

RAPPORT 18-09

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie. L'Académie dans sa séance du mardi 18 septembre 2018, a adopté le texte de ce rapport par 76 voix pour, 4 voix contre et 7 abstentions.

De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités.

MOTS-CLÉS : BIENTRAITANCE. ACCOUCHEMENT. NAISSANCE. PRATIQUES OBSTÉTRICALES

KEY-WORDS: CLINICAL RESEARCH. CLINICAL TRIALS. PHARMACEUTICAL INDUSTRY, FRANCE

René Charles RUDIGOZ *, Jacques MILLIEZ *, Yves VILLE *, Gilles CREPIN * (rapporteurs), au nom de la Commission X (Reproduction et Développement)

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts avec le sujet abordé.

RÉSUMÉ

Au fil des années, les actions visant à améliorer la sécurité de la naissance ont porté leurs fruits ; les morbi-mortalités maternelle et périnatale ont diminué de façon spectaculaire.

Cependant, ces excellents résultats sont tempérés par de nombreuses critiques concernant l'hétérogénéité des pratiques et des carences manifestes dans l'accompagnement humain de la naissance.

Dans ce rapport, nous décrivons la réalité du fonctionnement des maternités tout en faisant état des motifs d'insatisfaction exprimés par les patientes.

Nous proposons des axes d'amélioration : meilleure formation des soignants, meilleure information des femmes et leur famille, harmonisation des pratiques, modification du fonctionnement des maternités, en insistant sur la nécessaire implication des usagers dans l'élaboration des projets de service.

Ces propositions pourront servir de support aux actions à entreprendre progressivement dans chaque maternité afin d'améliorer la qualité des soins.

* Membre de l'Académie nationale de médecine.

* Membres participants : MM. Bégulé, Bouchard, Chaussain, Crépin (Président), Dubousset, Duhamel (Secrétaire), Henrion, Jouannet, Le Bouc, Milgrom, Milliez, Salle, Spira, Vert. M^{mes} Éléfant, Junien, Shenfield, MM. Benoît, Bréart, Claris, Carles, Hascoët, Rudigoz, Ville. M^{me} Adolphe, M. Sultan.

SUMMARY

Over the years, actions to improve the safety of childbirth and delivery have shown significant progress. Maternal and perinatal morbidity and mortality have declined dramatically. However, these promising results are tarnished by numerous criticisms regarding shortcomings in the discrepancy of practices and obvious deficiencies in the human support during delivery.

In this report, we confront the actual running of maternity service bound by medical performance to the motives for dissatisfaction as articulated by the women.

We propose the following areas for improvement: better training of caregivers, better education of women, harmonization of practices, as well as changes in the running of maternity services, particularly through a larger involvement of the users.

These proposals could serve as a foundation for action to be undertaken gradually in each maternity hospital in order to improve the quality of care.

INTRODUCTION

Les professionnels de la périnatalité ont le sentiment d'avoir amélioré considérablement la sécurité de la naissance au cours des années écoulées. Cependant, une polémique est apparue récemment, relayée par les médias, à propos de pratiques et d'attitudes qualifiées de « violences obstétricales ». Ces critiques, parfois très virulentes, ont suscité un malaise dans la population mais aussi chez les soignants. Cette situation est susceptible de remettre en cause le lien de confiance réciproque indispensable à un vécu serein de la naissance mais aussi à des soins de qualité.

Le vocable de « violences obstétricales » regroupe tout acte médical, posture, intervention, non approprié ou non consenti. Il recouvre donc, non seulement des actes non conformes aux recommandations pour la pratique clinique (RPC) mais aussi des actes médicalement justifiés réalisés sans information préalable et/ou sans le consentement de la patiente ou avec une apparente brutalité. Enfin, les attitudes, comportements, commentaires ne respectant pas la dignité, la pudeur et l'intimité des femmes sont également cités sous ce terme et rapprochés de la non-prise en compte de la douleur pendant et après l'accouchement.

Il nous a semblé indispensable de faire le point sur le fonctionnement actuel des maternités et sur les motifs d'insatisfaction exprimés, avec un souci d'objectivité, d'apaisement et d'amélioration des prises en charges périnatales.

I. LA RÉALITÉ DES RÉGLEMENTS : UNE ORGANISATION TRÈS STRUCTURÉE

Depuis près de 50 ans, 3 plans de périnatalité successifs ont entraîné de profondes modifications du « paysage » périnatal.

- **Le plan périnatalité 1970-1976** et le décret 72-162 du 21/02/1972 dit décret DIENESCH relatif aux normes applicables aux établissements privés d'accouchement.
 - Ils comportent à la fois des mesures de prévention (passage à quatre consultations obligatoires) et des mesures de sécurisation de la naissance, il a entraîné la fermeture de bon nombre de petites maternités (moins de 15 lits ou moins de 300 accouchements).
- **Le plan de périnatalité 1995-2000** et les décrets 98-899 et 98-900 du 9/10/1998
 - Ils précisent les différents types de maternité I, II, III en fonction de leur environnement pédiatrique, consacrent les réseaux de périnatalité, privilégient le renforcement de la sécurité de la naissance et fixent quatre grands objectifs : diminuer la mortalité maternelle de 30 %, la mortalité périnatale de 18 %, l'hypotrophie de 25 % et le nombre de patientes peu ou pas suivies de 50 %.
- **Le plan périnatalité 2005-2007** « Humanité, proximité, sécurité, qualité »
 - Il crée l'entretien prénatal précoce ayant pour objectif le dépistage et la prise en charge des vulnérabilités psycho-sociales, des patientes à risque de trouble de l'attachement mère-enfant. Il organise le suivi des enfants à risque.
 - Il élargit les missions des réseaux de périnatalité et fixe comme objectif un taux de mortalité périnatale de 5,5 ‰ et un taux de mortalité maternelle de 5/100 000 naissances.

