

23/10/2024

# Revue de presse

## *Journées Nationales SFMP 2024*

*16 - 18 oct. Nancy*

**Relations presse**

William Lambert

06 03 90 11 19

[william@lambertcommunication.com](mailto:william@lambertcommunication.com)

[www.lambertcommunication.com](http://www.lambertcommunication.com)

# Cancers néonataux: une prise en charge complexe et multidisciplinaire, avec 87% de survie à cinq ans

**Mots-clés :** #gynéco #cancer #congrès #obstétrique-périnatalité #pédiatrie #Île-de-France

NANCY, 17 octobre 2024 (APMnews) - La prise en charge des cancers néonataux est complexe et nécessite, dès avant la naissance, une collaboration multidisciplinaire, les premiers médecins impliqués dans cette prise en charge étant le plus souvent les néonatalogistes, selon une étude descriptive des cas franciliens, présentée jeudi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Nancy.

Les cancers néonataux représentent 2% des cancers de l'enfant. Il s'agit donc d'une pathologie rare dont la prise en charge pose des questions médicales, éthiques et organisationnelles aux équipes soignantes, soulignent Marie De Stefano de l'hôpital Armand Trousseau à Paris (AP-HP) et ses collègues dans le résumé de la communication.

Ils ont cherché à décrire le parcours de soins des nouveau-nés atteints d'un cancer, diagnostiqués en Ile-de-France entre 2005 et 2020, recensés dans le Registre national des cancers de l'enfant.

Sur la période étudiée, 156 cas de cancers néonataux ont été inclus, dont 71% de tumeurs solides et d'origine embryonnaire (58 neuroblastomes, 28 tératomes et 27 rétinoblastomes).

Près de la moitié (49%) ont été diagnostiqués en anténatal, après l'observation d'une masse abdominale à l'échographie obstétricale.

Pour 60% des cas anténataux, une discussion multidisciplinaire anténatale est documentée dans le dossier médical.

Pour les cas diagnostiqués en post-natal, l'âge médian au diagnostic était de 8 jours de vie.

La prise en charge impliquait en premier lieu principalement les néonatalogistes et pédiatres de maternité (76%).

Sur l'ensemble des patients, une première consultation spécialisée, avec un oncologue ou un chirurgien, avait lieu à 5 jours de vie.

La prise en charge était à visée curative pour 80% des patients, tandis qu'une abstention-surveillance a été décidée pour 12% et un traitement palliatif pour 8%.

La première chimiothérapie a été administrée durant le premier mois de vie dans 58% des cas, et dans un service d'oncologie dans 65% des cas.

Le taux de survie après un suivi médian de 5 ans et demi était de 87%.

"La prise en charge des cancers néonataux est complexe et nécessite dès la période anténatale une étroite collaboration multidisciplinaire associant obstétriciens, néonatalogistes, oncologues et chirurgiens", concluent les auteurs.

[CD6SLI9ZY]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE    CANCER-HEMATO    CONGRÈS

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2024 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/415945/cancers-neonataux-une%20prise-en%20charge-complexe-et%20multidisciplinaire%2C-avec-87--de%20survie-a%20cinq%20ans&usid=155025>

Copyright Apmnews.com

## Sécurité des soins obstétricaux: 96% des maternités françaises affectées par un indicateur organisationnel négatif

**Mots-clés :** #gynéco #établissements de santé #congrès #obstétrique-périnatalité #qualité-sécurité des soins #ressources humaines #urgences-PDS #CHU-CHR #hôpital #Espic #clinique #sages-femmes

NANCY, 17 octobre 2024 (APMnews) - Des problématiques organisationnelles autour de la sécurité des soins à la naissance, relatives à la permanence des soins, la stabilité et la solidité des équipes, affectent 96% des maternités en France, selon une étude présentée jeudi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Nancy.

La sécurité des soins obstétricaux repose sur l'organisation des soins, aussi bien les aspects de permanence des soins que de stabilité et solidité des équipes. Mais peu de données sont disponibles concernant l'organisation des maternités en France, à l'exception de la taille des établissements, rappellent Salomé Dumeil et ses collègues de l'équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique (EPOPé) de l'Inserm à Paris, dans le résumé de la communication.

A partir des données des enquêtes nationales périnatales (ENP) de 2016 et 2021, et de la Statistique annuelle des établissements (SAE), ils ont cherché à décrire l'organisation des soins dans les maternités de France métropolitaine.

