

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

DÉPÊCHE - Jeudi 17 octobre 2024 - 14:41

## 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-associes-a%2%A0la%2%A0depression-post-partum&usid=155025>

DÉPÊCHE - Vendredi 18 octobre 2024 - 17:29

# 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.

©1989-2024 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/416005/accouchement-une%2%A0femme-sur-trois-ressent-une%2%A0douleur-severe-a%2%A0l-expulsion-malgre-la%2%A0peridurale&usid=155025>

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.

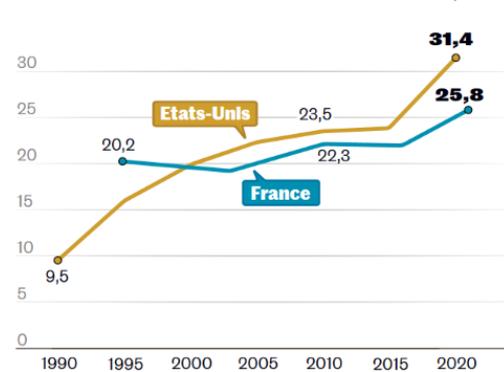
Aux Etats-Unis, le taux de déclenchement a bondi à plus de 30 % en 2020. En Europe, tous les pays sont concernés par une augmentation, même les Scandinaves, réputés pour leur limitation de la médicalisation du travail, qui consiste à provoquer des contractions utérines. Il existe alors plusieurs méthodes, 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

# SFMP 2024 : dépression post-césarienne à 2 mois

**Le 53ème Congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) était l'occasion de revenir sur différents sujets autour de la santé maternelle. Sage-Femme Pratique zoome aujourd'hui sur une thématique : le lien entre un césarienne et la dépression à 2 mois. Quelle prévalence pour quels facteurs de risque en France ?**

*D'après la communication d'Alizée Froeliger, obstétricienne et chef de Clinique Service de Gynécologie Obstétrique 1-2, Bordeaux*

Quelle est la prévalence des cas de dépression du post-partum ? Quels sont les facteurs de risque associés deux mois après un accouchement par césarienne ? Telles étaient les questions posées en préambule de l'étude menée par l'équipe du Dr Alizée Froeliger\*.

Pour y répondre, les chercheurs ont inclus des femmes ayant accouché par césarienne dans 27 maternités françaises en 2018 et en 2020. Toutes ont accouché à 34 SA. Deux mois après la naissance, le score EPDS permettait d'évaluer le risque individuel de dépression du post-partum. Des données corrigées par la méthode IPW pour intégrer le vécu des femmes non-répondantes.

## Environ 1 femme sur 6 concernée

Résultats, 2 793 femmes ont complété l'EPDS en 2018, et 4 431 en 2020. Au total, 16,4% de cas de dépression du post-partum ont été diagnostiqués avec un EPDS de 13.

Les facteurs de risque associés relevaient de critères antérieurs à la grossesse (jeune âge et pays de naissance non-Européen) et les conditions dans lesquelles l'accouchement par césarienne est survenu :

- en urgence avant le travail (ORa 1,70, IC95% 1,15-2,50)
- pendant le travail après déclenchement (ORa 1,36, IC95% 1,03- 1,84)
- avant le travail sans urgence

Les femmes souffrant de douleur intense (ORa 1,73, IC95% 1,32-2,26) et rapportant un mauvais souvenir de l'accouchement en post partum immédiat (ORa 1,67, IC95% 1,14-2,45) étaient plus susceptibles d'endurer une dépression du post-partum. Les femmes accompagnées au bloc opératoire lors de l'intervention voyaient elles ce risque diminuer (ORa 0,73, IC95% 0,53-0,97).

Mieux connaître ce facteur de risque obstétrical permettrait aux femmes concernées de bénéficier d'un dépistage ou d'une intervention précoce pour les protéger au mieux de ce trouble. La gestion de la douleur en post-opératoire doit pouvoir être anticipée, interrogée, prise en charge par les professionnels de la périnatalité.

\*Alizée Froeliger<sup>1-2</sup>, Catherine Deneux-Tharaux<sup>2</sup>, Lola Loussert<sup>2</sup>, Hanane Bouchghoul<sup>1</sup>, Anne-Laure Sutter-Dallay<sup>3</sup>, Hugo Madar<sup>1-2</sup>, Loïc Sentilhes<sup>1</sup>, Traap<sup>2</sup> Study Group

1. Service de Gynécologie Obstétrique, CHU de Bordeaux

2. Université Paris Cité, Institut Santé des femmes , Perinatal Obstetrical and Pediatric Epidemiology Research Team (EPOPé), Center for Research in Epidemiology and Statistics (CRESS), U1153, INSERM, INRAE, Paris, France

3. Department of Perinatal Psychiatry, Charles Perrens Hospital, Bordeaux University Hospital, France

# IVG en France : accès des femmes & évaluation des pratiques

**Pour évaluer l'accès des femmes à l'IVG et les conditions dans lesquelles ce geste médical est pratiqué (méthodes, anesthésie, choix laissé aux patientes...), la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) a constitué un groupe de travail. Sage-Femme Pratique revient sur les principaux points à retenir, présentés à l'occasion du 53ème Congrès de la SFMP.**

*D'après la communication du Dr Margaux Creutz-Leroy, présidente de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP)*

En 2022, la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) a mis en place un groupe de travail sur l'accès à l'IVG. Ce sujet fait en effet partie des priorités fixées par la DGS/DGOS aux DSRP, suite aux instructions de 2015 et celle du 3 août 2023.

## Formation, IVG instrumental, questionnaires en commun

« Notre objectif était de mettre au point un état de lieux de l'offres de soins en IVG et du nombre de formations soutenues par le DSRP », précise le Dr Creutz-Leroy, animatrice de cette session présentée à l'occasion du 53ème Congrès de la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP), organisé à Nancy du 16 au 18 octobre 2024. Dans le détail, au cours de ses différentes missions subventionnées par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGOS), la FFRSP s'est penchée sur :

- Le soutien de la montée en compétences des professionnels exerçant en libéral, en centre de santé et en centres de santé sexuelle dans le champ de IVG médicamenteuse
- La formation des acteurs aux IVG pratiquées entre 14 SA et 15 SA + 6 jours
- L'appui à la généralisation de la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes dans le cadre hospitalier
- La lisibilité de l'offre en matière d'accès à l'IVG dans les établissements publics comme privés, en libéral, en centre de santé et en centres de santé sexuelle

Pour mener à bien ces missions, des professionnels volontaires\* de tous les DSRP et des réseaux IVG se sont investis dans ce groupe de travail.

Dans la chronologie, « la première chose que nous avons pu faire, c'est d'interroger les DSRP sur leur implication dans le parcours IVG car les pratiques diffèrent ». Du fait de la loi de l'extension du délai de l'IVG votée (et publiée au Journal officiel le 3 mars 2022, ndlr), « nous avons besoin de nouvelles données de la part des équipes pratiquant l'IVG médicamenteuse à 16 SA, pour voir ce

qui se faisait au niveau des territoires et pouvoir proposer une trame de recommandations concernant les IVG pratiquées en 14 et 16 SA ».

**« Nous avons mis en commun des outils permettant d'établir un état des lieux d'accès à l'IVG sur nos territoires et produire des indicateurs nationaux », Dr Margaux Creutz-Leroy, présidente de la FFRSP**

Au cours d'une journée d'échange organisée le 22 septembre 2022, « nous avons pu partager les recommandations, les actions menées par les réseaux, les formations, la continuité des soins ».

Enfin, « nous avons souhaité mettre en commun des outils permettant d'établir des états des lieux d'accès à l'IVG sur nos territoires et produire des indicateurs nationaux. Ce que nous avons fait en mettant au point 5 questionnaires : pour les établissements de santé, les centres de santé sexuelle, les centres périnataux de proximité, les cabinets libéraux, les centres de santé type MGEN ». Les données ont été recueillies au sujet de :

- La continuité des soins
- L'organisation de l'accueil
- Les méthodes et protocoles utilisés, concernant l'anesthésie notamment
- L'entretien psycho-social, le repérage des violences, le dépistage des IST, la démarche sous secret
- La démarche qualité

« Chaque réseau était libre d'utiliser ces questionnaires, de les modifier ou non », précise le Dr Creutz-Leroy.

## Un accès à l'IVG insuffisant dans un tiers des établissements

Les premiers résultats de ce travail ont été publiés le 23 septembre 2024. Les données à ce jour recueillies concernent 7 régions : la Réunion, le Grand Est, les Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, la Bretagne, l'Occitanie et la Franche-Comté. Le taux de participation des établissements est de 86 % (données centres hospitaliers et cliniques).

### Interruptions régulières des soins et délai d'attente

Que retenir des résultats du groupe de travail de la FFRSP ?

- Des interruptions régulières de soins (au minimum une fois par an) ont été rapportées dans 17,4% des cas.
- Le délai pour obtenir un premier rendez-vous est inférieur à 5 jours dans 71,7% des établissements. « Des résultats attendus, qui signifient qu'un tiers des établissements ne répondent pas à cette obligation d'accès à l'IVG. » Ces données corroborent par ailleurs « les résultats du Baromètre du Planning Familial\*\* sur l'accès à l'IVG, publié le 25

septembre 2024, selon lequel plus de la moitié des femmes (54%) attendent plus de 7 jours avant d'obtenir leur premier rendez-vous ». Ce délai, « pas toujours aussi rapide que ce que l'on souhaiterait », fait partie des principaux freins d'accès à l'IVG éprouvés par 89% des femmes interrogées, selon ce même baromètre du Planning Familial. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande de son côté un délai de 5 jours.

## **Méthodes et anesthésie : de grandes variabilités territoriales**

Autre donnée : « excepté un établissement en Bretagne, 100% des établissements proposent des IVG médicamenteuses, poursuit le Dr Creutz-Leroy. En revanche, le terme limite est un peu variable. Certains établissements vont jusqu'à 9 SA suivant les recommandations de la HAS.

D'autres établissements vont jusqu'à 12, 14 ou 16 SA en utilisant l'IVG instrumentale. Avec cette méthode, « nous sommes un peu moins bons avec un taux de 92% alors que le taux devrait être de 100%. Le taux de recours à l'IVG instrumentale dans le Grand Est, par exemple, ne dépasse pas 82% ».

Ces données reflètent les chiffres du baromètre du Planning Familial selon lequel seules 69% des femmes ayant recours à l'IVG ont eu le choix entre les deux méthodes.

Concernant les méthodes d'anesthésie, « une grande variabilité territoriale est aussi observée avec seulement un tiers des établissements proposant l'anesthésie locale. La moitié (50,2%) des établissements proposent exclusivement l'AG, hors donc du cadre de recommandations ».

