

Transcription de l'atelier 16

Le déclenchement

États généraux de la naissance

Châteauroux, le 23 septembre 2006

PATRICK STORA :

Nous allons commencer par Cécile Loup qui est présidente de l'AFAR et dont je suis vice-président. Je viens de rencontrer ma présidente aujourd'hui et j'ai fait sa connaissance. L'ancienne présidente est également là. Puis Danièle Carricaburu qui travaille à Rouen mais je ne sais pas ce qu'elle fait?

CÉCILE LOUP :

Elle est sociologue, anthropologue... socio-anthropologiste.

PATRICK STORA :

Et enfin Claude-Émile qui est gynécologue-obstétricien comme moi et qui va jouer un peu le rôle du professionnel par rapport au déclenchement. Je pense qu'on est censé parler que du déclenchement de convenance, peut-être pas du médical... Quoique dans le médical on peut y mettre des choses que je ne juge pas médicales mais que d'autres jugent médicales, tel le dépassement de terme.

Voilà, donc le débat est ouvert.

CÉCILE LOUP :

J'avais prévu des transparents mais il n'y a pas de rétroprojecteur.

Le point sur les chiffres : en 1981 le taux global de déclenchement en France était de 10 %, en 1995 de 20 %, et depuis il stagne à 20 %.

En moyenne, il n'a pas continué à augmenter. Mais la moyenne ne veut pas dire grand chose. Elle recouvre des écarts qui vont de 15 % à 50 % selon les maternités. C'est cela qu'il faut garder en tête.

Selon l'enquête de pratiques qui a été publiée en 1999 par le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) et l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), **les taux élevés de déclenchements sont liés principalement à trois facteurs** :

- Il y a une régionalisation (certaines régions ont plus de déclenchements qu'ailleurs). Il doit y avoir une certaine "ambiance" dans la région.
- Il y en a nettement plus dans le privé que dans le public.
- Le taux de déclenchement sur indication médicale est relativement stable.

Ce qui fait gonfler les chiffres ce sont les déclenchements de principe ou de convenance je ne sais pas comment on peut les appeler.

Est-ce qu'il faut que je revienne sur les méthodes ? Est-ce que tout le monde connaît les méthodes de déclenchement ?

SALLE :

Oui, rapidement.

CÉCILE LOUP :

Pour simplifier il y a deux cas de figure :

- Il y a le cas où le col est dit favorable (là je parle comme les professionnels), c'est-à-dire que le col a commencé à se ramollir, à se raccourcir, à s'ouvrir un peu et dans ces cas-là la technique consiste à l'heure actuelle à faire une rupture artificielle des membranes et à faire des perfusions d'ocytocine de synthèse qu'on connaît mieux sous le nom de Syntocinon.

La question qui vient est : "mais à quoi cela sert?", puisque hors pathologie évidemment, si le col est favorable c'est en gros que tout est prêt et on ne voit pas très bien l'intérêt d'accélérer de deux ou trois jours. Ce déclenchement ne change pas grand chose.

- L'autre volet c'est le col défavorable, c'est-à-dire qu'il n'est pas prêt. Et cela concerne quand même 10 % des naissances en France, c'est beaucoup.

Moi je pense, et je pense que tous les professionnels raisonnables sont d'accord avec ça, que le déclenchement devrait être réservé à la pathologie, c'est-à-dire au moment où réellement il devient moins dangereux pour la mère et le bébé, ou l'un ou l'autre, de provoquer un déclenchement que de laisser faire les choses.

Les déclenchements signifient des accouchements sous très haute surveillance parce que ce qu'on ne nous dit pas en tant qu'usager c'est que c'est assez risqué :

- les taux de césarienne sont multipliés par deux à trois.

Mais là aussi il y a des variations incroyables d'une maternité à l'autre. Il y a des maternités où ils ont 15 % de césarienne dans les déclenchements, il y en a d'autres où c'est 40 %. On se demande pourquoi.

- Un autre risque qui n'est pas totalement prouvé mais fortement suspecté, c'est l'augmentation de l'hémorragie post-partum.

