

Les risques médico-légaux liés à l'organisation des soins autour de la naissance - État des lieux

G. BERCAU *
(Paris)

Résumé

La généralisation de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et l'augmentation importante du taux de césariennes dans tous les pays occidentaux n'ont pas permis de réduire de façon significative le taux d'infirmité motrice cérébrale qui est resté stable sur les enfants à terme ces 20 dernières années.

La médicalisation de l'accouchement jugée excessive par certains couples les a conduit à privilégier des méthodes dites alternatives à l'accouchement conventionnel.

Ces méthodes alternatives sont possibles mais ne peuvent être réservées qu'à une population sélectionnée, motivée, dans le cadre d'un réseau parfaitement formalisé.

Mots clés : asphyxie fœtale, rythme cardiaque fœtal, pH au scalp, lactates au scalp, ECG fœtal, accouchement à domicile, maisons de naissance

* Groupe hospitalier Saint-Joseph - Maternité Notre-Dame de Bon Secours - 185 rue Raymond Losserand - Paris 75014 Paris

Correspondance : drbercau@gmail.com

Déclaration publique d'intérêt

Je déclare n'avoir aucun intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

L'accouchement a longtemps été considéré comme « un des plus périlleux voyages qu'un être humain puisse faire au cours de son existence ».

La prise en charge moderne du travail dans les structures conventionnelles a donc pour but de limiter les risques de complications, et en particulier celles liées à l'asphyxie fœtale [1].

Pour cette raison, l'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal (RCF) s'est généralisé dans tous les pays occidentaux au cours des trente dernières années.

Il a été complété par d'autres moyens de surveillance, dits de deuxième ligne, tels que le pH et les lactates au scalp, l'oxymétrie de pouls fœtal, et plus récemment l'ECG fœtal couplé à l'enregistrement du RCF [2-4].

La généralisation des moyens de surveillance, et en particulier du RCF, a entraîné une augmentation certaine du taux de césariennes dans tous les pays occidentaux.

Elle n'a pas, à l'inverse, abouti à une diminution significative du taux d'encéphalopathies néonatales dont l'origine est multiple (génétique, infectieuse, asphyxique), ni même du taux d'infirmités motrices cérébrales d'origine asphyxique qui restent aux environs de 2/1 000 chez le nouveau-né eutrophique à terme, car il s'agit d'une complication qui pour la plupart des cas est acquise en anténatal [5-7].

Les données les plus modernes de la littérature médicale doivent donc amener à revoir nos certitudes sur la pertinence du RCF continu en tant que moyen de surveillance du travail et à considérer d'un œil particulièrement critique certains rapports d'expertise, qui en cas de procédure contentieuse, auraient tendance à établir de façon systématique un lien entre une encéphalopathie néonatale et des anomalies du RCF [1].

Des critères stricts d'asphyxie perpartum universellement reconnus ont été établis par l'Encephalopathy Task Force (regroupant l'ACOG et l'AAP) et doivent impérativement être respectés avant d'attribuer une infirmité motrice cérébrale aux conditions du travail [8].

Compte tenu de nos performances médiocres pour la prévention de l'asphyxie fœtale pendant le travail, contrastant avec une médicalisation du travail et de l'accouchement jugée excessive par certains parents et par certains professionnels de la naissance, des alternatives à l'accouchement dans les structures traditionnelles ont été proposées, que ce soit l'accouchement dans des maisons de naissance dirigées par des sages-femmes ou même l'accouchement à domicile.

La revue de la littérature montre cependant que le modèle hollandais concernant l'accouchement à domicile est à prendre avec réserve, dans la mesure où le nombre d'accouchements à domicile a diminué de moitié en trente ans dans ce pays, et que ce mode d'accouchement est peut-être grevé d'une mortalité périnatale supérieure à celle rencontrée au cours d'accouchements dans les structures conventionnelles [9-11].

De surcroît, il n'est pas certain que l'organisation des accouchements en Hollande donne entière satisfaction à la population, au vu d'une étude récente comparant l'organisation des accouchements en Hollande et en Belgique, pays limitrophe, où les accouchements ont essentiellement lieu en milieu hospitalier [12].

De même, il n'apparaît pas de façon évidente qu'il existe un gain économique net lorsque l'accouchement est fait dans des structures non conventionnelles [13].

Quoi qu'il en soit, si l'accouchement doit être fait dans des structures non conventionnelles, il ne peut l'être que par des sages-femmes expérimentées, sur une population de femmes sélectionnées, à bas risque, motivées, informées des possibilités de transfert en urgence dans une structure hospitalière, et dans le cadre d'un réseau formalisé et performant [14-16].

Bibliographie

- [1] Grimes D.A. Electronic fetal monitoring as a public health screening program: the arithmetic of failure. *Obstet Gynecol* 2010;116:1397-1400.
- [2] Kruger K. Predictive value of fetal scalp blood lactate concentration and pH as markers of neurologic disability. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1072-8.
- [3] Boog G. Microdosage rapide des lactates au sang du cordon et au scalp fœtal. *Gynecol Obstet Fertil* 2004;32:241-244.
- [4] Doria V. Review of the first 1 502 cases of ECG-ST waveform analysis during labour in a teaching hospital. *BJOG* 2007;114:1202-1207.
- [5] Nelson K.B. Can we prevent cerebral Palsy? *NEJM* 2003;349:1765,695-7.
- [6] Graham EM. Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring and the prevention of perinatal brain injury. *Obstet Gynecol* 2006; 108:656-66.
- [7] Greene MF. Obstetricians still await a Deus ex Machina. *NEJM* 2006;355:2247-48.
- [8] Hankins GDV. Defining the pathogenesis and pathophysiology of neonatal encephalopathy and cerebral palsy. *Obstet Gynecol* 2003;102:628-636.
- [9] Nizard J. Accoucher aux Pays-Bas : un must ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37: 634-38.
- [10] Wiegers TA. Maternity care in The Netherlands: the changing home birth rate. *Birth* 1998;25:190-196.
- [11] Evers CC. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ* 2010;341:c5639.
- [12] Christiaens W. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* 2009;25:e11-e19.
- [13] Henderson J. Economic implications of home births and birth centers: a structured review. *Birth* 2008;35:136-146.
- [14] Laws PJ. Perinatal outcomes of women intending to give birth in birth centers in Australia. *Birth* 2010;37:28-36.
- [15] Planned home birth. ACOG Committee Opinion. *Obstet Gynecol* 2011 February;476.
- [16] Hildingsson M. Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:1366-72.