## **Les chiffres de l'accès à l'IVG entre 14 et 15 + 6 SA**

En France, le recours à l'IVG entre 14 et 16 SA n'est réalisé que dans 60% des établissements : 40% dans le Grand-Est et 83% en Franche-Comté. Seuls 56,3% des établissements proposent la méthode médicamenteuse à ce stade de la grossesse, et 71,4% proposent uniquement la méthode instrumentale. Enfin, seule la moitié des structures répondantes était bien au fait du relevé des événements indésirables liés à l'IVG.

## **Conclusions**

1. Le groupe de travail de la FFRSP confirme un très bon taux de participation malgré un questionnaire long
2. Les résultats du groupe de travail de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) sont à consolider avec les autres territoires et les autres types d'offres (CSS, CPP, centre de santé et libéraux)
3. Le recours à l'IVG en France traduit une grande hétérogénéité territoriale.
4. Parmi les points faibles de l'accès à l'IVG, des interruptions de l'offre surviennent régulièrement. Comment y pallier ? Par la formation des sages-femmes et des médecins volontaires (libéraux comme hospitaliers) et la mise en place de parcours coordonné en cas de suspension de l'activité

5. Le délai d'attente du premier rendez-vous est inférieur à 5 jours dans seulement 70% des établissements de santé. Là aussi la formation constitue le principal levier contre cette problématique portant préjudice aux femmes
6. L'accès à l'IVG instrumentale n'est pas universel. Les leviers pour renforcer l'effectivité de ce droit : la formation des acteurs, le rappel du caractère semi-urgent de l'IVG dans les conseils de bloc
7. Les accès à l'anesthésie locale et à l'anesthésie loco-régionale ne sont pas généralisés. Les leviers : la formation des acteurs et le partage d'expériences
8. Le recours à l'IVG entre 14 et 15 SA + 6 jours est effectif dans moins de 60% des établissements de santé
9. Le repérage systématique des violences n'est pas généralisé à l'échelle territoriale. Les leviers pour renforcer cette prévention : sensibiliser les acteurs, diffuser des outils de repérage et d'orientation, systématiser la proposition de l'entretien psycho-social

*\*OARMORIC, OREHANE, PLEIRAA, REIVOC, réseaux périnataux Normande, Auvergne, Méditerranée, Centre Val de Loire, Guyane Nouvelle-Aquitaine, REPERE, 2 Savoie, Val d'Oise, Lorrain, Bretagne, Franche-Comté, Réseau Sécurité Naissance, REVHO*

*\*\*Baromètre IFOP pour le Planning Familial, mené par questionnaire auto-administrés entre le 10 et le 17 juillet 2024, auprès d'un échantillon de 302 femmes représentatif des femmes ayant eu recours à l'IVG au cours des 5 dernières années. Puis par la même méthode sur la même période auprès d'un échantillon de 2 024 personnes, représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus.*

# Périnatalité et psychiatrie : vécu de la maternité et articulation des temporalités dans les parcours de soins

**Comment s'adapter au rythme particulier des suivis psychiatriques en périnatalité ? Quelle prise en charge est dédiée aux femmes, aux nouveau-nés et aux couples dans les situations d'addiction ? Comment structurer au mieux la coordination entre les professionnels de la périnatalité et de la pédopsychiatrie ? Réponses à l'occasion du 53ème Congrès de la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP), organisé à Nancy du 16 au 18 octobre 2024.**

*D'après les communications du Pr Sylvie VIAUX-SAVELON, pédopsychiatre, Lyon – Dr Romain DUGRAVIER, pédopsychiatre, Paris - Pr Sarah SANANES, psychiatre, Strasbourg - Pr Fabienne LIGIER, psychiatre, Nancy - Pauline SOURLIER, psychiatre, Nancy - Dr Rose-Marie TOUBIN, pédopsychiatre, Montpellier*

Quand la psychiatrie s'invite dans la maternité, « les équipes des services périnataux tissent des liens particuliers avec les parents, encore davantage dans les situations d'addictions, auprès de femmes qui n'en arrivent pas là par hasard et présentent souvent des troubles de l'attachement, souligne le Pr Sylvie Viaux-Savelon, pédopsychiatre à Lyon. Les mamans ont en effet besoin d'un soutien particulier, que l'on peut qualifier à la fois de solide et de lâche, avec une certaine souplesse dans le cadre et c'est ce qui est le plus difficile pour les soignants ». Des horaires, des protocoles à respecter dans la routine, « mis en difficulté par les personnes qui sont en situation de dépendance », confirme le Pr Fabienne Ligier, chef de service de la psychiatrie périnatale sur la Meurthe-et-Moselle.

Au sein de ce suivi complexe et délicat, les priorités des soignants sont de répondre aux besoins de contenance dont ont besoin les nourrissons à la naissance, et d'évaluer les compétences parentales afin d'adapter le suivi dans une unité mère-enfant et de réfléchir au projet d'accueil de la famille.

## Lien mère-enfant et coordination des suivis : différentes temporalités à l'œuvre

D'un point de vue théorique sur le sujet des rythmes mère-enfant / parent-enfant, « nous allons parler de diachronie, en référence à toutes les évolutions mobilisées par la mère et le bébé, dans la dynamique complexe de cette relation qui se tisse en post-partum. »

Sur le terrain, il existe un important décalage de temporalité entre les soins psychiatriques de la mère et les soins du bébé. « Les équipes sont très vite prises dans ces difficultés à s'adapter aux rythmes de l'autre, poursuit le Pr Ligier. Ce temps est particulier et les parents peuvent le dire, avec

des temps mêlés car nous nous adaptons au rythme de l'autre avec des besoins parfois antagonistes. Il est difficile de toujours penser aux bébés quand l'état de santé des femmes prend toute la place. » En tant que soignant, « le fait de devoir être dans le moment présent en permanence demande par ailleurs une énorme capacité d'adaptation et de constance ». D'autant que la mère va éprouver « des émotions intenses sur le plan psychique, un bouleversement que l'arrivée d'un enfant peut engendrer ». Ainsi faut-il penser « à axer le plus d'attention envers le bébé, à entretenir des temps qualitatifs entre la mère et l'enfant, à aller vers une relation la plus harmonieuse possible, à évaluer le temps dont les parents ont besoin pour prendre en compte les besoins de l'enfant ».

Une approche d'autant plus cruciale qu'à la naissance, des changements sont également vécus par la mère « sur le plan corporel, identitaire avec l'intégration d'un nouveau rôle de parent également, prolonge le Dr Pauline Sourlier, psychiatre à Nancy, « le risque de réactivation de son héritage familial, vis-à-vis de sa propre mère notamment, et la réorganisation de la vie dans le couple : une expérience dite de crise maturative caractérisée un sentiment de perte ou de déséquilibre avec une homéostasie déjà précaire dans le cadre de la dépendance ». Avant la naissance, la grossesse elle aussi a pu « entraîner des remaniements psychiques liés à la toxicomanie ».

**« Une ambivalence survient souvent dans le rôle maternel entre le désir d'être une bonne mère et la peur de ne pas y arriver », Dr Pauline Sourlier, psychiatre à Nancy**

« Toutes ces étapes s'inscrivent dans des rythmes variables, lents pour les professionnels et beaucoup trop rapides pour les patientes, avec un risque de réémergence des problématiques qui avaient pu mener à la consommation de ces substances, poursuit le Dr Pauline Sourlier. La pression sociale va également engendrer une rechute fréquente du côté de l'addiction, en lien avec la culpabilité de ne pas pouvoir stopper sa consommation de produits, associée à une anxiété, un sentiment de honte ». Dans le même temps, la mère « prend conscience de la responsabilité des fonctions maternelles, avec tout ce qui relève du stress et des exigences de la parentalité. Une ambivalence survient souvent dans le rôle maternel entre le désir d'être une bonne mère et la peur de ne pas y arriver, marquée par la minimisation voire le déni des risques liés à l'addiction pendant la grossesse et en post-partum ». Ces éléments sont notamment décrits dans des contextes où « la grossesse est poursuivie pour maintenir le lien avec le conjoint sans réel désir d'enfant, avec une peur de perdre le papa qui peut rajouter un déni partiel de grossesse dans le cadre de toxicomanies, associées à une rupture de soins ».

Une rupture de soins pour autant loin d'être systématique. « La grossesse est aussi un moment où les femmes entrent dans le soin, pondère à ce sujet le Pr Ligier. Elles espèrent que l'enfant va venir réparer l'attachement, le lien, venir combler un vide, lui permettre de se départir de la dépendance aux produits. La grossesse permet de rêver de beaucoup de choses, elles y croient, elles espèrent. Pendant les 9 mois, à travers des soins somatiques, les femmes peuvent ainsi bénéficier de soins psychiques ». Puis en post-partum, « le suivi peut se poursuivre avec la PMI, la sage-femme, le médecin de famille, le pédiatre. »

## Profil borderline et autonomie relative des mères

Ces parcours de soins sont également marqués par « une dissociation des addictologues qui ne sont pas toujours des psychiatres ». Ainsi, « les addictologues sont satisfaits d'avoir stabilisé les patientes concernant leur(s) addiction(s), sans forcément investiguer la problématique de la perte d'autonomie de la femme ou du couple en tant que parent(s) », témoigne le Pr Viaux-Savelon.

Et quel profil ont globalement les mamans traversant ces épreuves ? « Elles sont le plus souvent borderline, avec une capacité à certains moments d'être tout à fait en lien avec leur enfant, avec une très bonne qualité de lien mais qui ne perdure pas sur la continuité. Nous, professionnels de la périnatalité, allons-nous intéresser au bébé et de la façon dont il vit cette discontinuité de la famille : des situations complexes dans ces accompagnements sollicitant notamment le savoir-faire des puéricultrices en post-natal », décrit le Pr Viaux-Savelon. L'attention est portée « sur ce que l'enfant peut supporter dans cette discontinuité, sur la question de la mise en danger, du signalement, sur la question de la solidité et la contenance des dispositifs extérieurs vers lesquels les femmes ne sont pas encore suffisamment adressées dans la pratique ».