- L'autre risque qui tient au déclenchement et aussi à tout ce qui va autour : à la péridurale, à l'immobilisation de la femme, c'est un mauvais engagement du bébé qui a bien du mal à faire son chemin dans des choses assez violentes. Il faut dire aussi que c'est plus violent en général qu'un accouchement qui se déclenche spontanément.

- Et il y a les risques psychiques pour la mère et le bébé, qui passent totalement à la trappe dans le discours médical habituel.

Pour le col défavorable, il faut d'abord faire mûrir le col, il y a des méthodes anciennes qui sont en voie de disparition. Il y en a encore qui mettent des ballonnets, sinon il y a les prostaglandines.

Il y en a deux types :

- les prostaglandines principales (je cite le nom technique) sont celles qui sont à base de dinoprostone, ce qui est connu, qui a une autorisation de mise sur le marché (il y a le CERVIPROST, MINPROSTIN E2, PREPIDIL, PROPESS, PROSTIN E2 etc.)

- et il y a un nouveau venu qui fait couler beaucoup d'encre et qui s'appelle le Misoprostol (c'est-à-dire le Cytotec) dont je vais dire un petit mot

Ses propriétés abortives ont été découvertes tout à fait par hasard à la fin des années 1980 et plein de gens se sont dit qu'il pouvait être utilisé pour déclencher l'accouchement. Ça n'est pas

tellement à l'honneur de la médecine scientifique cette histoire-là. Il a été testé directement sur l'être humain sans aucun respect du principe de précaution et aucune méthodologie scientifique digne de ce nom. Il a été testé par le haut avec des doses totalement arbitraires qui ne correspondaient à rien d'autres que la taille des comprimés commercialisés, comprimés qui étaient sensés soigner les ulcères gastriques. Ils n'ont fait aucune échelonnage de doses différentes pour essayer au moins de se situer, de voir à peu près où il fallait aller. Ces fameux comprimés commercialisés contiennent 100 à 200 micro grammes de Misoprostol et au bout des tests et de pas mal de dégâts ils en sont arrivés à la conclusion que la dose à peu près raisonnable était de 25 micro grammes, huit fois moins.

Les risques de ce médicament sont très sévères, en particulier pour l'hypertonie de l'utérus et le syndrome d'hyperstimulation qui risque d'asphyxier le bébé, des naissances extrêmes rapides et même trop rapides.

Ils sont même allés jusqu'à essayer ce médicament sur les utérus cicatriciels, il provoque un taux de rupture de l'utérus qui doit être à peu près dans les 5 % même avec une dose raisonnable. Avec des doses élevées, c'est un massacre...

En France, il y a au moins 17 % des obstétriciens qui l'utilisent sans qu'il y ait d'autorisation de mise sur le marché, sans non plus qu'il y ait un cadre de prescription hospitalière, sans consensus professionnel.

Il y a beaucoup de professionnels du CNGOF qui disent qu'il ne faut pas l'utiliser, qu'il est potentiellement beaucoup plus dangereux que ce qui existe déjà, sans être plus efficace si c'est utilisé à une dose à peu près raisonnable.

[Des obstétriciens qui l'utilisent]... naturellement sans consentement éclairé, ils ne vont certainement pas dire aux femmes que ce médicament n'a pas l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). Les femmes ne sont pas prévenues.

Je reprends **les indications du déclenchement**. On va laisser tomber la pathologie, il y a des professionnels qui discutent entre eux, ce n'est pas là notre problème. On va discuter ce qui est discutable, c'est-à-dire :

- la suspicion de macrosomie et ce qui va avec le diabète gestationnel
- le fameux dépassement de terme
- et puis les déclenchements de convenance

La macrosomie est un thème barbare pour dire gros bébé. Elle est définie parfaitement arbitrairement puisqu'elle est soit définie comme un bébé supérieur à 4 kg à la naissance, soit 4,5 kg ou alors au-dessus du 90^e percentile. C'est une limite arbitraire qui n'est pas déterminée à partir des données, mais inversement pressentie et les données sont analysées avec ces boîtes. Ça ne dérive pas statistiquement.

Il y a 6 à 7% des bébés qui font au-dessus de 4 kg, plus que 1% au dessus de 4,5 kg. Effectivement il y en n'a nettement moins.

