

La présence du personnel médical au moment du travail et de l'accouchement-lignes directrices sur les soins obstétricaux

Ces lignes directrices ont été élaborées par le Comité exécutif de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et approuvées par son Conseil, par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et par la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC).

La Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) a révisé les composantes des lignes directrices concernant les anesthésiologistes et est en accord avec celles-ci.

Ces lignes directrices remplacent celles publiées en septembre 1996.

PRÉAMBULE

Les lignes directrices qui suivent peuvent être adoptées ou modifiées, selon les circonstances, dans la mesure où il faut tenir compte du fait que les soins obstétricaux offerts par divers hôpitaux peuvent aller du niveau I au niveau III, ce qui fait que les femmes en travail peuvent connaître des problèmes de complexité diverse et que les qualifications des médecins et du personnel infirmier varient d'un hôpital à l'autre.

La présence d'un médecin, qui permet une analyse rapide de tout problème survenant en cours de travail, est la situation idéale. Dans les hôpitaux du niveau III, la présence de médecins résidents, capables de répondre aux problèmes qui surviennent, y compris le besoin de césariennes, s'avère la situation la plus souhaitable. Il faut reconnaître qu'il n'est pas possible de prévoir toutes les urgences et que, même quand un médecin est présent, on ne peut pas toujours en garantir l'aboutissement.

Dans tous les hôpitaux qui fournissent des soins obstétricaux et des services de naissance, le médecin présent doit tenir compte du niveau de risque de chaque patiente individuelle, du déroulement de son travail et du nombre de patientes en travail. Les médecins doivent se servir de cette information pour juger si leur présence immédiate dans l'hôpital est néces-

saire. Quand sa présence est requise, le médecin responsable de l'obstétrique, ou un substitut, doit être disponible dans la salle d'accouchement en l'espace d'environ 30 minutes.¹⁻⁶ Les médecins doivent informer leurs patientes de leur disponibilité et prévoir leur remplacement par d'autres médecins. Il faut insister sur l'importance de fournir des soins à la fois individualisés et facilement disponibles en cas d'urgence.

DÉFINITION DES NIVEAUX D'HÔPITAUX

- Niveau I Hôpital communautaire ou rural qui fournit des soins aux femmes dont la grossesse ne présente pas de facteurs de risque importants, et qui normalement ne peut compter sur l'appui d'un spécialiste.
- Niveau II Hôpital communautaire ou régional qui fournit des soins aux femmes dont la grossesse présente des facteurs de risque allant de faibles à élevés, et qui peut compter sur l'appui d'un spécialiste.
- Niveau III Hôpital tertiaire qui fournit des soins aux femmes dont la grossesse présente des facteurs de risque allant de faibles à élevés, en plus de services périnataux, néonataux et anesthésiques.

Ces définitions sont décrites dans l'édition d'avril 2000 de

Cette déclaration de principe fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celle-ci et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

l'ouvrage suivant : *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*.⁷

La SOGC est consciente du fait que, dans beaucoup de localités rurales ou éloignées, les soins de grossesses à risque faible ne comprennent pas la possibilité de pratiquer des césariennes. Des protocoles de transferts d'urgence à des établissements dotés de services de césarienne doivent être prévus. En région rurale, les normes prévoyant la disponibilité des médecins doivent être établies sur place. Il faut être en mesure de répondre rapidement aux problèmes et adopter des protocoles pour le transfert immédiat des cas à risque élevé. Des directives claires doivent être énoncées et on doit s'assurer qu'elles sont connues des médecins, des professionnels de la santé et du public.

À l'heure actuelle, aucun essai randomisé et contrôlé ne permet d'évaluer les conséquences du temps écoulé entre le moment de la décision de pratiquer une césarienne et la naissance du bébé. Ces recommandations se fondent sur l'opinion des experts et sont sujettes à des modifications à la lumière des nouvelles connaissances.

Les points suivants mettent en évidence les facteurs les plus décisifs permettant d'assurer des soins optimaux aux patientes durant le travail et l'accouchement.