**« Avec la naissance et la parentalité, l'autonomie relative de la femme et donc la capacité à demander de l'aide va être modifiée », Dr Romain DUGRAVIER, pédopsychiatre à Paris**

Une donnée importante va entrer en ligne de compte dans le déroulé de ce suivi : celle de « l'indépendance et de l'autonomie relative », définit le Dr Romain Dugravier, pédopsychiatre à Paris, responsable d'un service de psychiatrie périnatale. Qu'est-ce à dire ? « Les patientes souffrant d'addiction se sont en effet souvent construites dans une indépendance qui reste très marquée pendant la grossesse. Ces femmes pensent qu'elles ont suffisamment de solidité interne et n'osent pas s'appuyer sur l'autre. Demander de l'aide dans le soin alors qu'elles sont enceintes leur est donc difficile. Avec la naissance et la parentalité, l'autonomie relative de la femme et donc la capacité à demander de l'aide va être modifiée. » C'est à ce moment précis que les équipes de la périnatalité, de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie cherchent à s'organiser au mieux pour épauler la triade mère-enfant-couple, « afin d'articuler l'accompagnement dans ce travail de concert lorsque bébé n'attend pas ».

## Vers un repérage des addictions le plus précoce possible

L'enjeu est fort alors que la psychiatrie et l'addictologie croisent malheureusement fréquemment le chemin de la maternité et de la parentalité, associée à une errance thérapeutique notoire.

« Aujourd'hui en Europe, 40% des patients schizophrènes ne bénéficient d'aucun suivi et 92% des situations de dépendance à l'alcool ne sont pas prises en charge », étaye à ce propos le Dr Romain Dugravier. Ces chiffres, recueillis en population générale, laissent supposer le nombre de femmes et de couples souffrant de maladies psychiatriques et/ou d'addictions, isolés à un moment de leur vie dans l'épreuve de la grossesse et de la parentalité.

La question du repérage des troubles addictifs se pose alors. « Dans ma pratique clinique, les patientes sont connues pour leur pathologie psychiatrique, elles n'entrent pas dans les parcours de psychiatrie périnatale par le biais de leur addiction. Le diagnostic de leur dépendance est posé dans un second temps, lorsque nous découvrons la consommation de toxiques ». Des diagnostics « qualifiés d'incidents en psychiatrie périnatale ».

Pour intervenir le plus précocement possible auprès des femmes, les addictions, notamment celles associées à des comorbidités psychiatriques, doivent donc pouvoir être mieux repérées et prises en charge pour les femmes et couples en âge de procréer.

## Articulation du suivi

Sur le terrain, la coordination du suivi des duos mères-enfants, des couples et des familles n'est pas toujours évidente à instaurer. Quels sont les dispositifs mis en place aujourd'hui ?

- « Là où je travaille, nous proposons des consultations, les soins d'une équipe mobile, un hôpital de jour et une consultation d'expertise dédiée aux futurs parents exposés à une fragilité psychiatrique », étaye le Dr Dugravier.
- « Nous travaillons avec la psychiatrie de liaison sur la maternité de Nancy et une équipe de psychiatrie périnatale sur la région, ajoute le Pr Fabienne Ligier. Et nous avons ouvert l'unité ACCORD'AGE comprenant l'hospitalisation de jour et les soins ambulatoires des parents et des bébés.
- « Nous avons un dispositif comprenant différentes unités permettant des parcours de soins coordonnés gradués pour les bébés et parents accompagnés. Parmi ces unités, nous disposons d'interventions en liaison, en consultation, des interventions en hôpital de jour en équipes mobiles et en hospitalisation complète parents-bébé, s'exprime le Pr Sarah Sananes, psychiatre aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg. La particularité du service d'unité mère-nourrisson de Strasbourg, c'est que les lits sont dans un service de psychiatrie, ce qui nous permet l'accueil de certaines situations très aiguës. A noter qu'avec le Pr Ligier, nous avons été amenés à travailler sur des suivis conjoints. Les mères peuvent être réorientées par les collègues des services de néonatalogie pour une évaluation des compétences maternelles pour voir ce qui est possible d'envisager comme projet ».

Ces mères démunies, prises en charge dans les centres de psychiatrie périnatale en unité ambulatoire et les professionnels de la périnatalité, « sont également suivies en maternité, en service de néonatalogie et dans les unités Kangourou », souligne le Pr Viaux-Savelon à Lyon.

## Prévention, soutien de proximité et suivi du développement

Dans le champ de la périnatalité, au chevet des mères en particulier, plusieurs solutions d'accompagnement sont apportées aux mères au cours de leur grossesse, au couple et au nouveau-né en besoin de présence et de contenance.

Il s'agit « d'anticiper au mieux l'après pendant la grossesse. Et d'axer la prévention sur les sujets sensibles : l'idéalisation de l'arrivée de l'enfant, la problématique du développement précoce en anténatal, la prévention de la mort subite du nourrisson, les réactions face aux pleurs intenses des nouveau-nés, les risques associés aux ingestions de substances toxiques, étaye Corinne Chanal, sage-femme de coordination « grossesse et addictions » au CHU de Montpellier, référente « périnatalité et addictions » au Réseau de Périnatalité Occitanie et présidente du GEGA à Montpellier. Autres approches :

- Sensibiliser sur la parentalité partagée en cas de placement de l'enfant
- Mettre en place un soutien de proximité réactif via la PMI
- Bénéficier des espaces parents-enfants
- Articuler le suivi en psychiatrie ou psychologique de la mère en post-natal avec des rappels en cas de rendez-vous manqués
- Mettre en place un suivi rapproché de l'enfant quant au repérage des troubles du développement : fixer les rendez-vous entre l'accouchement et la sortie de l'hôpital, et déployer les moyens possibles pour permettre à la maman de se déplacer en consultation avec son enfant
- Inclure le co-parent dans le processus de prise en charge, en évoquant avec lui son propre vécu de la grossesse, du suivi, en explorant ses propres vulnérabilités liées à l'addiction et en lui proposant une aide. Ensuite, il est question d'impliquer ce même co-parent pour qu'il soit en mesure de demander de l'aide à sa place en cas de besoin.

Les soignants s'approprient d'autant mieux ces solutions quand « les préjugés liés aux addictions sont diminués, tant du côté des soignants que des patients qui ont souvent tendance à la dépréciation, décrit Corinne Chanal. De quelle manière ? En s'éloignant de certains réflexes : « associer automatiquement la consommation de substances psychoactives à la dépendance, considérer comme seules bonnes mères les femmes qui ne consomment pas, ou de voir dans toutes les consommations un danger systématique justifiant de mesures de protection de l'enfant ».

## Syndrome de sevrage, soins de développement et parents volontaires

Enfin, dans les situations d'addiction, que peuvent les soins de développement sur l'implication du couple dans le sevrage et la parentalité ? Pédiopsychiatre au CHU de Montpellier, Rose-Marie Toubin s'est emparée du sujet en présentant l'impact positif des soins de développement dédiés aux nouveau-nés dont la mère a souffert d'addiction avant, pendant et après l'accouchement.

Pour témoigner de la qualité d'accompagnement, le Dr Rose-Marie Toubin a diffusé une vidéo tournée dans la maternité du CHU de Montpellier auprès des professionnels de la périnatalité du service et d'un couple anonymisé. Ce support relate la prise en charge d'un nouveau-né pendant

15 jours en suites de couche, pour un important syndrome de sevrage lié à la dépendance de sa mère, sous méthadone.

Ce syndrome de sevrage a occasionné « chez le nouveau-né beaucoup d'irritabilité, de pleurs, de difficultés à être consolé ». Ce qui est très marquant à ce sujet : « la façon dont les professionnels de la périnatalité sont démunis face aux pleurs du tout-petit. La prise en charge de ce couple relevait en effet d'une situation très difficile, mais le père comme la mère étaient très volontaires pour accompagner leur enfant lors de ces soins afin de développer des temps de qualité ».

**« Plus l'équipe prend le temps de soins de développement de qualité, plus les parents captent les signes de confort et de sécurité dédiés à leur tout-petit »**

« Les professionnels du service se sont adaptés pour trouver de la sécurité à chaque moment dans ce contexte d'insécurité, témoigne le Dr Toubin. Un équilibre difficile à trouver et que l'on ne peut trouver que lorsqu'un travail a pu être effectué en anténatal avec le couple, en plus de la prise en compte du niveau d'anxiété en suites de couches sur des situations aussi complexes que celles de l'addiction maternelle, du couple, voire parfois des situations de psychopathologies et de déni ». Ainsi, « tout au long du suivi, les professionnels, sa surveillance et son traitement médicamenteux ont progressivement abordé le risque de syndrome de sevrage du nouveau-né, sa surveillance par le score de Finnegan et les traitements médicamenteux et non médicamenteux possibles pour que le couple s'implique dans cette prise en charge ». Cette alliance, relationnelle et thérapeutique, est très intéressante pour accompagner le couple et l'enfant sur un temps long.

En effet, « plus l'équipe prend le temps de soins de développement de qualité, plus les parents captent les signes de confort et de sécurité dédiés à leur tout-petit. A partir de ce moment, ils sont à même d'accepter beaucoup d'aide, de s'impliquer » auprès de leur tout-petit malgré le contexte de vulnérabilité psycho-sociale. Les équipes peuvent alors composer avec l'important besoin d'autonomie relative marqué par le couple, qui comme le précisait Romain Dugravier, pédopsychiatre à Paris, « se traduit par le fait d'aller chercher de l'aide en cas de limite et non le fait de faire sans les autres ».

Dans notre vidéo, en fin de séjour en pédiatrie, un renversement des positions a été observé : le couple a accepté les soins, l'aide. Impliqué dans leur prise en charge, sécurisé et confiant dans les soins de développement prodigués à leur enfant, la mère et le père ont demandé aux soignants comment ils allaient faire sans eux.

Des prises en charge possibles si les équipes de pédopsychiatrie sont disponibles pour consulter en suites de couches et debriefer aux staffs obstétricaux-pédiatriques. Et si tous les leviers sont activés pour permettre aux professionnels de la périnatalité d'accompagner la vulnérabilité en psychiatrie, en pédopsychiatrie et en addictologie. Selon Corinne Chanal, il s'agit de :

- Former les professionnels au repérage des consommations

- S'enquérir de ce que la mère sait, de ce qu'on lui a dit avant de donner notre avis, lors des entretiens avec les patientes
- Travailler localement avec les professionnels de l'addictologie et de la psychiatrie pour prendre en charge les deux futurs parents dans un délai court
- Organiser un soutien, une médiation patiente-soignant pendant les séjours en maternité-pédiatrie, en questionnant la place des équipes de liaison et nommer des référents « périnatalité et addiction »
- cas de placement de l'enfant, valoriser auprès des patients l'idée de la parentalité partagée

## Conclusions

- En périnatalité, la mise en tension est décrite par les mères et les pères confrontés à l'addiction quand leurs temporalités doivent s'ajuster à celle de leur enfant.
- La périnatalité, la psychiatrie et la pédopsychiatrie sont interconnectées dans la prise en charge des patientes, des nouveau-nés et des couples
- En pratique, la question du rythme revient fréquemment dans la prise en charge périnatale, du côté des pédiatres, des sage-femmes, des puéricultrices, des pédopsychiatres, des psychiatres.
- Pour les jeunes mères prises en charge sur le plan psychiatrique, il existe des conflits très intenses entre le désir de protection de l'enfant et les difficultés à contrôler l'addiction
- La prévention sur l'impact des troubles psychiatriques et des addictions auprès de la mère et de l'enfant doit être initiée dès l'annonce de la grossesse et perdurer jusqu'à la naissance
- Les addictions doivent pouvoir être repérées précocement lorsque les femmes souffrant de troubles psychiatriques initient une grossesse
- L'objectif des professionnels de la périnatalité est de mettre le bébé en sécurité, en composant parfois dans la discontinuité selon le profil addictif et le vécu de la maman dans la nouvelle relation qu'elle tisse avec son enfant
- La disponibilité et la formation des professionnels de la périnatalité, de la psychiatrie et de l'addictologie pendant la grossesse puis dans les premiers pas du couple en tant que parent est la clé d'une prise en charge complète et efficiente de l'addiction, et d'une prise en soins de la parentalité, maternelle comme paternelle.

