

Hémorragies du post-partum après accouchement par voie basse : pistes de réflexions

“Vous n’y pensez pas : et l’hémorragie de la délivrance ?” C’est la phrase clé qui ferme tout débat à l’alternative à la naissance hospitalière. S’appuyant sur de nombreuses recherches, Blandine Poitel, usagère de santé et bien informée (maman et auteur de dossiers d’information), nous propose ses réflexions sur ce sujet dont le débat en France est plus idéologique que scientifique. Article paru dans [les Dossiers de l’Obstétrique](#) de décembre 2002.

Première cause de mortalité maternelle en couches en France (28), l’hémorragie du post partum a été l’objet de nombreuses et diverses études (11, 13, 14, 15), généralement basées sur la comparaison entre deux cohortes de femmes, une en gestion dite “d’attente” ou “physiologique”, l’autre en gestion dite “active”. Ces recherches s’accordent sur un point de consensus : la gestion active de la troisième phase du travail diminuerait le nombre d’hémorragies du post partum (11, 13, 14, 15). Qu’en est-il ? La première réflexion surgit au sujet des définitions :

En maternité, la gestion “d’attente” dite “physiologique” recouvre un certain nombre d’actes usuels (5, 6, 13, 14, 18, 19, 29) :

- Coucher la femme en décubitus dorsal,
- Poser le monitoring
- Installer le brassard de tension, et la perfusion de glucose et d’ocytocine,
- Percer la poche des eaux,
- Poser la péridurale (si demande) et une sonde urinaire (si péridurale),
- Pratiquer des touchers vaginaux régulièrement pour évaluer l’avancée du travail,
- Positionner les pieds de la parturiente dans les étriers,
- Pratiquer l’épisiotomie de routine.

La gestion active du travail ajoute (14) :

- L’injection systématique d’ocytocine immédiatement après la sortie du bébé,
- Le clampage précoce du cordon ombilical,
- La légère traction sur le cordon avec une main en protection sur l’abdomen pour éviter l’inversion utérine.

Or le déroulement de l’accouchement est essentiellement influencé par un délicat équilibre hormonal (5, 17, 18) :

- L’adrénaline est à un niveau minimum,
- L’ocytocine est relâchée en conséquence par la glande pituitaire au plus près des besoins (engendrant la sécrétion d’endomorphines et de prolactine ultérieurement),
- Les catécholamines sont libérées de façon adaptée à chaque phase du travail.

Quels seraient alors les besoins d’une femme qui accouche dans la physiologie pour favoriser cet équilibre ? (1, 5, 17, 18, 20)

- Etre dans un lieu intime, accueillant, connu,

- Avoir chaud, et pouvoir maintenir cette température, que ce soit dans le mouvement ou l'immobilité,
- Etre libre de bouger, marcher, changer de position,
- Etre le moins possible sollicitée au niveau du cortex, silence ou musique douce, pas de questions, lumière tamisée,
- Etre entourée de peu de personnes (2 ou 3 maximum), connues et appréciées, pas d'intervention sauf si nécessité impérative.

A l'inverse :

- L'environnement inconnu, peu rassurant,
- La température de la pièce pas adaptée aux besoins de la parturiente immobile,
- Les nombreuses interventions sur le corps de la femme (touchers vaginaux, perfusion, sondage, rasage) souvent peu ou pas explicitées, et pratiquées par des personnes différentes,
- L'immobilité et la position inadaptée imposées,
- Les bruits de machines, les conversations techniques autour et sur la femme en travail, l'éclairage violent et cru, peuvent provoquer une sécrétion massive d'adrénaline antagoniste de l'ocytocine (5, 17, 18), bloquant la sécrétion d'endomorphines et de prolactine, perturbant la libération de catécholamines (dont le taux anarchique joue un rôle avéré sur les hémorragies du post partum) (5), freinant le travail, rendant les contractions moins efficaces et plus douloureuses, obligeant à une perfusion d'ocytociques artificiels, baissant le seuil de tolérance à la douleur. L'accouchement devient insupportablement long et douloureux, et la péridurale est posée, engendrant son lot de perturbations iatrogènes