1. La présence d'un médecin au moment opportun.
2. Tout facteur de risque prénatal connu doit être évalué dès le début du travail. Les facteurs de risque intrapartum doivent être évalués d'une façon continue et on doit diagnostiquer les problèmes et s'en occuper sans délai.
3. Quand un système d'appel est en place, le médecin remplaçant doit avoir une compétence comparable et être informé de tous les faits importants appartenant au cas particulier qui lui a été référé.
4. Le déroulement du travail doit pouvoir être suivi facilement à partir des dossiers.
5. Le monitoring de la fréquence cardiaque fœtale, électroniquement ou par auscultation, doit se faire conformément aux normes approuvées et être interprété d'une manière cohérente.⁷
6. Toute indication entraînant une intervention doit être convaincante, contraignante et bien documentée au moment de l'événement. Quand les forceps ou la ventouse obstétricale sont nécessaires, la SOGC recommande de respecter les définitions acceptées pour l'application des forceps à la partie basse ou à la partie moyenne, telles que présentées dans les lignes directrices de la SOGC sur les forceps.^{8,9}
7. Lorsqu'on prévoit un accouchement vaginal pour une présentation du siège ou des jumeaux, les préposés à l'anesthésie doivent en être informés le plus tôt possible.
8. Tous les détails pertinents du travail et de l'accouchement doivent être notés, dès qu'ils se présentent et d'une manière cohérente par le personnel médical présent.

9. On doit avoir la possibilité de pratiquer immédiatement une césarienne pour tout accouchement prévu à partir de la cavité pelvienne moyenne avec application des forceps ou de la ventouse obstétricale, avec présentation du siège ou naissance gémellaire vaginale. La présence et la disponibilité, dans l'hôpital même, d'un personnel formé pour les accouchements par césarienne est essentielle, aussi bien aux niveaux de l'anesthésie et de l'obstétrique que des soins néonataux et infirmiers.
10. Les accouchements à partir de la cavité moyenne avec application des forceps ou de la ventouse obstétricale, les accouchements vaginaux avec présentation du siège et les grossesses multiples peuvent se dérouler dans la salle d'accouchement ou d'opération.
11. En cas d'accouchement assisté par les voies basses, la présence d'un anesthésiste n'est pas habituellement nécessaire.
12. On doit prélever des gaz sanguins du cordon ombilical d'une manière systématique. Immédiatement après l'accouchement, on pratique un clampage double du cordon et on prélève un échantillon dans une seringue héparinée qu'on envoie à un laboratoire d'analyse des gaz sanguins. Les hôpitaux peuvent adopter l'une des procédures suivantes pour cette analyse :
 - 12.1 La méthode préférée consiste à envoyer le sang du cordon ombilical au laboratoire pour y faire une analyse du pH, du pO₂, du pCO₂ et du déficit basal. Cela doit être pratiqué de la même manière que les analyses du gaz sanguin pour les autres départements de l'hôpital. Il se peut qu'il faille avoir recours au technicien de laboratoire de service pour faire ces analyses dans la mesure où l'équipement des laboratoires d'hôpitaux est étalonné d'une façon régulière.
 - 12.2 L'analyse du pH peut être faite dans la salle d'accouchement par un médecin ou une infirmière. L'équipement devra être vérifié et étalonné régulièrement pour s'assurer que les résultats obtenus sont cohérents.
 - 12.3 Une analyse différée du sang du cordon ombilical peut être utilisée dans les hôpitaux où on n'a pas accès à l'analyse du gaz sanguin jour et nuit. Une détérioration imprévue ou une mort néonatale peuvent se produire plusieurs heures après un accouchement normal. Cette méthode d'analyse différée peut donner des renseignements importants sur un nouveau-né soudainement en danger. Elle exige que le sang du cordon ombilical soit prélevé dans une seringue héparinée, ensuite placé sur de la glace, réfrigéré et analysé plus tard, au moment opportun, moins de 60 heures après l'accouchement.¹⁰⁻¹⁴

Des nombreux hôpitaux ont déjà intégré ces procédures à leurs plans de soins obstétricaux. L'analyse systématique des gaz sanguins du cordon ombilical peut

aider à déterminer les soins appropriés à prodiguer au nouveau-né. Des études sont en cours afin d'évaluer l'impact d'une telle stratégie sur le résultat périnatal.

13. **Le choix du moment de la césarienne** : L'hôpital est responsable d'assurer une disponibilité satisfaisante des salles d'opération ainsi que du personnel de soins infirmiers, d'anesthésie, d'obstétrique et de réanimation de nouveau-nés capables de répondre aux urgences obstétricales d'une manière adéquate.

Les problèmes peuvent survenir d'une manière soudaine et imprévue même lorsque les patientes sont considérées à faible risque. Les hôpitaux doivent toujours être en mesure de répondre à de telles urgences.

- 13.1 **Césariennes d'urgence** : les césariennes d'urgence doivent être envisagées et pratiquées chaque fois qu'on soupçonne un danger grave pour le fœtus et qu'un accouchement vaginal n'est pas imminent.
- 13.2 **Césariennes urgentes** : les cas obstétricaux où un danger grave pour le fœtus ou la mère n'est pas encore évident, mais où la situation clinique de la patiente ou le déroulement du travail sont tels qu'une césarienne est indiquée.

