

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

RELECTURE des DOSSIERS d'ETUDES

« Hémorragies du Post-Partum »

._o._o._o._o._

Nom : GAEBEL prénom : Gilles

Commentaire général :

Le document de cadrage Anaes – Conseil Scientifique du 24 juin 04 pose clairement l'enjeu de ce travail (baisse des décès) et les moyens à privilégier (prévention des hémorragies et prise en charge adéquate quand elle surviennent) :

« Le comité national d'experts sur la mortalité maternelle a émis un rapport en 2002, dans lequel il souligne qu'une grande majorité des décès par hémorragie aurait pu être évitée. Les principales causes de décès identifiées sont un traitement inadéquat, souvent associé à un délai de diagnostic et d'intervention trop long. Il apparaît donc nécessaire de proposer des **recommandations pratiques pour la prévention et la prise en charge** de l'hémorragie du post-partum immédiat. »

Prévention et prise en charge sont donc indissociables si nous voulons atteindre les objectifs fixés par les pouvoirs publics (annexe au projet de Loi de Santé Publique).

Il ressort à nos yeux que l'analyse et les préconisations en matière de **prise en charge** techniques sont bien développées dans les réponses aux 11 questions, avec une réserve sur la gestion des aspects psycho-affectifs (prise en charge de la douleur et de la souffrance psychique) et des aspects droits de la personne.

Par contre, le volet **prévention** nous semble insuffisamment exploré et ne fait pas clairement ressortir les mesures factuelles à mettre en œuvre pour diminuer la **fréquence** des hémorragies et donc **réduire** de fait l'incidence létale qui découle pour une part de cette fréquence. Le meilleur moyen de réduire les conséquences d'un phénomène, n'est-il pas au premier lieu d'en limiter la survenue ? Pour baisser le nombre de morts par accident de la route, ne doit-on pas avant tout faire baisser le nombre d'accidents ? Car sauver des vies est à priori louable et politiquement intéressant, mais faut-il encore que cela ne soit pas contrebalancé par une hausse de la morbidité « lourde ». Peut-on parler de « vies sauvées » pour des personnes restant dans le coma à l'état végétatif, ou frappées d'atteintes neurologiques graves (para ou tétraplégiques, ...) ?

Ce « raisonnement de bon sens » ne transparaît pas suffisamment dans certaines des réponses apportées à ce jour. C'est toute la différence qu'à l'avenir, tôt ou tard, il faudra

faire entre analyse statistique et interprétation statistique.

I – TEXTE REPONSE N°1

Page 8 :

Quels pays ? Y a-t'il une relation entre pays et mode de prise en charge de l'accouchement ?

A cet égard, il serait souhaitable d'analyser le contexte des pays ayant les meilleurs résultats en matière de mortalité (et de morbidité, les deux étant souvent liés), notamment ceux de la Suède, des Pays-Bas et du Japon. (1). Le choix d Royaume Unis comme pays de référence n'est pas judicieux, car après corrections, le taux serait voisin de celui de la France sur la période 1995-97. A quoi cela sert-il de se comparer à un pays qui aurait d'aussi mauvais résultats que nous ?

La Suède ou les Pays-Bas par contre offrent un modèle intéressant, concomitamment ce sont des pays avec de faible taux de morbidité fœto-maternelle et curieusement à faible taux de gestes obstétricaux invasifs : césariennes < 10% contre 17,5 % en France (en hausse), épisiotomies < 7% contre 53,7 %, etc (2). Il en est de même du Japon où pourtant la taille des femmes est inférieure à celle des Européennes et des françaises.

Concernant le Royaume Unis, qu'en est-il des mesures prises dans la gestion de l'accouchement et pratiques obstétricales ? Ces changements n'ont-ils pas eu une incidence (taux d'épisiotomie, position physiologique, ...) ?

Page 15 :

Les facteurs obstétricaux n'ont pas été explorés (voir questionnement ci-dessus).