Des risques de gros gros bébés, il y en a quand même. Il ne faut pas nier que ce ne sera pas du tout un problème. Les accouchements sont plus longs. Est-ce vraiment un problème? Cela reste à discuter ce n'est pas clair....

Par contre, il y a le risque de dystocie des épaules, d'élongation du plexus brachial qui peut laisser parfois des paralysies ça c'est grave et de déchirure sévère du périnée pour la maman.

Ce qu'il faut savoir, c'est que la macrosomie d'origine génétique (tout le monde est grand dans la famille) pose assez peu de problème, elle crée très peu de morbidité.

La macrosomie qui crée réellement de la morbidité est celle qui est associée à un diabète gestationnel pathologique.

C'est une des grandes discussions sur le diabète gestationnel. Je crois que tout le problème est que le dépistage de la macrosomie est excessivement difficile : à l'échographie il y a des erreurs de mesure énorme, la mesure de la hauteur utérine est très peu précise. Donc on la diagnostique très mal. Il en est de même du diabète gestationnel, qui est assez difficile à diagnostiquer correctement.

Il y a des gens qui le nient totalement, d'autres qui ne le nient pas. Je ne suis pas spécialiste, ce que je sais c'est qu'il y a beaucoup de faux positifs sur le diabète gestationnel et d'un autre côté il y a des vrais cas pathologiques puisqu'à peu près 30 % des femmes qui ont eu un diabète gestationnel développeront un vrai diabète toute leur vie après.

C'est ce qui pose vraiment un problème : les gros bébés dans le cadre de cette pathologie ont vraiment beaucoup plus de difficulté à sortir. Les dystocies des épaules sont multipliées par 2 à 3 par rapport à des femmes sans diabète gestationnel.

Ceci dit, la macrosomie ne veut rien dire, ça n'est pas en soi une pathologie. Il faudrait revenir à ce qui est réellement pathologique.

Après il y a **le dépassement de terme**

Une grossesse peut durer de 37 à 43 semaines d'aménorrhée et le terme dépend un peu de la définition du professionnel. Il ne faut pas se voiler la face, il y a des risques qui existent effectivement qui augmentent très nettement après la 42^e semaine, c'est le syndrome de post maturité et parfois la mort fœtale. Mais finalement la solution adoptée à l'heure actuelle a été le déclenchement systématique de tout le monde à partir du dépassement de terme. Or le dépassement de terme en soi même n'est évidemment pas une pathologie.

Ce que je constate, en tant qu'usager, qui me laisse extrêmement perplexe, c'est qu'il n'y a quasiment aucune recherche sur le dépistage de la pathologie de la post maturité et aucune recherche ou très peu sur l'étiologie. On a l'impression qu'ils sont très satisfaits avec ça, qu'on peut provoquer une morbidité due au déclenchement sur 10 à 20 % des femmes - le dépassement de terme doit faire 10 % - pour sauver effectivement quelques vies mais très peu. Je ne comprends pas pourquoi il y a des milliards et énormément de recherches dans la procréation médicalement assistée et pourquoi il n'y en a aucune là-dessus.

Et puis il y a les **déclenchements de convenance**. Je crois qu'on fait un peu l'unanimité. Il y en a de deux types :

- il y a la programmation de l'accouchement, ce qu'on voit surtout dans le privé. On déclenche pour des questions organisationnelles, en général à partir de 39 semaines, ça dépend.

- et il y a aussi la demande des femmes. Je pense que c'est essentiellement parce qu'elles ne sont pas informées des conséquences.

La question qu'on a ici c'est que fait-on pour changer les choses? Que fait-on pour faire diminuer le taux des déclenchements qui sont hors pathologie? Même ceux qui sont à l'intérieur de facteur de risque mais dont la pathologie n'est pas prouvée. Donc il faut absolument diminuer ça. Qu'est-ce qu'on pourrait faire ?

- Est-ce qu'il faudrait demander au Conseil de l'ordre d'être beaucoup plus directif ?

- Est-ce qu'il faudrait lui demander de prendre des sanctions en cas de mauvaises pratiques ? Elles sont connues, ils font des enquêtes là-dessus.

