

DOSSIER DE PRESSE

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

La parole aux femmes

Ecoute-information-évaluation-partage...

Communication et relations presse :



Marie Hélène Coste
Medical & Health Consulting
costemh@gmail.com - Tél+33620894903

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

La parole aux femmes Ecoute-information-évaluation-partage...

Ecoute, information, consentement éclairé, évaluation, bientraitance...Cela fait des mois que ces mots-là ponctuent les travaux du CNGOF, société savante de la spécialité de gynécologie-obstétrique. Ils rythment réunions collégiales et pluridisciplinaires et signent une volonté forte de faire évoluer les pratiques jusque-là centrées avant tout sur la sécurité, au détriment parfois de la liberté de choix, de l'autonomie et de la concertation.

Au programme de la conférence de presse du 17 octobre 2019 :

Un extrait de ***Primum non nocere***, un film réalisé par **Eric Lemasson** - Les productions du moment -

L'enfant victime de violences sexuelles devient-il un adulte comme les autres ?

- **Les travaux en cours de la commission ProBité qui réunit professionnels de la périnatalité et associations de patientes et d'usagers de la naissance, avec un objectif : faire de la bientraitance en maternité une priorité. Amina Yamgnane (Paris)**
- **La plateforme Maternys et la démarche de labellisation des maternités qui confie ainsi une partie du contrôle de qualité de leur parcours de soins aux femmes elles-mêmes. Israël Nisand (Strasbourg)**
- **Une photographie inédite de la situation des maternités françaises en termes de ressources humaines. Loïc Sentilhes (Bordeaux)**
- **Mortalité périnatale et infantile, des chiffres qui interpellent. Béatrice Blondel (Paris)**

Commission ProBité : faire de la bientraitance la priorité

D'après un entretien avec le Dr Amina Yamgnane (Paris)

Si la question du traumatisme obstétrical préoccupe depuis longtemps un certain nombre de professionnels de la périnatalité, elle n'a sans doute pas été suffisamment traitée. Et c'est récemment sous le terme de violence obstétricale qu'elle est apparue sur la scène publique avec des accusations parfois très virulentes vis-à-vis des gynécologues-obstétriciens. Entre l'expression légitime des femmes victimes et le ressenti des professionnels meurtris, le dialogue s'est trouvé pour le moins mal engagé. C'est pour apporter un lieu d'expression et amorcer des propositions visant à changer profondément le vécu et le parcours des femmes de la conception aux deux ans de leur enfant, selon le concept des 1000 premiers jours, que le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) a mis en place, dès septembre 2017, la Commission de la promotion de la bientraitance en gynécologie-obstétrique, ProBité.

La première des violences - qui s'ignore - réside dans l'absence de vrai dialogue, souligne Amina Yamgnane. Nous avons, depuis une trentaine d'années, dénoncé certaines formes de traumatismes obstétricaux, mais la discussion n'a pas été suffisamment ouverte et nous nous sommes retrouvés devant les revendications légitimes de femmes ayant subi des traumatismes physiques ou psychologiques qu'elles ont considérés comme des violences obstétricales, poursuit-elle. Une dénomination très mal vécue par les professionnels, et notamment les gynécologues obstétriciens. Les déclarations de la secrétaire d'Etat qui demandait des comptes aux médecins sur le nombre d'épisiotomies pratiquées dans notre pays, en s'appuyant sur des statistiques qu'elle reconnaîtra d'ailleurs elle-même être fausses, ont exacerbé le malaise de la profession.

Renouer le dialogue

Des femmes dénonçant le comportement de leur médecin et les conditions de leur accouchement et des professionnels meurtris par ces accusations alors qu'ils pensent faire le meilleur possible pour leurs patientes : un grand malentendu s'est installé et le débat était devenu quasiment impossible.

Pour renouer le dialogue, le CNGOF, à l'initiative du Pr Israël Nisand, a mis en place la Commission de promotion de la bientraitance dans les soins gynécologiques et obstétricaux, qui réunit tous les professionnels engagés dans les soins de périnatalité, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes-réanimateurs, puéricultrices, pédiatres, médecins généralistes, psychiatres, et les associations d'utilisateurs, l'IRASF, le CIANE (Collectif inter associatif autour de la naissance) et "Maman blues".

La première étape a été la remise en lien des représentants des utilisateurs et des professionnels. Les ressentis négatifs s'étaient accumulés, d'un côté la défiance de certains représentants d'associations et plus encore des défenseurs de l'accouchement à domicile, de l'autre côté le sentiment de découragement et de stigmatisation des professionnels de santé qui souffrent déjà de leurs conditions de travail avec un manque chronique d'effectifs dans de nombreux services.