## SFMP 2024 : INTERDISCIPLINARITE ET CITOYENNETE - DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DU CMV : AU CŒUR DE LA CONTROVERSE

Laura BOURGAULT, Nantes, d'après les communications de Y. Villes, gynécologue obstétricien, Paris et de V. Tsatsaris, gynécologue obstétricien, Paris

**Aucun pays n'a aujourd'hui mis en place de dépistage systématique de l'infection à cytomégalovirus (CMV) au cours de la grossesse. En France, ce sujet continue de prêter à discussion. Les arguments en faveur de cette stratégie et les oppositions ont été étayés par Yves Ville (Paris) et Vassilis Tsatsaris (Paris), gynécologues obstétriciens.**

Survenant dans 0,39 % des grossesses, l'infection à cytomégalovirus (CMV) ne présente pas de risque et reste souvent asymptomatique lorsqu'elle est contractée après la naissance. À l'inverse, une contamination in utero induit un risque de symptômes, rares, mais potentiellement graves sur le fœtus et l'enfant à naître.

Dans le détail, le risque de complications associées à une infection à CMV d'origine materno-fœtale survient dans 15 à 18 % des décès in utero, périnataux et néonataux. Au total, 90 % des fœtus infectés restent asymptomatiques à la naissance. Ces enfants pourront cependant développer des anomalies et séquelles tardives sur le plan neurosensoriel. Le taux de séquelles infantiles est estimé à 0,08 % en Europe, avec 50 % des cas associés à une primo-infection maternelle et 50 % survenant dans le cadre d'une infection secondaire.

Autre donnée d'intérêt, en cas d'infection à CMV d'origine materno-fœtale, le risque de troubles neurocognitifs, parmi lesquels une déficience intellectuelle grave ou modérée, est de 5 à 15 % et de 12 % pour ce qui concerne les atteintes auditives. Les cas de déficience visuelle sont plus rares. Actuellement, aucun pays ne recommande le recours au dépistage généralisé auprès de la femme enceinte. En France, cette thématique reste toutefois un sujet de discordance. Le 4 février 2024, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a d'ailleurs actualisé son avis de 2018 en privilégiant la prévention, à savoir le recours aux gestes d'hygiène auprès des jeunes enfants, sans envisager le dépistage. C'est sur cette question que se sont opposés les experts.

### Dépister le CMV pour éviter de potentielles graves séquelles chez l'enfant à naître

Selon Yves Villes, un dépistage systématique des primo-infections maternelles, basé sur une ou deux sérologies chez toutes les femmes enceintes en début de grossesse, a toute sa place pour limiter les conséquences d'une infection fœtale. Il s'agit en effet de la seule infection congénitale dont la prévalence et la gravité n'ont pas changé depuis 60 ans, alors

que celle de la toxoplasmose a diminué de 90 % en 20 ans et que la rubéole a disparu de notre pays.

## Valeur et indication de la sérologie au 1<sup>er</sup> trimestre

La validité de la sérologie CMV a été reconnue en 2004 mais aujourd'hui il n'est plus raisonnable de fonder le diagnostic sur ce seul critère ou sur la positivité de la PCR sur le liquide amniotique. Depuis 7 ou 8 ans, nous savons en effet que la transmission de ce virus commence possiblement avec une infection maternelle 2 mois avant la conception et que ce risque augmente avec le terme pour atteindre 65 % en fin de grossesse. Mais ce que l'on sait également, c'est qu'au regard du risque de séquelles chez l'enfant, qu'il s'agisse de déficit de l'oreille interne ou, *a fortiori*, de déficit neurologique, celui-ci n'existe qu'en cas d'infection maternelle, primaire dans 50 % des cas, contractée au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Nous parlons donc d'une embryopathie comme l'était la rubéole auparavant, sauf qu'aujourd'hui nous ne disposons toujours pas de vaccins contre le CMV. Sur une sérologie avant 14 semaines, seront donc recherchés une positivité des IgG, des IgM et une avidité des IgG qui ne soit pas intermédiaire : c'est une équation à 3 paramètres. Sur le plan des données chiffrées, la moitié des infections néonatales surviennent auprès de femmes immunisées, pré-immunes au moment de leur grossesse. C'est vrai en termes de fréquence, mais nous savons qu'à l'échelle individuelle, deux études, l'une française et l'autre italienne, ont montré que le risque de handicap séquellaire était 4 fois plus important en cas de primo-infection.

À qui doit s'appliquer ce dépistage ? Ce dernier devrait s'adresser aux femmes séronégatives. Or, comment savoir si cette femme est séronégative si aucune sérologie n'est faite ? Ce qui est demandé c'est de donner les moyens d'identifier les femmes à risque en effectuant une sérologie au 1<sup>er</sup> trimestre. Peut-on dresser un portrait-robot de la femme qui va s'infecter ? Il s'agit d'une femme séronégative lors de son premier accouchement, contaminée par son enfant gardé en crèche. Son risque de contracter le CMV est de 10 % au 1<sup>er</sup> trimestre. Qu'en est-il des infections non primaires ? Il s'agit souvent de femmes nées hors de France dans des conditions de vie qui les exposent plus particulièrement à une infection à CMV.

Nous entendons souvent l'argument de la complexité de la mise en place du dépistage organisé. Or aujourd'hui, en obstétrique, beaucoup trop de femmes reçoivent un DPNI (dépistage prénatal non invasif) pour la recherche d'une trisomie 21 sans que 90 % des prescripteurs ne soient capables de l'expliquer, et cela ne gêne personne. La sérologie CMV, elle, concerne 0,9 % de la population exposée à une embryopathie potentielle. Répondre au risque est ensuite une question de choix et d'organisation.

Le dépistage universel se base sur le test, l'information de la patiente et un parcours de soin. Le fait de le proposer, et non de l'imposer, implique la mise en place de parcours de soins afin de pouvoir rassurer la mère à 16 SA, sachant que la sérologie de CMV est bien plus facile à interpréter que la sérologie de syphilis par exemple. Identifier les mères à risque le plus précocement possible permet de mettre en œuvre une intervention thérapeutique possiblement efficace.

## Aucun argument en faveur d'un dépistage automatique du CMV

Certes, en cas d'infection à CMV contractée in utero, les séquelles restent potentiellement graves à l'échelle individuelle (séquelles neurosensorielles, RCIU sévères, IMG, décès périnataux). Les modalités consistent à proposer un test dépistage à CMV pour dépister les primo-infections maternelles précoces préconceptionnelles du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse, afin de débiter, le cas échéant, le traitement préventif par valaciclovir le plus précocement possible.

Reste que l'incidence du CMV rapportée à la population générale ne justifie pas la systématisation du dépistage, selon Vassilis Tsatsaris. Autre donnée allant à l'encontre d'un dépistage systématique : l'absence de traitement efficace indiqué chez les enfants nés d'une mère en primo-infection à CMV interroge sur la pertinence de ces sérologies auprès de toutes les femmes enceintes.

## Un niveau de preuves insuffisant

En ce sens, l'actualisation de l'avis du HCSP de 2024 recommande de ne pas implémenter ce dépistage en population générale, en se basant sur les résultats d'une étude<sup>(1)</sup> israélienne menée sur l'efficacité du valaciclovir vs placebo auprès des femmes présentant une primo-infection à CMV précoce.

Les auteurs de ce travail, l'équipe du Pr Keren Shahar-Nissan (département de pédiatrie du Schneider Children's Medical Center, Faculté de médecine, Université de Tel-Aviv)<sup>(1)</sup>, se sont précisément basés sur les données internationales recueillies auprès de femmes incluses entre 2015 et 2018.

Cet essai randomisé évaluant l'effet de 8 g x 2/j de valaciclovir par jour (n = 45) vs placebo (n = 45) laissait apparaître un point important : le valaciclovir s'avère efficace en diminuant le risque de transmission materno-fœtale du CMV s'il est administré en post-primo-infection du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Selon ce travail, ce risque diminue de 70 %, et de 60 % celui des infections symptomatiques liées au CMV. Mais certains biais méthodologiques viennent limiter la portée de ces résultats. Les 2 cas non inclus l'ont été faute d'observance alors que le calcul en intention de traiter devrait les intégrer. Trois interruptions médicales de grossesse (IMG) pour séroconversion CMV avant amniocentèse ont également été exclues. Autre élément discutable : les grossesses gémellaires ont été prises en compte, or la probabilité de transmettre le CMV aux deux fœtus est plus importante que la contamination d'un seul, ce qui biaise aussi les résultats en augmentant le nombre d'infections à CMV. La façon de traiter les IMG pour évaluer l'impact sur le développement neurologique de l'enfant est également discutable : ont été exclues les IMG sans lien avec le CMV et les PCR positives sans atteinte fœtale caractéristique. Inévitablement, le dénominateur du groupe placebo est réduit, ce qui amène à surestimer les cas sous valaciclovir.

Ainsi, selon Vassilis Tsatsaris :

– le niveau de preuves est considéré comme faible et cet effet n'est pas significatif dans le

cadre des infections périconceptionnelles ;

– aucune efficacité significative n'est rapportée contre les infections fœtales et congénitales ni sur les anomalies fœtales après infection pendant la vie intra-utérine ;

– les travaux publiés à ce jour – études observationnelles et métaanalyses – ne concluent pas sur une efficacité du valaciclovir dans le traitement de la primo-infection maternelle du 1<sup>er</sup> trimestre, ayant pour objectif de limiter l'étendue des séquelles de l'infection à long terme. Il faut bien avoir en tête que la question du dépistage systématique se pose parce qu'il existe un traitement, le valaciclovir, qui n'est pas un traitement optimal.

