



**USAID**  
DU PEUPLE AMÉRICAIN



# Amélioration des soins au cours du travail pour la réduction des décès néonataux liés au travail et à l'accouchement



## Le problème de la mortalité néonatale

Chaque année, on estime que 3,6 millions de bébés meurent au cours des quatre premières semaines de vie (période néonatale). La mortalité dans les premières 24 heures après la naissance compte pour 25 à 45% de tous les décès néonataux.<sup>i</sup> Ceci est probablement une sous-estimation de la vraie proportion de décès dans les premières 24 heures en raison de l'absence de divulgation de décès de mortalité néonatale précoce et de classification erronée des morts nés ou de décès néonataux après le premier jour, à cause d'incohérences dans l'enregistrement dans les 24 heures qui suivent la naissance.<sup>ii</sup> Ces décès sont étroitement liés à l'absence de soins maternels et néonataux adéquats pendant cette période critique.

La santé et la mortalité néonatale sont étroitement liées à la santé et la mortalité maternelle. Pour les mères qui meurent d'une cause liée au travail et à l'accouchement, il est rare que le nourrisson survive.<sup>iii</sup> La morbidité maternelle est également étroitement liée à des circonstances fœtales et néonatales défavorables.<sup>iv</sup>

Trois causes majeures de mortalité néonatales (infections, accouchement prématuré, et décès néonataux liés au travail et à l'accouchement ou "asphyxie à la naissance") représentent plus de 80% de toutes les décès néonataux dans le monde.<sup>v</sup> Bien que des progrès significatifs ont été réalisés dans la réduction des décès dus au tétanos néonatal, et qu'il y a eu des progrès vers la réduction apparente des infections néonatales, des progrès limités ont été réalisés dans la réduction des décès néonataux dus à l'accouchement prématuré et à ceux liés à l'intrapartum dans le monde. Ces causes et le nombre de décès dans le monde chaque année sont (avec l'écart d'incertitude entre parenthèses):

- Décès causés par une infection néonatale (à l'exception du tétanos): 963 000 (680 000 – 1 500 000)
- Décès causés par des événements intrapartum: 814 000 (560 000–1 000,000)
- Décès causés par les complications de la prématurité: 1 033 000 (720 000–1 222 000)<sup>vi</sup>

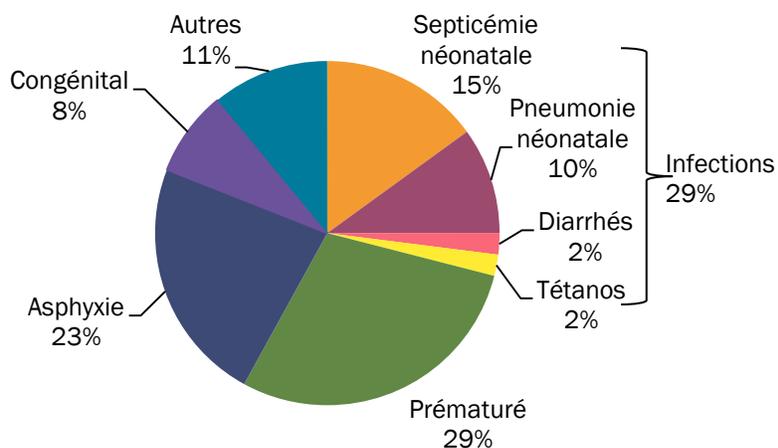


Figure 1. Causes de 3,6 millions décès néonataux dans 192 pays sur la base de données de mortalité par cause et multi-cause modélisés (Source de données: Basée sur les données du groupe de référence de l'épidémiologie de la santé de l'enfant (Child Health Epidemiology Reference Group) et OMS - Black et al.)<sup>vii</sup>

Les bébés nés dans les pays les moins développés ont un risque très élevé de décès intrapartum (appelé précédemment « asphyxie à la naissance »)<sup>viii</sup> et de mort-nés en intrapartum. Les mort-nés dans les régions à ressources limitées ne sont pas souvent enregistrés et sont donc particulièrement difficiles à mesurer. Les interventions visant à réduire les décès de nouveau-nés liés à l'intrapartum nécessitent la présence d'un prestataire qualifié lors de l'accouchement, et la prestation de soins obstétricaux d'urgence.<sup>ix</sup> Dès lors qu'une urgence obstétricale, comme la dystocie ou l'hémorragie, a entraîné des dommages intrapartum graves, le bébé peut être mort-né ou avoir un grand risque (30 à 50%) de mourir le premier jour de vie.<sup>x</sup>

## Interventions en matière de soins pendant le travail et l'accouchement qui réduisent les décès néonataux et sauvent la vie des nouveau-nés.

