaque surveillance seules 4 patientes ont bénéficiés d'une surveillance toutes les 15 min, ce qui diminue le taux de conformité à 13%. La surveillance dans le post-partum est une étape importante car 68% des HPP ont lieu dans les 2h qui suivent l'accouchement et que dans le bulletin d'épidémiologie hebdomadaire [1] on trouve que l'une des grandes causes de complications de l'hémorragie est un retard de diagnostic.

On note par ailleurs que dans 93% des cas, les surveillances effectuées ont été inscrites dans le dossier médical de la patiente et que dans 83% des cas, les surveillances effectuées étaient complètes. Ainsi dans 17% des cas il manque au moins un des éléments suivant : Pouls, tension artérielle, tonicité du globe utérin, pertes sanguines. Au cours de nos observations le critère de la coloration de la patiente n'a jamais été renseigné il le devrait pourtant il semble donc intéressant de l'ajouter dans la grilles pré rempli de surveillance.

Ici encore, on constate que la traçabilité est à améliorer alors qu'elle a une importance médico-légale majeure devant une éventuelle action en justice ou auprès de l'ordre. La traçabilité est aussi importante lorsqu'on veut revenir sur un dossier lors d'une revue de morbi-mortalité par exemple. Une communication autour de l'importance de la traçabilité semble être nécessaire à diffuser dans les équipes et de généraliser les dossiers pré-rempli pour faciliter le travail des professionnels.

Le 2^{ème} critère de non conformité était l'utilisation incorrecte du sac de recueil dans 30% des cas. Le sac était soit pas utilisé du tout soit ouvert avant la naissance, ce qui entraîne le mélange du liquide amniotique avec les saignements ce qui peut conduire à sur estimer ou sous estimer les pertes sanguines. Le sac de recueil est nécessaire pour permettre un diagnostic rapide et objectif de l'hémorragie de la délivrance en recueillant dans une poche les saignements de la patiente. Dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 19 janvier 2010 [1], l'évitabilité de l'hémorragie de la délivrance approche les 90% et la première des causes était le retard de diagnostic. On peut donc se poser la question de la nécessité d'un rappel de l'utilité du sac de recueil et de l'amélioration obligatoire du diagnostic de l'hémorragie.

Le 3^{ème} critère de non-conformité était l'absence de contrôle du placenta, dans une observation le praticien n'a pas contrôlé le placenta (intégrité de la galette placentaire, des membranes et la présence des 3 vaisseaux fœtaux). L'étude Pithagore 6 [2], montre que la rétention de membranes est la cause de 27% des hémorragies de la délivrance. On constate donc facilement que le contrôle du placenta est un élément indispensable permettant de diminuer le risque d'hémorragie par rétention placentaire.

- **Entretien de la contraction utérine après l'accouchement :**

Aujourd'hui ni le protocole du RPAI, ni les recommandations du collège de gynéco-obstétricien ne précisent, quand et comment le professionnel peut ou doit mettre en place un entretien de la contraction utérine après l'accouchement. On constate que les pratiques des professionnels et les posologies utilisées sont très différentes. Les professionnels ont utilisé dans :

- 10% des cas : le professionnel laisse passer en débit libre ce qu'il reste dans la perfusion d'ocytocine qui a servi à la direction du travail
- 23% des cas : 5UI d'ocytocine en perfusion sur 2h
- 27% des cas : 10UI d'ocytocine en perfusion sur 2h
- 10% des cas : 15 UI d'ocytocine en perfusion sur 2h
- 6% des cas : 20UI de d'ocytocine en perfusion sur 2h

- 7% des cas d'autres posologies (ex : ajout de 10UI d'ocytocine dans la poche qui a servi à la direction du travail)

On se rend compte que sur 30 observations, plus de 6 posologies différentes ont été utilisées. Il semble donc important de réfléchir sur l'utilisation de l'ocytocine dans l'entretien de la contraction utérine dans le post-partum immédiat, d'autant que 68% [2] des hémorragies sont diagnostiquées durant cette période. On remarque que les posologies utilisées sont parfois très importantes avec 20UI administrées sur deux heures, si on ajoute les 5 à 10UI d'ocytocine utilisées pour la délivrance dirigée, on arrive très rapidement aux 30 à 40UI admises comme la dose à ne pas dépasser sur 24h [5]. Si la patiente saigne après la sortie de la salle de naissance comme c'est le cas pour 32% des hémorragies de la délivrance [2], l'utilisation de l'ocytocine pour traiter l'hémorragie en serait presque impossible.