Un autre critère important ne plaide pas en faveur du dépistage systématique. Il existe très peu de données de sécurité sur le valaciclovir pendant la grossesse (notamment au 1<sup>er</sup> trimestre) et à plus long terme pour les dosages > 1 g. Même s'il n'y a pas à ce jour de signal alarmant, un registre de suivi des enfants exposés à de fortes doses de valaciclovir *in utero* aurait toute sa place, d'autant qu'une neurotoxicité a été rapportée. Or tout dépistage systématique doit pouvoir être suivi d'une proposition thérapeutique efficace et sécurisée.

En termes d'incidence globale des cas et des séquelles, l'infection congénitale à CMV ne constitue donc pas un problème de santé publique. Il existe par ailleurs un risque d'anxiété potentiel lié au dépistage à prendre en compte, avec un recours accru des femmes à l'IMG. Sans compter les effets d'un parcours potentiellement iatrogène.

Dans le cadre d'une infection à CMV maternofoetale, l'efficacité des traitements indiqués doit avoir été démontrée. De la même manière, la balance bénéfiques/risques comparée au protocole en vigueur et l'acceptation du programme de dépistage doivent être validées auprès des femmes autant que par les professionnels de santé. Les tests doivent s'avérer fiables et, au regard du rapport coût-efficacité, toutes les mesures de prévention primaire doivent avoir été déployées avant de recourir au dépistage systématique.

## Quelles autres solutions existent pour améliorer le repérage des infections à CMV, au-delà du recours au dépistage systématique ?

- Poursuivre le travail de recherche mené pour renforcer la prévention des primo-infections à CMV chez les femmes enceintes et améliorer la connaissance des infections congénitales, notamment des séquelles lorsque le CMV est réactivé au cours de la grossesse
- Mener des études sur les effets indésirables associés au valaciclovir à forte dose dans le cadre d'une primo-infection à CMV pendant la grossesse.

## Conclusion

- Des anomalies postinfection à CMV *in utero* peuvent survenir tardivement après la naissance et fragiliser la sphère neurosensorielle de l'enfant.

- Dans 15 à 18 % des décès in utero, périnataux, néonataux, une infection à CMV est diagnostiquée.
- Pour certains, l'impact des infections à CMV n'est pas significatif à l'échelle globale pour justifier d'un dépistage systématique.
- L'efficacité d'une intervention dans le cadre d'une infection à CMV maternofoetale pour protéger l'enfant à naître tient à sa précocité au décours de la grossesse. Or l'identification précoce des femmes à risque peut rester un point de complexité.
- Parmi les obstacles au dépistage systématique, le manque de connaissances sur les effets du valaciclovir prescrit à forte dose sur la santé foetale est à prendre en compte.
- À ce jour, il n'existe aucune étude ayant montré un bénéfice de l'implémentation d'un programme de dépistage du CMV en population.

# BIENTRAITANCE EN PERINATALITE : LES SOIGNANTS ET LES FEMMES D'ABORD

Laura BOURGAULT, Nantes

**Manque d'effectifs, rythme de travail épuisant : quels freins fragilisent le bien-être des professionnel(le)s de la périnatalité ? Et que dire aujourd'hui du vécu des femmes suivies pendant leur grossesse, pour leur accouchement et en suites de couches ? Comment améliorer le degré de bientraitance des patientes et la qualité des prises en charge en périodes prénatales, périnatales et postnatales ?**

*D'après la communication du Pr Elie Azria, gynécologue obstétricien (Groupe hospitalier Paris Saint Joseph), Clémence Schantz, sociologue et sage-femme de formation, Marianne Jacques, sage-femme et doctorante en santé publique, Anne Evrard, présidente du CIANE (Centre d'Information et d'Action pour la Naissance et l'Enfance), Pr Olivier Morel, gynécologue obstétricien (CHU de Nancy), Bénédicte Costantino, gynécologue (Strasbourg), Thibaut Rackelboom, anesthésiste réanimateur (CHU de Fort de France) - 53ème Congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) organisé en octobre 2024*

Prendre soin de soi pour bien soigner les autres. La bientraitance en périnatalité, celle des professionnel(le)s et celle de toutes jeunes mères, sont intrinsèquement liées. Un sujet longuement abordé à l'occasion du 53ème Congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP), qui s'est déroulé en octobre 2024 à Nancy. Les experts sur place intervenant sur cette thématique ont préféré le terme plus juste et moins jugeant de bientraitance, à celui des violences obstétricales ou encore à la notion de maltraitance. La bientraitance donc, pour évoquer les conditions d'exercice comme les axes d'amélioration du bien-être professionnel et de la qualité des prises en charge en périnatalité.

## 40% des sages-femmes hospitalières en burn-out

Premier point, que sait-on de la souffrance au travail dans les services de maternité et de néonatalogie ? Selon les données\* recueillies auprès des sages-femmes hospitalières exerçant en France, 40% des professionnel(le)s de la maïeutique ont déjà enduré une situation de burn-out. Quid des autres professionnels de la périnatalité ? 31,3% des gynécologues-obstétriciens (1) ont déjà souffert de ce syndrome d'épuisement général lié à la surcharge de travail et à un amincissement extrême des ressources physiques et psychiques.

Aucune donnée n'est à ce jour connue concernant les autres professions. Et quels facteurs de risque vont en particulier exposer ces soignants au risque de burn-out ? La charge de travail hebdomadaire (plus de 50h pour 80% des néonatalogistes) et mensuelle (47% font plus de 5 gardes par mois) la faible valorisation et l'incompatibilité des cadences professionnelles avec la vie personnelle (2). Autres points : 49% des professionnels rapportent des troubles du sommeil. Et le score moyen de satisfaction professionnelle est de 5.7/10.

## La démographie médicale, problématique complexe

Autre point affectant l'exercice des soignants et la qualité des suivis : une offre de soins inadaptée et peu efficiente, pour des raisons liées à la démographie médicale et à la cartographie des maternités.

Dans un monde idéal, la périnatalité verrait exercer suffisamment de professionnel(le)s pour répondre aux besoins de la population. Une réalité encore très lointaine : il existe en effet des limites évidentes pour améliorer ce ratio soignants/patientes. Et les besoins pourtant spécifiques ne sont pas toujours bien définis, de par la grande multiplicité des missions, des différences selon les classes d'âge ou encore des taux de natalité et du nombre de maternités accessibles à population comparable.

Plusieurs autres critères entrent en ligne de compte :

- des modalités d'exercice très variés avec des surspécialités de certains professionnel(le)s, une mixité de l'exercice entre public et libéral, la pratique du temps partiel
- le partage des compétences entre gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes
- le dimensionnement des équipes associé à très peu de normes réglementaires
- un manque de contribution des centres de PMI à la politique périnatale : en ce sens, des objectifs de santé publique pourraient être assignés à ces centres, avec une évaluation périodique des résultats obtenus
- un manque de coordination entre les acteurs de la périnatalité pourtant essentiel pour assurer un meilleur suivi personnalisé des femmes enceintes, des mères et de leur nouveau-né

## Insécurité maternelle, d'où vient-elle ?

A quel point les femmes suivies pour leur grossesse et accouchant en France vont-elles éprouver un dommageable sentiment d'insécurité ? Pour répondre à cette question de la façon la plus précise possible, le collectif CIANE (collectif interassociatif autour de la périnatalité) a interrogé 12 479 femmes ayant accouché entre mars et juillet 2021, avec un total de 9 146 réponses complètes collectées.

Plusieurs étapes de la prise en charge ont été étudiées : l'organisation du parcours, la préparation à la naissance et à la parentalité, l'état et suivi pendant la grossesse, l'accouchement, le séjour à la maternité, le retour à la maison, la situation personnelle.

Au total, 86% des femmes ont jugé leur suivi médical satisfaisant. Et 57% des patientes estiment que ce suivi a contribué au bon vécu de leur grossesse. Mais ces chiffres ne doivent pas cacher d'autres pans de la réalité : les consultations sont trop courtes pour 24% des femmes, l'écoute décrite comme peu ou pas satisfaisante pour 18% des femmes. Seules 61% des répondantes se sont par ailleurs toujours senties respectées, laissant donc 4 femmes sur 10 empreintes d'un sentiment de perte de dignité. Pour aller plus loin, 33% des femmes affirment ne pas avoir été respectées parfois, et 6 à 7% se disent souvent ou toujours non respectées.

Ces dernières rapportent en particulier des commentaires désobligeants, des moqueries, un non-respect de leur pudeur, de leur douleur aussi, un manque de délicatesse dans les gestes médicaux, un manque de communication et un non-respect du consentement.

## Syndrome de stress post-traumatique obstétrical : quelle réalité ?

L'accouchement va induire un syndrome de stress post-traumatique dans 5% des cas. Cette donnée atteint 15% chez les patientes à risque présentant en particulier :

- des antécédents personnels
- des imprévus en salle de naissance : césarienne en urgence, extraction instrumentale, révision utérine, prématurité
- des douleurs physiques intenses
- des conflits survenus au sein de l'équipe

Et nous ne sommes pas sans savoir que ce syndrome de stress post-traumatique est associé à des cas de dépression du post-partum et des troubles de développement de l'enfant.