II – TEXTE REPONSE N°2

Page 5 et 15 :

La preuve n'est pas faite d'un bénéfice d'une supplémentation systématique en fer. Il faudrait accorder cette position avec la RPP en cours sur « l'information aux femmes enceintes ».

Attention à l'appellation « consultations obligatoires », car depuis la loi du 04 mars 2002, « tout acte médical est soumis à consentement libre et éclairé, ... ». Le terme « obligatoire à prescrire » est préférable.

III – TEXTE REPONSE N°3

Page 4 :

L'étude COMBS laisse apparaître un risque accru d'hémorragies par administration d'ocytocine en cas d'arrêt ou de ralentissement du travail dont elle représente le traitement. Le constat qu'en France, plus de la moitié des parturientes reçoivent de l'ocytocine de synthèse au cours des phases 1 et 2 du travail doit interpeller.

Est-ce à dire que plus de la moitié des femmes connaissent un arrêt ou un ralentissement de la dilation ? Il s'agit donc de vérifier si un emploi aussi large et parfois aussi massif correspond bien à des indications médicales stricto sensu et s'il ne serait pas bénéfique d'en limiter l'emploi en routine.

Page 5 :

La rétention placentaire ne peut-elle pas être liée à une hypertonicité utérine, notamment induite par une sur-stimulation du travail par les ocytociques ?

L'atonie utérine ne peut-elle pas être l'aboutissement d'une saturation de l'utérus en ocytociques de synthèse ?

Page 6 :

Si l'impact de l'épisiotomie en terme hémorragique est bien mis en valeur, il manque par contre en final la **préconisation d'en réduire le nombre** et d'en réserver l'utilisation qu'aux situations médicalement justifiées et de proscrire cet acte en prophylaxie de routine. Avec une prévalence importante au seuil où elle est pratiquée en France (2), il faudrait la comparer avec la prévalence des déchirures (fréquence et niveau d'atteintes) en terme hémorragique (en terme de volume de perte de sang occasionné mais surtout en terme d'impact de ces hémorragies sur l'hémostase).

Page 8 :

Concernant l'étude de Saunders et la prévalence de l'analgésie péridurale, le fait qu'en France la pratique de cet acte soit 10 fois ce que ne permet pas de dire que cela n'a pas d'incidence, mais au contraire appeler à la vigilance. Le manque d'étude dans ce domaine est criant ...

Page 9 :

En conclusion, cela doit conduire les équipes obstétricales à être vigilantes certes vis à vis des HPP, mais surtout sur les facteurs de risques eux-mêmes. Il convient de distinguer les facteurs liés à une pathologie (non électif) et les facteurs liés à la pratique médicale (souvent élective et opérateur-dépendante).

Un facteur « isolé » qui augmente le risque 1 à 2 fois ne peut pas être considéré comme « faible » au regard des enjeux.

Page 10 :

Le « laisser-faire » strict effectivement rare et absent de la pratique courante, ce développement a peu de valeur.

L'éviction des techniques non-médicamenteuses au profit des utérotoniques de synthèse est faite de façon arbitraire. L'emploi des termes « rarement » et « de façon certaine » laisse à penser que des techniques et qu'il convient de les explorer.

Page 11 :

Dire que le Syntocinon a fait la preuve de son innocuité n'est pas acceptable en terme scientifique et ce pour 2 raisons :

- aucune étude épidémiologique à moyen et long termes n'a établi ce fait. Le consensus professionnel sur son emploi (parfois en routine dans certains lieux) ne constitue pas une preuve scientifique (Evidence Based Médecine). cf : cas du Distilbène, du Thalédomide, etc ...

- les informations internationales (fiche du BIAM notamment) ne semblent être reprises de façon exhaustive sur la fiche Vidal et sur la fiche technique délivrée avec le produit : il manque les détails des effets secondaires (certains rares), les effets sur la descendance, les précautions d'emploi (notamment « à utiliser avec précaution chez la primipare », ...) et des consignes sur la posologie et le mode d'administration (ex : « la voie parentérale (IM ou IV) est formellement proscrite »)

Ces distorsions entre les informations internationales et celles plus limitées disponibles en France pourrait constituer en cas d'incident ou d'accident graves la base d'une mise en cause du produit comme produit défectueux (4).