Un autre obstacle a du être surmonté : le risque de clivage entre médecins et sages-femmes, ces dernières étant considérées du côté des femmes et des accouchements « naturels », alors que les obstétriciens seraient les responsables de la médicalisation des naissances. A cet égard, rappelons que les sages-femmes et les obstétriciens ne font pas tout à fait le même métier. Lorsque l'accouchement se passe normalement, le médecin n'intervient pas ; il n'est appelé que lorsque la sage-femme a atteint ses limites de compétences.

Préserver les liens avec les femmes les plus vulnérables

Compte tenu de ces malentendus et de la charge émotionnelle les entourant, la reprise d'échanges sereins et constructifs a été difficile, mais nous y sommes parvenus, explique Amina Yamgnane. C'était indispensable et les représentantes des usagères comme les professionnels en ont pris conscience, car ce conflit portait en lui le risque de rupture de soins pour les femmes les plus fragiles. Sensibilisées par leurs expériences traumatiques lors de leur parcours de soins, les femmes les plus vulnérables, celles qui ont subi des négligences ou des violences physiques et/ou psychiques dans l'enfance ou l'adolescence ou les victimes de violences conjugales, sont particulièrement perméables aux discours alarmistes. Ce sont ainsi les femmes les plus vulnérables qui vont s'éloigner des structures médicales, perçues comme de nouvelles menaces, et se trouver privées d'accès aux soins dont elles auraient besoin.

La sécurité émotionnelle, indissociable de la sécurité médicale

Une fois le dialogue renoué, la Commission a élaboré des axes de travail pour que la bientraitance soit assurée tout au long du parcours de soins des femmes depuis leur projet de grossesse jusqu'à la période néonatale, ou mieux jusqu'aux deux ans de l'enfant. On sait en effet que cette période des « 1000 jours » est cruciale pour le développement de l'enfant.

La commission ProBité s'attache ainsi à travailler tout ce qui est à même de faire évoluer les pratiques périnatales : la formation initiale et continue des professionnels, la communication avec les parents, la reprise et l'analyse des accouchements mal vécus, la prise en compte des situations de stress post-traumatique et de difficulté maternelle, le respect du droit, la culture de service et l'usage des protocoles.... Des actions concrètes à mettre en œuvre rapidement ont ainsi été définies, d'autres nécessiteront plus de temps, mais sont déjà à l'étude.

La formation des professionnels à la dimension émotionnelle du vécu des femmes et de son impact majeur sur la grossesse est un préalable incontournable à l'amélioration de leur prise en charge et de la nécessaire cogestion de la grossesse et de l'accouchement que réclament les futures mères. Il faut bien reconnaître que le suivi de la grossesse est trop souvent centré sur la seule sécurité médicale. Les professionnels de santé occidentaux sont les héritiers de plusieurs siècles d'apprentissage centré sur l'organe et la maladie. Nous n'avons pas appris à nous concentrer sur la personne, et son environnement. De ce point de vue, les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes ne font pas exception. L'anamnèse obstétricale, telle qu'elle s'apprend sur les bancs de la Faculté, vient cruellement en montrer les limites. Le professionnel pose des questions formatées et orientées, qui visent uniquement à dépister les femmes et les bébés à risque médical. Il faut écouter ce que les femmes ont à dire d'elles-mêmes, de leur expérience de la maternité (au compte rendu de l'accouchement, il convient d'entendre

le vécu de l'accouchement), de leurs envies, de leurs fantasmes, de leurs angoisses, de leurs phobies. Il faut explorer toutes les questions, les carences, les vulnérabilités, les deuils etc. pour créer une véritable alliance entre les équipes de périnatalogie et chaque famille en construction. Sécurité médicale et sécurité émotionnelle vont de pair, souligne Amina Yamgnane.

Généraliser l'entretien prénatal précoce et le projet de naissance

D'où l'importance de l'entretien prénatal précoce (EPP), qui reste à ce jour très insuffisamment développé dans notre pays. L'EPP est pourtant un moment clé du parcours de suivi de grossesse, véritable outil partagé entre les familles et l'équipe de périnatalité. Il permet aux parents d'établir un projet de naissance qui s'appuie sur leurs forces et prend en compte les vulnérabilités de la future mère à l'épreuve de la maternité. L'EPP permet en outre au futur père de se préparer également à ses fonctions paternelles. L'accès à ce temps de dialogue, devrait ainsi devenir systématique à l'instar des examens biologiques et échographiques dans le cadre du suivi de la grossesse.