On constate également que dans 10% des cas les posologies administrées ne sont pas connues car le professionnel a laissé passer en débit libre l'ocytocine contenu dans la poche de perfusion qui a servi à la direction du travail.

Notre étude a montré que 83% des professionnels ont jugé nécessaire de mettre en place une perfusion d'ocytocine pour entretenir la contraction utérine dans le post-partum immédiat, ce qui montre que beaucoup de professionnels sont convaincus de l'efficacité et du bien fondé de cette thérapeutique. L'indication de cette prescription d'ocytocine n'est jamais inscrite dans le dossier médical c'est pourquoi nous ne pouvons pas dire si l'injection était faite de façon systématique (donc de façon non conforme) ou faite devant une indication précise. La littérature est assez pauvre sur ce sujet. Beaucoup d'étude se sont intéressées à la prise en charge de l'hémorragie du post-partum mais aucune ne s'intéresse à l'utilisation de l'ocytocine dans le post-partum immédiat alors que cette pratique très courante. Il serait nécessaire que des études soient menées pour démontrer ou réfuter le bien fondé de cette pratique.

Si l'entretien de la contraction est efficace pour la prévention de l'hémorragie du post-partum, il faudrait savoir si son utilisation en systématique est nécessaire comme le font certains professionnels ou si une prévention ciblée est possible. Différents facteurs de risques significatifs d'hémorragie du post-partum grave ont été mis en évidence dans l'étude pithagore 6 [2] ils sont du plus important au moins important :

- Grossesse multiple
- Voie basse instrumentale avec épisiotomie
- Antécédent d'hémorragie du post-partum
- Césarienne pendant le travail
- Voie basse instrumentale sans épisiotomie
- Voie basse spontanée avec épisiotomie
- Multiparité avec antécédent de césarienne
- Primiparité
- Phase active du travail supérieur à 6h
- Macrosomie Poids de naissance supérieur à 4000g
- Age gestationnel supérieur à 41SA
- Ocytocine pendant le travail
- Déclenchement du travail

Deux facteurs protecteurs sont :

- Analgésie péridurale
- Délivrance dirigée

On doit ajouter à ces critères les problèmes de placentation (placenta praevia) et les facteurs de risques hémorragiques maternels (thrombopénie...). On pourrait donc en fonction de ces différents facteurs de risques et protecteurs, établir un score de risque hémorragique, en donnant une note à chacun des facteurs de risques. Et ensuite adapter la prévention en fonction du score. Un travail de recherche sur l'efficacité de la prévention serait nécessaire préalablement aux recherches sur un éventuel score hémorragique.

- **Propositions d'amélioration**

Pour le critère « traçabilité » un effort est nécessaire pour répondre mieux aux critères IPAQSS de l'HAS et limiter le plus possible les risques médico-légaux de plus en plus présents dans notre profession. Il serait donc nécessaire d'inclure ces critères dans le protocole du RPAI et de proposer une information aux professionnels pour les sensibiliser et améliorer leur implication dans la traçabilité. La traçabilité pourrait être améliorée en utilisant des feuilles papier ou informatique pré-remplies qui reprennent les différents critères.

La communication autour de la délivrance active pourra être faite par l'intermédiaire des fiches de la GATPA [15][16] qui sont très synthétique et imagée. Ce qui permettrait peut être de généraliser cette technique de délivrance assistée et d'améliorer ainsi la sécurité des femmes.

En ce qui concerne le post-partum immédiat une surveillance plus rapprochée est indispensable à la sécurité des patientes, le nombre de surveillance par patiente et le temps entre les surveillances est en dessous des recommandations. On pourrait sur les dossier médicaux, demander aux sages-femmes de préciser l'heure de sortie de la chambre qui correspond normalement à l'heure de la 1^{ère} surveillance et d'incrémenter automatiquement l'heures des surveillance suivante se qui donnerai à la sage-femme son planning de surveillance.

De plus, une réflexion sur l'utilisation de l'ocytocine après la délivrance semble devoir être menée pour prouver ou réfuter son efficacité dans le cadre de la prévention de l'HPP. On pourrait impliquer un pharmacien hospitalier pour faire des recherches sur la pharmacocinétique de l'ocytocine pour déterminer la meilleure voie d'administration et faire des recherches sur les posologies d'ocytocine à utiliser pour limiter au maximum le risque d'être iatrogène.

