

Communiqué de presse

7 Février 2012



Etude INSERM : l'ocytocine pendant l'accouchement est un facteur de risque indépendant d'hémorragie grave

Avertissement : un communiqué légèrement différent a été envoyé à un certain nombre de correspondants du CIANE lundi 6 février. Nous avons souhaité apporter quelques modifications afin de clarifier notre propos, mais cela ne change en rien le fond de notre position. Merci de faire référence plutôt à cette dernière version.

Les hémorragies graves du post partum ont causé 61 décès maternels en France entre 2001-2006. [1]

Une étude menée par l'INSERM [2] pendant 2 ans en 2004-2006 dans plus de 100 hôpitaux français, a mis en évidence une augmentation significative des hémorragies du post-partum (HPP) graves lorsqu'on administre pendant l'accouchement de l'ocytocine (ou oxytocine, hormone dont la forme de synthèse est le Syntocinon®)

Le risque d'HPP grave est pratiquement doublé en cas d'administration d'ocytocine (X 1,8), il est de surcroît proportionnel à la quantité administrée : quintuplé (X 5,7) pour les plus hautes doses, c'est à dire celle observées dans 10% des accouchements avec ocytocine. [3]

Cependant, l'administration préventive d'ocytocine juste après l'accouchement permet de réduire le risque d'HPP grave et donc de compenser dans une certaine mesure l'augmentation de risque liée à l'administration d'ocytocine pendant le travail, sauf quand les doses administrées pendant l'accouchement sont fortes.

Les maternités doivent en tirer des leçons sans attendre

La volonté des praticiens de contrôler le déroulement de l'accouchement s'est traduite par un recours croissant à un certain nombre de pratiques (déclenchement, accélération du travail) dont l'administration d'ocytocine est une composante essentielle: ceci permet de comprendre que, comme le montre l'étude INSERM, elle soit devenue aujourd'hui une pratique de routine en France concernant 2/3 des accouchements par voie basse.

Compte tenu des risques associés à l'administration d'ocytocine, nous demandons aux professionnels de santé de remettre en question sans tarder les protocoles d'accélération du travail et de réserver les interventions aux situations dans lesquelles elles ont une indication précise et validée. La même modération devrait s'appliquer concernant les déclenchements: en particulier, nous espérons la prise en compte des recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français qui font le point sur les plages de déclenchement pour les grossesses prolongées [4].

Eradiquer l'obstétrique du pompier-pyromane

Le mérite de cette étude de l'INSERM a été d'émettre et de tester l'hypothèse, difficilement audible quand l'étude a été lancée en 2005 [5], que des accidents graves pouvaient être causés par les pratiques de ceux-là mêmes qui, ensuite, tentaient de sauver les femmes.

Nous ne doutons pas que les professionnels aient agi en toute bonne foi, suivant le credo de l'obstétrique "plus on intervient, plus c'est sûr". Cette attitude doit appartenir définitivement à l'histoire et faire place au principe du "primum non nocere", autrement dit : sur une femme qui va bien, on ne prend pas le risque d'intervenir sans savoir si, vraiment, c'est mieux.

Il faut agir : appel aux agences de santé, sociétés professionnelles, et pouvoirs publics

En coordination avec le collectif des associations et syndicats de sages-femmes, nous avons présenté en juin 2011 un dossier de demande de travaux à la Haute autorité de santé (HAS) sur l'évaluation des interventions et des modalités de surveillance au cours d'un accouchement à bas risque. Nous serons vigilants à ce qu'il y soit donné suite.

Parallèlement, les résultats de l'étude INSERM plaident pour un réexamen sans délai des recommandations sur l'hémorragie du post-partum, élaborées par le CNGOF et validées par la HAS en 2004. Nous déposerons une saisine en ce sens auprès de la HAS.

Le CIANE en appelle aux sociétés savantes - Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Collège national des sages-femmes - pour qu'elles attirent dès maintenant l'attention des praticiens sur les risques induits par l'utilisation de l'ocytocine et soutiennent les démarches de révision des recommandations de pratique professionnelle.

Les pouvoirs publics ne peuvent rester inactifs face aux résultats de ces études qui révèlent que des procédures lourdes pour sauver des femmes (transfusions, hystérectomies, admissions en réanimation...) ainsi que les traumatismes et séquelles associées – voire peut-être des décès – sont pour partie la conséquence de pratiques obstétricales utilisées en routine.

Le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) est un collectif d'associations agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé. Il réunit une quarantaine d'associations françaises d'usagers de la santé concernés par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie.

Le CIANE a développé une expertise collective appuyée sur l'expérience des associations, valorisée dans des partenariats avec des professionnels (HAS, CNGOF).

Il milite auprès des pouvoirs publics pour le respect des parents, de leurs droits et de leurs choix, et réclame une information complète et loyale sur les choix qui se présentent aux parents.

<http://ciane.net/blog/>

CIANE, 9 rue Boulitte, 75014 Paris

Contact : Chantal Ducroux-Schouwey, 06 77 00 57 61

presse@ciane.net

Références

[1] Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006.

http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite_maternelle/rapport_mortalite_maternelle.pdf Sur 61 décès pour hémorragie du post-partum en 2001-2006, 33 ont été expertisés, parmi lesquels 17 font suite à un accouchement par voie basse. Dans 9 cas, il y a eu déclenchement sans indication précise et parfois sans indication du score de Bishop. Analyse clinique pp 23-26

[2] Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. Belghiti J et coll. BMJ Open 2011;1:e000514 doi:10.1136/bmjopen-2011-000514 <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000514> (texte intégral en accès libre)

[3] Il s'agit des risques ajustés. Les autres variables prises en compte : âge maternel, indice de masse corporelle avant la grossesse, antécédent d'hémorragie post-partum, antécédent de curetage de l'utérus, primiparité, déclenchement du travail, fièvre > 38°C pendant le travail, analgésie péridurale, durée de la phase active du travail, durée des efforts expulsifs, âge gestationnel, extraction instrumentale, épisiotomie, déchirure périnéale, poids de naissance. La population exclut les femmes ayant un antécédent de chirurgie utérine dont la césarienne, les grossesses multiples, les morts foetales, les accouchements avant 37 semaines de gestation, les accouchements par césarienne, les femmes ayant des problèmes de santé et des maladies obstétricales (pre-existing conditions, obstetric disease)

[4] J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011;40:693-962. Texte court sur le site du CNGOF http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_gr_prolongee_2011.pdf

[5] <http://ciane.net/Ciane/DossierHPP>