Prévenir, dépister et prendre en charge la dépression du post partum

Dès l'EPP, mais aussi tout au long de la grossesse, le dépistage des facteurs de vulnérabilité et le développement d'outils pour le faciliter est ainsi une priorité mise en avant par l'ensemble de la Commission. En effet, on estime à 12% le pourcentage de femmes qui vont présenter un syndrome dépressif en post partum, une complication trois fois plus fréquente que les hémorragies graves de la délivrance, souligne Amina Yamgnane. En 2018, 62 femmes se sont suicidées dans la première année de vie de leur enfant, leur suicide étant directement lié à une dépression du post partum. Or, 20% des femmes qui présentent une dépression du post partum étaient déjà déprimées avant l'accouchement ou avant la grossesse. Le dépistage de cette fragilité s'inscrit dans une perspective qui va bien au-delà de la période néonatale, souligne Amina Yamgnane. Il vise aussi à prévenir les conséquences importantes et délétères pour l'enfant d'avoir été confronté pendant ses premiers mois de vie à une mère dont la dépression post natale serait passée inaperçue. La prévention, le dépistage et la prise en charge de ces difficultés psychologiques concernent tous les acteurs de la périnatalogie, les sages-femmes et les gynécologues - obstétriciens, mais aussi les puéricultrices, les pédiatres, les médecins de PMI, et bien entendu les psychiatres, qui devraient être eux mieux formés à la périnatalité. La coordination de l'ensemble des intervenants doit ainsi être renforcée. La continuité de la prise en charge avec un suivi harmonieux, depuis la conception en passant par l'EPP, puis les visites de suivi de la grossesse, la préparation à l'accouchement et l'accompagnement à la parentalité permet de sécuriser le parcours de soins, trop souvent découpé entre les interventions des différents professionnels.

Dans cette démarche globale pour favoriser, à toutes les étapes, la confiance entre les futurs parents et les professionnels, la structuration architecturale des lieux doit aussi être repensée pour garantir aux femmes la confidentialité et le respect de leur intimité.

Les femmes n'ont pas à subir le manque de ressources humaines et financières

Se pose aussi bien évidemment la question des moyens financiers et humains. Alors que les effectifs sont insuffisants, voire très insuffisants, dans un grand nombre d'établissements (voir article sur les ressources humaines), le CNGOF tire la sonnette

d'alarme pour que les pouvoirs publics mettent en œuvre les ressources nécessaires pour assurer cette bienveillance tout au long de la grossesse, pendant et après l'accouchement. Les femmes n'ont plus à subir les politiques de déclenchement au prétexte que les moyens manquent à les laisser accoucher spontanément. Les femmes n'ont pas à subir les cadences infernales imposées aux équipes médicales, au nom des restrictions budgétaires. Les femmes n'ont plus à subir seules la rencontre avec leur bébé au nom du fait que la durée de séjour doit être réduite dans le cadre des restrictions de dépenses. Nos enfants et leurs parents valent plus que cela.

Des maternités labellisées par le CNGOF et évaluées par les femmes

D'après un entretien avec le Pr Israël Nisand (Strasbourg)

Les maternités qui s'engagent à mettre la bienveillance au centre de toutes leurs activités et qui acceptent la transparence peuvent aujourd'hui bénéficier d'une labellisation innovante mise au point par le CNGOF. Cette labellisation valide la démarche d'information et d'écoute des femmes et d'amélioration de la qualité des soins. Elle est soutenue par Maternys, une plateforme interactive d'information, de conseil et d'évaluation de la prise en charge.

Alors que nous traversons d'importantes difficultés et que la sécurité même des femmes est menacée par un manque de moyens qui s'aggrave d'année en année, le CNGOF poursuit plus que jamais son projet d'inscrire la bienveillance comme la priorité dans toutes les maternités, explique Israël Nisand. Pour répondre à cet objectif, un label est attribué aux établissements qui s'engagent à proposer l'accès à une plate-forme d'information sur la grossesse et l'accouchement et qui acceptent d'être évaluées par les femmes elles-mêmes sur la qualité de leur prise en charge.