**L'importance de la prise en charge de la douleur et l'attitude des professionnel(le)s vont donc être capitales en prévention du syndrome de stress post-traumatique.**

## Isolement, dépossession de son corps, troubles du lien avec l'enfant, douleur persistante, perte confiance dans les soignants

Comment se traduisent ces troubles psychiques et physiologiques ? Le manque de bienveillance va pouvoir induire chez les patientes certains sentiments décrits par le collectif CIANE :

- “un sentiment de dévalorisation, d’infantilisation, d’humiliation et de ridicule”
- “un sentiment de dépossession de son rôle, de son corps, de son bébé ou, à l’inverse, d’être réduite à n’être qu’un corps”
- “un vécu d’isolement et d’abandon”
- “une perte de confiance dans l’équipe et un sentiment de grande solitude”
- “une émergence de la peur et du risque de mort sans qu’ils puissent être ouvertement exprimés”

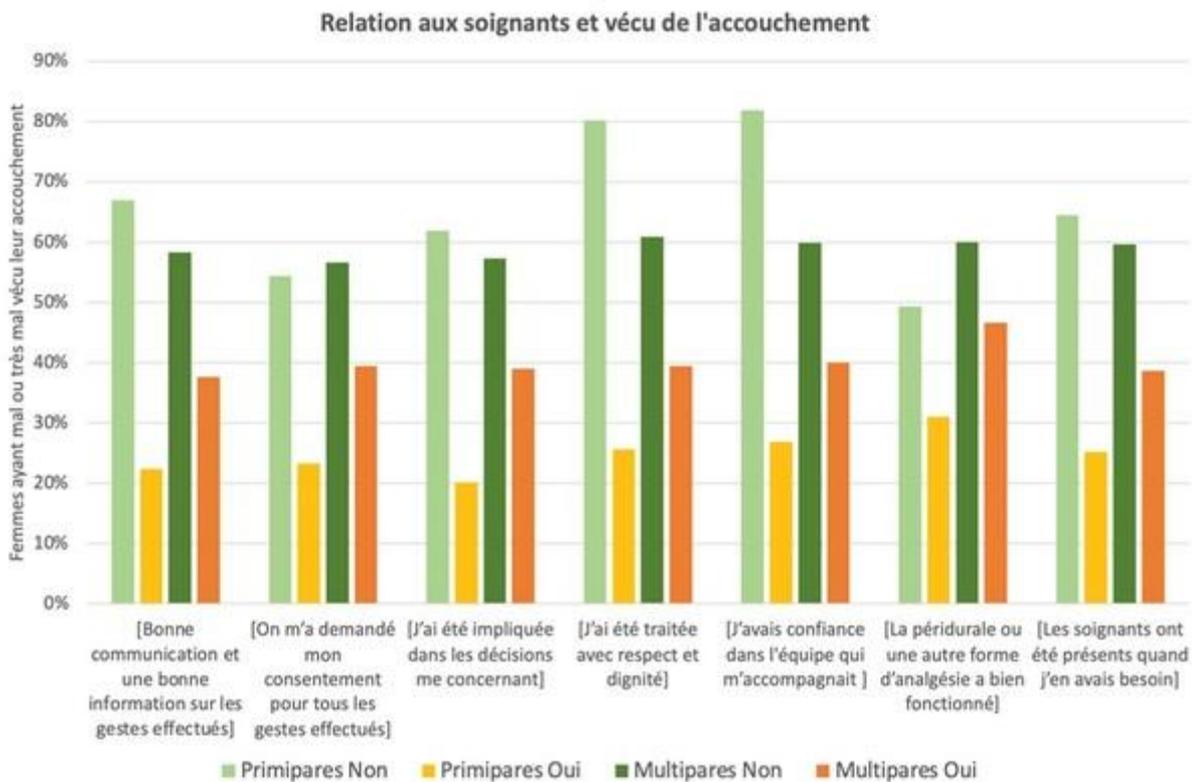
D’autres risques sont aujourd’hui objectivés :

- “une perte du sommeil, de l’appétit, des cauchemars, des réminiscences, des flashes répétitifs sur les moments les plus difficiles, des angoisses majeures, des pleurs fréquents, une image personnelle dégradée, une culpabilité, une colère, une difficulté dans le lien à l’enfant”
- “un isolement par rapport aux proches de peur d’être incomprise, un repli sur soi”
- “une impossibilité de reprendre le travail ou un arrêt nécessaire après la reprise car obsédée par la remontée des événements, une tristesse, un découragement, une fatigue physique et psychique intense”
- “des douleurs corporelles diffuses, des douleurs périnéales persistantes, même en l’absence de lésion ou d’épisiotomie, une sexualité atteinte voire inexistante, une crise conjugale”
- “une perte de confiance dans les soignants, un abandon du suivi médical personnel ou une errance médicale”

## Des pistes concrètes pour limiter le risque de syndrome de stress post-traumatique

Après le partage des expériences et des récits des patientes révélant ce manque de bienveillance et de syndrome de stress post-traumatique, quelles actions préventives mettre en place de la part des professionnel(le)s de la périnatalité ?

- **Informers les patientes** des gestes proposés dans le cadre des prises en charge : indications, déroulé... Sachant qu’une information adaptée est associée à sérénité augmentée des patientes. A ce sujet, selon l’enquête du CIANE, 60% des femmes mal informées au 1er trimestre de leur grossesse se disaient pas ou peu sereines, contre 51% des femmes bien informées. Il existe aussi un lien entre carence d’information et vécu dégradé de l’accouchement : 34% des femmes ayant reçu une information non adaptée n’ont pas du tout bien vécu leur accouchement, contre 14% des femmes bien informées
- **Recueillir systématiquement le consentement**
- **Eviter les postures et les propos irrespectueux**
- **Respecter les choix et les perceptions** propre à chaque parent
- **Repenser l’utilisation faite des projets de naissance**
- **Intégrer les récits des couples** comme pierre angulaire de possibles « RMM de vécu »
- **Maintenir un niveau de vigilance accrue** sur la bienveillance dans les situations d’urgence
- **Mettre en place une gestion concertée avec la patiente**, en discutant des options thérapeutiques envisagées en cas de complications et/ou d’imperfections dans la prise en charge
- **S’enquérir du vécu des patientes**. Que disent les chiffres du CIANE à ce sujet ? Seul un tiers des femmes ont pu revenir sur leur accouchement avec un(e) professionnel(le), alors que 50 à 60% auraient aimé le faire. Dans la population primipare, 29% des femmes trouvaient par ailleurs que l’attention portée à leur forme physique était insuffisante, 57% concernant la forme psychologique. Des données qui passent respectivement à 23% et 48% auprès des multipares
- **Communiquer entre soignants** sur la situation vécue en assurant la traçabilité des faits
- **Proposer un débriefing personnalisé** en post-partum avec la patiente et le soignant référent
- **Proposer une prise en charge psychologique aux patientes** en vue du dépistage du syndrome de stress post-traumatique



- **Intégrer dans la stratégie des “1 000 premiers jours”** les enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins, en prenant également en compte les risques psychiques et développementaux associés à la grossesse, les inégalités sociales aussi
- **Consolider le dispositif PRADO de retour à domicile** tant qu'aucun autre dispositif alternatif de suivi à domicile des femmes, en particulier les plus vulnérables, n'est pas mis en place

## Améliorer les indicateurs périnataux

L'accompagnement et la bientraitance des femmes suivies en périnatalité par les professionnel(le)s exerçant dans cette spécialité sont à considérer pour améliorer la qualité des soins et donc les indicateurs périnataux en France.

Rappelons les chiffres de la mortinatalité avec 3,8 enfants nés sans vie pour 1 000 naissances (2015-2020), un des taux les plus élevés d'Europe et aucune amélioration rapportée à ce sujet depuis 2000. Concernant la mortalité néonatale, ¼ des décès rapportés surviennent durant le premier mois de vie de l'enfant, avec un estimation fixée à 2,7 pour 1 000 naissances. Enfin, les données de la mortalité maternelle établissent à 8,5 décès pour 100 000 naissances vivantes, un chiffre stable depuis 2010, avec une France qui se situe dans la moyenne européenne. Reste que 60% de ces décès pourraient être évités.

**Pour en savoir plus sur les recommandations du GREEN en lien avec la bientraitance en périnatalité, rendez-vous sur Pédiatrie Pratique : expertise du Pr Pierre Kuhn, néonatalogie (CHU de Strasbourg).**

\*données CNSF juin 2020

## Références

Cliquez sur les références et accédez aux Abstracts sur 

Merlier M, Ghesquière L, Huissoud C, Drumez E, Morel O, Garabedian C. How do French Obstetrician-Gynaecologists perceive their quality of life? A national survey. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023 Jul;286:112-117. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.05.010.

E [Rechercher l'abstract](#)

Zana-Taïeb E, Kermorvant E, Beuchée A, Patkaï J, Rozé JC, Torchin H; on the behalf of the French Society of Neonatology. Excessive workload and insufficient night-shift remuneration are key elements of dissatisfaction at work for French neonatologists.

Ac [Rechercher l'abstract](#)

## SFMP 2024 : INTERDISCIPLINARITE ET CITOYENNETE - GREEN : QUELLES RECOMMANDATIONS EN SOUTIEN DE LA BIENTRAITANCE EN PERINATALITE ?

Laura BOURGAULT, Nantes, d'après la communication de P. Khun (néonatalogue, hôpitaux universitaires de Strasbourg)

**Zoomons ensemble sur les principales recommandations rédigées par le Groupe de réflexion et d'évaluation de l'environnement des nouveau-nés (GREEN) de la Société française de néonatalogie (SFN), en soutien de la bientraitance en périnatalité.**

En parlant de bientraitance en périnatalité, nous convoquons ici la notion d'approche respectueuse envers les personnes vulnérables. « *Qui de plus vulnérable qu'un nouveau-né prématuré, hospitalisé en néonatalogie, limité dans ses capacités d'expression et dans son autonomie, entièrement dépendante de l'attention et des soins qui lui sont prodigués par ses parents ou ses équipes ?* », interroge P. Khun.

Comme le définit l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la bientraitance relève de cette approche cruciale pour garantir des soins de qualité, de respect et de sécurité. Le tout dans une démarche collective menée pour identifier le meilleur accompagnement possible pour l'enfant, dans l'adaptation la plus juste quant à ses besoins et à ceux de ses parents. Des notions qui font écho au travail mené par le GREEN, groupe transdisciplinaire créé en 2012 composé de pédiatres, de sages-femmes, de puéricultrices, de kinésithérapeutes, de représentants de la Société d'hygiène hospitalière, en coconstruction avec les associations d'usagers (SOS Prema, CIANE).

### Inconfort, douleur, stress

Le manque de bientraitance peut exposer les nouveau-nés hospitalisés aux menaces suivantes :

- un environnement dystimulant ;
- le stress et l'inconfort ;
- la douleur liée aux soins ;
- la séparation d'avec ses parents ;
- les risques de troubles du neurodéveloppement.

Pour la mère, le coparent et la famille, il s'agit de :

- la douleur et l'inconfort liés aux soins ;
- la séparation d'avec leur enfant ;
- le stress et l'anxiété liés à l'hospitalisation ;
- la dépression du postpartum dont le risque augmente en cas d'hospitalisation du nouveau-né ;
- le stress post-traumatique.

Pour ce qui concerne les situations de soins inappropriés du nouveau-né, « *un terme que je*

*préfère à celui de maltraitant* », souligne P. Khun, il va s'agir de :

- la non-prise en compte des besoins physiologiques, sensoriels et développementaux des bébés ;
- la prévention et le traitement imparfait de la douleur associée aux soins ;
- la séparation d'avec les parents ;
- le non-respect des attentes/ besoins des parents et des nouveau-nés hospitalisés.