- Est-ce qu'il faudrait améliorer la formation continue des professionnels pour qu'ils soient beaucoup plus conscients, certains d'entre eux, des risques que cela induit même sans que ce soit une morbidité définie comme lourde ?
- Est-ce qu'il ne faut pas aussi changer un peu les esprits et arrêter de dichotomiser en permanence le corps et l'esprit, puisque ça ne fait quand même qu'un ?
- Il faudrait aussi, je crois absolument informer la population – et ça c'est peut-être plus le travail des usagers.
- Et toujours dans le travail des usagers, je pense qu'il faut améliorer les relations avec la presse, pour que la presse diffuse.
- Et il faut inciter les parents à être plus autonomes et à dire non : "Moi votre déclenchement, je n'en veux pas. Je pense qu'il n'y a pas de raison."

PATRICK STORA :

Merci Cécile Loup.

Avant d'inviter Danièle Carricaburu à venir parler, est-elle là?...

Pour ceux qui ont manqué le début, l'entretien de Cécile au départ était de parler du déclenchement et de sa montée en puissance depuis les années 1980, elle a parlé des techniques de déclenchement.

Un petit mot pour défendre le Misoprostol (Cytotec) qu'elle a mis en cause. Au niveau des études cliniques, il a été étudié sur l'ulcère de l'estomac. Et ensuite, c'est un médicament qui nous rend à nous professionnel beaucoup mais vraiment énormément de services dans les interruptions de grossesse. Je ne parle pas d'interruption de grossesse à terme. Effectivement, dans l'interruption selon la formule de Claude-Émile, l'interruption de grossesse à terme, c'est un autre problème et ça je suis tout à fait d'accord avec toi Cécile.

Danièle n'étant pas là, c'est Claude-Émile qui va parler pour 1/4 d'heure.

CLAUDE-ÉMILE TOURNÉ :

Je suis un peu triste que d'emblée on pose des questions comme ça. C'est-à-dire : il n'y aurait pas d'alternative, il n'y aurait pas de comportements alternatifs au déclenchement, et la seule chose qu'il faut faire c'est s'affronter aux professionnels en disant «Tu veux faire ça. Mais moi je ne suis pas d'accord». Et si je dis cela, c'est parce qu'après une bonne trentaine d'années de pratique d'une obstétrique que j'ai toujours voulu psychosomatique et fonctionnelle, j'ai travaillé pendant 5 ans à écrire un livre qui donne non seulement les alternatives (sur la base d'une bibliographie extrêmement travaillée, ce n'est jamais exhaustif mais elle est extrêmement travaillée) mais aussi les pistes que l'on peut suivre pour ne pas faire comme ça.

J'y reviendrai tout à l'heure et je vais donc dire un mot de cette problématique du déclenchement du point de vue du gynécologue obstétricien que je suis, mais qui a été d'emblée un militant de la naissance. C'est-à-dire quelqu'un qui a tout de suite considéré que ce qui était de sa responsabilité c'était (après avoir été interpellé par un couple en attente d'enfant) d'accompagner la venue au monde du bébé (grossesse et accouchement), et de le faire en gardant à l'esprit que sa responsabilité à lui est celle du "pompier de service". C'est-à-dire qu'il a toujours l'œil sur les compteurs, sur les détecteurs de fumées. Normalement le pompier de service on ne le voit pas, on ne l'entend pas, mais il faut qu'il soit présent et prêt à éteindre la moindre étincelle qui risque de déclencher le feu.

C'est donc sur cette base-là que j'ai développé mon activité et que j'ai développé en plus ma réflexion puisque je ne suis pas qu'un technicien je suis aussi un être pensant.

A partir de là, il m'est arrivé de me dire que le déclenchement ce n'est jamais qu'une interruption thérapeutique de grossesse. Certes à terme, certes avec bébé vivant, avec bébé conservé en espérant qu'il aille le mieux possible avec sa maman, mais une interruption de la grossesse, du processus gravidique avant que son terme ne soit arrivé.