Si la fréquence cardiaque fœtale et le contrôle de la douleur sont satisfaisants, on doit commencer la césarienne rapidement, en collaboration avec les préposés à l'anesthésie et les autres pourvoyeurs de soins requis. Le personnel médical présent doit s'assurer que les raisons motivant tout retard sont notées en détail au dossier de la patiente.

- 13.3 **Les césariennes après une tentative échouée** d'accouchement vaginal pour présentation du siège, grossesse multiple ou application des forceps à la partie moyenne. Après une tentative d'accouchement vaginal non fructueuse, on doit pratiquer une césarienne sans délai.¹⁵
- 13.4 **Pratiques régissant les communications** : les salles d'opération et d'accouchement doivent communiquer efficacement pour se tenir au courant des cas en cours. Une telle pratique permet d'optimiser le temps de réponse nécessaire pour le soins des patientes.
- 13.5 **Services chirurgicaux de secours en cas d'urgence** : chaque hôpital doit mettre en place des mesures pratiques pour qu'une seconde équipe chirurgicale soit disponible en cas d'urgence.

14. **Temps de réponse requis selon le niveau de l'hôpital**
Hôpital du niveau I : Dans les hôpitaux communautaires ou ruraux, un médecin doit être disponible à la salle d'accouchement en l'espace d'environ 30 minutes, et il doit être prêt à répondre rapidement aux demandes du personnel hospitalier.

Hôpital du niveau II : Un médecin doit être disponible à la salle d'accouchement en l'espace d'environ 30 minutes, et il doit être prêt à répondre aux demandes du personnel hospitalier.

Hôpital du niveau III : On doit assurer une présence continue sur place d'un personnel en obstétrique, en anesthésie et en pédiatrie pour les femmes en travail.

CONCLUSION

Les gouvernements et les établissements hospitaliers doivent assurer des ressources humaines et financières adéquates pour atteindre les normes nécessaires permettant des soins optimaux pour les Canadiennes et leurs nouveau-nés, tout en maintenant des horaires de travail acceptables pour les médecins et les prestataires de soins de santé.

RÉFÉRENCES

1. Indications for cesarean section: final statement of the panel of the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth. Consensus Conference Report. CMAJ 1986;134:1348-52.
2. Towards Safer Childbirth - Minimum Standards for the Organisation of Labour Wards. Report of a Joint Working Party. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives. Report of a Joint Working Party. February 1999.
3. Eiferink-Stinkens PM, Brand R, Van Hemel OJ. Trends in caesarean section rates among high and medium-risk pregnancies in The Netherlands. Eur J Obstet Gynecol & Reprod Biol 1995;59(2):159-67.
4. Chauhan SP, Roach H, Naef RW 2nd, Magann EF, Morrison JC, Martin JN Jr. Cesarean section for suspected fetal distress: Does the decision-incision time make a difference? J Reprod Med 1998;43(2):161-2.
5. Elliott JF. Cesarean section for suspected fetal distress. J Reprod Med 1998;43:161-2.
6. Schauburger CW, Rooney BL, Beguin EA, Schaper AM, Spindler J. Evaluating the thirty minute interval in emergency Cesarean sections. J Am College of Surgeons 1994;179:151-6.
7. Santé Canada, Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, 2000. No de cat. H39-527/2000F ISBN 0-662-84474-2.
8. Fetal Health Surveillance in Labour. SOGC Policy Statement. J Obstet Gynaecol 1995;17(9):859-901.
9. Lignes directrices sur l'utilisation sûre et appropriée des forceps en obstétrique moderne. Directives cliniques de la SOGC. J Obstet Gynaecol Can 1996;18:67-8.
10. COURS GESTA SOGC 1999 - VI^e édition.
11. Chauhan SP, Meydrech EF, Morrison JC, Magann EF, Rock WA, Martin JN. Remote umbilical arterial blood pH analysis: accuracy, utility, and limitations. Am J Perinat 1997;14:39-43.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists: Umbilical artery blood acid-base analysis. ACOG Technical Bulletin No. 216 1995.
13. Chauhan SP, Cowan BD, Meydrech EF et al. Determination of fetal acidemia at birth from a remote umbilical arterial blood gas analysis. Am J Obstet Gynecol 1994;170:1705-12.
14. Peipert JF, Sweeny PJ. Diagnostic testing in obstetrics and gynecology: A clinician's guide. Obstet Gynecol 1993;82:619-23.
15. Strickland DM, Gilstrap LC III, Hauth JC, Widmer K. Umbilical Cord pH and pCO₂: Effect of interval from delivery to determination. Am J Obstet Gynecol 1984;148:191-4.