D'autres textes, lois, décrets ont eu, directement ou indirectement, des conséquences sur le fonctionnement des maternités et les attentes des patientes, en particulier :

- **La loi du 4 mars 2002**, dite loi Kouchner, relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé stipule que « *toute personne a droit, à sa demande à une information... Et, toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte-tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* ».
- **La loi 2000-37 du 19 janvier 2000** dite « loi Aubry 2 » fixe la durée du temps de travail à 35h/semaine.
- **La circulaire DHOS 2003-219 du 6 mai 2003** précise les modalités du temps de travail pour les praticiens hospitaliers.
- **La loi 2013-1118 du 6 décembre 2013** autorise l'expérimentation des maisons de naissance.

Par ailleurs, depuis **1999** de nombreuses recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été élaborées et diffusées par les sociétés savantes : Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français (CNGOF)⁷, Société Fran-

çaise d'Anesthésie-Réanimation (SFAR), Collège National des Sages-Femmes (CNSF) ou par la Haute Autorité de Santé (HAS), abordant les points principaux de la surveillance de la grossesse et la pratique des accouchements.

Tout ceci a, progressivement, entraîné des modifications considérables de l'offre de soins et des modalités de fonctionnement des maternités. On peut souligner quelques évolutions importantes :

- Réduction du nombre total de maternités passées de 1369 en 1975 à 517 en 2016 ce qui a eu pour conséquence d'augmenter significativement, pour certaines femmes enceintes, le temps nécessaire pour se rendre à la maternité.
- Augmentation du nombre de maternités effectuant plus de 2000 accouchements par an et diminution des établissements faisant moins de 500 accouchements annuels.
- Augmentation progressive de la proportion des accouchements réalisés dans des maternités de type II (51 %) ou III (26 %) alors que la part des maternités de type I (23 %) continue de décroître 1-2.
- Enfin augmentation de la proportion des accouchements réalisés en secteur public (75 %).
- La diminution du temps de travail et les contraintes de personnel imposées aux établissements ont entraîné des modifications dans la continuité des soins en raison du « roulement » des équipes, qui peuvent être préjudiciables à la cohésion et au lien entre les femmes et les soignants.
- La réglementation du temps de travail médical a favorisé le morcellement de la prise en charge des femmes enceintes rendu inévitable par l'instauration de garde sur place, la limitation du temps de travail, et l'obligation du repos de récupération.

Enfin, l'apparition et l'augmentation du risque médico-légal a probablement favorisé l'émergence d'une obstétrique sécuritaire avec une composante « défensive », et donc plus interventionniste. On doit également souligner deux facteurs accroissant les risques liés à la grossesse et l'accouchement : l'élévation de l'âge des mères lors de leur premier accouchement (24 ans en 1970, plus de 28 ans actuellement) et le développement des techniques de PMA augmentant, entre autres, les risques liés aux grossesses multiples

II. LA RÉALITÉ DE LA SÉCURITÉ DES SOINS : UN BILAN TRÈS FAVORABLE

L'un des principaux objectifs des différents plans de périnatalité était d'améliorer la sécurité et le confort de la naissance en diminuant aussi bien la mortalité maternelle que la mortalité périnatale et en favorisant l'accès à l'analgésie obsté-

tricale. Si les résultats de la France n'étaient pas très bons il y a 30 ans, on doit reconnaître que les objectifs fixés ont tous été atteints et même dépassés.

Mortalité maternelle [3-4]

Les rapports successifs de l'Enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle, créée en 1995, fournissent des chiffres très précis sur la fréquence, les causes, et l'évitabilité de la mortalité maternelle. [3]. L'Académie Nationale de Médecine s'est penchée sur cette question dès 2010 [5].

Alors que les chiffres connus (certainement sous-évalués en l'absence de recueil systématique) faisaient état d'un taux de décès de 80/100 000 naissances vivantes en 1950, la mortalité maternelle était de l'ordre de 20/100 000 en 1980. Le dernier rapport publié en 2017 [3], concernant les années 2010-2012 rapporte un taux de 10,3/100 000, comparable à ceux des autres pays développés : Royaume Uni : 10,1 ; Californie : 9,7, mais supérieur à celui observé en Australie : 6,8/100 000.

Il faut noter qu'il existe une très nette disparité géographique et sociologique, les taux observés étant bien plus élevés dans les DOM-TOM, dans la région Ile-de-France et dans toutes les populations défavorisées.

L'hémorragie du post-partum (HPP) demeure la cause la plus fréquente et la plus évitable de mortalité, l'analyse des dossiers permet de constater que près d'une fois sur deux la prise en charge a été sub-optimale. Les complications hypertensives et thromboemboliques de la grossesse sont, elles-aussi, souvent en cause.

Morbidité maternelle sévère (MMS)

Elle a pu être étudiée grâce à l'étude EPIMOMS [6] menée pendant 1 an dans 9 réseaux de périnatalité.

