

Pourquoi appliquer smarter medicine à l'obstétrique?

Autor(en): **Stocker Kalberer, Barbara / Steiner, Anne / Weber-Käser, Andrea**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **121 (2023)**

Heft 4

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1041644>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



Pourquoi appliquer *smarter medicine* à l'obstétrique?

En collaboration avec *smarter medicine - Choosing Wisely*, l'équipe Qualité de la Fédération suisse des sages-femmes a créé une «Liste Top 5» des interventions autour de la naissance auxquelles il faudrait renoncer quand elles sont inutiles. Cet article en présente l'objectif et le contenu détaillé à destination des professionnel-le-s. A noter: cette liste existe également à destination des «profanes» en obstétrique (lien en fin d'article).

TEXTE:
BARBARA
STOCKER
KALBERER,
ANNE
STEINER,
ANDREA
WEBER-KÄSER

Quels sont les souhaits et les besoins des femmes/couples pour l'accouchement? Celui de pouvoir contrôler la situation est souvent mentionné dans les enquêtes, incluant le besoin d'être informé-e, de pouvoir comprendre, et enfin de se sentir en sécurité et d'avoir confiance dans les interventions. C'est pourquoi la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) a créé une «Liste Top 5» des interventions obstétricales, qui contient des recommandations sur les interventions qui sont généralement inutiles ou qui perturbent le déroulement naturel d'un accouchement.

Prise de décision partagée

Message clé: un accouchement est fondamentalement un événement physiologique, des interventions peuvent être nécessaires à tout moment, mais elles peuvent aussi potentiellement causer des dommages. Les avantages d'une intervention doivent donc être soi-

gneusement pesés. Les femmes/couples, les sages-femmes et les médecins devraient donc discuter de ces recommandations ensemble dans l'optique d'une prise de décision partagée. Bien entendu, leur application doit toujours être vérifiée au cas par cas.

Inciter à la discussion

Pour la FSSF, la «Liste Top 5» proposée par *smarter medicine* est un pas important vers une prise en charge basée sur les preuves. Cette liste doit inciter à la discussion et encourager la femme/le couple à poser des questions et, le cas échéant, à demander un deuxième avis. Certaines interventions sont planifiées avant la date prévue de l'accouchement et peuvent donc être discutées à tête reposée, en pesant le pour et le contre. D'autres interventions concernent les événements obstétricaux lors de l'accouchement et il est alors difficile de fournir à ce moment-là une information détaillée ba-

sée sur des preuves. La réflexion prénatale sur les interventions possibles est donc particulièrement importante et peut aider les parents à décider où (par exemple maison de naissance, hôpital, à domicile) et comment l'accouchement doit avoir lieu. Elle peut également montrer dans quelle mesure une parturiente est impliquée dans les

décisions obstétricales. La maxime *Do not harm* (ne pas nuire) a une importance particulière en obstétrique, car elle affecte non seulement la santé de la mère à court et à long terme, mais aussi celle du nourrisson. Dans l'optique d'une obstétrique favorable à la santé, la manière dont nous naissons est importante. ◉

AUTEURES

Barbara Stocker Kalberer, sage-femme, MSc *Midwifery*, présidente de la Fédération suisse des sages-femmes.

Anne Steiner, sage-femme, MSc *Midwifery*, EMBA Gestion des soins de santé, responsable de la qualité et de l'innovation de la Fédération suisse des sages-femmes.

Andrea Weber-Käser, sage-femme HES, secrétaire générale de la Fédération suisse des sages-femmes.



Anja Kroll-Witzler

Choosing Wisely: une Liste Top 5 par et pour les sages-femmes

Sauf urgence, attendre au moins une minute avant de couper le cordon ombilical du nouveau-né

1

Ne clamber le cordon ombilical des nourrissons nés à terme ou prématurés qu'après la première minute de vie leur est bénéfique. Le clampage retardé du cordon ombilical des nourrissons nés à terme augmente leur taux d'hémoglobine et améliore les réserves de fer dans les premiers mois de vie, ce qui peut avoir un effet bénéfique sur le développement des enfants. Le clampage du cordon ombilical des nourrissons prématurés après la première minute de vie est associé à des avantages significatifs tels qu'une meilleure circulation transitoire, une meilleure valeur du volume de globules rouges, un besoin de transfusions sanguines moins fréquent et une incidence plus faible d'entéocolites nécrosantes et d'hémorragies intraventriculaires.



