

## Un volume plus important de déclenchements implique une réorganisation des maternités

**Un essai américain sur les bénéfices d'un déclenchement de l'accouchement à 39 semaines pour certaines femmes conduit les praticiens à s'interroger sur une évolution des pratiques. Le risque est de conduire à une saturation des salles des naissances.**

Jérôme Robillard, à Nancy

Publiée en 2018, l'étude Arrive a depuis produit ses effets sur les pratiques obstétricales en matière de déclenchement de l'accouchement à 39 semaines d'aménorrhée. Menée dans des centres universitaires des États-Unis, elle visait à mesurer l'effet de ce déclenchement sur la réduction des césariennes et la morbi-mortalité néonatale chez les femmes nullipares à bas risque.

### Seul le premier critère est clairement confirmé par l'étude

Hugo Madar, gynécologue-obstétricien au CHU de Bordeaux (Gironde) souligne, lors du congrès de la Société française de médecine périnatale à Nancy (Meurthe-et-Moselle) le 17 octobre, une " vraie réduction du taux de césarienne " qui descend à 18,6% contre 22,2% dans le groupe sans déclenchement. Sur la morbidité et la mortalité, aucune différence significative n'est relevée même si, en théorie, avancer la naissance de deux semaines par déclenchement réduit le risque de mort foetale. Selon une modélisation mathématique, une mort foetale serait évitée tous les 1 675 déclenchements, présente Hugo Madar.

Les résultats ne concernent qu'une catégorie de parturientes à faible risque et le contexte américain n'est pas totalement transposable à la France. Un essai French-Arrive est en cours et devrait se terminer d'ici trois ans. Il sera ensuite complété par une étude de suivi des femmes et des enfants à cinq ans, complète Loïc Sentilhes, chef de service de gynécologie-obstétrique au CHU de Bordeaux. Pourtant, le taux de déclenchement augmente dans les maternités françaises et est passé d'environ 22% en 2010 et 2016 à 25,8% en 2021 selon le dernier relevé de l'enquête nationale périnatale. "Il devrait maintenant être au-dessus des 25%. Nous aurons les résultats de la prochaine enquête en octobre 2028 ", estime la professeure en obstétrique et en gynécologie de la maternité de Port Royal Camille Le Ray. Cette hausse est marquée dans l'ensemble du territoire et concerne aussi les multipares, malgré l'absence, pour cette population, de données aussi robustes que celles de l'étude Arrive. Cette tendance d'augmentation touche toutes les maternités, peu importe leur statut, leur type ou leur volume annuel d'activité.

### Peu de déclenchements pour convenances personnelles

Ce qui fait changer notre taux, c'est que nous avons le déclenchement plus facile ", déclare Charles Garabedian, gynécologue-obstétricien à la maternité Jeanne-de-Flandres du CHU de Lille (Nord). Le taux de déclenchement de l'établissement était de 18% en 2008, 26% l'année avant la publication de l'étude américaine, 31% après et désormais à 30%. Quant au taux de césarienne, il est stable, entre 20 et 21%. " Nous n'avons pas eu d'explosion des demandes de déclenchement pour convenances personnelles ", poursuit-il. Seulement 2,88% des déclenchements ont lieu pour ce motif dans cet établissement. Une réunion de programmation des déclenchements a été testée à Lille, mais elle s'est soldée par un échec puisque la majorité des procédures se fait pour des motifs qui ne peuvent être anticipés.

La généralisation d'un essai dans la vraie vie peut conduire à des résultats paradoxaux ", note Hugo Madar. La hausse du nombre de déclenchements aux États-Unis se caractérise par une baisse de 0,8% du taux de césarienne, contre 4% dans l'étude et une hausse des transfusions maternelles. La conséquence est aussi un allongement de six heures du travail pour la parturiente. " Cela pose le problème de l'occupation des salles. Nous ferions peut-être face à une impossibilité d'accès aux soins ", craint-il. À Lille, le choix a été fait de limiter, pour des raisons de place, le nombre de déclenchements à huit par jour. " Cela nous oblige à décaler des situations non urgentes ou des demandes maternelles ", précise Charles Garabedian en évoquant un risque ressenti par les équipes "

d'embolisation " des salles de naissance.

### **Modification de l'organisation des soins**

En cas de généralisation du déclenchement à 39 semaines, c'est l'organisation des soins qui est modifiée, " avec plus de soins en salle de naissance et moins en ante et en post-partum ". En avançant la naissance, le nombre de consultations programmées diminue, ainsi que le volume de passages aux urgences.

L'accouchement est davantage médicalisé, mais la durée de séjour est réduite en raison de la baisse du taux de césarienne ou des transferts en soins critiques. Les soins de post-partum en ville sont de niveaux équivalents. Une adaptation de l'architecture actuelle des maternités serait alors nécessaire, pour absorber le travail supplémentaire en salle de naissance, avec des espaces de déambulation.

Le déclenchement à domicile est une autre piste. " Nous avons beaucoup de mal à le mettre en place ", met en garde Charles Garabedian. Le caractère excentré de la maternité lilloise et les embouteillages suscitent un stress supplémentaire chez les patientes pour qui un ballonnet a été posé la veille pour permettre un accouchement le lendemain matin. Par ailleurs, le déclenchement est un facteur de risque de développement de stress post-traumatique chez les femmes. Sa mise en place à 39 semaines nécessite une décision partagée entre la patiente, qui peut aussi être à l'origine de la demande, et le médecin. L'enjeu éthique est de respecter l'autonomie de la patiente.

" En périnatalité, nous avons un dilemme qui est que la balance entre les bénéfices et les risques est différente pour la mère et pour l'enfant ", rappelle Hugo Madar. L'acceptation d'une généralisation d'un déclenchement systématique pour les nullipares à bas risque vient télescoper l'aspiration sociétale de moindre médicalisation des accouchements. Avec les tensions sur le système santé, le risque est que le déclenchement à 39 semaines soit perçu d'abord comme une mesure permettant de réguler l'organisation et non visant à réduire des risques. Loïc Sentilhes met aussi en garde contre un risque iatrogène d'avoir plus de naissances à 38 ou 37 semaines par effet de glissement.