Ces conditions sont, en général, celles d'un accouchement à l'hôpital, et sont tout sauf physiologiques. Il semblerait qu'il y ait là un sérieux détournement de sens. Les termes "gestion" et "physiologique" s'opposent : laisser se dérouler un accouchement physiologiquement impliquerait d'office une non gestion totale, dans la mesure où rien n'appelle à une intervention (1, 5, 17, 18, 20, 29) : physiologie ne signifiant pas coucher la femme en travail, avec monitoring, pieds dans les étriers, ocytocine artificielle... Donc les études (13, 14, 15, 16) sur lesquelles les médecins s'appuient pour recommander la gestion active de la 3ème phase du travail sont complètement biaisées. Elles ne comparent pas l'accouchement physiologique versus l'accouchement géré activement, mais simplement deux formes de gestion du travail :

- la première forme - celle appelée "physiologique" - impose nombre de contraintes sur le corps de la femme et sur celui du fœtus, et ensuite laisse les choses suivre leur cours... il est évident que, dans ce cas de figure, nombre de problèmes surgissent, nécessitant une intervention plus ou moins rapide,
- la deuxième forme - celle appelée "gestion active du travail" - impose les mêmes contraintes, et tout en même temps des produits et actes pouvant pallier aux conséquences éventuelles de ces contraintes. Il est tout aussi évident qu'il y aura moins de problèmes urgents que dans le premier cas.

D'autres réflexions naissent à la lecture des chiffres glanés dans ces différentes recherches :

- le taux d'hémorragies du post partum oscille de 11% à 25% (15), selon les auteurs, en l'absence de thérapeutique préventive,
- selon un travail récent - 1999 (11) -, les évaluations visuelles et/ou par pesée de la sage-femme ou du gynécologue obstétricien conduiraient à une sous estimation des hémorragies du post partum pouvant atteindre 80% (par rapport à un recensement des hémorragies basé sur des examens biologiques, avant/après l'accouchement),

- 30 à 40% des parturientes (6, 14) nécessiteraient une administration d'ocytociques en cours de travail (pour dystocie).

Pourquoi, en situation usuelle du travail, et sans thérapeutique préventive, jusqu'à un quart des femmes subissent une hémorragie du post partum, et 40% nécessitent une administration d'ocytocine (pour cause de dystocie) ? Ces chiffres ne signifient-ils pas la présence de quelque chose de profondément pervers dans notre manière aujourd'hui d'appréhender ces événements intensément vivants, mais si proches de la mort que sont la grossesse, l'accouchement, la naissance ? Et quel est le taux d'hémorragies du post partum chez des femmes occidentales, bien nourries (pas d'anémie), en bonne santé (pas de maladies ni de séquelles d'accident ni de malformation congénitale), ne présentant pas d'anomalie intrinsèque (problème d'hémostase, de coagulation) ou dues à la grossesse (hématome rétroplacentaire, mort foetale, HELLP syndrom...) et qui accouchent réellement dans la physiologie (voir ci-dessus) ? Pour pouvoir tenter de tracer une esquisse de réponse, j'ai limité mon propos aux hémorragies immédiates du post partum (dans les 24 h.), après un accouchement par voie basse.

Dans ce cadre, les causes classiquement définies d'hémorragie du post partum sont : (1, 2, 11, 13, 15, 16, 18)

- les troubles de la tonicité utérine (hypotonie, hypertonie),
- les traumatismes génitaux, déchirures, lacérations, thrombus,
- les anomalies de l'insertion placentaire (placenta praevia, accreta), les inversions et ruptures utérines.

A noter que les causes d'une hémorragie peuvent être multifactorielles. L'atonie utérine à elle seule serait responsable de 50 à 60% des hémorragies détectées (18). L'utérus pourrait ne plus se contracter en raison (1,2,13,15,16,28) :

- d'un travail long dystocique,
- d'un accouchement de grande multipare,
- d'une grossesse avec hydramnios ou gros fœtus, ou jumeaux (les fibres utérines, trop étirées durant la grossesse, perdant leur pouvoir de rétraction),
- de la rétention de tout ou partie du placenta.