CONCLUSION

Notre objectif était de décrire la prise en charge de la délivrance. Notre étude met en évidence que ce 3^{ème} temps de l'accouchement, un temps très critique, est soumis à de nombreuses variations dans sa gestion par les professionnels de santé. Par ailleurs, le taux de conformité en regard du protocole du RPAI pour la réalisation de la délivrance dirigée est faible puisque de l'ordre de 33%.

Nous avons constaté que l'administration en IVD semble être au niveau pharmacologique la plus indiquée et la mieux réalisée bien que, assez souvent, le professionnel qui procède à l'injection soit assez souvent un professionnel non compétent. Lorsque l'injection était faite en IM le professionnel qui la réalise en avait les compétences mais l'injection n'était pas faite avec la bonne technique et au bon moment. On se rend compte qu'aucune des méthodes d'injection n'est parfaite mais une préférence se dégage pour l'injection en IVD.

L'étude a montré également que les gestes permettant de réaliser au mieux une délivrance active sont peu ou mal connus, alors que se sont des gestes simples et qui ne nuisent pas à la patiente s'ils sont bien faits. Par exemple, la traction sur le cordon n'est quasiment jamais associée à la contre pression sus pubienne. De plus l'utilisation du sac de recueil est à améliorer. Malgré tout, les autres gestes de la prise en charge active de la délivrance sont bien rentrés dans les pratiques.

Beaucoup d'études ont été faites sur la prise en charge de l'HPP, très peu sur la prévention. Il se dégage de ce travail des questions sans réponses :

- Quelle posologie utiliser pour la délivrance dirigée 5 ou 10UI ?
- Faut-il généraliser la perfusion d'ocytocine dans le post-partum immédiat ? A quelle posologie ?
- Peut-on établir un score qui définirait le risque hémorragique de chaque patiente et qui renforcerait l'attention des professionnels sur le dépistage de l'HPP en cas de facteur de risque élevé ?

On constate que ce sujet est loin d'être clos et que des recherches sont encore à entreprendre pour nous permettre d'améliorer encore et encore la sécurité des femmes qui donnent la vie.

BIBLIOGRAPHIE

[1] : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

Publié par l'INVS le 19 janvier 2010

« La mortalité maternelle en France bilan 2001 – 2006 »

[2] : Etude pithagore 6

Incidence, étiologies et facteurs de risque des hémorragies du post partum : Etude en population dans 106 maternités françaises

Corinne Dupont, René-Charles Rudigoz, Marion Cortet, Sandrine Touzet, Cyrille Colin, Muriel Rabilloud, Jacques Lansac, Thierry Harvey, Véronique Tessier, Céline Chauleur, Gilles Pennehouat, Xavier Morin, Marie-Hélène Bouvier-Colle, Catherine Deneux-Tharoux

[3] : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Recommandation pour la pratique clinique, Hémorragie du post-partum immédiat,

Disponible sur : www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_12.HTM

[4] : Protocole RPAI « les hémorragies de la délivrance » V2

Validé le 15/03/2010

Disponible dans les classeurs de protocoles et sur VDOC

[5] : Haute Autorité de Santé

Textes des recommandations 2004

Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPP_recos.pdf

[6] : Etude TRACOR

« Impact de la traction contrôlée du cordon au cours de la délivrance sur l'incidence de l'Hémorragie du post partum »

C Deneux-Tharoux, L Sentilhes, F Maillard, E Closset, D Vardon, J Lepercq, F Goffinet

[7] : Etude démographie de la DRESS

Publié dans Etude et résultats n°791 de mars 2012

« La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs »

[8] : "Prophylactic oxytocin for the third stage of labour (Review) 1"

Cotter A, Ness A, Tolosa J

Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd

[9] : « Prévention et prise en charge de l'hémorragie postpartum »

Publié dans Directives cliniques de la SOGC n°88 en avril 2000

Nan Schuurmans, MD, FRCSC, Edmonton (Alb.) Catherine MacKinnon MD, FRCSC, Brantford (Ont.) Carolyn Lane MD, CCFP, Calgary (Alb.) Duncan Etches, MD, CCFP, Vancouver (C.-B.)