Les efforts pour améliorer les soins fournis aux mères pendant le travail et l'accouchement ont un effet **direct** sur les nouveau-nés—pour la prévention des infections, les traumatismes à la naissance, et l'asphyxie. La prévention des décès des nouveau-nés liés au travail et à l'accouchement, objectif de cet exposé, peut être influencée par les soins qu'une femme reçoit pendant le travail.

### Pratiques cliniques à éviter pour réduire les décès de nouveau-nés liés à l'intrapartum

- Restriction de mouvement pendant le travail
- Position en décubitus dorsal pendant le travail et l'accouchement
- Poussées ininterrompues lors du deuxième stade (expulsion)
- Utilisation incontrôlée d'ocytocine

### Pratiques cliniques à promouvoir pour réduire les décès de nouveau-nés liés à l'intrapartum

- Présence d'un prestataire qualifié à chaque naissance
- Utilisation du partogramme
- Accompagnement pour le travail et l'accouchement
- Repos entre les efforts de poussées dans le deuxième stade
- Nourriture et boisson pendant le travail
- Prise en charge appropriée de la pré-éclampsie
- Recours approprié à la césarienne

## Vigilance

Le mot «obstétrique» a son origine du Latin, à savoir, «se tenir prêt.» La surveillance du travail est le processus de «se tenir prêt avec vigilance» en observant l'évolution du travail et l'état de la mère et du bébé et de déterminer si les choses avancent normalement ou si des complications se développent. Intervenir avec des procédures inappropriées et parfois inutiles, comme de multiples touchers vaginaux, des épisiotomies de routine et l'administration de fluides intraveineux, et empêchant la mère de prendre des liquides par voie orale et de la nourriture, peuvent causer des problèmes et des complications pour la mère et le nouveau-né. Par ailleurs, le défaut de surveiller soigneusement en permanence la mère, le bébé et la progression du

travail, qui permet de détecter les problèmes à temps, et les gérer rapidement de façon appropriée, peut aussi entraîner des excès de morbidité et de mortalité pour la mère et le bébé. Le plus tôt un problème est détecté, plus il peut être traité afin d'éviter la morbidité et la mortalité. Le rythme cardiaque fœtal doit être surveillé et enregistré toutes les 30 minutes pendant la phase active du travail et toutes les cinq minutes pendant le deuxième stade du travail (expulsion) pendant que la femme pousse. Si la surveillance révèle qu'il y a des anomalies du rythme cardiaque fœtal, des interventions appropriées devraient être prises, telles que le changement de position, l'administration d'oxygène, bref repos de la mère, ou si les anomalies persistent, l'accouchement assisté par voie vaginale ou par césarienne.

## Utilisation du partogramme

Le partogramme facilite l'observation vigilante. Le partogramme est un outil de prise de décision qui enregistre, sous forme graphique, la condition de la mère et du bébé, ainsi que la progression du travail. La représentation visuelle de toutes les données pertinentes qui sont fournies par cet outil permet aux prestataires et aux superviseurs d'identifier rapidement les conditions qui nécessitent une attention ou une action. L'utilisation du partogramme a montré une réduction du travail prolongé, de la proportion de travail nécessitant une direction et de césariennes d'urgence, ainsi que la réduction de mort-nés en intrapartum et des décès néonataux précoces chez les femmes multipares et primipares.<sup>xi</sup> L'utilisation du partogramme permet aux prestataires de savoir quand il pourrait être nécessaire de diriger le travail pour augmenter le taux de dilatation, mais aussi de réduire l'usage inutile d'ocytocine qui peut entraîner une hyperstimulation ou hypoxie fœtale. Son usage permet aussi de procéder, en temps opportun, - lorsque c'est nécessaire - à faire une césarienne, nécessaire parfois pour la délivrance sûre d'un fœtus hypoxique. L'utilisation du partogramme encourage également une vigilance accrue et alerte le prestataire aux signes de détresse fœtale ou maternelle à un stade précoce lorsque des mesures correctives peuvent être prises efficacement.