Ils ont pour cela défini quatre indicateurs pertinents: la triple permanence des soins (présence d'un obstétricien, d'un anesthésiste et d'un pédiatre 24/7), les équipes en tension (moins de 7 équivalents temps plein d'obstétriciens), la charge de travail des sages-femmes et le recours aux intérimaires.

Le nombre de maternités est passé de 497 en 2016 à 456 en 2021 (-8%), et le nombre d'accouchements pratiqués de 752.795 à 685.310 (-9%). Plus de quatre maternités sur 10 (42,5%) effectuaient moins de 1.000 accouchements par an, leur activité représentant 18,2% des accouchements de la France métropolitaine.

Les auteurs ont constaté qu'en 2021, au moins un des quatre indicateurs examinés était affecté négativement dans 96% des maternités.

Ainsi, plus de la moitié (55,4%) des établissements n'assuraient pas la triple permanence des soins; près des deux tiers (63%) des équipes obstétricales étaient en tension; 21,1% des équipes de sages-femmes avaient une charge de travail très élevée; et plus des deux tiers (67,5%) des maternités recouraient aux intérimaires sages-femmes et/ou obstétriciens et/ou anesthésistes et/ou pédiatres au moins une fois par mois.

"Ces caractéristiques ont peu évolué sur la période 2016-2021. En revanche, des variations régionales, par type et taille d'établissement, sont observées", notent les auteurs.

Le recours à des intérimaires au moins une fois par mois concernait ainsi près des trois quarts (73,7%) des maternités pratiquant moins de 1.000 accouchements par an, tandis que moins de la moitié (45,8%) des maternités réalisant plus de 3.000 accouchements par an y avaient recours.

La triple permanence des soins était assurée dans plus d'une maternité sur deux dans seulement quatre régions: Bourgogne-Franche-Comté, Ile-de-France, Normandie et Pays de la Loire.

La plupart des établissements sont donc concernés par des problématiques organisationnelles, et l'impact de ces problèmes sur la santé des nouveau-nés doit être étudié afin de progresser dans la réflexion sur la responsabilité de l'organisation des soins à la naissance dans la hausse de la mortalité infantile en France, concluent les auteurs.

cd/ab/APMnews

[CD9SLHZUI]

POLSAN - ETABLISSEMENTS GYNECO-REPRO-UROLOGIE CONGRÈS

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2024 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/415898/securite-des%20soins-obstetricaux-96--des%20maternites-francaises-affectees-par-un%20indicateur-organisationnel-negatif&usid=155025>

Copyright Apmnews.com

# Prévention de l'HPP après voie basse: efficacité similaire de la carbétocine et de l'oxytocine chez les patientes à haut risque

**Mots-clés :** #gynéco #congrès #obstétrique-périnatalité

NANCY, 17 octobre 2024 (APMnews) - La carbétocine et l'oxytocine ont une efficacité comparable en prévention de l'hémorragie du post-partum (HPP) après un accouchement par voie basse chez les patientes à haut risque, selon une étude française présentée jeudi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Nancy.

La carbétocine, analogue de synthèse de l'ocytocine humaine, a une durée d'action plus longue et apparaît plus simple d'utilisation et, selon les données de la littérature, plus efficace que l'oxytocine de synthèse dans les accouchements par voie basse ou par césarienne. Mais le coût plus élevé de la carbétocine justifie une utilisation plus ciblée, chez les patientes à haut risque d'HPP.

Une étude française avant-après récente a montré que la carbétocine était plus efficace que l'oxytocine chez les patientes à haut risque accouchant par césarienne, rappelle-t-on (cf [dépêche du 02/08/2024 à 15:01](#)).

De leur côté, Margot Sauvée du CH départemental de La Roche-sur-Yon et ses collègues ont comparé les deux ocytociques de synthèse chez les femmes à haut risque accouchant par voie basse.

L'étude de type avant-après a inclus 754 femmes (377 dans chaque groupe) dont les caractéristiques initiales (critères de haut risque, caractéristiques maternelles et du travail) étaient similaires.

Le taux d'HPP était de 7,4% dans le groupe carbétocine contre 9,3% dans le groupe oxytocine, sans différence statistiquement significative.

Le taux d'HPP sévère était également similaire dans les deux groupes (12,9% contre 2,7%).

Les autres critères de jugement secondaires comme la mortalité maternelle n'étaient pas non plus différents entre les deux groupes.