Il est quand même intéressant de noter que le profil de la parturiente "à risque d'hémorragie" tel que défini par les études (11, 13, 14, 15, 16) est le suivant : "Une primipare, ayant un travail déclenché et/ou dirigé, à l'issue d'une phase de travail prolongé, sous péridurale et ocytociques, ayant une phase d'expulsion longue." Pas grand chose à voir avec la grande multiparité, l'hydramnios, la gémellité... L'hypertonie utérine se manifeste par la rétraction de l'utérus avant que le placenta ne soit expulsé. L'utérus ne peut assurer son hémostase, et cela entraîne l'hémorragie. Cela se produit le plus souvent après des manoeuvres inappropriées : expression abdominale, traction sur le cordon alors que le placenta n'est pas décollé... (cours de sage femme) Si l'utérus ne se contracte plus, ou se contracte trop, ce n'est, apparemment, pas tant par des anomalies (maternelles, foetales, relatives à la grossesse) qu'à cause d'interventions inadaptées avant ou pendant le travail. Le traumatisme génital est souvent présent (2, 11, 13, 28) mais méconnu et sous-estimé. De nombreuses déchirures et traumatismes trouvent leur origine dans la position imposée en décubitus dorsal, pieds dans les étriers, antiphiysiologique, qui décuple les épisiotomies, lesquelles sont source d'une spoliation sanguine notable peu prise en compte (1, 18, 19, 20, 29) ([voir le lien de l'étude sur ce site](#)).

En matière d'épisiotomie, il existe deux techniques (3, 29) :

- L'épisiotomie médiane, source reconnue de déchirures surajoutées du 3ème et 4ème degré, avec les effets secondaires afférents ; elle est aussi une cause avérée de troubles de la continence fécale (3, 4, 12).
- L'épisiotomie médio latérale, qui semble être "moins pire", en ce qui concerne ses répercussions sur la zone périnéale, sans pour autant apporter de bénéfices réels (3, 29), est beaucoup plus hémorragique que l'épisiotomie médiane, ou qu'une déchirure. La perte sanguine constatée après ce type de geste peut atteindre 300ml pour 10% des patientes (11) au moins.

Le diagnostic d'hémorragie est posé à partir d'une spoliation sanguine de 500 ml. Les extractions instrumentales apportent leur lot de traumatismes surajoutés, et de spoliation sanguine (2, 11, 12, 13, 15) : l'accouchement par forceps est l'un des plus hémorragiques, plus qu'une césarienne, selon une étude récente (11). L'obligation de recourir à une extraction instrumentale a pour origine le plus souvent une dystocie : le bébé ne s'engage pas, le travail stagne, le col cesse de s'ouvrir ou cela devient trop lent... La dystocie s'enracine dans de multiples causes (1, 7, 9, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 29), où l'on retrouve, entre autres :

Les causes classiques : gros bébé, gros périmètre crânien du bébé, dimensions maternelles un peu "justes" (le "bassin rétréci", si cher à l'obstétrique traditionnelle). Ces causes sont nettement majorées, amplifiées par :

- la position couchée en lithotomie dorsale qui complique le trajet du fœtus, et fige l'ensemble ostéo-articulaire en un bloc statique et fixe (18, 19, 20, 27) ,
- l'immobilité du corps maternel écartelé par les étrières, qui ne peut plus se mouvoir pour gagner les centimètres nécessaires au passage du bébé (au niveau des articulations du bassin) ni serrer les jambes pour ouvrir les ischions et laisser passer son enfant (1, 18, 19, 20, 21),
- la péridurale, durant de longues heures, qui transforme notamment les muscles du canal pelvien (censés diriger le bébé dans sa descente) en une suite d'obstacles mous inutiles voire gênants (29),
- le cocktail hormonal indispensable au déclenchement, au bon déroulement et à l'issue favorable de l'accouchement est au mieux fortement perturbé, au pire totalement contrecarré par l'action d'hormones antagonistes (cf. ci-dessus), ce qui oblige à des bricolages artificiels, beaucoup moins efficaces et... iatrogènes (5, 17).

Une autre cause avérée de dystocie prend sa source dans les blocages psycho-affectifs/ familiaux pré-existants de la parturiente, non résolus par un travail "ad hoc" durant la grossesse. Des études ont été réalisées, qui mettent en lumière l'importance prépondérante d'une préparation soignée, responsabilisante et personnalisée dans la diminution nette de nombre de troubles de la grossesse et de l'accouchement, de la prématurité à la dystocie (18, 19, 21, 22, 23, 24, 27).

Enfin, il y a aujourd'hui autour de la femme enceinte une perte, un manque : perte, manque de tissu social tressé autour d'elle, qui lui réponde, que ce soit au niveau de l'information médicale vraie, appropriée et non partisane sur ce qu'elle vit - les livres, articles et reportages sont bien loin de suffire - aussi bien qu'au niveau humain de l'expérience qu'elle traverse, du besoin qu'elle a, quelles que soient les circonstances, de la faire sienne... il semblerait qu'un maternage plus ou moins enveloppant de la future mère l'aide à s'épanouir, facilite la grossesse et l'accouchement et lui permette ensuite un maternage "suffisamment bon" de son enfant (21, 22, 23, 24), lui permettant de commencer sa vie dans les meilleurs auspices. Diminuer les dystocies en agissant sur leurs causes impliquerait une réduction notable des césariennes, des extractions instrumentales, des épisiotomies et déchirures associées, et inéluctablement, une baisse des hémorragies du post partum liées à ces traumatismes.