Son terme on peut évidemment le calculer, il existe un terme théorique calculé lorsque une grossesse se déroule et c'est le travail des techniciens de l'obstétrique de calculer ce terme, éventuellement de l'affiner avec d'autres techniques comme l'échographie. Mais le terme précis de cette grossesse, de cette dame avec ce bébé dans son ventre, personne ne le connaît. Il y aura un moment où l'organisme de la maman sera prêt à mettre le bébé au monde et où le bébé sera prêt à venir au monde et ce sera le terme de cette grossesse.

Ce que l'on fait quand on déclenche : on interrompt le processus gravidique.

On interrompt en utilisant des techniques, elle ont été développées, je n'y reviens pas.

Je soulignerai quand même que les contractions utérines déclenchées soit par les prostaglandines, soit par l'ocytocine sont très rapidement difficilement supportables. Bien entendu je ne peux pas vous parler d'expérience, je ne peux vous dire que ce que l'on m'a dit : elles sont assez rapidement insupportables, déclenchant tout naturellement le recours à l'analgésie et éventuellement à l'anesthésie avec toutes les conséquences que l'on sait. Je pense qu'on y reviendra.

Le problème du terme a été évoqué, je viens d'en dire un mot : c'est pour un bébé donné, pour une maman donnée, dans un contexte donné.

Un bébé peut parfaitement décider de venir au monde en 33 ou 34 semaines, parce que manifestement les conditions dans lesquelles est assurée sa survie ne sont plus bonnes. Et la pire des choses qu'on pourrait faire à ce moment-là ça serait de l'empêcher de sortir. Fort heureusement, on ne peut pas : on n'a pas prévu d'atelier sur le contraire du déclenchement c'est-à-dire "l'empêchement de la venue au monde du bébé", on ne le peut pas.

Au bout de 30 ans où on a déversé des tombereaux de bêtamimétiques dans les veines, dans les fesses, dans l'anus ou dans la bouche des femmes enceintes on a un temps gagné de 48 heures. On n'a jamais gagné plus que ça. En moyenne 48 heures, on gagne du temps quand il n'y a pas de problème et quand les bêtamimétiques ne sont pas indiqués.

Donc ce bébé peut venir avant mais il peut venir aussi après. Il peut venir après parce qu'il est bien, parce qu'il est dans de bonnes conditions dans l'organisme de sa maman. Il est dans de bonnes conditions parce que sa maman est bien enceinte. Peut-être qu'il y a aussi dans cette relation entre la maman et le bébé une manière de se dire «on va passer un petit peu plus de temps ensemble». Et à ce moment-là l'interruption de ce processus gravidique devient quelque chose que l'on peut analyser comme une violence dans la manière de vivre les choses pour la maman et pour le bébé.

De toutes façons, cela marche mal, on en a parlé tout à l'heure :

- Si l'organisme de la maman n'est pas mûr, on va provoquer des anomalies de fonctionnement avec toutes les conséquences que cela peut avoir.
- Si l'organisme de la maman est mûr, on aurait pu attendre 5 minutes de plus et cela serait passé tout seul.

Donc maturité de la maman, maturité du bébé. J'ajouterai que dans cette relation entre la maman et le bébé, il y a bien sûr le moment où la maman est prête à mettre son bébé au monde. Ou

qu'elle met son bébé au monde ce jour-là à cette heure-là parce qu'elle a de bonnes raisons de le faire. Et quand on a 30 ans d'obstétrique derrière soi, on le sait. Ce sont des histoires de chasse mais des histoires de chasse pour les experts, c'est-à-dire ceux qui ont de l'expérience, elles sont toujours dans un coin de la tête et on sait qu'elles existent, plusieurs fois, voilà 2 exemples :

- L'une par rapport à moi parce que je faisais ma visite entre 8 heures et 8 heures moins le quart juste avant de partir en vacances un vendredi matin où une dame à 38 semaines est venue accoucher juste au moment où j'étais là.

- Et une autre dame qui était enceinte de jumeaux, hospitalisée à la clinique de Céret parce que ça n'allait pas très bien, parce qu'il y avait un risque de prématurité important. Elle avait un mari chauffeur de poids lourd internationaux. Et ce monsieur passait avec son poids lourd deux fois par semaine, une fois dans un sens, une fois dans l'autre, à 5 kilomètres il y avait un stationnement pour les poids lourds et cette dame avait donc un créneau d'une heure. Elle a mis ces deux bébés au monde quand son mari était là.