"La carbétocine prophylactique est similaire à l'oxytocine pour prévenir l'HPP après un accouchement par voie basse chez les femmes à haut risque", concluent les auteurs.

cd/nc/APMnews

[CD9SLI7D5]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE CONGRÈS

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2024 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/415916/prevention-de%2%A0l-hpp-apres-voie-basse-efficacite-similaire-de%2%A0la%2%A0carbetocine-et%2%A0de%2%A0l-oxytocine-chez-les%2%A0patientes-a%2%A0haut-risque&usid=155025>

# Le déclenchement artificiel du travail est associé au mauvais vécu de l'accouchement

**Mots-clés :** #gynéco #congrès #qualité-sécurité des soins #patients-usagers #obstétrique-périnatalité

NANCY, 17 octobre 2024 (APMnews) - Le vécu de l'accouchement par la patiente est négativement affecté par le déclenchement artificiel du travail, selon une étude française présentée jeudi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Nancy.

Cette association a été évaluée à partir des données du suivi à deux mois de l'enquête nationale périnatale (ENP) 2021. A deux mois, les participantes ont été classées dans deux groupes, "bon vécu" et "mauvais vécu", selon leur réponse à la question "quel est votre souvenir de l'accouchement?".

Sur 6.721 femmes incluses, 1.800 (28,7%) avaient été déclenchées.

Un mauvais vécu de l'accouchement était rapporté par 16,4% des femmes déclenchées (avec ou sans maturation cervicale) contre 8,8% des femmes non déclenchées, une différence statistiquement significative, indiquent Sophia Braund et ses collègues de l'équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique (EPOPé) de l'Inserm à Paris, dans le résumé de la communication.

Chez les femmes déclenchées avec maturation cervicale, la proportion de mauvais vécu atteignait 18,8%.

L'association entre déclenchement et mauvais vécu de l'accouchement restait significative après ajustement, avec un *odds ratio* ajusté de 1,78.

Cette association était expliquée à hauteur de 26% par les complications survenues lors de l'accouchement, et 6% par le travail prolongé.

"Dans un contexte d'augmentation globale des taux de déclenchements, notre étude montre l'importance de considérer le vécu de l'accouchement quand un déclenchement est envisagé", concluent les auteurs.

cd/ab/APMnews

[CD8SLI3BR]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE CONGRÈS

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2024 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/415901/le%2%A0declenchement-artificiel-du%2%A0travail-est-associe-au%2%A0mauvais-vecu-de%2%A0l-accouchement&usid=155025>

DÉPÊCHE - Vendredi 18 octobre 2024 - 15:07

# Les naissances avant 33 SA dans une maternité non adaptée seraient potentiellement évitables dans 80% des cas

**Mots-clés :** #gynéco #établissements de santé #congrès #obstétrique-périnatalité #accès aux soins #qualité-sécurité des soins #Hauts-de-France

NANCY, 18 octobre 2024 (APMnews) - Parmi les naissances prématurées avant 33 semaines d'aménorrhée (SA) ayant lieu dans une maternité de type non adapté au terme, plus de 80% auraient possiblement ou probablement pu avoir lieu dans une maternité adaptée, selon une étude française menée autour de la métropole lilloise, présentée vendredi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Nancy.

Les naissances survenant dans une maternité non conforme au terme, dites naissances "outborn", sont associées à une morbi-mortalité néonatale plus élevée. Avant 33 SA, ces naissances doivent avoir lieu dans une maternité disposant d'un service de réanimation néonatale (maternité de type 3).

Ayoub Mitha du Samu 59 (CHU de Lille) et ses collègues ont analysé l'évitabilité des naissances *outborn* entre 2019 et 2022, identifiées à partir du registre du Smur pédiatrique de Lille, dans les trois maternités de type 1, les quatre maternités de type 2A et les deux maternités de type 2B de la métropole lilloise.

Ils ont identifié 64 nouveau-nés prématurés *outborn* sur cette période, dont 23% nés avant 28 SA, 67% entre 28 et 31 SA et 9% à 32 SA. Cela représentait 7% des naissances prématurées vivantes totales avant 33 SA sur cette période dans cette zone géographique.

L'évitabilité a été estimée grâce à un arbre décisionnel comprenant la durée d'hospitalisation maternelle avant l'accouchement, les antécédents de complications obstétricales antérieures, d'hospitalisations durant la grossesse et/ou de pathologies gestationnelles à risque et une durée de transport raisonnable pour aller directement vers la maternité adaptée la plus proche.

Avec ces critères, 19% des naissances *outborn* identifiées étaient estimées inévitables, tandis que 34% étaient "possiblement évitables" et 47% "probablement évitables", selon le résumé de la communication.

Pour 19% des naissances *outborn* estimées "possiblement" ou "probablement" évitables, une maternité adaptée était plus proche que la maternité où la naissance a eu lieu, et pour 37%, une maternité adaptée se situait à un temps de trajet de 1 à 10 minutes supplémentaires par rapport à la maternité où a eu lieu l'accouchement.