Cet aspect est à prendre en compte et à développer en cas de préconisation d'utilisation de ce produit dans le cadre d'une prophylaxie systématique ou en routine sur des femmes qui présentent pas de risque.

Dans ce contexte, le fait d'utiliser largement les ocytociques de synthèse (sur plus

de la moitié des femmes) dans différents domaines de la spécialité n'est pas non plus un facteur rassurant.

Page 17 :

Voir commentaires précédents faits sur la page 4.

Il conviendrait de s'interroger sur la pratique courante et non encadrée de l'expression abdominale et d'en tirer une préconisation quant au bien fondé de sa pratique et en terme d'incidence possible, directe ou indirecte sur les HPP.

De même, l'étude du facteur stress endogène ou provoqué (action de l'adrénaline) et son impact dans la dynamique utérine durant le travail, devrait déboucher sur des préconisations pour en réduire la prévalence. Des consignes devraient être rappelées quant à l'organisation et l'agencement des lieux de naissance, l'attitude, le comportement et la communication des professionnels envers les femmes qui enfantent.

Les bénéfices de la déambulation durant le travail et le choix de la position durant l'expulsion devraient aussi être explorés en terme de bénéfice par le gain de temps durant les phases 1 et 2.

IV – TEXTE REPONSE N° 5

Page 10 et 15 :

Le fait d'urgence ne dispense pas de témoigner d'un minimum d'humanisme et d'utiliser un anesthésique de type gaz MEOPA avant tout geste invasif.

En conclusion :

Il est important de rappeler aux professionnels que : « tout acte médical est soumis à consentement libre et éclairé, et que ce consentement peut être retiré à tout moment » - Loi 2002-303 du 04 mars 2002,

(1) <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/maternite/rapport3.htm>

Sources :

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES – QUESTIONS 1 à 11
« Hémorragies du Post-Partum »

1. Beaumel C, Eneau D, Kerjosse R. La situation démographique en 1997. INSEE Paris, 1999.
2. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes Ph, Hatton F. Mortalité maternelle en France. Fréquence et raisons de sa sous-estimation dans la statistique des causes médicales de décès. *J gynecol Obstet Biol Reprod* 1991; 20: 885-891.
3. Coeuret-Pellicier M, Bouvier-Colle MH, Salanave B, et le Groupe MOMS. Les causes obstétricales de décès expliquent-elles les différences de mortalité maternelle entre la France et l'Europe ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999 ; 28 : 62-68.
4. Department of Health. Why mothers die ? Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. TSO, London, 1998.
5. Högberg U, Innala E, Sandström A. Maternal mortality in Sweden, 1980-88. *Obstet Gynecol* 1994; 84 : 240-244.
6. Jouglé E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1997 ; 45 : 78-84
7. Nagaya K, Fetters MD, Ishikawa M, et al. Causes of maternal mortality in Japan. *JAMA* 2000; 282 : 2661-2667.
8. Organisation Mondiale de la Santé. Annuaire de statistique sanitaire mondiale, Genève, années 1990 à 1995.
9. OMS. Classification Internationale des Maladies, révision 1975. Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1977.
10. Salanave B, Bouvier-Colle MH. Mortalité maternelle et structure des naissances Une explication possibles de la surmortalité en France. *Rev Epidémiol Santé publique* 1995; 43 : 301-7.
11. Schuitemaker N, Van Roosmalen J, Dekker G, Van Dongen P, Van Geijn H, Bennebroek Gravenhorst J. Underreporting of maternal mortality in The Netherlands. *Obstet Gynecol* 1997; 90 : 78- 82.

(2) L'enquête nationale périnatale de 1998 (accessible sur le site <http://www.sante.gouv.fr/>)

(3) BOUVIER-COLLE M.H. "Mortalité maternelle en France et dans le monde" *Réalités en Gynécologie-Obstétrique* 2002;74:14-18

(4) JCP juridique N° 24 d 16 juin 1999 page 1125