[10] : Article « Réussir une injection intra musculaire »

Publié dans la revue « prescrire » n°320 juin 2010 page 433

[11] : SYNTOCINON 5 UI/ml, solution injectable en ampoule
Avis de la commission de la transparence de l'HAS 22 juillet 2009
http://www.sigma-tau.fr/media/pdf/syntocinon_has.pdf

[12] : Mentions Légales Longues SYNTOCINON 5 UI/1ml, solution injectable en ampoule
Laboratoire sigma-tau
MLL-SYNT-V01-07/12
http://www.sigma-tau.fr/media/pdf/syntocinon_legal.pdf

[13] : Rapport de l'HAS sur les indicateurs de qualité
« Prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat »
Analyse descriptive des résultats agrégés de la première campagne de recueil
Novembre 2012

[14] : Schéma de prise en charge de l'hémorragie du post-partum
Version de février 2010
Société française d'anesthésie réanimation (SFAR)

[15] : Fiche de gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)
USAID (United state agency international development)
International Confederation of Midwives JHPIEGO
International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)
http://www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/amtsl_poster_french.pdf

[16] : La prévention de l'hémorragie du post-partum : La gestion active de la troisième période de l'accouchement
USAID (United state agency international development)
Formation d'accoucheurs qualifiés : Cahier du Participant
http://www.path.org/publications/files/MCHN_popphi_amtsl_part_book_fr.pdf

[17] : "recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage"
World Health Organization 2012, Library Cataloguing-in-Publication Data
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

[18] : « Audit de pratique : réalisation de la délivrance dirigée et conformité aux recommandations de la haute autorité de santé »
Mémoire de Mlle Aurélie PUTOD
Juin 2013

[19] : Avis du CNGOF et du CNSF - 31 mai 2012
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/Clampage_du_cordon_precoce_ou_tardif.pdf

ANNEXES

- Annexe 1 : Fiche de recueil de données

Fiche de recueil de données :

Maternité : HCE Voiron Cèdres Mutualiste Belledonne

Accouchement : Eutocique Ventouse Forceps

1. Parité :

2. Age :

3. Accouchement réalisé par :

- Sage-femme
- Etudiant sage-femme
- Obstétricien
- Interne
- Externe

4. Délivrance dirigée : OUI NON

- 5UI de syntocinon en IVD au dégagement de l'épaule antérieure
- 10UI de syntocinon en IVD au dégagement de l'épaule antérieure
- 10UI de syntocinon en IM après le dégagement de l'enfant
- 10UI de syntocinon en IM après la délivrance
- Aucune délivrance dirigée
- Autres :

5. Par qui la délivrance dirigée a-t-elle été injectée ?

- Sage-femme
- Etudiant sage-femme
- Auxiliaire de puériculture
- Médecin ou interne

6. Délivrance dirigée tracée sur le dossier médical OUI NON

7. Posologie OUI NON

8. Voie d'administration OUI NON

9. Moment de l'administration OUI NON

10. Heure de naissance :

11. Heure de clampage du cordon :

12. Heure du décollement placentaire :

(Écoulement de sang à la vulve descente du cordon ascension du globe utérin)

13. Traction contrôlée et continue sur le cordon lors du décollement placentaire OUI
NON
14. Contre pression sus pubienne associée à la traction contrôlée OUI NON
15. Appuis sur le fond utérin OUI NON
16. Utilisation correct d'un sac de recueil OUI NON
(Mise en place avant l'accouchement, ouverture de la poche après la naissance de l'enfant pour éviter le mélange sang - liquide amniotique)
17. Problème lors de la délivrance => geste endo-utérin OUI NON
- Rétention placentaire
- Rétention de membranes
- Hémorragie (pertes sanguines > 500ml)
- Rupture du cordon
18. Contrôle correct du placenta OUI NON
(Face maternelle, fœtale, 3 vaisseaux et membranes)
19. Contrôle du globe de sécurité OUI NON
20. Evacuation des caillots OUI NON
21. Entretien de la contraction utérine après la délivrance avec du syntocinon : OUI NON
- 5UI passées en IVL sur 2h
- 10UI passées en IVL sur 2h
- 20UI passées en IVL sur 2h
- Laisse passer sur 2h ce qu'il reste dans la poche de syntocinon
- Autre :
22. Don de sang de cordon OUI NON

Surveillance N°	Heure	Pouls	TA	Globe	Pertes	Température	Surveillance tracée
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