En plus de l'utilisation du partogramme, l'accélération du travail, si nécessaire ne doit jamais se faire si l'ocytocine ne peut pas être soigneusement réglementée. Le travail peut être accéléré pour des raisons purement médicales. La famille d'une patiente peut mettre des pressions sur le prestataire pour « accélérer le travail », mais l'explication par le prestataire que le travail progresse normalement et les dangers de l'accélération inutile du travail, peut aider à apaiser les inquiétudes. En outre, l'ocytocine doit être utilisée par voie intramusculaire ou autrement, sans contrôle, peut entraîner des contractions tétaniques et des dommages ou la mort du nouveau-né. Si l'ocytocine doit être administrée, cela doit être fait selon les protocoles du manuel de *Prise en charge des Complications de la Grossesse et de l'Accouchement* de l'Organisation Mondiale de la Santé. L'ocytocine ne devrait jamais être administrée de façon incontrôlée ou sans surveillance.

## Prise en charge pendant le premier stade du travail

Une simple intervention, comme un soutien affectif lors du travail, peut améliorer le résultat de la naissance pour la mère et le bébé. Il a été montré qu'un tel soutien peut être lié à une réduction de césariennes ou d'accouchements assistés, aux besoins de médicaments et à la durée du travail, toutes choses qui augmentent le risque de complications maternelles et néonatales.<sup>xii</sup>

De même, l'utilisation de mesures non pharmacologiques pour soulager la douleur, comme une voix calme, des techniques de relaxation, d'encouragement, de réconfort, en permettant le changement de position, a montré une réduction du nombre d'accouchements opératoires, et une réduction du besoin d'analgésie pharmacologique,<sup>xiii</sup> dont certains, par exemple, les analgésiques narcotiques, peuvent provoquer la dépression respiratoire du nouveau-né.

Une hydratation et une alimentation adéquate au cours du travail sont essentielles au bien-être de la mère et du bébé et à la progression du travail. Jeûner pendant l'accouchement peut

entraîner une hypoglycémie et une cétose, qui tous deux peuvent être évités grâce à un apport adéquat.<sup>xiv</sup> L'hydratation est également essentielle pour le maintien du volume intravasculaire et pour assurer une bonne perfusion utérine et du placenta, permettant ainsi une délivrance maximale d'oxygène pour le fœtus. L'expérience montre qu'il n'y a pas de différence significative dans les vomissements entre les femmes qui mangent pendant qu'elles sont en travail et celles qui prennent seulement des liquides.<sup>xv</sup>

## Prise en charge de la pré-éclampsie/éclampsie

Bien que la pré-éclampsie/éclampsie (PE/E) soit une maladie qui touche les femmes, elle peut avoir un impact sur les nouveau-nés également. La PE qui n'est pas reconnue et gérée de façon appropriée peut entraîner une hypertension artérielle sévère et des convulsions de la mère, qui peuvent tous deux réduire le flux sanguin vers le fœtus. La prise en charge de la PE sévère ou de l'éclampsie peut nécessiter un accouchement prématuré, résultant en des complications néonatales, ou même des césariennes qui sont tardives ou inutiles, qui peuvent également contribuer à des décès néonataux liés au travail et à l'accouchement.

## Prise en charge adéquate du deuxième stade du travail

Le deuxième stade du travail commence lorsque le col est complètement dilaté. Cependant la dilatation complète n'exige pas que le bébé sorte immédiatement. La physiologie normale de la deuxième phase du travail commence par un ralentissement des contractions alors que le bébé commence à descendre. Lorsque le bébé est descendu à un certain niveau, cela provoque une pression qui stimule le réflexe naturel de la femme qui éprouve le besoin de pousser; c'est le moment où elle devrait pousser. La femme doit pousser seulement lors des contractions et s'arrêter lorsque la contraction est passée. La force des contractions utérines diminue le flux sanguin- et l'oxygène- qui passe par l'utérus ou le placenta. Le bref répit entre les poussées maternelles est essentiel pour permettre à la mère de respirer bien à fond pour oxygéner au maximum le sang et le flux de ce sang oxygéné dans l'utérus et le placenta vers le bébé. Rappelez-vous, essentiellement le sang ne coule pas vers l'utérus ou le placenta au pic de la contraction. Par conséquent, le repos entre les contractions est le seul moyen de délivrer de l'oxygène au fœtus.

La surveillance du bien être fœtal est essentielle pendant le deuxième stade du travail, un moment de stress additionnel pour le bébé. Le rythme cardiaque fœtal doit être surveillé toutes les cinq minutes pendant le deuxième stade du travail. Tant que le rythme cardiaque fœtal reste normal, il n'y a aucune raison de précipiter la naissance du bébé. La position de la mère pendant l'accouchement est importante pour assurer l'approvisionnement adéquat en sang. La position en décubitus dorsal ou gynécologique provoque une compression sur l'aorte et la veine cave, et réduit le flux de sang vers l'utérus. Par conséquent, la femme devrait être libre de choisir d'autres positions pendant le travail et l'accouchement, telles que s'accroupir, rester debout, ou à quatre pattes.