Douze critères régissent la labellisation :

- la transparence de la maternité sur ses pratiques : taux d'épisiotomie, taux de césarienne, taux d'extraction instrumentale, taux de déclenchement, avec mise en regard des taux nationaux pour les maternités de même niveau
- l'amélioration de l'information des femmes enceintes par la plate-forme Maternys
- la mise en place d'un entretien prénatal précoce (EPP)
- le confort du nouveau-né avec en particulier une aide à l'allaitement pour les femmes qui le souhaitent et le respect des rythmes de sommeil dans l'organisation des soins
- l'autonomie des patientes avec notamment la possibilité de vivre un accouchement démedicalisé en l'absence de facteur de risque
- le suivi de toute intervention réalisée en urgence avec une explication avant la sortie de maternité et la mise à disposition d'un soutien psychologique en cas de besoin
- la remise de deux formulaires de satisfaction à l'ensemble des femmes à la sortie de la maternité et trois mois après leur accouchement
- un projet de naissance proposé à toutes les patientes
- la disponibilité d'une analgésie démedicalisée 24 heures sur 24
- la mise en place d'un tableau de bord annuel de la pertinence des soins
- la possibilité de présence pour la ou les personne(s) désignée(s) pour l'accouchement ou la césarienne sauf en cas d'urgence
- la formation du personnel à la bientraitance et l'accompagnement psychologique des soignants en difficulté

Des vidéos d'information pédagogique

La plate-forme d'information Maternys répond aux besoins fondamentaux d'information des femmes dans une démarche de cogestion vraie de la grossesse, de l'accouchement et

du post-partum où les actes médicaux ne sont plus imposés mais proposés, sauf urgence, et où les femmes ont la possibilité de dire ce qu'elles souhaitent, souligne Israël Nisand. Ces informations sont toutes conformes aux recommandations du CNGOF et sont appelées à évoluer en fonction des retours d'expérience des utilisatrices et des professionnels de la naissance (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, infirmières, puéricultrices, psychologues...) des établissements labellisés.

Maternys en pratique

Lorsqu'une femme choisit l'une des maternités labellisées, l'inscription à la plate-forme lui est systématiquement proposée et, si elle adhère au projet, l'accès se fait sur ordonnance, comme une authentique prescription médicale. L'information est un soin en soi, souligne Israël Nisand.

Les informations sont présentées sous forme de vidéos didactiques, assorties du texte de chacune d'entre elles et d'illustrations. Elles sont classées en grands chapitres : les trois premiers mois, le suivi de la grossesse, l'accouchement, le post partum.

Les thèmes

- Le suivi de votre grossesse
- La déclaration de grossesse & ses examens
- Les échographies de dépistage
- Le dépistage de la trisomie 21
- Conseils hygiéno-diététiques
- La préparation à la naissance
- L'entretien prénatal précoce
- Le projet de naissance
- La péridurale et les autres méthodes d'analgésie
- L'anatomie
- Le monitoring
- Le déclenchement
- L'accouchement normal
- Les déchirures périnéales et l'épisiotomie
- L'extraction instrumentale
- La césarienne
- L'accueil du bébé en peau à peau
- L'examen à la naissance
- Les suites de couches
- La contraception après l'accouchement
- L'allaitement

De la déclaration de grossesse, en passant par les modalités et les objectifs des échographies de dépistage, les conseils hygiéno-diététiques, le projet de naissance, toutes les questions sur la grossesse et son suivi sont traitées.

Le chapitre consacré à l'accouchement est particulièrement complet avec un rappel sur l'anatomie qui permet de mieux comprendre son déroulé et les éventuels obstacles à l'extraction du bébé, pourquoi et comment sont réalisés la surveillance du travail et le monitoring du bébé, comment fonctionne la péridurale et quelles sont les alternatives pour le contrôle de la douleur, qu'est-ce qu'une extraction instrumentale, quels sont les

risques de déchirures périnéales ou les indications d'une épisiotomie, comment se passe une césarienne... Bref toutes les explications fournies par l'équipe obstétricale, mais dont la compréhension et l'intégration peuvent être difficiles compte tenu de leur profusion et du vocabulaire médical utilisé.

La plate-forme comprend également un chapitre sur les suites de l'accouchement : l'accueil du bébé en peau à peau, l'examen du nouveau-né, l'allaitement, la contraception...

Une information ciblée tout au long de la grossesse

Si elles le souhaitent, les femmes peuvent activer une fonctionnalité qui leur permet d'avoir les informations adaptées au fur et à mesure de l'avancée de leur grossesse. Pour ce faire, elles enregistrent la date de leurs dernières règles et reçoivent tous les 15 jours une alerte pour leur proposer un nouveau contenu. Les informations sont ainsi communiquées de façon perlée et adaptée en fonction du terme. Au cours du premier trimestre, il est inutile ou tout du moins prématuré d'aborder les modalités de l'accouchement, note le Pr Nisand. Il s'agit donc de répondre aux questions des femmes au moment où elles se les posent.