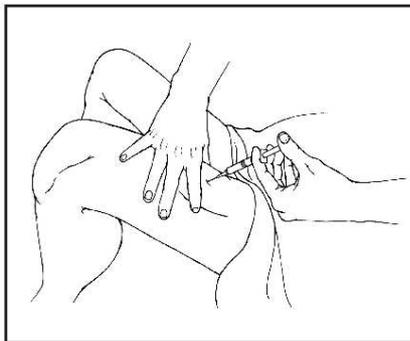
- Annexe 2 : fiche GATPA (gestion active de la troisième période du travail)

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

Services et soins à offrir à chaque femme,

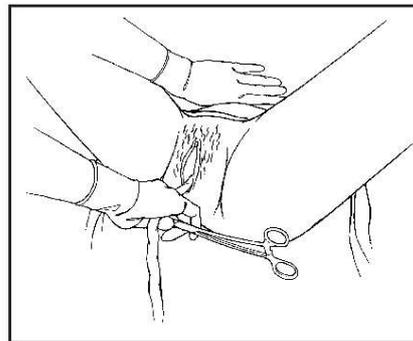
1

Administration d'ocytocine dans la minute qui suit, après la naissance de l'enfant.



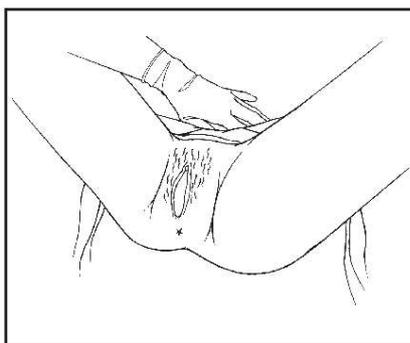
2

Délivrance par traction contrôlée du cordon ombilical et stabilisation de l'utérus en appliquant une contre-pression.



3

Massage de l'utérus à travers la paroi abdominale après la délivrance.



!

Pendant la récupération, palpation de l'utérus à travers la paroi abdominale toutes les 15 minutes pendant deux heures pour s'assurer de sa fermeté, et contrôle de la quantité de pertes sanguines vaginales.

...lors de chaque accouchement, par chaque prestataire qualifié.

RESUME :

Objectifs : L'objectif principal de l'étude était la description des pratiques de prise en charge active de la délivrance au sein du réseau RPAI. L'objectif secondaire était d'évaluer la conformité des pratiques, de prise en charge active de la délivrance, observée, par rapport au protocole du RPAI qui définit les règles de prévention de l'HPP.

Population et méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle directe de type « audit de pratique », prospective, multicentrique, réalisée dans les cinq maternités du RPAI. Elle a été réalisée du 1^{er} mars 2013 au 30 juin 2013. La population incluse dans l'étude est constituée par les professionnels de santé pratiquant les accouchements par voie basse (AVB) sur singleton en présentation céphalique dans les services de salle d'accouchement du RPAI durant la période de recueil. Le recueil de données a été fait par deux observateurs à l'aide d'une fiche de recueil standardisée. Notre critère de jugement principal était les pourcentages dans les différents critères observés, notre critère de jugement secondaire était le taux de conformité des pratiques par rapport aux recommandations du RPAI.

Résultats : notre étude a montré que 100% des patientes ont bénéficié d'une délivrance dirigée mais que le taux de conformité par rapport au protocole du RPAI était de 33%. Les causes de non-conformité étaient le moment de l'injection (20% des cas), le professionnel qui réalise l'injection (24% des cas), et la traçabilité non faite ou incomplète de l'injection (43% des cas). Concernant la prise en charge active de la délivrance le taux de conformité est de 10%. Les causes de non-conformité sont, la surveillance de la patiente pas assez fréquente ou pas assez rapprochée (90% des cas), défaut de traçabilité de la surveillance qui n'était pas ou incomplètement enregistré (19% des cas). L'utilisation du sac de recueil était incorrecte dans 20% des cas, et le contrôle du placenta n'a pas été effectué dans 3% des cas. L'étude s'est aussi intéressée à l'entretien de la contraction dans le post-partum immédiat avec de l'ocytocine, on a mis en évidence une multiplicité de prise en charge puisque au moins six posologies différentes ont été observées.

Conclusion : De nombreux critères restent à améliorer dans la prise en charge de la délivrance malgré des améliorations observées. Il serait intéressant que ce travail soit réutilisé pour faire évoluer le protocole du RPAI.

Mots clefs : RPAI, protocole RPAI, délivrance active, délivrance dirigée