La fréquence de la MMS est égale à 13,9 %, plus importante en cas de grossesse multiple, de déclenchement artificiel du travail ou de césarienne. Près des ¾ des cas recensés correspondent à des hémorragies du post-partum (HPP). Il existe dans ce domaine de grandes variations d'un établissement à l'autre. Les données provenant du réseau de périnatalité AURORE pour 2016 révèlent des taux très variables d'hémorragie grave, allant de 0,4 % à 4,4 % avec une moyenne à 1,9 %.

Il en va de même des déchirures périnéales sévères dont la fréquence varie de 0,13 % à 2,8 % avec un taux moyen de 1,15 %.

L'efficacité et le principe même de la prévention de l'HPP grave (\geq à 1000ml) par l'administration prophylactique d'oxytocine (APO), pourtant recommandée est parfois remise en question malgré les résultats probants de nombreuses études qui constatent toutes une réduction du risque de 50 % [7].

Mortalité périnatale

La France ne dispose pas de données analytiques concernant la mortalité périnatale compte-tenu de l'impossibilité de faire la différence entre interruptions médicales de grossesses et morts spontanées des fœtus in utero [5]. La mortalité néonatale (J1-J27) est égale à 2,3/1000 naissances vivantes, en diminution par rapport à 2003 (2,6 ‰). La France se situe au 17^e rang européen après des pays comme l'Islande, la Finlande mais au même niveau que la Suisse ou l'Allemagne [8].

Actuellement, grâce à la mise en place des réseaux de périnatalité, plus de 90 % des grands prématurés (nés avant 32 semaines d'aménorrhées) naissent dans une maternité de type adapté (type 3 ou 2B) augmentant ainsi leurs chances de survie sans séquelle.

Seules 10 % des naissances survenant en milieu inadapté auraient pu être évitées par une meilleure prise en charge (Réseau AURORE).

Les données de l'étude EPIPAGE 2 [9] permettent de constater que la survie à 2 ans des enfants nés prématurément entre 22 et 34 SA est passée de 79 % en 1999 à 84,1 % en 2011 [9] ; le taux d'enfant vivants sans séquelle est passé, quant à lui, de 74,5 % à 80,5 %. Les progrès les plus spectaculaires concernent les enfants nés entre 27 et 31 SA dont le taux de survie sans séquelles est passé de 82 % à 90 %.

Cette amélioration des résultats est notamment la conséquence de l'amélioration du taux de couverture par la corticothérapie anténatale à visée maturative pulmonaire qui, passée de 73 % en 1999 à 81 % en 2011, participe largement à la diminution sensible de la morbidité et la mortalité néonatale.

Accès à l'analgésie obstétricale

Les données de l'enquête de périnatalité 2016 [1] révèlent que les objectifs quantitatifs fixés par les plans de périnatalité ont été atteints et même dépassés.

Actuellement, 85 % des femmes enceintes souhaitent accoucher en bénéficiant d'une analgésie locorégionale, et, en définitive, 82 % accouchent avec ce mode d'analgésie. Le recours à une administration d'analgésique contrôlée par la parturiente (PCEA) est possible dans 54 % des établissements. Parmi les patientes qui n'envisagent pas, initialement, d'accoucher sous péridurale, plus de la moitié décide, au cours du travail, d'y avoir recours.

La possibilité de pouvoir bénéficier de techniques alternatives d'analgésie (acupuncture, hypnose,...) existe dans près de 40 % des maternités.

Au total, 88 % des patientes se disent satisfaites par la prise en charge de la douleur au cours et au décours de leur accouchement.

La gestion de l'urgence obstétricale

L'obstétrique, plus que toute autre spécialité, expose au risque de voir survenir des situations susceptibles de mettre en jeu, très vite, le pronostic vital maternel ou fœtal. Il convient donc d'intégrer cette dimension dans l'organisation de toutes les maternités.

Les urgences maternelles peuvent parfois être anticipées en raison de pathologies préexistantes ou apparues en cours de grossesse ; un exemple éloquent est fourni par le placenta *accreta*, source d'hémorragie brutale et massive, dont la fréquence augmente avec celle des utérus cicatriciels. Cependant, le plus souvent ces urgences vitales surviennent sans signe avant-coureur (embolie amniotique par exemple) Il faut donc, chaque fois que cela est possible, anticiper les complications et adresser les patientes à haut-risque dans des maternités de type 3, couplées à un service de réanimation d'adultes. Il faut aussi pouvoir faire appel, sans retard, à un anesthésiste-réanimateur, une compétence chirurgicale, et pouvoir assurer dans les plus brefs délais une transfusion sanguine.

Les urgences fœtales sont, elles, le plus souvent imprévisibles, et peuvent nécessiter une intervention médicale en extrême urgence. La mise au point de protocoles d'interventions urgentes [10], connus de l'ensemble du personnel, régulièrement actualisés, est aujourd'hui indispensable dans chaque maternité permettant d'accroître la réactivité et l'efficacité de l'équipe, en étroite liaison avec le service de néonatalogie.

III. LA RÉALITÉ DU QUOTIDIEN : DES PRATIQUES HÉTÉROGÈNES, DES RÉSULTATS CONTRASTÉS, SOURCE D'INSATISFACTION

De nombreuses recommandations pour la pratique clinique (RPC), opposables aux praticiens, ont été rédigées depuis 20 ans par différentes sociétés savantes ou organismes officiels (CNGOF, HAS, CNSF). Celles-ci auraient dû logiquement uniformiser les pratiques mais force est de constater qu'il existe de fortes disparités d'une unité à l'autre, sans explication rationnelle évidente. A cet égard, les données, très précises, fournies par les différentes enquêtes nationales de périnatalité effectuées en 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016 sont édifiantes, il en est de même des recueils d'indicateurs effectués dans certains réseaux de périnatalité (AURORE notamment). Nous n'aborderons que les sujets qui sont à l'origine des principales sources d'interrogations et d'insatisfaction des femmes.