Donc effectivement Cécile, bien sûr que la maman a son importance. Mais le bébé aussi peut décider. On le sait. On connaît les mécanismes physico-chimiques par lesquels le bébé déclenche le processus d'accouchement. Je pense que ce bébé que j'ai pris l'habitude d'appeler "le naissant" (parce que je pense que tout le processus de naissance c'est : pendant la grossesse, pendant l'accouchement bien sûr, mais aussi pendant la maturation de ses structures neurologiques dans les 2 ans 2 ans et demi qui suivent). Donc, pour le naissant, son premier acte social (qui va donner lieu à l'acte de naissance), c'est de déclencher son accouchement, de décider qu'il va se donner à voir.

Je pense que ça n'est pas un petit problème et qu'on mériterait d'y réfléchir.

Je sais que d'empêcher cet individu de déclencher à son heure sa venue au monde, je sais (les experts ça peut être des gynécologues obstétriciens mais ça peut être aussi des assistantes maternelles, des infirmières puéricultrices, des auxiliaires de puériculture) que les enfants déclenchés ont un comportement différent des enfants qui sont venus au monde à l'heure.

A partir de là on peut discuter **des indications du déclenchement**. Pourquoi est-ce qu'on va déclencher ? Cécile Loup nous a bien dit que ça pouvait être parce que le bébé était trop gros. Mais qui le sait ? On n'a pas d'éléments suffisamment fiables pour dire un bébé est macrosome. On peut qu'il est gros, un peu plus gros, un peu plus petit, mais globalement on ne peut pas dire que les méthodes d'évaluation soient fiables.

Et pourquoi serait-il un problème qu'il soit trop gros ? Et bien à cause de la dystocie des épaules (c'est quand les épaules coïncent) avec le risque de tirer sur les nerfs qui viennent du cou à l'épaule avec paralysie du bras. Sauf qu'on sait qu'il y a des bébés qui font une paralysie du plexus brachial alors qu'ils sont nés par césarienne.

Aucun de ces éléments qui constituent un argumentaire, n'est un argumentaire suffisant pour interrompre ce processus gravidique.

Il y a bien sûr **les interruptions de grossesse thérapeutiques pour convenance** : parce que ça m'arrange, parce que c'est vendredi, parce que c'est lundi, parce que mon mari, parce que le docteur va partir en vacances, etc. On n'est plus du tout dans la problématique de la naissance. On parle d'autres choses. Si on parle d'autres choses, alors il ne faut pas faire semblant de parler de naissance, il ne faut pas raconter d'histoire : on s'organise pour faire autre chose que pour faire naître un enfant, on s'organise pour accoucher, on s'organise pour faire fonctionner convenablement un établissement de soins, on s'organise pour réguler la présence des professionnels à certaines heures, mais on ne parle plus de naissance. Comme on n'est pas là pour parler d'autres choses que de naissance, je n'insiste pas.

Et puis il y a les bébés trop petits. Les bébés trop petits sont des bébés fragiles. A ces bébés fragiles, je ne suis pas sûr que ce soit très malin d'imposer une activité contractile utérine que peut-être justement ils évitent de laisser se déclencher, parce que eux savent qu'ils auront des difficultés à la supporter.

A partir de là que peut-on faire ? Est-ce qu'on va aller s'engueuler avec le docteur qui dit «ton bébé est trop gros, on va déclencher» ou «ton bébé est trop petit, il risque de souffrir» ou «ton bébé a dépassé le terme»?

Et bien si bébé a des problèmes on surveille, on a des moyens de surveiller. On a des moyens de surveiller son activité cardiaque, sa réactivité.

Quand on a dépassé le terme "théorique" : on ne connaît pas le terme de cette grossesse, on connaît le terme théorique calculé : TTC (dans les dossiers obstétrico cela ne veut pas dire toutes taxes comprises mais terme théorique calculé).

On peut surveiller. Il existe une technique qui est aujourd'hui quasiment abandonnée. J'ai eu la surprise de constater que pour mon fils qui est gynécologue obstétricien et qui vient de s'installer avec d'assez bonnes idées dans la tête, que pour lui ça n'existe pas. Sauf que trois mois après s'être installé il m'a dit «tu n'as plus le matériel d'amnioscopie ?».