Les anomalies d'insertion placentaire semblent toucher beaucoup plus fréquemment les femmes :

- Ayant une cicatrice utérine (suite à une césarienne par exemple),
- Dont la mère a utilisé certains médicaments durant sa propre grossesse (distilbène),
- Ayant subi des fausses couches ou avortements.

Dans nombre de ces cas encore, c'est l'intervention précédente du médecin (césarienne) parfois à la demande de la patiente (avortement), qui pose problème sur la grossesse qui suit. Certes, il est des césariennes incontournables, il est des césariennes d'urgence vitale qui sauvent la mère ou l'enfant. Ce taux "incompressible" semblerait se situer autour de 8/10% des grossesses, pour des femmes non sélectionnées (1, 29) - grossesses pathologiques et normales ensemble -. La rupture utérine est un accident gravissime, qui met en jeu la vie de la mère et de l'enfant ; de nos jours, en occident, les ruptures utérines touchent principalement les femmes ayant subi une césarienne (6, 8) lors d'une grossesse antérieure et/ou dont le travail est déclenché ou dirigé par perfusion d'ocytociques continue. Une fois de plus, le praticien fait le lit de ses interventions ultérieures par ses actes d'aujourd'hui. Multiplier le nombre de césariennes pas vraiment justifiées (1, 9, 10, 18, 19, 29) comme actuellement en France (taux 1998 : 17,5%) (25), c'est poser une hypothèse lourde sur l'avenir obstétrical des femmes césarisées, et les enfants qu'elles porteront.

Les causes d'hémorragie du post partum, aussi diverses soient-elles, sont majorées par un facteur peu pris en compte, mais présent systématiquement ou presque dans tous les accouchements en hôpital : la position en décubitus dorsal (1, 3, 17, 18, 19, 20, 29). Quand la femme à terme est couchée à plat dos, l'utérus gravide comprime l'aorte (ce qui gêne l'oxygénation vitale du fœtus, et induit des souffrances fœtales) et la veine cave, ce qui entrave la circulation de retour, source d'hypotension et d'hémorragie : pour favoriser une hémorragie, il suffit de comprimer en aval (17).

L'hémorragie du post partum, dans les 24 h. qui suivent un accouchement par voie basse et pour ses principales indications, n'est pas vraiment imprévisible, soudaine, inattendue : c'est la conséquence presque logique d'une suite d'actes, de produits administrés, de contraintes exercées sur la femme qui geste et qui accouche, c'est la conséquence d'une culture obstétricale basée entièrement sur la pathologie, c'est la conséquence d'une ignorance presque totale de la physiologie, du fonctionnement réel du corps durant l'accouchement et de ses vrais besoins à ce moment si particulier, c'est le résultat inéluctable de la politique actuelle en la matière.

Des choix ont été faits (3, 6, 9, 13, 14, 18, 19, 29) qui privilégient la sécurité sécuritaire, la technicité, la rentabilité, plutôt que la convivialité, la sécurité psycho-affective, l'équilibre intrinsèque du corps, le bien être et le respect de la femme, du couple, du bébé... Ces choix s'appuient sur nombre d'études, des critères politiques, économiques et juridiques. Mais ils :

- peuvent avoir des effets nocifs, en domino, sur chaque femme qui accouche, sur chaque enfant qui naît,
- engendrent quantité d'effets pervers, par exemple :
- suppression de nombre de maternités, avec les répercussions néfastes que cela peut susciter sur l'économie et l'emploi d'une ville,
- concentration des femmes qui accouchent dans de grands centres, véritables usines à bébés, bouillon de culture avéré de nombreuses bactéries souvent multirésistantes aux antibiotiques, et engendrant une

mécanisation, une déshumanisation de la naissance, potentiellement à risques sur l'accouchement, la naissance, l'accueil du bébé, l'établissement du lien mère enfant,

- judiciarisation de l'obstétrique "à l'américaine", dont les retombées négatives n'en finissent pas de nous enchaîner : désertification des spécialités "à risques" (obstétrique, anesthésie), manque criant de personnel dans les maternités, méfiance latente nocive entre soignants et soignés...
- augmentation continue le l'interventionnisme médical "par principe de précaution", et évaluation biaisée des bénéfices/risques
- mauvaises performances en matière de mortalité foeto-maternelle,
- liste non exhaustive...