"Près de la moitié des naissances *outborn* a été estimée probablement évitable, avec une durée de transport raisonnable pour se rendre directement dans une maternité adaptée au terme du nouveau-né", résumant les auteurs.

"L'information anténatale des familles sur les spécificités des différentes maternités de la métropole lilloise à proximité de leur domicile est un axe d'amélioration de l'organisation périnatale", suggèrent-ils.

cd/ab/APMnews

[CD8SLJVP1]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE CONGRÈS

Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.

©1989-2024 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/415978/les-naissances-avant-33-sa-dans-une%2%A0maternite-non%2%A0adaptee-seraient-potentiellement-evitables-dans-80--des%2%A0cas&usid=155025>

Copyright Apmnews.com

# Déclenchement du travail sur utérus cicatriciel: taux de rupture similaire avec la méthode mécanique seule ou couplée à la prostaglandine

**Mots-clés :** #gynéco #congrès #obstétrique-périnatalité

NANCY, 18 octobre 2024 (APMnews) - Le déclenchement du travail de l'accouchement chez les femmes ayant un utérus unicatriciel par méthode mécanique seule est associé à un taux de rupture utérine semblable à la méthode mécanique + prostaglandine, mais avec moins d'hémorragies du post-partum, selon une étude française présentée vendredi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Nancy.

Le déclenchement du travail est un facteur de risque connu de rupture utérine sur les utérus cicatriciels, notamment en cas d'utilisation de prostaglandines. Mais peu d'études ont été menées sur le sujet et en particulier sur la comparaison entre méthode mécanique et méthode hormonale pour le déclenchement, soulignent Sébastien Insubri et ses collègues de l'hôpital Jeanne-de-Flandre (CHU de Lille) dans le résumé de la communication.

Ils ont mené une étude monocentrique rétrospective sur 310 femmes présentant un utérus unicatriciel, déclenchées par méthode mécanique seule (196 patientes) ou par méthode mixte (mécanique + prostaglandine, 114 patientes). Un appariement a été fait sur l'utilisation d'oxytocine et la durée du travail.

Le taux de rupture utérine total était de 2,26%. Il était de 2,6% dans le groupe déclenchement mécanique contre 1,8% dans le groupe déclenchement mixte.

Le taux d'hémorragie du post-partum était de 18,4%, s'élevant à 27,2% dans le groupe déclenchement mécanique seul contre 13,3% dans le groupe mixte, une différence statistiquement significative.

Il n'y avait pas de lien entre utilisation d'ocytociques et augmentation du nombre de ruptures utérines, ni de différence significative entre les deux groupes sur la morbi-mortalité néonatale, constatent les auteurs.

"Le déclenchement par méthode mécanique ou prostaglandine semble être efficace chez les patientes ayant un utérus cicatriciel avec un taux de rupture utérine semblable entre les deux groupes, avec l'absence de complication maternelle ou fœtale majeure", concluent-ils.

cd/nc/APMnews

[CD9SLJZTZ]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE    CONGRÈS

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2024 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/415990/declenchement-du%C2%A0travail-sur-uterus-cicatriciel-taux-de%C2%A0rupture-similaire-avec-la%C2%A0methode-mecanique-seule-ou-couplee-a-la%C2%A0prostaglandine&usid=155025>

# Les soins irrespectueux et l'accouchement instrumental associés à la dépression post-partum

**Mots-clés :** #gynéco #psychiatrie-santé mentale #congrès #obstétrique-périnatalité #dépression-anxiété #maltraitance-bientraitance #qualité-sécurité des soins

NANCY, 18 octobre 2024 (APMnews) - Les soins irrespectueux pendant l'accouchement et le recours à l'extraction instrumentale sont deux facteurs associés au risque de dépression du post-partum, montrent deux analyses tirées de l'enquête nationale périnatale (ENP) 2021 présentées vendredi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Nancy.

L'ENP 2021 a montré que 17% des femmes présentaient une dépression post-partum deux mois après l'accouchement (cf [dépêche du 06/10/2022 à 18:06](#)). Les soins irrespectueux en maternité sont mis en cause dans le vécu traumatique de l'accouchement, mais il reste à évaluer leur association avec la dépression post-partum, rappellent Marianne Jacques de l'équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique (EPOPé) de l'Inserm à Paris et ses collègues dans le résumé de la communication.