Après avoir visualisé chaque vidéo, un petit questionnaire permet de vérifier sa bonne compréhension. Il faut y répondre pour pouvoir passer à la suivante. Comme l'explique Israël Nisand, ce système permet de diffuser auprès des futures mères toutes les informations que le gynécologue obstétricien ou la sage-femme ne sont pas toujours pas en mesure de détailler et, de plus, d'en vérifier la bonne compréhension. Il présente en outre une valeur médico-légale, car il apporte la preuve de l'information et de la prise de connaissance de chaque contenu par la patiente.

Le point de vue des femmes

La plate-forme comprend aussi un questionnaire de satisfaction sur l'intérêt des informations disponibles et leur impact sur le suivi de la grossesse et le dialogue avec l'équipe obstétricale.

Enfin, pour évaluer la qualité de leur prise en charge, un questionnaire est adressé directement aux femmes trois jours, puis trois mois après leur accouchement.

Cette évaluation permettra de vérifier l'adéquation des mesures mises en œuvre dans la maternité pour assurer la bientraitance tout au long de la grossesse et lors de l'accouchement. L'objectif est de confier désormais une partie du contrôle de qualité aux femmes elles-mêmes. Nous sommes la première spécialité médicale à procéder ainsi, précise Israël Nisand.

En partageant leur vécu, en évaluant la qualité de leur parcours, les femmes permettront au CNGOF de faire évoluer ses recommandations pour améliorer les prises en charge et chaque établissement labellisé disposera d'un baromètre de qualité précieux.

Le « Label CNGOF » s'appuie sur une plateforme en ligne réalisée par la sté Persomed (www.persomed.com). Cette plateforme est conçue et co-financée en collaboration avec les pouvoirs publics, dans le cadre de l'AAP Solidarité Numérique e-santé 2, sur la base d'un cahier des charges dédié à la communication et à l'encadrement en ligne de l'information des patients. Persomed est détenteur du brevet de « L'ordonnance d'information » et conçoit des vidéos d'information adaptées, compréhensibles et à valeur médico-légale, sur les gestes médicaux et les opérations chirurgicales pour les disciplines médicales et chirurgicales. Persomed a été missionné par le CNGOF dans le cadre d'un appel d'offre national.

Pourquoi est-il urgent d'adapter les ressources humaines à la transformation des maternités ?

D'après un entretien avec le Pr Loïc Sentilhes (CHU Bordeaux)

Le nombre de personnel requis dans les maternités repose encore sur les décrets périnatalité de 1998, alors que les maternités ont subi une profonde restructuration marquée par la fermeture des petits établissements et l'augmentation des grosses, voire très grosses, maternités. Afin d'adapter les ressources humaines à la réalité d'aujourd'hui, l'ensemble des professionnels de la périnatalogie ont élaboré des préconisations précisant les seuils minimaux nécessaires pour assurer la sécurité et la qualité des soins non programmés dans les maternités selon leur activité. Une enquête menée par le CNGOF illustre l'urgence de pallier les manques de personnel : les effectifs en sages-femmes sont insuffisants dans la moitié des maternités, un tiers des établissements n'ont pas le nombre adapté de gynécologues-obstétriciens et, dans un quart des maternités, le nombre d'anesthésistes et de pédiatres est insuffisant. Un constat d'autant plus préoccupant qu'aucun recrutement n'est prévu dans la grande majorité des établissements

Deux tiers des maternités ont fermé depuis le début des années 1970. On recense aujourd'hui quelques 500 maternités sur le territoire. Leur structure a aussi beaucoup changé : le nombre d'établissements assurant plus de 3 000 accouchements par an a doublé, tandis que ceux qui assuraient moins de 500 naissances ont diminué de moitié. Alors qu'ils n'étaient que 5% en 1995, 40 % des établissements assurent aujourd'hui plus de 2 000 accouchements par an. De très grosses maternités se sont développées avec, pour certaines, plus de 5 000 accouchements annuels. Mais les ressources humaines n'ont pas suivi....

Le nombre de personnel requis dans les maternités repose encore sur les décrets périnatalité de 1998 qui ne s'appuyaient que sur le volume d'activité et non sur le type d'activité. Or, les effectifs nécessaires pour assurer toutes les activités non programmées doit prendre en compte le nombre de naissances, le nombre de consultations et d'actes réalisés en urgence, la sévérité des urgences, l'existence d'une activité chirurgicale, notamment carcinologique susceptible de générer des urgences, et l'imprévisibilité des pics d'activité.

Faute de révision réglementaire qui aurait dû accompagner les restructurations, chaque équipe médicale est livrée à elle-même pour tirer la sonnette d'alarme, discuter et négocier quelques postes en plus, explique le Pr Loïc Sentilhes. Les ressources humaines allouées pour faire face à l'augmentation progressive et régulière de l'activité dépendent des organisations locales, du pouvoir de conviction ou de persuasion des chefs de service auprès des directions des commissions locales d'établissement, voire des agences régionales de santé (ARS).