L'amnioscopie consiste à "aller regarder". Pas grand chose. On regarde à travers le col de l'utérus le liquide amniotique ce qui va permettre deux choses :

- D'abord savoir si le liquide est clair ou s'il est teinté. On sait qu'un bébé qui a des difficultés va protéger un certain nombre de choses très importantes : son cerveau, son cœur et son système de circulation du cordon, il va laisser tomber le reste parce qu'il ne peut pas tout régler à la fois. En particulier, il va laisser tomber son tube digestif. Et si le bébé est en difficulté il va avoir tendance à avoir des contractions du tube digestif qui va expulser le méconium et le liquide amniotique va se teinter.

On le voit avec l'amnioscopie. Si on voit le liquide vert, on peut se dire que peut-être ce bébé a un problème. Si le liquide est clair c'est que probablement il va bien.

- On va voir aussi dans le liquide s'il y a du vernix ou pas. Un bébé dans le ventre de sa maman a sur la peau une graisse qu'on appelle vernix caseosa qui disparaît progressivement au fur et à mesure que le temps passe pour disparaître complètement lorsque la maturité est acquise. Et un bébé post-mature, c'est-à-dire celui qui est dans les conditions qui étaient décrites tout à l'heure comme étant des conditions à risque, n'a plus de vernix. Et très souvent il y a moins de liquide amniotique.

Donc on peut voir : s'il y a assez de liquide, s'il est clair, s'il y a du vernix. Cela permet d'éviter le genre de situation ridicule que j'avais vu dans un film projeté dans les premières rencontres de Châteauroux où on nous montrait (pour nous faire voir comme c'était beau un accouchement) un accouchement qui était déclenché... et où le bébé était manifestement prématuré!

Il existe donc des techniques de surveillances simples. On peut utiliser le monitoring. Si on a un souci, si on a une inquiétude et qu'on se dit que ce bébé est peut-être en difficulté, on peut aussi faire un test à l'ocytocine, c'est-à-dire perfuser de l'ocytocine non pas pour déclencher l'accouchement mais pour voir comment le bébé va supporter les contractions. Avec ces éléments-là, je peux dire, avec une trentaine d'années d'expérience qu'on ne laisse pas passer quelque chose qui serait grave. J'ai dépassé mon temps donc je m'interrompt.

PATRICK STORA :

Je remercie Cécile d'avoir posé les questions que tout le monde doit se poser. Merci Claude-Émile d'avoir eu ce discours médico-citoyen et raisonnable. Pourquoi avoir laissé tomber toutes ces méthodes de surveillance qui sont excellentes ?

Dernier appel à Danièle Carricaburu...

...

La parole est à la salle

UNE SAGE-FEMME :

Pourquoi a-t-on laissé tomber ces techniques? Je suis complètement d'accord avec toi c'est vrai que la clinique... Une mère sait tout à fait quand son bébé commence à bouger moins, quand sa vitalité commence à être un peu moins importante. Je suis sage-femme et j'exerce depuis de nombreuses années à domicile entre autres. Ce sont des choses que j'ai observées, forcément. La question sur les causes de ce terme baptisé dépassé, je me demande si elles ne sont pas identiques à celles qui à certain moment font décider qu'il y a un retard de croissance intra-utérin, c'est-à-dire que ce serait peut-être une histoire placentaire dès le début de la grossesse qui apparaîtrait plus ou moins tardivement. Ce serait bien si la recherche pouvait aller dans ce sens pour vérifier. Parce que c'est complètement absurde en fait de ne pas les laisser naître, pourquoi pas à 43 semaines, tout à fait en bonne santé. Pourquoi est-ce qu'on a abandonné l'amnioscopie entre autres ? Et puis le test au synto ?

CLAUDE-ÉMILE TOURNÉ :

J'avoue que je n'en sais rien. C'est vraiment le développement de ces comportements qui considèrent que : une anesthésie n'est pas un problème, un déclenchement n'est pas un problème, une césarienne n'est pas un problème, de ces comportements qui font que tout ce qui est du vécu, tout ce qui est de l'investissement affectif, tout ce qui est de l'investissement psychosomatique complet (d'une maman, d'un papa, d'un bébé parce qu'il est là aussi quand même !) dans la grossesse, sont complètement passés sous silence.