A partir de l'ENP 2021 sur 12.614 femmes ayant accouché en France métropolitaine, 7.133 ont répondu au questionnaire de dépression post-natale d'Edimbourg (EPDS) à deux mois après l'accouchement. Un score supérieur ou égal à 13 était considéré comme un proxy de la dépression du post-partum.

L'exposition aux soins irrespectueux (paroles, gestes ou attitudes malaisants, blessants ou choquants) pendant l'accouchement et/ou le postpartum a été rapportée par les femmes à deux mois.

Sur 7.115 femmes analysées, un quart ont rapporté des soins irrespectueux. Le taux de dépression post-partum à deux mois sur l'ensemble des femmes analysées était de 16,7%.

Après ajustement sur les facteurs de confusion, le risque relatif ajusté de dépression post-partum à deux mois était significativement augmenté de 41% chez les femmes ayant rapporté des soins irrespectueux par rapport à celles n'en ayant pas rapporté.

Parmi les participantes à faible risque de dépression post-partum (n'ayant pas d'antécédent psychiatrique ni de symptômes dépressifs anténataux), le risque était également significativement augmenté de 67% en cas de soins jugés irrespectueux par la femme.

"Etant donné la prévalence préoccupante de la dépression post-partum et ses conséquences, ces résultats soulignent l'importance de former adéquatement les soignants et de leur donner les moyens de dispenser des soins respectueux", concluent les auteurs.

## L'association entre accouchement instrumental et dépression post-partum en partie liée aux soins irrespectueux

De leur côté, Cyrielle Prat-Balagna et ses collègues d'EPOPé ont cherché à confirmer l'association entre accouchement instrumental et risque de dépression post-partum, plusieurs études ayant auparavant identifié l'accouchement instrumental comme un facteur de risque de dépression post-partum.

Après exclusion des grossesses multiples, des présentations non céphaliques, des accouchements prématurés et des césariennes programmées, 6.084 femmes ayant répondu à l'EPDS à deux mois ont été analysées.

Parmi ces femmes, 16,3% présentaient une dépression post-partum à deux mois.

Cette prévalence atteignait 19,3% en cas d'accouchement instrumental, contre 15,6% en cas d'accouchement par voie basse spontanée et 16,7% en cas de césarienne en urgence.

Par rapport aux accouchements par voie basse spontanée, l'*odds ratio* (OR, une mesure approchée du risque relatif) ajusté de la dépression post-partum était significativement augmenté de 35% en cas d'accouchement instrumental. Pour la césarienne en urgence, l'OR n'était pas significativement augmenté par rapport aux accouchements par voie basse spontanée.

Les auteurs notent que "les soins irrespectueux pendant l'accouchement expliquaient 19% de cette association, tandis que les complications maternelles et néonatales ainsi que la douleur à l'accouchement n'étaient pas des facteurs de médiation" de cette association.

cd/nc/APMnews

[CD6SLJNRD]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE NEUROPSY CONGRÈS

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2024 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/415963/les-soins-irrespectueux-et%2%A0l-accouchement-instrumental-associe-s-a%2%A0la%2%A0depression-post-partum&usid=155025>

# Accouchement: une femme sur trois ressent une douleur sévère à l'expulsion malgré la péridurale

**Mots-clés :** #gynéco #neuro #congrès #obstétrique-périnatalité #douleur #épidémiologie

NANCY, 18 octobre 2024 (APMnews) - Près d'un tiers des femmes accouchant par voie basse et bénéficiant d'une analgésie péridurale ressentent une douleur sévère à l'expulsion, selon une étude tirée de l'enquête nationale périnatale (ENP) 2021, présentée vendredi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Nancy.

L'ENP 2021 a montré que malgré un taux de satisfaction élevé quant à la méthode d'analgésie employée pendant le travail (médicamenteuse, non médicamenteuse ou les deux), une douleur aiguë sévère à l'accouchement est rapportée par de nombreuses femmes.

Clara Rollet de l'équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique (EPOPé) de l'Inserm à Paris et ses collègues ont cherché à préciser la fréquence de la douleur aiguë à l'expulsion sous péridurale et ses déterminants.

Sur 7.211 femmes ayant accouché par voie basse avec une analgésie péridurale, 16,9% ont ressenti une douleur modérée (entre 4 et 6 points sur une échelle numérique graduée de 0 à 10) et 31,4% une douleur sévère (supérieure ou égale à 7 points) à l'expulsion, selon le résumé de la communication.