Il n'est plus possible de se « débrouiller » à moyens constants sans mettre en jeu la sécurité des femmes et la santé des soignants.

Des seuils minimaux pour assurer la sécurité et la qualité des soins

C'est pour adapter et harmoniser les ressources allouées à toutes les maternités en fonction de leur taille, du nombre d'accouchements et des urgences gynécologiques que la Commission « ressources humaines » du CNGOF a élaboré avec l'ensemble des sociétés savantes représentant les métiers qui interviennent autour de la naissance et de la santé périnatale (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, anesthésistes) des préconisations en matière de ressources humaines. Elles prévoient le personnel médical minimum requis pour assurer dans chaque maternité la sécurité, la qualité des soins et la permanence des actes de gynécologie-obstétrique non programmés. Les seuils minimaux pour les différentes professions ont été définis au terme d'un long travail réunissant les membres représentatifs de différents modes d'exercice (universitaire, hospitalier, libéral) sous l'égide du CNGOF, avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), la Société française de néonatalogie (SFN), la Société française de médecine périnatale (SFMP), le Collège national des sages-femmes de France (CNSF), la Fédération française des réseaux de soins en périnatalité (FFRSP). Le texte a été relu par des experts extérieurs, notamment les membres des conseils d'administration de ces sociétés savantes et du Club d'anesthésie réanimation en obstétrique (CARO).

Les préconisations portent sur toutes les activités non programmées liées à de la gynécologie ou de l'obstétrique au sein :

- des services d'urgence
- des services de gynécologie-obstétrique (urgences dédiées)
 - ✓ de la salle de naissance y compris les salles de pré-travail, les salles dites physiologiques/nature
 - ✓ du bloc opératoire, des soins continus y afférent (salle de surveillance post interventionnelle, unités de surveillance continue)
 - ✓ d'une des salles dédiées de réanimation néonatale des locaux d'observation et de soins immédiats des nouveau-nés

Les experts sont parvenus à une proposition chiffrée détaillée en nombre de professionnels requis en fonction de l'activité des structures (tableau).

Agencement et proposition des experts concernant les seuils minimaux requis pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique.

Volume d'activité (naissances/an)	Médecins anesthésistes-réanimateurs		Sages-femmes ^d	Gynécologues-obstétriciens	
	Médecins anesthésistes-réanimateurs	Personne-ressource supplémentaire ^e		Gynécologues-obstétriciens	Personne-ressource supplémentaire ^f
100-1000	1 MAR en astreinte ou sur place pour le site ^a		1,1-2,4	1 GO sur place ou en AOE, 365 j/an, 24 h/24	
1000-1500	1 MAR en astreinte ou sur place pour le site ^a		2,4-3	1 GO sur place ou en AOE, 365 j/an, 24 h/24	
1500-2000	1 MAR sur place pour le site ^a		3-3,7	1 GO sur place	
2000-3000	1 MAR sur place dédié à l'ANP		3,7-5,1	1 GO sur place	
3000-4500	1 MAR sur place dédié à l'ANP		5,1-7,2	1 GO sur place et dédié à l'ANP	1 GO disponible ^h
4500-5500 ^c	1 MAR sur place dédié à l'ANP + 1 MAR ou 1 IADE sur place dédiés à l'ANP	1 MAR disponible ^b ou 1 IADE sur place dédié à l'ANP	7,2-8,5	2 GO sur place et dédiés à l'ANP	
5500-6500	2 MAR + 1 IADE sur place dédiés à l'ANP ou 1 MAR + 2 IADE sur place dédiés à l'ANP	1 MAR disponible ^b si option	8,5-9,9	2 GO sur place et dédiés à l'ANP	1 GO disponible ^h
6500-7500	2 MAR + 2 IADE sur place dédiés à l'ANP ou 2 MAR + 1 IADE sur place dédiés à l'ANP	1 MAR disponible ^b si option	9,9-11,2	2 GO sur place et dédiés à l'ANP	2 GO disponibles ^h

Ces seuils minimaux visent à aider les soignants assurant les soins non programmés en périnatalité et en gynéco-obstétrique à faire valoir auprès des organismes institutionnels la pertinence des ressources humaines nécessaires pour en assurer la sécurité et la qualité.

Une photographie de la situation dans nos maternités

L'enquête nationale coordonnée par le Pr Loïc Sentilhes pour déterminer l'état actuel de des ressources humaines allouées aux activités non programmées en gynécologie obstétrique des maternités françaises montre à quel point cet outil devrait servir dans les très nombreux établissements où l'on constate un manque d'effectifs. Elle a été réalisée sur la base d'un questionnaire adressé par mail à l'ensemble des maternités.