Les césariennes

On constate une légère augmentation, le taux passant de 16 % en 1995 à 20,4 % en 2016, en relation avec une augmentation des césariennes réalisées en cours de travail [1].

Il existe de fortes disparités d'un établissement à l'autre. C'est ainsi que pour les maternités de type 2 du réseau AURORE les taux observés varient entre 14,5 % et 28,9 %

Il convient toutefois de noter que l'éventail à tendance à se resserrer depuis la parution des recommandations de la HAS concernant les césariennes programmées [11]. Il est probablement souhaitable de poursuivre cet effort qui se heurte souvent au risque médico-légal et au fait que les compagnies d'assurance complémentaires remboursent mieux les dépassements d'honoraires en cas de césarienne.

Le déclenchement artificiel du travail

La récente étude MEDIP [12] apporte des renseignements très précieux sur la réalité des pratiques et le vécu des patientes. Si les chiffres restent stables depuis de nombreuses années, 20 % en 1995 ; 22 % en 2016. Il existe de grandes disparités, entre les maternités (de 9,4 % à 25,5 %) qu'aucun argument médical ne peut suffire à expliquer [1]. Le manque d'information, très courant sur l'indication, le bénéfice escompté, le déroulement, la durée, le risque d'échec de ces déclenchements est source de nombreuses insatisfactions.

L'utilisation de l'oxytocine pendant le travail (hors prévention de l'hémorragie du post-partum ou HPP)

La France se distinguait, encore récemment, par un taux très élevé d'utilisation de l'oxytocine dans le but de renforcer les contractions [1], cela sans réelle justification, et au risque d'augmenter le risque hémorragique [13]. Une sensibilisation vis-à-vis de cette pratique injustifiée a été effectuée, depuis plusieurs années, par les réseaux de périnatalité. Des RPC sont parues en 2015 [14] et ont abouti à un résultat très encourageant puisque le taux d'utilisation de l'oxytocine pendant le travail qui était de 57,6 % en 2010 est passé à 44,3 % en 2016 [1]. Cette tendance devrait se poursuivre à l'avenir.

Les extractions instrumentales

Leur fréquence a légèrement diminué, passant de 16,1 % en 1995 à 12,2 % en 2016 [1]. On peut noter une diminution de l'utilisation du forceps (28 %) et une augmentation des ventouses (50 %). Là encore de grandes variations sont observées, les taux allant de 12 % à 26 % dans les maternités du réseau AURORE.

L'épisiotomie

Cette incision périnéale superficielle pratiquée dans le but de faciliter le dégagement de la tête fœtale au moment de la naissance est sensée prévenir les déchirures graves du périnée. Son efficacité pour la prévention des troubles de la statique pelvienne et des déchirures périnéales de degré 3 ou 4 n'est pas prouvée

[15]. L'épisiotomie peut-être source de saignement, de douleurs périnéales parfois très vives dans le post-partum, de dyspareunie durable. Des RPC ont été édités par le CNGOF en 2015 [15] visant à en diminuer la fréquence.

On peut constater une diminution sensible du taux d'épisiotomie qui est passé de 27 % en 2010 à 20 % en 2016 [1]. Chez les primipares, le taux est passé de 44,8 % à 34,9 % ; avec de grandes disparités entre les services (de 7,4 % à 33,5 % au sein du réseau AURORE).

Depuis plusieurs années on insiste sur la nécessaire limitation des épisiotomies aux seuls cas indispensables, la France se situant au 9^e rang des pays européens pour lesquels des statistiques sont disponibles [1].

Cependant, ce geste est parfois nécessaire et souhaitable et la suture doit en être très soigneuse. La réduction doit rester à l'ordre du jour et constituer un objectif prioritaire pour l'ensemble des maternités.

L'accompagnement humain de la grossesse et de l'accouchement

Les récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'accouchement physiologique et l'accouchement normal [16] ouvrent de nombreuses pistes très intéressantes qui devraient permettre d'obtenir une meilleure satisfaction des femmes sans remettre en question la sécurité de la naissance. La HAS met l'accent sur l'identification précoce des facteurs de risques, la proposition de trajectoires de surveillance prénatale adaptées à la situation de chacune.

Pour les parturientes à très bas risque la surveillance de l'accouchement peut être démedicalisée et adaptée aux souhaits exprimés par le couple : respect de la dynamique utérine spontanée, rupture tardive de la poche des eaux, analgésie non médicamenteuse, déambulation, surveillance intermittente du rythme cardiaque fœtal, position d'accouchement laissée au choix de la patiente, clampage retardé du cordon, peau à peau, etc.

Si les impératifs de sécurité demeurent fondamentaux, ce type de prise en charge ne peut se concevoir qu'à la condition qu'il soit possible, en cas d'événement nouveau porteur de risque, de passer sans délai à une surveillance classique voire d'envisager une prise en charge médicale active.

Ce type d'accompagnement nécessite une plus grande disponibilité du personnel soignant, sage-femme en particulier, l'idéal étant qu'une sage-femme soit disponible pour chaque femme en travail [17], ce qui, dans la majorité des établissements est matériellement impossible en raison des effectifs présents, en salle de naissance notamment.

