



Liste Top 5

Pour spécialistes

Celle-ci a pour but non seulement de déboucher sur des «décisions judicieuses», mais aussi d'encourager une franche discussion entre le corps médical, les patients et le public. *Choosing Wisely* s'articule autour de ce qu'on appelle des «listes Top 5» dans chaque discipline clinique. Ces listes Top 5 comprennent chacune cinq mesures médicales qui sont généralement inutiles. Les listes sont établies par les associations des professions et disciplines concernées, s'appuient sur des recommandations publiées et sont basées sur les preuves.

smarter medicine –
Choosing Wisely Switzerland

1

Ne pas couper le cordon ombilical avant la première minute de vie, à moins que l'enfant n'ait besoin d'une aide médicale



Ne clamer 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'entérocrites nécrosantes et d'hémorragies intraventriculaires.

Sources:



2

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:





3

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:



4

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 pro-

longé sont principalement l'apport d'énergie, la mobilisation/le changement de position de la mère, l'amniotomie et l'administration d'ocytocine.

Sources:



5

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



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:





Liste Top 5

Pour le grand public

Il existe presque toujours plusieurs possibilités de traitement ou thérapie. Abordez toutes les options. La discussion vous aidera à déterminer la voie la plus adaptée à vos besoins et qui vous convient le mieux. Demandez quels sont les avantages et les inconvénients du traitement recommandé. Plus vous en savez sur un traitement, mieux vous pourrez évaluer ce qui est important pour vous ou à quoi vous pouvez vous attendre. Ainsi, vous prendrez votre décision en connaissance de cause.

*smarter medicine –
Choosing Wisely Switzerland*

1

Attendre une minute avant de couper le cordon ombilical, à moins que l'enfant ait besoin d'assistance médicale



Le cordon ombilical est coupé après la naissance de l'enfant, mais il faudrait attendre au moins une minute avant de le faire. Les recherches montrent que l'enfant a ainsi plus de globules rouges, ce qui lui apporte certains avantages. Le cordon ombilical ne doit être coupé qu'après une minute, même si l'enfant devait être prématuré. Les enfants sont ainsi en meilleure santé et peuvent mieux se développer.

2

Ne prévoir aucun déclenchement du travail ou de césarienne avant la 40^e semaine de grossesse, sauf pour une raison médicale claire



Le déclenchement du travail ou la planification d'une césarienne détermine la date de l'accouchement. Il est important pour l'enfant que la date de l'accouchement ne soit fixée qu'à partir de la 40^e semaine de grossesse (39+0 à 39+6), c'est-à-dire une semaine avant le terme calculé. Les enfants nés avant la 40^e semaine de grossesse du fait d'un déclenchement du travail ou d'une césarienne sont plus susceptibles de devoir passer par l'unité de néonatalogie. Ils ont plus tendance à souffrir de problèmes respiratoires, d'infections graves et de problèmes alimentaires.



3

Aucune recommandation ou planification systématique de césarienne, même chez les femmes en ayant déjà subi une



Un accouchement par voie vaginale se déroule très souvent sans problème après une césarienne. Un accouchement par voie vaginale présente des avantages s'il n'y a pas de raison médicale de faire une césarienne. Les femmes accouchant normalement après une césarienne ont moins de saignements (hémorragies) et de complications que les femmes ayant subi plusieurs césariennes. Il y aura moins de risques de problèmes médicaux lors d'une potentielle prochaine grossesse, notamment en ce qui concerne le placenta. Le risque d'une rupture de la cicatrice de la césarienne précédente, avant ou pendant l'accouchement, est très faible. Une césarienne d'urgence doit dans ce cas être pratiquée le plus rapidement possible.

4

Pas d'aide au travail médicamenteuse pendant l'accouchement, à moins qu'il n'y ait une raison médicale pour la mère ou pour l'enfant



Si la naissance se déroule normalement et que la mère et l'enfant se portent bien, il ne faudrait pas accélérer les contractions par voie médicamenteuse ou par une intervention. Les femmes enceintes devraient, dès la grossesse, demander à leur médecin ou à un·e sage-femme des conseils et informations sur les différentes phases de l'accouchement.

5

Pas d'épisiotomie de routine en cas d'accouchement par voie vaginale



Une épisiotomie est une blessure supplémentaire et n'a fondamentalement aucun avantage pour la mère ou pour l'enfant. Une épisiotomie ne doit être pratiquée que si l'enfant a besoin d'une aide médicale urgente au dernier stade de l'accouchement.



Mentions légales

**Association smarter medicine –
Choosing Wisely Switzerland**
Monbijoustrasse 43, 3001 Berne
smartermedicine@sgaim.ch
www.smartermedicine.ch

Fédération suisse des sages-femmes
Frohburgstrasse 17, 4600 Olten
info@sage-femme.ch
www.sage-femme.ch