## Soins adéquats pour la santé des mères et des nouveau-nés

Des soins appropriés pour la mère en travail contribuent également à assurer des conditions sécuritaires pour le bébé. Le soutien par un prestataire qualifié pendant le travail est nécessaire pour que les choses normales restent normales et pour détecter rapidement et traiter les complications pendant le travail afin que les mères et les nouveaux nés aient la meilleure chance d'un accouchement sûr et sain. Parce qu'on estime que 50% des nouveaux nés qui ont besoin de ressuscitation n'ont pas de facteurs connus qui permettraient de prédire cette complication, chaque prestataire qualifié doit également avoir des compétences en réanimation néonatale et avoir accès à un sac autogonflant et un masque. La présence d'un prestataire qualifié pendant le travail et l'accouchement joue un rôle clé dans la prévention, la détection précoce et la prise en charge de problèmes qui pourraient causer les décès néonataux en intrapartum.

Dans les situations où il n'y a pas de prestataire qualifié pendant l'accouchement, il y a des points importants pour la famille ou l'accoucheuse traditionnelle à retenir. Le travail et l'accouchement sont généralement des événements normaux, et éviter d'intervenir en l'absence de complications est la meilleure chose à faire.

- Ne pas donner de médicaments à la mère qui pourraient accélérer le travail; cela pourrait causer de graves complications pour la mère et le nouveau-né
- Ne rien insérer dans le vagin; pas d'herbes, de doigts ou d'instrument de toute sorte

Pour aider les bébés à respirer, procéder aux étapes ci-dessous:

- Nettoyer délicatement la bouche et le nez du bébé avec un tissu propre, le sécher avec un tissu propre et sec et lui frotter le dos.
- Placer le bébé peau à peau sur la poitrine de sa mère pour qu'il puisse allaiter immédiatement.

La famille ou l'accoucheuse traditionnelle présente doivent surveiller s'il y a des signes de danger chez la mère et le bébé, et être prêts à transférer si nécessaire.

---

<sup>i</sup> Lawn JE, Cousens S and Zupan J. 2005. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet* 365: 891–900.

<sup>ii</sup> Lawn JE et al. 2010. 3.6 million neonatal deaths—what is progressing and what is not? *Semin Perinatol* 34: 371–386.

<sup>iii</sup> Ronsmans C et al. 2010. Effect of parent's death on child survival in rural Bangladesh: a cohort study. *Lancet* 375: 2024–2031.

<sup>iv</sup> Lawn JE et al. 2009. Reducing intrapartum-related deaths and disability: can the health system deliver? *Int J Gynaecol Obstet* 107 Suppl 1: S123–40, S140–2.

<sup>v</sup> Lawn JE et al. 2010.

<sup>vi</sup> Lawn JE et al. 2010.

<sup>vii</sup> Black RE et al. 2010. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. 2010. *Lancet* 375: 1969–1987.

<sup>viii</sup> Lawn JE et al. Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why, and what can be done? *Int J Gynaecol Obstet* 107 Suppl 1: S5–18, S19.

<sup>ix</sup> Darmstadt GL et al. 2005. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 365: 977–988.; Adam T et al. 2005. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 331: 1107.

<sup>x</sup> Lawn J, Shibuya K and Stein C. 2005. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. *Bull World Health Organ* 83(6): 409–417.

<sup>xi</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1994. The WHO partograph in the management of labor. *Lancet* 34: 1399–1404.

<sup>xii</sup> Brüggemann OM, Parpinelli MA and Osis MJ. 2005. Evidence on support during labor and birth: A literature review. *Cad Saude Publica* 21(5):1316–27.

<sup>xiii</sup> Hodnett ED et al. 2011. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* Feb 16;2:CD003766.

<sup>xiv</sup> Scrutton MJ et al. 1999. Eating in labour. A randomised controlled trial assessing the risks and benefits. *Anaesthesia* 54(4): 329–34.

<sup>xv</sup> Parsons M, Bidewell J and Nagy S. 2006. Natural eating behavior in latent labor and its effect on outcomes in active labor. *J Midwifery Women's Health* 51(1): e1–6.