Les chercheurs ont identifié plusieurs facteurs associés à la douleur sévère à l'expulsion: l'âge maternel inférieur à 25 ans, associé à un risque (calculé selon la méthode des *odds ratios*) augmenté de 36% de douleur sévère; l'obésité (risque augmenté de 59%), une durée d'efforts expulsifs supérieure à 30 min (+89%), une durée d'action de l'analgésie péridurale inférieure ou égale à 1 h (risque multiplié par 7,41) ou supérieure ou égale à 10 h (+77%), le fait que l'anesthésiste présent ne soit pas dédié à la maternité (+32%).

L'analgésie péridurale auto-contrôlée était un facteur protecteur, associée à un risque réduit de 30% de douleur sévère à l'expulsion.

"Cette étude permet d'identifier des facteurs de risque modifiables dans l'organisation des soins, ainsi que certaines situations cliniques nécessitant une vigilance accrue de la qualité de l'analgésie péridurale", concluent les auteurs.

cd/nc/APMnews

[CD4SLK1TY]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE NEUROPSY CONGRÈS

Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.

Copyright Apmnews.com

# 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.

## Périnatalité : stop au « lent pourrissement de la situation »

La Société française de médecine périnatale s'est réunie en congrès du 16 au 18 octobre à Nancy. Parmi les sujets abordés par les professionnels de la maternité, le rapport sénatorial sur l'avenir de la santé périnatale et sa réorganisation. Un dossier sensible qu'est venu présenter le Dr Véronique Guillotin, sénatrice de Meurthe-et-Moselle.



Le Dr Véronique Guillotin, sénatrice de Meurthe-et-Moselle, rapporteure de la Mission d'information du Sénat sur l'avenir de la périnatalité, et la r Delphine Mitanchez, présidente de la Société française de médecine périnatale. Photo T. F.



### Thierry Fedrigo

Faire parler la raison plutôt que la passion. Présidée par la Pr Delphine Mitanchez, cheffe du service de Médecine Néonatale à l'hôpital Bretonneau de Tours, la Société française de médecine périnatale (SFMP) s'est réunie du 16 au 18 octobre à Nancy. Parmi les sujets abordés par les professionnels de la maternité, le rapport sénatorial sur l'avenir de la santé périnatale et sa réorganisation. Un dossier sensible qu'est venu présenter le Dr Véronique Guillotin, sénatrice de Meurthe-et-Moselle et rapporteure de la mission sénatoriale présidée par la sénatrice Annick Jacquemet, à un parterre de gynécologues, d'anesthésistes, de sages-femmes et de responsables d'unités hospitalières, venus de toute la France. Adopté par le Sénat à la quasi-unanimité le 10 septembre, ce rapport rebat les cartes de la périnatalité en suggérant une refonte complète de l'offre et un renforcement du parcours maternel.

#### « Une restructuration de fait »

La périnatalité, qui couvre la période allant de la fin de la grossesse aux premiers mois du nourrisson, est à bout de souffle. La pénurie de médecins et de personnel paramédical, le recul des naissances, l'inflation réglementaire, l'inertie des pouvoirs publics, ont conduit la périnatalité dans une impasse où la sécurité des parturientes est parfois mise à mal et où le système a perdu de son efficacité. Les disparités dans la prise en charge se sont accentuées. Un constat alarmant auquel sont parvenues les sénatrices au terme de plusieurs semaines d'auditions. « La situation n'est rien qu'un lent pourrissement. On a une restructuration de fait, subie, non organisée, qui brise les chaînons d'une offre de soin qui pourrait être solide et qui se déstabilise à bas bruit », a asséné Véronique Guillotin ce vendredi.

Ce que déplore la commission sénatoriale dans son enquête, c'est l'absence de réforme de la périnatalité depuis une vingtaine d'années. « On a une instabilité structurelle. On sait bien qu'il y a des territoires où il y a des difficultés et où il va falloir prendre des décisions », a poursuivi Véronique Guillotin. Parmi les urgences, la redistribution des plateaux techniques qui n'ont plus les moyens de fonctionner correctement et peine à attirer des médecins. Il ne s'agit pas de fermer systématiquement des maternités, mais de penser l'accouchement différemment, comme un moment somme toute relativement bref dans le cheminement périnatal. « Aujourd'hui, l'inégalité territoriale et sociale, on la creuse en ne faisant rien, puisqu'une partie de la population déserte déjà les petites maternités, a soulevé Véronique Guillotin. Les familles qui restent, sont celles qui ne peuvent faire autrement. Je les appelle des « familles captives ». »

#### Exclure la notion de seuil

La proposition pivot, soutenue par la SFMP et la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) présidée par le médecin nancéien Margaux Creutz, est donc de concentrer les ressources techniques et humaines, sur des maternités centrales où les accouchements pourront bénéficier d'un cordon sanitaire solide tout en préservant, voire améliorant, le suivi pré et postnatal en proximité. Les maternités périphériques deviendraient ainsi des « centres » ou des « maisons » de naissance où les familles pourraient trouver un accompagnement tout le long de leur trajectoire. « On nous a objecté qu'il fallait former des médecins en masse, mais c'est un leurre. C'est ignoré à la fois les aspirations des jeunes, mais aussi oublier qu'on ne pratique bien que ce que l'on fait souvent. Or, la baisse de la natalité et, partant de là, du nombre d'accouchements est une réalité que personne ne peut occulter », a relevé Véronique Guillotin.