Les autres griefs envers les prises en charge périnatales

La principale doléance exprimée par les femmes concerne l'accompagnement humain de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Les reproches

sont nombreux, étayés par des observations indiscutables et relayés par les forums de discussion ayant fourni la matière à un certain nombre d'ouvrages très critiques [18]. Bien que nous ne disposions pas de statistiques précises, nous pouvons rapporter un certain nombre de manquements fréquemment signalés à la suite de nos recherches et de nos auditions.

- Le manque d'information sur les problèmes existants, les enjeux, les décisions à prendre, les gestes qui peuvent ou non être réalisés aussi bien avant que pendant et après l'accouchement ; (on peut citer le choix du mode d'accouchement en cas d'utérus cicatriciel ou de présentation de siège). Il est, à cet égard souhaitable que les femmes reçoivent toutes les explications nécessaires *a posteriori*, lorsqu'une intervention médicale imprévue a été réalisée : césarienne, forceps, etc.
- Le non-respect de l'autonomie des femmes en ce qui concerne le déroulement de l'accouchement, position, utilisation de l'ocytocine, épisiotomie, présence du père en cas de césarienne, section du cordon par le père etc.
- Bien que 88 % des femmes se disent satisfaites de la prise en charge de la douleur au cours de l'accouchement et dans le post partum, il existe de nombreuses récriminations qui portent sur 3 points principaux :
 - Le caractère parfois imparfait de l'analgésie lors de la réalisation d'extractions instrumentales, d'épisiotomie, de gestes endo-utérins, voire de césariennes entraînant des perturbations psychologiques incontestables ;
 - Le manque d'écoute et de prise en charge des femmes lorsqu'elles expriment leur douleur et leur ressenti que ce soit pendant le travail ou dans le post-partum ; aboutissant, en particulier, à une pratique décalée de l'analgésie, trop précoce ou trop tardive ;
 - Un mauvais dosage des anesthésiques entraînant une analgésie inadaptée, insuffisante ou excessive qui met la parturiente dans l'impossibilité de participer activement à son accouchement, ou de se mouvoir.

À cet égard, le développement de la PCEA (analgésie auto-administrée) et la mise à disposition d'autres techniques de prise en charge de la douleur (acupuncture, hypnose etc.) constitue un progrès unanimement reconnu. L'enquête EPIDOL, actuellement en cours, menée sous l'égide du Club d'Anesthésie Réanimation Obstétricale (CARO), permettra de répondre à un certain nombre de questions concernant l'analgésie obstétricale.

- Des paroles, postures, actes inappropriés, voire même réalisés en contradiction avec les RPC (expression utérine) ou sans argument scientifique suffisant.
- Le non-respect de la pudeur et de l'intimité, en particulier lors de la réalisation des gestes intrusifs, toucher vaginal, révision utérine, etc.
- L'impossibilité d'avoir recours à des pratiques pourtant recommandées comme la pratique du peau à peau, immédiatement après la naissance, en général, faute de personnel disponible.

- Un manque d'accompagnement dans les unités de suite de naissance, que ce soit pour donner les informations indispensables à la suite d'une intervention médicale (césarienne, forceps etc.) ou bien pour préparer le retour à la maison et la coordination avec les praticiens de ville et les sages-femmes à domicile surtout en cas de départ précoce. Cette pratique qui est vouée à se généraliser à l'avenir. [16]

Ces critiques s'adressent aux maternités de toutes tailles. En effet, les « grosses » maternités, ont, pour la plupart, mis en place des protocoles de prise en charge différenciées, proposent des alternatives à l'analgésie locorégionale etc. alors que les structures plus petites, faute de ressources médicales ou de moyens matériels suffisants sont dans l'impossibilité d'offrir une gamme aussi large. Il faut également insister sur le rôle joué par le recours fréquent à des médecins intérimaires dans un certain nombre d'établissements, dont les pratiques ne sont pas forcément en adéquation avec les protocoles de service recommandés en France.

Tous ces défauts dans la qualité de la prise en charge, bien réels ou ressentis par les patientes peuvent entraîner des perturbations psychologiques majeures analogues à un état de stress post-traumatique (SPT) qui nécessitera une prise en charge psychosomatique complexe. Ce SPT, qui toucherait près de 5 % des patientes [19], peut-être secondaire à une situation d'urgence vitale, angoissante à juste titre, mais s'avère le plus souvent la conséquence de pratiques obstétricales au quotidien, techniquement irréprochables, mais humainement défailtantes. Il est à l'origine de craintes et d'angoisses à l'endroit des examens gynécologiques, ce qui peut amener certaines femmes à renoncer à d'autres grossesses ou à exiger une naissance par césarienne. Il faut également reconnaître que ces troubles existaient également autrefois à la suite d'accouchements difficiles. Leur reconnaissance a une plus large échelle doit être mieux évalué par des études de qualité en plus grand nombre et qui font aujourd'hui défaut.