Un tiers des établissements ont répondu, ce qui donne un tableau correspondant au vécu de beaucoup de professionnels de la périnatalité : les ressources sont insuffisantes en sages femmes dans 48,6% des maternités ; 37,7% manquent de gynécologues obstétriciens, 26% d'anesthésistes et 22,8% de pédiatres. Dans 86% des cas, aucun recrutement n'est acté et 62,4% des cas, aucun renforcement n'est même prévu.

Tableau préoccupant, voire inquiétant ; mais il ne faudrait pas occulter le versant positif de ces résultats, note le Pr Sentilhes: la majorité des maternités ont des effectifs correspondant à leurs besoins et dans environ 1/3 des cas des discussions sont en cours entre équipe médicale et direction pour discuter d'un renforcement d'effectif, signe qu'il y a une prise de conscience du problème et que les choses bougent. C'est donc possible... Mais il y a donc urgence à ce que la sécurité et la qualité des soins soient assurées sur l'ensemble du territoire pour toutes les femmes.

* L. Sentilhes, F. Galley-Raulin, C. Boithias et al. Ressources humaines pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique. Propositions élaborées par le CNGOF, le CARO, le CNSF, la FFRSP, la SFAR, la SFMP et la SFN. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2019 ; 47 : 63-78.

La mortalité périnatale et infantile en France : des chiffres qui interpellent

Béatrice Blondel, EPOPé, Equipe de recherche en Epidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique, Université de Paris, INSERM, Paris

Le niveau de la mortalité

La mortalité est un indicateur de santé largement utilisé pour évaluer l'état de santé des enfants, suivre les évolutions au cours du temps et se comparer aux autres pays ayant des systèmes de santé et des modes de vie voisins, comme les pays de l'Union Européenne (1,2). Or les résultats observés en France sont préoccupants depuis une dizaine d'années :

- 3/1000 naissances en 2015 : le taux de morts nés place la France au 22^{ème} rang parmi les 33 pays européens du projet Euro-Peristat (1)
- 2,4/1000 naissances vivantes : la mortalité néonatale (entre 0 et 28 jours) est plus élevée que dans la plupart des pays européens (23^{ème} place). Le taux de mortalité néonatale reste stable depuis le début des années 2000, alors qu'il est en baisse sur l'ensemble des pays européens, avec, par exemple, une baisse globale de 14% entre 2010 et 2015. Si l'on considère la mortalité chez les bébés nés à partir de 24 semaines d'âge gestationnel, pour s'assurer d'une meilleure comparabilité du calcul des taux entre pays, le taux est de 2,1/1000, là aussi stable entre 2010 et 2015 et supérieur à celui de nos voisins européens comme le montre le graphique ci-dessous.