## Un rationnel neuroscientifique

Trois lignes directrices sont à considérer dans cette prise en soins particulière :

- pendant la période du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse jusqu'aux 1 000 premiers jours, l'environnement sensoriel peut moduler le développement cérébral. Cette période est corrélée à celle de l'hospitalisation des bébés et différentes phases de leur neuro développement, notamment la synaptogenèse ;
- l'environnement peut avoir un impact épigénétique et modifier ainsi l'expression des gènes. Un environnement stressant et dystimulant favorise donc une altération de l'expression génétique, alors qu'un environnement adapté aux nouveau-nés et à la famille soutient la trajectoire de développement en néonatalogie ;
- rappelons-nous que l'on se construit en tant qu'être humain par l'attachement et les interactions sociales nécessitant une proximité, une absence de séparation entre les parents et le bébé, une réaction adaptée de la part des parents impliquant une compréhension du comportement. À ce jour, les neurosciences et la psychologie du développement l'ont très bien montré : les heures cruciales postnatales sont marquées par des événements neuroendocriniens et neurohormonaux qui induisent des activations spécifiques dans le cerveau des bébés et des parents, médiés par l'ocytocine.

## Que disent les recommandations ?

Pour rédiger ses recommandations, le GREEN a travaillé sur l'environnement physique de l'hôpital, et sur le micro-environnement, c'est-à-dire toutes les interfaces des soins avec le bébé. Le GREEN s'est également appuyé sur le vécu des parents *via* un questionnaire conçu par le CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance).

Sur l'environnement physique, les questions abordées par le GREEN étaient les suivantes : l'environnement lumineux, l'architecture, les chambres familiales, l'impact des ondes électromagnétiques, l'environnement chimique (phtalates). L'accès à la famille, la visite centrée sur la famille, la bien-traitance par le soutien des soignants, la sortie de l'hôpital et l'accompagnement au domicile ont aussi fait partie des points interrogés. Concernant le micro-environnement, plusieurs stratégies de soins en développement ont été observées : le portage du nouveau-né en peau-à-peau, le soutien postural, l'hygiène, les topiques en néonatalogie et le sommeil.

Les recommandations du GREEN sont consultables en ligne sur le site de la Société française de néonatalogie (SFN). Voici quelques-unes d'entre elles :

- le soutien de la pratique du peau-à-peau la plus précoce et la plus continue possible est

recommandé. Elle doit être immédiate pour les bébés nés prématurés et les petits poids de naissance. Une position corroborée par l'avis publié par l'OMS sur le sujet le 15 novembre 2022.

L'attention aux besoins de la famille vise aussi à soutenir leur santé mentale, l'hospitalisation étant un moment particulièrement stressant pour des parents souvent confrontés à la culpabilité de ne pas avoir mener la grossesse à terme. Il faut favoriser :

- l'accomplissement de soi en permettant aux parents de participer aux soins et aux décisions ;
- l'estime de soi en valorisant les parents en tant que soignants, sans jugement ;
- l'appartenance et l'amour en créant un accès facile et non limité à l'enfant, en installant le couple et l'enfant dans des chambres familiales et en facilitant l'accompagnement par les proches s'il est souhaité ;
- le sentiment de sécurité en créant un environnement soutenant avec une information régulière et un accompagnement dans les premiers soins ;
- la satisfaction des besoins physiologiques en donnant le temps et l'espace aux parents pour se restaurer, se laver et respecter les moments relevant de l'intimité.

## Conclusion

- Pour s'ajuster aux besoins du bébé, il faut comprendre ses besoins sensoriels.
- Les soins doivent être centrés sur la famille par l'observation des soins individualisés du nouveau-né.
- Les soignants doivent considérer les parents comme partenaire des soins et faire une place aux expériences et aux compétences parentales.
- Associer les parents aux soins s'avère très efficace sur la qualité de la prise en charge en néonatalogie.
- La zéro-séparation, le soutien du neurodéveloppement, la santé mentale des parents, l'accompagnement à la sortie d'hospitalisation et le soutien des soignants sont également liés à la qualité des soins, ainsi qu'au respect de la vulnérabilité des nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie et de leurs parents.

Publié le 21 mar 2025 Lecture 10 min

## SFMP 2024 : INTERDISCIPLINARITE ET CITOYENNETE - MORTS FŒTALES : CHIFFRES ET RECOMMANDATIONS DU CNGOF

Laura BOURGAULT, d'après les communications de M. Creutz-Leroy\*, L. Bennet\*\* et M. Dap\*\*\*

**Quels sont les chiffres de la mortalité périnatale en France ? Que disent les recommandations du CNGOF concernant la prise en charge des morts fœtales ? Pédiatrie Pratique fait le point en se basant sur le propos des experts présents lors du congrès de la SFMP.**

Par quels procédés améliorer les connaissances sur les causes de la mortalité périnatale ? Quelles approches privilégier pour améliorer la qualité du codage des cas de mortalité périnatale à terme ? Comment évaluer les moyens nécessaires au sein des DSRP (dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité) ? Telles sont les questions que se sont posées les experts de la Mission exploratoire autour de la mortalité périnatale<sup>(1)</sup>, avec l'objectif d'améliorer les résultats insatisfaisants de la France. Ce travail a été initié début 2024 pour une durée de 18 mois en France. Dans l'hexagone, ces indicateurs restent mauvais alors que l'incidence de cette même mortalité périnatale diminue à l'échelle européenne (données rapport Euro-Peristat, 28 pays à l'étude entre 2015 et 2019).

### Mortalité périnatale, néonatale et néonatale précoce

Si l'on prend en compte la mortinatalité, la France se situe au 20<sup>e</sup> rang sur 28 pays d'Europe. Ces décès concernaient 8,5 pour 1 000 naissances totales en 2019. Pour sa part, la mortalité périnatale est composée à la fois de :

- la mortinatalité : les décès *in utero* (avant l'accouchement) ou en *perpartum* à partir de 22 SA et les poids de naissance  $\leq 500$  g ;
- la mortalité néonatale qui concerne les décès entre 0 et 27 jours de vie, et la mortalité néonatale précoce correspond à ceux survenus dans les 7 premiers jours de vie.

La mortalité néonatale, elle, désigne tous les décès survenus dans les 27 premiers jours de vie de l'enfant. La mortalité néonatale précoce se réfère quant à elle aux décès survenus dans les 7 premiers jours de vie. En France, toujours en 2019, l'incidence de cette mortalité néonatale dite concernait 1,7 cas pour 1 000 naissances vivantes.

### RMM et grille ALARM

Pour mener à bien cette mission exploratoire autour de la mortalité périnatale, il a fallu créer des outils d'évaluation, acculturer les professionnels des DSRP et les cliniciens au sein des établissements à cette démarche qualité, assurer les besoins organisationnels et matériels.

Quelle méthodologie a été choisie ? Celle des RMM (revue de mortalité et morbidité) et de la grille ALARM de la Haute Autorité de santé (HAS), qui permet de classer les causes des événements indésirables en 7 catégories : contexte institutionnel, organisation/management, environnement de travail, tâches à accomplir, équipe, individu (soignant), patient.

Ont été précisément pris en compte tous les décès périnataux à terme, à partir de 36 SA, les décès in utero, ceux associés à la mortalité néonatale précoce dans les 5 premiers jours de vie avec ou sans soins palliatifs, et les IMG.

Les déclarations prospectives des cas ont été effectuées sur l'année 2024. Les établissements référents se sont saisis de cette mission de déclaration des cas aux DSRP sur la base du volontariat. Une fiche spécifique a permis de renseigner le type de décès, les coordonnées, la date, l'établissement et les professionnels conviés pour l'analyse et le suivi en ville.

Ont été impliqués dans ce projet les coordonnateurs des DSRP, tous les établissements de santé, les professionnels de la périnatalité hospitaliers, libéraux, PMI, DMI, Samu-Smur. Les territoires volontaires sont le Grand-Est, l'Île-de-France et l'Île de la Réunion, représentant 18,5 % des naissances répertoriés en 2022 à travers la France métropolitaine et l'Outre-mer.

## Des RMM courtes et optimisées

Les premiers résultats montrent sur les données du 1<sup>er</sup> semestre 2024 (1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2024), que les territoires concernés ont couvert 24 % de la totalité des cas de décès périnataux à terme, si l'on se réfère au PMSI pour l'ensemble de la France.

Les données ont été rapportées sur 59 cas (42 % des cas déclarés). À noter que 29 cas ont été exclus (naissances hors territoires des DSRP impliqués, RMM non retenues faute d'intérêt majeur validé par les équipes de soins). Un nombre important de syndromes polymalformatifs a été relevé. « *Et autant de situations dans lesquelles le décès était plutôt attendu, sans qu'il y ait systématiquement de codage pour les soins palliatifs, même s'il y a une plusvalue à le faire sur le plan de la précision* », poursuit M. Creutz-Leroy. Le délai moyen entre la survenue du cas et son analyse est de 89 jours, « *en phase avec les recommandations de la HAS* ».

## 60 % des décès postnataux liés à des dysfonctionnements

Les chiffres corroborent les estimations attendues avec 78 % de morts fœtales (incluant les décès *perpartum*), 17 % de décès néonataux et 5 % d'IMG à terme.

Les équipes impliquées étaient présentes dans 86 % des cas, avec un gynécologue systématiquement, les sages-femmes référentes l'étaient dans 78 % des cas, contre 23 % pour les anesthésistes.

Soixante pour cent des décès postnataux et 36 % des morts fœtales ont été associés à des dysfonctionnements. Ce qui ressort le plus comme cause majeure : les facteurs liés à l'environnement de travail comme les défauts de communication, les situations de vulnérabilité et de manque d'observance des patientes, les barrières linguistiques, les défauts de protocole, d'expérience et de compétences, ainsi que le non-respect des recommandations et les défauts de matériel.

Autre chiffre à consolider, qui ressort également dans d'autres travaux : 63 % des cas sont associés à un ou plusieurs dysfonctionnements sur des heures non ouvrées pendant lesquelles l'organisation et la continuité des soins diffèrent.

## Les nouvelles recommandations par le fœtopathologiste

En lien avec la prévention des morts fœtales, M. Dap a contribué à la rédaction des dernières recommandations « Mort fœtale : consensus formalisé d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens »<sup>(2)</sup>. Ce travail comporte plusieurs sujets, notamment les points de définition, d'épidémiologie et de diagnostic, et aborde la question de la prévention de la mort fœtale en population générale. Qu'en retenir ?