Ces griefs, bien réels, ne devraient pas servir de justification à la remise en cause de pratiques validées et recommandées (administration préventive d'oxytocine au dernier stade de l'accouchement pour favoriser la délivrance) pas plus qu'à la promotion d'alternatives dans les lieux et les pratiques d'accouchement mettant en jeu la sécurité des mères et de leurs nouveau-nés, telles que l'accouchement à domicile ou les maisons de naissances dissociées des maternités. [20]

IV. ACCROITRE LA BIEN-TRAITANCE : DES INITIATIVES SIGNIFICATIVES POUR UNE OBSTÉTRIQUE APAISÉE

Après ce tour d'horizon des résultats périnataux actuels et des griefs portés à l'attention de la population, des soignants et des tutelles, il apparaît souhaitable et nécessaire, sans remettre en question les acquis fondamentaux en matière de

sécurité, de faire évoluer nos pratiques afin de mieux répondre aux attentes des femmes et de restaurer la confiance entre soignants et usagers. Plusieurs mesures peuvent être envisagées:

La formation des soignants

Cela concerne toutes les professions de la naissance et doit, de préférence, s'effectuer en équipe, au sein des services. L'intérêt de l'enseignement par simulation n'est plus à démontrer [21, 22]. Il prendra une place majeure dans l'apprentissage, le perfectionnement des gestes techniques et du travail en équipe mais aussi pour l'amélioration de la communication, le respect de l'autonomie des femmes enceintes et leur entourage.

Le principe des revues de mortalité et de morbidité (RMM) recommandées par la HAS pourrait être étendu aux situations difficiles, aux incidents, aux plaintes en l'absence de conséquence grave sur la santé des parturientes ou de leur nouveau-né, dans un souci d'amélioration collective.

Il est important d'accorder une attention toute particulière au dépistage des patientes particulièrement fragiles (antécédents psychiatriques, patientes victimes de violences sexuelles ou conjugales) afin de permettre une prise en charge adaptée qui, seule, permettra de limiter le risque de traumatisme psychologique lors de l'accouchement. Cela passe par une sensibilisation et une formation adaptée de tous les soignants. Il est important de rappeler que la consultation dite du 4^e mois qui devrait être dédié à l'identification des risques médico-psycho-sociaux est trop souvent négligée ou détournée de sa mission première. Les raisons de ces manquements doivent être analysées et ceux-ci doivent être corrigés.

L'information des patientes

Des informations claires et compréhensibles, adaptées à la situation de chaque femme doivent lui permettre de prendre conscience des risques, lorsqu'ils existent, des choix qu'elle va devoir faire et de percevoir l'intérêt des actes médicaux envisagés. Ce dialogue confiant est tout particulièrement nécessaire dans les situations à risques connus (utérus cicatriciel, jumeaux, siège, macrosomie, etc.).

La rédaction précoce, dès la première moitié de la grossesse, d'un projet de naissance commenté par les gynécologues-obstétriciens ou les sages-femmes doit être encouragée et doit s'appuyer sur l'entretien prénatal précoce recommandé depuis 2005 et être modifié, le cas échéant, tout au long de la grossesse, en fonction des facteurs de risque doit être encouragée. Il permettra d'apporter, dans la plupart des cas, une réponse commune aux éventuels points litigieux.

Des documents d'informations concernant les pratiques obstétricales courantes (forceps, péridurale, épisiotomie, césarienne, déclenchement du travail etc.)

peuvent être élaborés avec la collaboration active des associations d'usagers, en utilisant tous les supports de diffusion possibles : document papier, vidéo, application pour smartphone, sites internet, etc.

La mise à disposition des femmes enceintes, par chaque maternité, de certains indicateurs leur permettra de pouvoir, le cas échéant, choisir leur lieu d'accouchement en fonction des pratiques de chaque établissement.

Le consentement aux examens et aux soins

Le consentement est trop souvent confondu avec l'information qu'il doit suivre après un temps nécessaire d'assimilation et de réflexion de la part des femmes. Cette distinction est particulièrement importante à faire dès les examens cliniques en raison du rapport à l'intime tout particulier que ceux-ci impliquent en gynécologie-obstétrique. La connaissance des RPC qu'ont les femmes enceintes peut être exacte ou biaisée par l'interprétation qu'elles en font ou qui en est faite par les supports internet ou par les réseaux sociaux. Ces points sont particulièrement importants à prendre en compte par les soignants.

Des prises en charge adaptées aux situations médicales et aux attentes des patientes.

Cela passe :

- Par l'élaboration, dans chaque maternité, avec la participation des usagers, d'un projet de service proposant plusieurs parcours de soins, plus ou moins médicalisés adaptés aux différents niveaux de risques.
- Par la mise en place d'une consultation précoce permettant d'établir les risques et attentes de chaque femme et, partant, de leur proposer le parcours de soin le plus adapté à leur situation médicale et à leurs souhaits, même s'il n'est pas toujours possible de concilier des impératifs contradictoires et d'accéder à toutes les demandes.
- Par l'indispensable harmonisation des discours et des pratiques entre les différents intervenants (personnel hospitalier ou libéraux) devant passer par, une remise en valeur de la préparation à la naissance, adaptée à la réalité de chaque maternité.
- Par l'évolution du fonctionnement des salles de naissance où doivent pouvoir coexister des modalités de prise en charge différentes en favorisant la mise en place de secteurs « physiologiques », pour les patientes à bas risque, moins médicalisés, (déambulation, analgésies alternatives, monitoring discontinu). Cependant des aménagements doivent garantir la possibilité de passer, en cas de nécessité, à une prise en charge classique (analgésie locorégionale, monitoring continu). Cette évolution suppose une attention toute particulière au respect de la pudeur, de l'intimité des couples, en évitant toute remarque ou

posture désobligeante ou infantilisante. Il est également souhaitable de préciser la place du père en salle de naissance, en particulier en cas de césarienne.