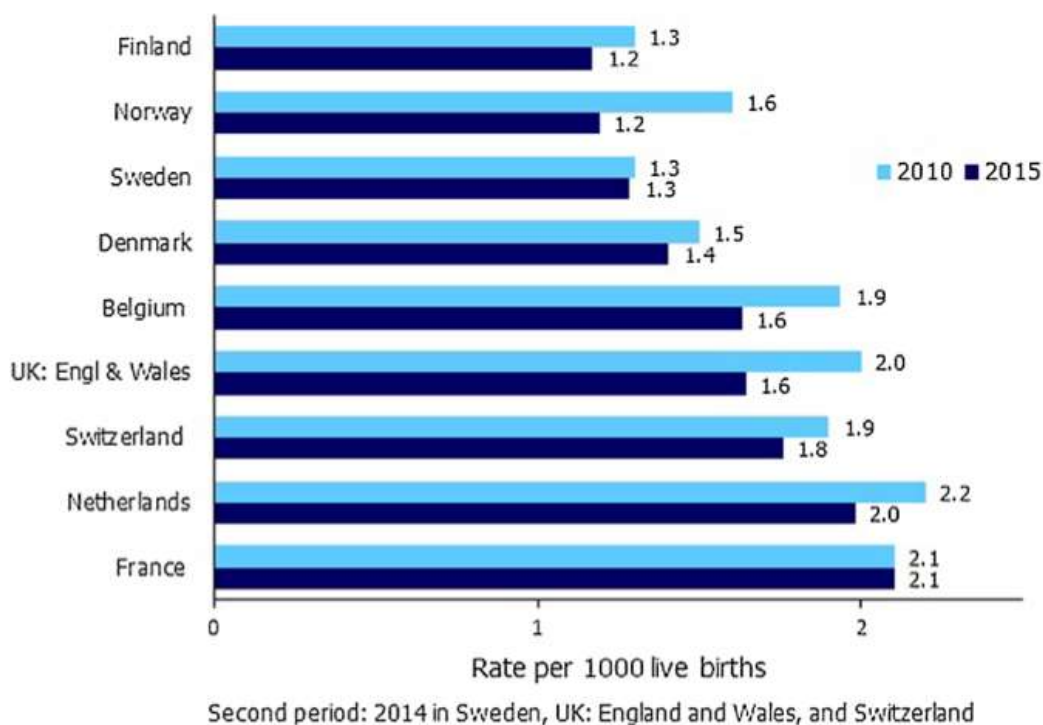


Fig. 1. Neonatal mortality rates at and after 24 weeks of gestation in 2010 and 2015 (source EURO-PERISTAT) [1].

Comment identifier les décès évitables ?

Face à des résultats défavorables, des pays comme l'Angleterre ou les Pays-Bas, ont développé des stratégies comprenant une analyse fine des données statistiques existantes, pour identifier des décès anormalement fréquents et des audits pour étudier les circonstances de ces décès et leur évitabilité.

Une telle démarche devrait être envisagée en France ; elle nécessiterait au préalable une analyse détaillée des statistiques issues des certificats de décès et des données du PMSI puis des audits pour rechercher comment améliorer la prise en charge des situations à risque et enfin une réflexion sur les mesures à prendre pour réduire les décès évitables. Une telle démarche a été suivie avec succès en France pour la mortalité maternelle et a permis de réels gains sur les 20 dernières années (3)

Quels facteurs pourraient expliquer la stabilité des taux de mortalité depuis 10 ans ?

L'organisation et la qualité des soins dans les services ?

L'organisation du travail dans les services hospitaliers a profondément changé au cours des dix dernières années. Par exemple **la pénurie** d'obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes et le recours fréquent à des intérimaires ou des personnes employées sur des durées très courtes, a pu entraîner des difficultés à garantir des soins de qualité. Un autre exemple porte sur **la durée de séjour** des femmes et des enfants qui s'est fortement raccourcie, sans qu'on sache si cela a pu avoir des conséquences sur leur santé.

La prise en charge des enfants très grands prématurés ?

Les enfants nés avant 26 semaines d'âge gestationnel ont un risque très élevé de mortalité et contribuent largement au taux global de mortalité. La survie de ces enfants dépend beaucoup de la prise en charge et est fondée sur des éléments de pronostic (4). La volonté de prendre en charge ces enfants de manière active plutôt que d'envisager une prise en charge palliative a pu avoir un effet sur les taux globaux de mortalité néonatale et infantile, qu'il faudrait évaluer

Les facteurs de risque de mortalité ?

Certains facteurs de risque connus de mortalité n'ont pas évolué de manière favorable au cours des dix dernières années. La proportion de femmes qui déclarent **fumer** pendant la grossesse (16.3% en 2015) est élevée par rapport aux autres pays européens (20^{ème} rang sur les 22 pays disposant de statistiques) et n'a pas baissé depuis 2010 (5). **L'obésité** (indice de masse corporelle de 30 ou plus) continue à augmenter avec un pourcentage de femmes concernées de 9,9% en 2010 et 11,8 % en 2016.

Quelles pistes pour agir ?

Nous manquons de connaissances pour comprendre le niveau anormalement élevé de notre mortalité et définir des actions prioritaires. Il est donc nécessaire dans un premier temps de : a) développer l'analyse des statistiques existantes sur la mortalité et ses facteurs de risque, b) réaliser des audits pour identifier des causes évitables, et c) faire des propositions d'actions auprès des services publics et des organisations professionnelles.

Références

1. projet Euro-Peristat, <https://www.euoperistat.com/>)
2. Blondel, B., M. Durox and J. Zeitlin (2019). "How perinatal health in France compared with other European countries in 2015: some progress but also some concerns about newborn health." *J Gynecol Obstet Hum Reprod* **48**(7): 437-439.
3. Deneux-Tharoux, C. and M. Saucedo (2017). "Epidemiologie de la mortalite maternelle en France, 2010-2012." *Gynecol Obstet Fertil Senol* **45**(12S): S8-S21
4. Ancel, P. Y., F. Goffinet, Working. Group, (2015). "Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011: results of the EPIPAGE-2 cohort study." *JAMA Pediatr* **169**(3): 230-238
5. Coulm, B., C. Bonnet and B. Blondel (2017). French national perinatal survey 2016. Situation in 2016 and trends since 2010. Paris, Available at <http://www.epopé-inserm.fr/en/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>