Vouloir réduire la survenue d'hémorragies du post partum, vouloir réduire leurs conséquences, leur morbidité, leur mortalité sans changer quoique ce soit dans la prise en charge des femmes enceintes, des accouchements et des suites de couches, est aussi vain que de vouloir réduire drastiquement les cancers liés au tabac tout en subventionnant la Seita.

-
1. [Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique, maternité sans risque. Diffusé par l'O.M.S. 1997](#)
 2. Fiches techniques : Prévention et prise en charge des hémorragies du post-partum. Les Dossiers de l'Obstétrique n°263, 1998
 3. Accoucher et Naître en l'An 2000. Dr. B. Maria. Les Dossiers de l'Obstétrique n°279, 2000
 4. L'épisiotomie médiane encore mise au pilori ! Michel Labrecque, L'actualité médicale 2000
 5. [Don't manage the third stage of labour ! Dr. Michel Odent. Practising Midwife 1998](#)
 6. Active management of labor. Mardsen Wagner. Midwifery Today, n°37, 1996
 7. La césarienne en Amérique du Nord. William Fraser, 2ème journées d'Obstétrique du Collège de Gynécologie de Bordeaux, 1995
 8. Mortalité et morbidité de la césarienne. Pierre Marès. 2èmes journées d'Obstétrique du Collège de Gynécologie de Bordeaux, 1995
 9. The aftermath of cesarean delivery. MIDIRS N°10, vol. 10, 03/2000
 10. Que penser du taux de césariennes en France. B. Langer G.Schlaeder. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 27, 1998
 11. [Comparaison des déperditions sanguines lors des césariennes et lors des accouchements par voie basse avec épisiotomie. R. Safarti, M. Maréchaud, G. Magnin. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 28, 1998](#)
 12. L'incontinence du post-partum, Dr. D. Faltin. Internet, 11/2000
 13. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. C. Andrew Combs Edward, F. Murphy and Russel K. Laros, Obstetrics & Gynecology vol. 77, n°1, 01/91
 14. The prevention of postpartum hemorrhage : optimising routine management of the third stage of labour. W. J. Prendiville. Obstetrics & Gynecology 69, 1996
 15. Peut-on réduire la spoliation sanguine liée à l'accouchement? F. Pierre La Presse Médicale n°44, 12/1990
 16. Les hémorragies méconnues de la délivrance. P. Wangala, D. Riethmuller, S. Nguyen & al. Revue Française de Gynécologie Obstétrique, 90, 1995
 17. Genèse de l'Homme Ecologique. Dr. M. Odent. Ed. Epi
 18. Evaluation des Pratiques Médicales autour de la Naissance. Dr. C.E. Tourné. Actes du Colloq ue. Presses Universitaires de Perpignan, 06/96
 19. Naissance et Maltraitance. Dr. C.E. Tourné. Actes du Colloque. Presses Universitaires de Perpignan, 06/98
 20. Corps de mère, corps d'enfant. Les Cahiers du Nouveau Né. Stock, 1996
 21. L'impact de la préparation à la naissance sur la grossesse et l'accouchement. Etude réalisée par l'Association Sages-Femmes et Recherches. Montpellier, 2000
 22. Le versant psychique de la grossesse. Marie Hélène de Valors. Les Dossiers de l'Obstétrique n°287, 2000
 23. Le versant psychique de l'accouchement. Marie Hélène de Valors. Les Dossiers de l'Obstétrique n°289, 2001
 24. Préparation globale, ou comment faciliter l'accouchement. Marie Hélène de Valors. Les Dossiers de l'Obstétrique n°290, 2001

25. Enquête Périnatale 1998. INSERM U149
26. Mise au point sur la mortalité maternelle en France : fréquence, tendances et causes. M.H. Bouvier Colle, F. Pequignot, E. Jouglà. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 30, 2001
27. Femmes enceintes, femmes en mouvement. Jennifer Yeh Nazarian, Diane Dutour. Les Dossiers de l'Obstétrique n°305, 2002
28. Conduite à tenir en urgence devant une hémorragie du post partum. Miléna Poncik. Quotidien du Médecin, 6644 du 14.02.2000
29. La médicalisation de la naissance en question. Les Dossiers de l'Obstétrique n°255, 1997