- Par une réflexion concernant des pratiques différentes, séjours courts, voire très courts imposant une excellente coordination avec les médecins et sages-femmes à domicile, tout en valorisant l'allaitement maternel et en organisant la possibilité de consultation et de ré hospitalisation de la mère ou du nouveau-né en cas de besoin.
- Par l'écoute des femmes et de leurs souhaits, en dehors de contre-indications médicales ; toute entorse au projet initial doit être expliquée et justifiée. Le consentement de la patiente, sauf urgence vitale, doit être systématiquement recueilli en cas d'intervention imprévue.
- Par la proposition d'une prise en charge psychologique particulière, le plus précocement possible, pour les femmes particulièrement vulnérables ;
- Par l'évaluation précise, au cours de l'accouchement, de la douleur et sa prise en charge. Elle doit constituer une priorité. Le ressenti des patientes doit être entendu, et, sauf urgence extrême, il convient de toujours vérifier et améliorer, si nécessaire, la qualité de l'analgésie en cas d'intervention médicale : extractions instrumentales ou césarienne.
- Par la prise en charge de la douleur dans le post-partum, particulièrement en cas de césarienne ou d'épisiotomie.
- Par plus d'attention dans les suites de naissance. Il apparait en effet indispensable qu'en cas d'extraction instrumentale ou de césarienne urgente, les praticiens ayant pris la décision puis effectué l'acte, revoient les patientes avant leur retour à domicile afin de leur fournir explications et conseils pour l'avenir.
- Par des recommandations précises pour la surveillance pédiatrique et les soins aux nouveau-nés, notamment en cas de sortie précoce de la maternité.

Les effectifs des personnels en salle de naissance

À ce jour les normes ne sont précisées que pour les maternités effectuant moins de 3000 accouchements annuels mais il n'existe pas de norme pour les maternités plus importantes dont le fonctionnement est particulièrement difficile. Ces établissements existent et sont même utiles pour regrouper les moyens, à la condition expresse de ne pas aboutir à la constitution d'« usines à bébés ».

L'amélioration des conditions humaines de l'accouchement nécessite, de la part des soignants, une plus grande présence et partant plus de personnel, surtout si l'on veut s'approcher de la situation idéale, en salle d'accouchement de la présence d'une sage-femme pour chaque femme en travail [16].

Ce point réglementaire fondamental doit faire l'objet de discussion entre équipes médicales et directions d'établissements. Compte-tenu des enjeux financiers, professionnels et usagers devraient faire cause commune avec la participation des sociétés savantes afin d'obtenir gain de cause ;

L'évaluation et la diffusion des résultats

Toutes ces modifications ne peuvent se faire du jour au lendemain L'essentiel est de prendre conscience des problèmes et de mettre en œuvre, dans chaque maternité, les évolutions utiles. Il est souhaitable d'évaluer les résultats obtenus en recueillant et analysant, en permanence, des indicateurs de qualité des soins et de les diffuser à toute l'équipe. Il convient également d'évaluer le degré de satisfaction des patientes par des enquêtes régulières. Elles permettront de préciser les points forts et les difficultés de façon à orienter les améliorations nécessaires et souhaitables.

Le recueil de ces informations et leur mise à la disposition des usagers, peuvent s'appuyer sur les réseaux de périnatalité mais doivent être appuyés par des organismes officiels

En conclusion

Des critiques ont pu être légitimement formulées à l'encontre du fonctionnement actuel et passé des maternités françaises et certains comportements individuels ont pu être jugés indignes et inacceptables. Cependant, les très bons résultats en matière de sécurité de la naissance n'autorisent pas une mise en cause globale, outrancière et injuste des professionnels de la naissance. Ceux-ci peuvent, au contraire, être légitimement fiers des résultats obtenus.

La polémique actuelle a le mérite de susciter une réflexion sur l'amélioration du fonctionnement de nos maternités. Il n'est possible d'obtenir des soins de qualité et satisfaisants pour les usagers qu'en alliant, de façon équilibrée, sécurité et humanité. Si la sécurité fait l'objet de toutes les attentions des professionnels et s'est grandement améliorée au fil des années, l'humanité de la relation les soignants et les femmes peut parfois faire défaut, provoquant l'insatisfaction justifiée de certains usagers.

L'amélioration globale de la qualité des soins, la grande satisfaction de tous, imposent une relation étroite avec les usagers, dans un climat de confiance réciproque et au terme d'un dialogue apaisé sans jamais renoncer aux impératifs de sécurité.

RECOMMANDATIONS

Considérant :

- La nécessité d'offrir une sécurité optimale à la mère et à l'enfant à naître.
- Le bénéfice indiscutable des procédures de prises en charge et des technologies modernes dans l'amélioration et les résultats et des conditions de la naissance.
- L'obligation de disposer de professionnels de santé compétents et rigoureux en nombre suffisant.
- L'importance capitale de l'écoute des femmes enceintes et de leur entourage pour que la naissance demeure, à tout moment, y compris en cas d'urgence, un événement heureux et réussi.
- Le danger de créer des maisons de naissance isolées, sans lien géographique et fonctionnel avec un établissement classique.
- La disparité possible des prises en charge entre les maternités

L'Académie nationale de médecine recommande :

1. Améliorer la formation initiale et continue des soignants à l'information et au respect de l'autonomie des femmes enceintes.
2. Respecter la réalisation de l'entretien prénatal précoce au 4^e mois, promouvoir l'élaboration d'un projet de naissance et proposer des prises en charge adaptées à la situation médicale et aux attentes de chaque couple.
3. Inciter les maternités à mettre leurs pratiques en conformité avec les différentes recommandations pour la pratique clinique (RPC) et en informer les femmes.
4. Optimiser la prise en charge de la douleur en obstétrique par un engagement et un suivi spécifiques figurant dans la charte de l'établissement.
5. Établir et respecter les normes des effectifs des personnels en salle de naissance.
6. Évaluer les résultats des maternités en continu et les rendre accessibles au public.

PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES

L'Académie nationale de médecine a auditionné :

Madame Sophie Guillaume, Présidente du Collège National des Sages-Femmes

Madame Mélanie Dechalotte, auteure de l'ouvrage « Le livre noir de la gynécologie »

Monsieur le Professeur Israël Nisand, Président du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Monsieur le Professeur François Goffinet, chef de service de la maternité de Port-Royal

Madame Béatrice Blondel et Monsieur le Professeur François GOFFINET, unité INSERM **U953**, responsables des enquêtes de périnatalité

Madame Perrine Millet, gynécologue-obstétricienne, co-responsable du DIU « Violences faites aux femmes »

Madame le Professeur Hawa Kheita-Meyer, anesthésiste réanimateur, représentant la SFAR et le CARO

Madame Anne Évrard, co-présidente du CIANE (Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance et de l'Enfance)

Nous remercions Madame Corinne Dupont, sage-femme coordinatrice du réseau AURORE qui nous a fourni un certain nombre de données et a participé à notre réflexion.

RÉFÉRENCES

- [1] Enquête nationale périnatale Rapport 2016. INSERM — DREES Octobre 2017. [En ligne] Disponible sur : www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016
- [2] Blondel B, Coulm B, Bonnet C, Goffinet F, Le Ray C ; National Coordination Group of the National Perinatal Surveys. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017;46:669-81
- [3] Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5^e rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. Santé publique France, INSERM 2017, 230 p. [En ligne] Disponible sur : www.santepublique-france.fr
- [4] Crépin G, Breart G. Mortalité maternelle et morbidité périnatale des enfants nés à terme en France. *Bull. Acad. Natle. Méd.* 2010;184:1581-99, séance du 23 novembre 2010.
- [5] Ville Y, Crepin G, Breart G. Mortalité maternelle et morbidité périnatale des enfants nés à terme en France. *Rapport Acad. Natle. Méd.* 2013
- [6] Deneux-Tharaux C., Bouvier-Colle MH., EPIMONS Study Group. Severe acute maternal morbidity in France : The Epimoms population-based study. *Am J. Obstet-Gynecol.* 2017; 216:s345-s346
- [7] Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD001808
- [8] Blondel B. Euro-Peristat. Project with SCPE and EUROCAT. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. 2013 [European perinatal health report ; [En ligne] Disponible sur : <http://www.europeristat.com>]. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017;46:669-81
- [9] Pierrat V, Marchand-Martin L, Arnaud C, Kaminski M, Resche-Rigon M, Lebeaux C, Bodeau-Livinec F, Morgan AS, Goffinet F, Marret S, Ancel PY ; EPIPAGE-2 writing group. Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in France in 2011 : EPIPAGE 2 cohort study. *BMJ.* 2017 358(3448)

- [10] Rudigoz RC, Huissoud C, Delecour L. Césariennes urgentes non programmées : intérêt des codes couleur pour la gestion optimale des urgences obstétricales. Bull. Acad. Natle Méd. 2014;198:1123-40
- [11] Blondel B. Haute Autorité de Santé (HAS). Indications de la césarienne programmée à terme. In : Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine : 2012. [En ligne] Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017; 46:669-81
- [12] Blanc-Petitjean P, Salomé M, Dupont C, Crenn-Hebert C, Gaudineau A, Perrotte F, Raynal P, Clouqueur E, Beucher G, Carbonne B, Goffinet F, Le Ray C. Labour induction practices in France: A population-based declarative survey in 94 maternity units. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2018;47:57-62.
- [13] Khiredine I, Le Ray C, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharoux C. Induction of labor and risk of postpartum hemorrhage in low risk parturients. PLoS One. 2013;8:e54858
- [14] Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. La Revue Sage-Femme.2017;16,111-118. [En ligne] Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1016/j.sagf.2016.11.006>
- [15] Blondel B. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique : épisiotomie. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006;35:77-80
- [16] Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations pour la pratique clinique.HAS décembre 2017 [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
- [17] Kobayashi S,Hanada N,Matsuzaki M,Takehara K,Ota E,Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2017;4:CD011516. doi: 10.1002/14651858.CD011516.pub2
- [18] Déchalotte M. Le livre noir de la gynécologie Maltraitements gynécologiques obstétricales : libérer la parole des femmes. 1re édition ; Paris 2017
- [19] Gonnaud F, Dupont C, Évrard A, Rudigoz RC. État de stress post traumatique et périnatalité. Rev Med. Perin. 2015;7:96-104.
- [20] Henrion R. A propos des maisons de naissance. Bull. Acad. Natle Méd. 2010 ; 194:1621-2
- [21] Merién AE, Van de Ven J, Mol BW, Houterman S, Oei SG. Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: a systematic review. Obstet Gynecol. 2010;115:1021-31
- [22] Rubio-Gurung S, Putet G, Touzet S, Gauthier-Moulinier H, Jordan I, et al. In situ simulation training for neonatal resuscitation an RCT. Pediatrics. 2014;134:e790-7.doi:10.1542/peds.2013-3988.Epub2014 Aug 4.