Sources sur
www.sage-femme.ch

Ne pas prévoir ou recommander le déclenchement du travail ou une césarienne avant 39 0/7 semaines de grossesse sans indication médicale avérée

L'état actuel de la recherche indique qu'une césarienne ou un déclenchement du travail avant 39 0/7 semaines de grossesse (SG) augmentent considérablement les risques pour l'enfant. Les nouveau-nés doivent plus souvent passer par les unités de néonatalogie et ont plus tendance à présenter les complications suivantes: probabilité accrue d'une tachypnée transitoire du nouveau-né, incidence accrue du syndrome de détresse respiratoire, besoin accru d'assistance respiratoire, probabilité accrue de septicémie suspectée ou avérée, ainsi qu'une probabilité accrue de problèmes nutritionnels. Pour une césarienne programmée, le risque infantile est le plus élevé entre 37 0/7 SG et 37 6/7 SG. Le risque de complications est significativement accru jusqu'à 38 6/7 SG.



Sources sur
www.sage-femme.ch

Ne pas prévoir ou recommander une césarienne de routine après un antécédent de césarienne

Les études scientifiques disponibles recommandent aux femmes de tenter d'accoucher par voie vaginale à la suite d'une césarienne (AVAC), à moins qu'il n'y ait des critères médicaux clairs indiquant la nécessité d'une nouvelle césarienne. Une nouvelle césarienne électorale est associée à une morbidité et à une mortalité accrues. Cela inclut en particulier un risque plus élevé d'hémorragie, des complications chirurgicales et des anomalies placentaires plus fréquentes dans les futures grossesses que chez les femmes ayant accouché par voie vaginale après une première césarienne. L'AVAC est associé à un risque légèrement accru de rupture de la cicatrice utérine. La rupture de la cicatrice utérine est un événement rare, mais le résultat pour l'enfant et la mère dépend clairement du lieu de naissance et de la possibilité d'effectuer une césarienne d'urgence en toute sécurité.



Sources sur
www.sage-femme.ch

Pas d'augmentation médicamenteuse des contractions (aide au travail) sans indication médicale spécifique

Si le déroulement de l'accouchement est normal et que la mère et l'enfant se portent bien, aucune intervention ne doit être proposée pour accélérer le travail. Le travail spontané est plus sûr pour la mère et pour l'enfant, et favorable à leur santé à court et à long terme.

La phase de latence est définie comme la période allant du début de l'accouchement à la dilatation du col de l'utérus (DCU) de 4 à 6 cm. Le diagnostic de travail prolongé ne doit être fait qu'au début de la phase active. La phase active correspond à la période allant de la DCU de 4 à 6 cm à la DCU complète. Les signes d'un travail prolongé sont: la dilatation de l'utérus < 2 cm en 4 heures (primipare et multipare), le ralentissement de la vitesse de dilatation (multipare), aucune modification de hauteur ou de positionnement de la présentation, ainsi que le début d'une inertie utérine. En cas de travail prolongé, une amniotomie doit tout d'abord être proposée. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'administration d'ocytocine peut être conseillée, et si nécessaire effectuée.

La phase d'expulsion est divisée en deux sous-phases: la phase de transition et la phase d'expulsion active, avec enfant visible et/ou besoin de pousser avec DCU complète, ou poussée active sans ressentir le besoin de pousser. Un travail prolongé est diagnostiqué lorsque la phase d'expulsion active présente des progrès insuffisants en termes de rotation et/ou de descente de la présentation pendant plus de deux heures pour un premier accouchement, et pendant plus d'une heure chez une femme ayant déjà accouché auparavant. Les options de traitement d'un travail prolongé sont principalement l'apport d'énergie, la mobilisation/le changement de position de la mère, l'amniotomie et l'administration d'ocytocine.



Sources sur
www.sage-femme.ch

Pas d'épisiotomie de routine lors d'accouchements par voie vaginale.

5 La recherche montre qu'une épisiotomie de routine fait plus de mal que de bien. Une utilisation minimale de l'épisiotomie coïncide avec moins de lésions périnéales graves, moins de blessures nécessitant des sutures et moins de complications dans la cicatrisation. Il n'y a pas de différence en ce qui concerne les douleurs périnéales post-partum, les lésions obstétricales graves ou la fonctionnalité à long terme du plancher pelvien. En cas de trouble du rythme cardiaque chez le bébé, une épisiotomie peut accélérer l'accouchement par voie vaginale.



Sources sur
www.sage-femme.ch



Ressources



En savoir plus sur *Choosing Wisely* – smarter medicine Suisse: www.samw.ch



Télécharger les listes Top 5 de la FSSF (pour spécialistes et pour le grand public) sur www.sage-femme.ch

Obstetrica

Jetzt auch als ePaper erhältlich.

Disponibile désormais aussi en ligne.



Achten Sie auf dieses Icon.
Icône à repérer.



Weitere Informationen:
www.hebamme.ch

Plus d'informations:
www.sage-femme.ch