Pour qu'une telle organisation puisse se mettre en place à moyens constants, les auteurs du rapport préconisent de « renforcer le suivi » et de « travailler sur le transport ». Sur le choix des plateaux techniques à



arrêter, elles recommandent d'exclure la notion de seuil sous lequel une maternité ne serait pas viable (1 000 naissances/an, aujourd'hui) pour se focaliser sur le positionnement géographique (une maternité de montagne ne peut faire l'objet du même traitement qu'une maternité de plaine) et réfléchir en termes de « bassin de naissances ». Un tel remaniement ne pourrait avoir lieu qu'avec l'adhésion des populations, mais aussi des élus locaux. Et c'est là que le bât blesse. La résistance au changement est forte dans les collectivités. Consciente de cette difficulté, Véronique Guillotin appelle à faire oeuvre de diplomatie et de pédagogie : « On ne ferme rien, on transforme. Aujourd'hui, il faut que ce message passe dans la concertation et avec un pilotage national. » Mais encore faut-il qu'il soit porté par le ministère de la Santé destinataire du rapport et accaparé par bien d'autres chantiers. ■



## Les accouchements déclenchés en hausse

SANTÉ PÉRINATALE - Malgré les controverses liées à la médicalisation de la naissance, la pratique du déclenchement artificiel intervient de plus en plus tôt, dès la trente-neuvième semaine

C'est une tendance de fond à laquelle aucun pays industrialisé n'échappe. Le déclenchement artificiel de l'accouchement augmente. Si, dans certains cas, il est nécessaire – dépassement du terme, qui, en France, est de quarante et une semaines et cinq jours d'aménorrhée, rupture prématurée de la poche des eaux, hypertension artérielle –, il progresse aussi chez les femmes qui n'ont aucune indication médicale nécessitant un déclenchement. Et peut survenir à quarante semaines, voire à trente-neuf semaines.

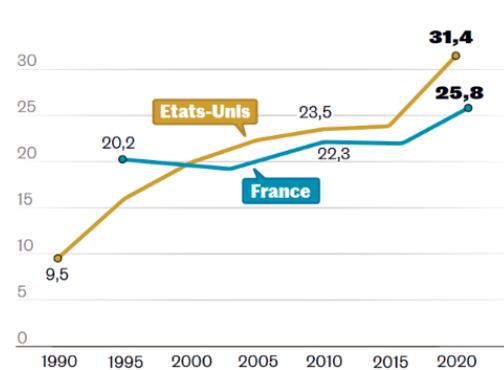
Aux Etats-Unis, le taux de déclenchement a bondi à plus de 30 % en 2020. En Europe, tous les pays sont concernés par une augmentation, même les Scandinaves, réputés pour leur limitation de la médicalisation du travail, qui consiste à provoquer des contractions utérines. Il existe alors plusieurs méthodes, comme l'utilisation intravaginale de prostaglandines ou la pose d'un ballonnet glissé dans le col de l'utérus.

### Questions sensibles

En France, alors que le taux de déclenchement était plutôt stabilisé aux alentours de 22 % entre 2010 et 2016, il a grimpé quasiment à 26 % en 2021, selon les résultats de la dernière enquête nationale périnatale. « On est sans doute largement au-dessus aujourd'hui. Toutes les régions et toutes les maternités, quels que soient leur taille et leur statut, sont concernées », a affirmé Camille Le Ray, gynécologue-obstétricienne à l'hôpital Port-Royal (AP-HP), lors d'une table ronde consacrée au sujet, à l'occasion des Journées nationales de la Société française de médecine périnatale, à Nancy, du 16 au 18 octobre.