Quid des facteurs de risque de mort fœtale, modifiables ou non ? L'âge maternel à partir de 35, 40 et 45 ans, l'IMC, le niveau socio-économique, l'ethnicité, les antécédents de mort fœtale, les antécédents de césarienne, la parité, le tabac (avec un effet-dose), la nulliparité, les troubles hypertensifs, les grossesses par FIV/ICSI, le diabète, la cholestase gravidique, l'endométriose, le lupus érythémateux disséminé, le SAPL (syndrome des antiphospholipides). En lien avec les dernières RCP de 2014, l'objectif est d'être en mesure de délivrer des bilans et de proposer une prise en charge aux patientes lorsqu'un décès survient dans la zone dite « grise » entre 14 et 22 SA. Raison pour laquelle la mort fœtale est ici définie par l'arrêt spontané de l'arrêt de l'activité cardiaque du fœtus à partir de 14 SA. En dehors d'un retard de croissance, il n'y a pas d'indication particulière pour un Doppler ombilical systématique. Tout comme le déclenchement systématique des femmes à 39 SA en prévention du seul risque de mort fœtale, les données de la littérature sont aujourd'hui insuffisantes en nombre et en qualité pour se prononcer en faveur d'une recommandation en prévention de la mort fœtale. Il est par ailleurs recommandé de ne pas :

- réaliser la recherche systématique de circulaire du cordon afin d'éviter des césariennes inutiles et autres conséquences iatrogènes pour la femme ;
- réaliser de surveillance *antepartum* systématique par cardiocotocographie dont le seul but serait de réduire le risque de mort fœtale.

Concernant le compte des mouvements fœtaux, il n'existe pas de niveau de preuve selon lesquelles il faudrait encourager les patientes à compter les mouvements fœtaux.

## Nouvelles recommandations concernant le bilan maternel

Après une mort fœtale, le bilan maternel comprend :

- une hémostase en cas d'hématome rétroplacentaire, de pathologie hypertensive ou de sepsis pour rechercher une CIVD (coagulation intravasculaire disséminée) ;
- un interrogatoire systématique, malgré la difficulté à le mener après l'annonce d'une mort fœtale ;
- une échographie fœtale pour évaluer les critères de présentation fœtale, de quantité de liquide amniotique, de localisation placentaire et de recherche d'un hématome rétroplacentaire.

Un bilan infectieux doit être établi (sérologie CMV, parvovirus B19, prélèvement vaginal à visée bactériologique). Si les sérologies sont négatives, le risque de toxoplasmose et de syphilis doivent être évalués. La TSH et la thyroxine sont à doser en cas de dysthyroïdie clinique, une glycémie à jeun ou une HbA<sub>1c</sub> en cas d'obésité, de macrosomie et de symptôme évocateur de diabète, ainsi que les acides biliaires dans les diagnostics de prurit.

## Nouvelles recommandations concernant le bilan fœtal génétique

Un bilan génétique complet est désormais recommandé, par analyse chromosomique par puce à ADN (ACPA). Il est proposé de privilégier un prélèvement postnatal à visée génétique sur la face fœtale placentaire. Cet examen consistant à décoller l'amnios, séparer le chorion des villosités et prélever ces villosités. Il sera réalisé dans l'idéal le plus rapidement possible après l'accouchement, sans conservation dans le formol. Au mieux également, cet examen doit être réalisé par un médecin fœtopathologiste, voire un professionnel de la salle de naissance s'il n'y a pas de médecin fœtopathologiste ou si le couple ne souhaite pas d'examen fœtopathologiste.

En cas de doute sur le sexe fœtal, il est proposé de ne pas le faire figurer sur l'acte de naissance et d'attendre le résultat de l'examen fœtopathologique ou génétique s'ils sont réalisés.

Enfin, il est recommandé de réaliser un examen fœtopathologique et un examen anatomopathologique, pour se prononcer sur les causes de la mort fœtale, évaluer les risques de récurrence, et pour se situer dans la classification des morts fœtales parmi la quarantaine de causes répertoriées. Rendez-vous essentiel pour permettre aux couples de

commencer leur processus de deuil, une consultation de synthèse doit également être préparée en amont en mettant tous les acteurs autour de la table (médecins, sages-femmes, etc.). Cette dernière doit être menée dans l'objectif :

- d'évaluer l'état physique et psychologique des parents ;
- de restituer les résultats des bilans prescrits ;
- de discuter la cause de la mort fœtale ;
- d'informer de la surveillance pour une future grossesse (risque de récurrence et prise en charge, etc.).

## Nouvelles recommandations concernant la prise en charge en *postpartum*

La prescription de cabergoline est recommandée afin d'éviter une montée de lait, quel que soit l'âge gestationnel de la mort fœtale, en évoquant les effets secondaires de ce traitement avec la patiente. L'hospitalisation de courte durée doit être établie dans les suites de l'accouchement, au cas par cas selon les besoins, les risques ou la survenue de complications maternelles.

Avant la sortie, un délai doit être donné à la patiente concernant la consultation de synthèse postpartum à venir, qui devra être effectué le plus rapidement possible.

Un congé de repos doit pouvoir être proposé aux parents, en sachant que les droits aux congés maternité et paternité s'enclenchent pour des décès fœtaux survenus après 22 SA au jour de l'accouchement (ou pour un poids fœtal  $\geq 500$  g).

Après la sortie de l'hôpital, une consultation postnatale précoce pourra être mise en place, notamment pour évaluer l'état psychologique de la femme.

## Formation à l'annonce et traces mémorielles

D'autres points essentiels figurent dans ces recommandations.

Le choix doit être laissé aux patients de voir ou non le fœtus, de rencontrer leur bébé.

Concernant l'annonce de morts fœtales, les métaphores doivent être évitées tant la situation de choc dans laquelle les parents sont plongés peut diminuer le discernement.

Cette annonce doit être faite en utilisant des mots simples, sans ambiguïté, donc en évitant les mots laissant une place au doute, et également les termes techniques. Dans les nouvelles recommandations, nous conseillons aux professionnels de se former à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en périnatalité. Le recueil de traces mémorielles doit pouvoir être proposé, en fonction des cultures et religions bien sûr (photos, empreintes, bracelets de naissance).

## Quelles prise en charge en cas d'antécédent de mort fœtale ?

Chez une femme ayant pour antécédent une mort fœtale, les nouvelles recommandations prévoient :

- de rechercher tous les éléments (cliniques, biologiques, échographiques, écologiques, histopathologiques) pour orienter la cause de la mort fœtale et proposer une prise en charge adaptée ;
- de proposer systématiquement un suivi psychologique ;
- d'initier le suivi de la grossesse par un(e) gynécologue-obstétricien(ne), avec des modalités et une fréquence de surveillance en fonction du contexte et de la cause de la mort fœtale ;
- de ne pas systématiser l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal du seul fait de l'antécédent de la mort fœtale ;
- de ne pas proposer systématiquement le déclenchement, même si cela se fait en pratique et que ce dernier reste possible en fonction du contexte et en cas de demande parentale. L'âge gestationnel sera discuté en tenant compte des bénéfices et des risques, notamment avant 39 SA. En cas de cause de mort fœtale identifiée, la prise en charge sera adaptée au cas par cas.

Afin de diminuer la morbidité périnatale, il est également recommandé :

- de prescrire de l'aspirine à faible dose en cas de mort fœtale d'origine vasculaire afin de diminuer la morbidité périnatale ;
- de ne pas administrer un traitement par aspirine associé à une héparinothérapie en comparaison à l'aspirine seule, en cas de mort fœtale toujours d'origine vasculaire ;
- d'associer un traitement par aspirine à une héparinothérapie en cas d'antécédent de mort fœtale et de syndrome des antiphospholipides.

---

\* médecin de santé publique et présidente de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)

\*\* coordinatrice administrative de la FFRSP

\*\*\* fœtopathologiste et gynécologue-obstétricien au CHRU de Nanc

semble guère surprise : « Deux de mes amies se sont dernièrement fait voler leur téléphone portable dans des hôpitaux parisiens. »

### **« On a une collègue qui est repartie sans ses chaussures »**

Au centre hospitalier intercommunal de Poissy - Saint-Germain-en-Laye (Chips), on évoque « un phénomène par vagues. On voit de temps en temps des événements indésirables. Nous en avons eu à une période, mais pas en juin et juillet », souligne un représentant SUD. « Cela fait en effet partie des plaintes et des réclamations courantes des usagers, confie un membre de la commission des usagers du Chips. On sait qu'il y a des vols, ce n'est pas tous les jours, mais ça existe. Le patient fait alors une déclaration à l'hôpital qui le déclare à son tour à son assurance. »

Des précautions sont toutefois prises par l'établissement. Lors de toute hospitalisation, un inventaire des objets du patient est réalisé. Mais en général, la famille apporte des objets au cours du séjour qui échappent à ce recensement. « On a ainsi des appareils auditifs et des dentiers perdus, reprend le membre de la commission des usagers de Poissy-Saint-Germain-en-Laye. Pour les vols, ce sont généralement les téléphones portables et les tablettes. »

Les patients ne sont pas les seules victimes. Le personnel soignant aussi. Vols de sacs à main et d'autres effets personnels ont lieu dans les vestiaires. « On a même une collègue qui est repartie sans ses chaussures, confie un représentant SUD du centre hospitalier de Versailles. Aujourd'hui, certains salariés préfèrent conserver leurs affaires dans leur service. Certains y garent même leur vélo et leur trottinette par peur de se les faire dérober. »

Le matériel médical ou les produits d'hygiène sont aussi ciblés. Certains patients n'hésitent pas à se servir. « On a surpris un jour une famille en train de dérober des paquets de couches pour enfant, qu'elle rangeait dans sa voiture, confie une salariée de Mignot. Elle avait probablement vu où ces produits étaient stockés et avait décidé de faire des provisions. »

### **Dix-huit endoscopes, d'une valeur de 400 000 €, dérobés**

Le service des urgences, lui, a pris des mesures au printemps après avoir constaté « de nombreux vols de matériel ». « Aujourd'hui, ce n'est plus possible, des mesures ont été prises. Il faut un code pour accéder aux réserves. De même pour les médicaments. Il y a des armoires sécurisées et le personnel doit systématiquement indiquer à qui il est destiné », précise un syndicaliste.

Plus grave et plus préjudiciable au bon fonctionnement de l'hôpital et de l'organisation des soins, en novembre 2022, le Groupe hospitalier Sud Île-de-France (GHSIF) de Melun (Seine-et-Marne) a été victime du vol de dix-huit endoscopes pour un préjudice estimé à 400 000 €. Un peu plus d'un an plus tard, dans le même département, huit ordinateurs et deux voitures de médecin étaient volés dans un établissement de soins à Serris. Dans son rapport, l'Observatoire national des violences en milieu de santé constatait que « les vols commis au détriment des établissements, des personnels, des patients et même des prestataires, peuvent l'être par des personnels, patients et prestataires en plus de rôdeurs professionnels ou de SDF. Que ce soient des chapardages et autres larcins ou des vols plus conséquents [...], l'impact sur les victimes est fort. » Une soignante l'admet auprès du « Parisien » : « Si un jour je dois me faire opérer, je laisse tout à mes proches. Tout ce qui reste dans les chambres est susceptible de disparaître. »