Cette tendance s'est manifestée depuis l'essai américain Arrive, dont les résultats ont été publiés en août 2018, dans *The New England Journal of Medicine*. L'étude randomisée sur plus de 6 106 femmes nullipares (n'ayant encore jamais accouché) à bas risque a été réalisée par l'équipe de William

Evolution du taux de déclenchement des accouchements, en %



Sources : Enquête nationale périnatale, 2021 ; *The American Journal of Maternal/Child Nursing* ; Infographie Le Monde

Grobman, spécialiste en médecine fœtale. Elle avait démontré que le déclenchement à trente-neuf semaines (soit huit mois et demi) permettrait de réduire le taux de césarienne à 18,6 %, contre 22,2 % dans les cas où le travail se déclenche de façon naturelle. Et ce même si le col de l'utérus était totalement fermé. Elle a aussi démontré une baisse du taux de pathologies hypertensives gestationnelles. Mais les résultats n'ont montré qu'une différence peu significative concernant la mortalité périnatale.

On a longtemps pensé que déclencher augmentait le risque de césarienne, l'essai Arrive a renversé ce paradigme. Conséquence immédiate aux Etats-Unis, le Collège des obstétriciens et gynécologues a estimé qu'il était raisonnable de proposer et d'accepter un déclenchement sans indication médicale à trente-neuf semaines.

En France, l'essai de William Grobman a été diversement accueilli. Le déclenchement sans raison médicale avérée est sujet à controverse chez les soignants. Il ravive les questions, toujours très sensibles, sur la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, et sur une médecine paternaliste qui dicterait aux femmes ce qu'elles doivent faire. « Il est nécessaire

de respecter le choix des femmes après qu'elles ont eu une information précise. Chaque jour, dans ma maternité [hôpital Saint-Joseph, à Paris], une femme me demande à être déclenchée à trente-neuf semaines pour des raisons diverses. Inversement, certaines femmes qui auraient besoin qu'on les déclenche le refusent. Il faut écouter leurs demandes », indique Elie Azria, chef de service de la maternité.

Alors, pas question de transposer en France les résultats d'Arrive. « Il nous a semblé important d'avoir nos propres données », explique Loïc Sentilhes, chef du service gynécologie-obstétrique au CHU de Bordeaux. Avec son collègue Hugo Madar, il a lancé, en 2021, French Arrive : un essai randomisé visant à étudier 4 200 femmes nullipares à bas risque sur une trentaine de maternités. Deux groupes sont évalués, celui dont le travail est déclenché à trente-neuf semaines et celui pour qui la prise en charge reste habituelle – trente-neuf semaines de façon naturelle. Le critère de jugement est le taux de césariennes.

Néanmoins, il existe quelques différences notables par rapport à l'essai américain : les données des femmes ayant refusé d'être incluses seront prises en compte afin de

mettre en évidence un éventuel biais de sélection. De plus, la satisfaction maternelle sera étudiée.

Censé, dans un premier temps, se terminer avant la fin de l'année, l'essai se poursuivra jusqu'en 2027. Loïc Sentilhes reconnaît la difficulté de mobiliser des femmes. Pour l'heure, elles ne sont que 2 800 à avoir répondu à son appel. Dans sa maternité de Bordeaux, le taux d'acceptation n'atteint que 25 %. A Port-Royal, 90 % des femmes éligibles refusent de participer à l'essai. « L'idée est juste d'informer les femmes. On leur explique les résultats de l'étude américaine. A elles ensuite de choisir », relève Loïc Sentilhes.

### « Moins de césariennes »

Certaines maternités sont plus proactives que d'autres. Au CHU de Lille, par exemple, sous l'effet de la publication d'Arrive, le taux est passé de 18 % en 2008 à 30 % aujourd'hui. « On n'a pas constaté une explosion de demandes, mais on a le déclenchement beaucoup plus facile », admet Charles Garabedian, gynécologue-obstétricien. Avant, si une femme avait une protéinurie [protéines dans les urines] à trente-neuf semaines, on contrôlait à quarante puis à quarante et une semaines. Aujourd'hui, on va plus facilement déclencher à trente-neuf semaines. Mais, pour éviter d'engorger l'accès aux salles de naissance, le service limite désormais à huit déclenchements par jour.

À la maternité de l'hôpital Necker-Enfants malades (AP-HP), la question du déclenchement a été tranchée rapidement. En 2019, Yves Ville, chef de la maternité, a décidé de le proposer à toutes les femmes nullipares à bas risque, et ce dès la première consultation. « En 2019, le taux d'acceptation était de 20 %. Cinq ans plus tard, il se situe entre 60 et 70 %. On constate moins de césariennes et moins d'anomalies du rythme cardiaque. La durée de la grossesse tend à se réduire. Aujourd'hui, à quarante et une semaines, seulement 10 % des femmes n'ont pas accouché. » ■

NATHALIE BRAFFMAN