On est passé dans une histoire où c'est un travail d'équarrisseur ! Au sens le plus banal du terme, c'est-à-dire qu'on prend des corps et sur ces corps, on applique un certain nombre de recettes pour obtenir un certain type de résultat. Le problème c'est que ce ne sont pas que des corps et qu'en plus ils ne sont pas prévus pour ça. Par conséquent, les résultats sont discutables et ils sont discutés.

En ce qui concerne l'accouchement en siège et l'accouchement après césarienne des travaux ont été faits qui évaluent tout ça. Pourquoi est-ce qu'on n'en a pas fait concernant le déclenchement? Pourquoi, par exemple, personne ne dit qu'on a testé deux techniques de l'accouchement à terme? La première étant la perfusion d'ocytocine, la deuxième la stimulation active du mamelon de la maman, on tourne autour de 33 % d'efficacité dans les deux cas. Tant qu'à proposer un déclenchement, je pense que le deuxième n'est pas inintéressant au moins à essayer.

GILLES GAEBEL :

Je peux ajouter une précision?

Je suis un des animateurs du CIANE et je m'occupe tout particulièrement des contacts avec les institutions. Il faut savoir que le CIANE a identifié un certain nombre de problématiques, dont l'épisiotomie mais aussi le déclenchement et nous avons déposé en 2004, auprès de l'ANAES à l'époque, une demande de recommandations

Avec le déclenchement, l'expression abdominale, l'épisiotomie et le dépistage de la trisomie 21 et son corollaire sur l'amniocentèse. Ces 4 demandes ont été acceptées par l'ANAES et reprises par, aujourd'hui, la HAS (Haute Autorité de Santé). Actuellement une recommandation sur le déclenchement est dans les tuyaux. Il faut savoir que la clé d'entrée, qu'a très bien soulignée Cécile, est qu'il y a un certain nombre de déclenchements qui sont déclarés et il y a aussi énormément de déclenchement qui ne sont pas déclarés et qui ne sont même pas informés. C'est-à-dire que les femmes ne savent pas qu'on les a déclenchées : au cours du dernier examen périnatal avec le petit comprimé de Cytotec qu'on met là où il faut et là où ça va bien, d'ailleurs avec des risques puisqu'on met 4 fois la dose qu'il faudrait...

Tout ça aujourd'hui est bien identifié. Nous sommes intervenus auprès de l'AFSSAP [Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé] en disant danger on utilise un produit sans AMM sur des pratiques souvent sans information et dans de mauvaises conditions.

Qu'est-ce qu'on peut faire ?

Déjà fixer des règles claires pour tout le monde. Ce sera, pour nous demain, des leviers parce qu'on sera en mesure d'aller voir un établissement, voir un professionnel en disant «Monsieur, vos pratiques, par rapport aux recommandations ne sont pas conformes, ne sont pas acceptables».

CÉCILE LOUP :

Je voudrais ajouter un petit mot. Il ne faut pas tout mélanger. Il y a plein de gynécologues, d'obstétriciens et de chercheurs qui font super bien leur travail. Il y a des recommandations qui existent qui souvent sont très raisonnables. Moi, mon problème c'est que dans la population des médecins, il y en a la moitié qui n'ont rien à faire de ces recommandations. Ma question était : Qu'est-ce qu'on fait, ne faudrait-il pas que le conseil de l'ordre se mouille un peu ?

UNE VOIX :

Bien sûr que si !

SAGE-FEMME LIBÉRALE :

Je voulais abonder dans le sens de Gilles Gaebel. Dans l'établissement près duquel je travaille, il y a des propositions aux femmes de "maturation", ce n'est pas très limpide. Parce que contrairement aux personnes qui sont ici, il y a beaucoup de femmes qui ne savent pas que maturation c'est en fait un déclenchement. Déclenchement, on commence à sentir que ce n'est pas très naturel, maturation ça n'en a pas l'air. Et il y a beaucoup de femmes qui sont déclenchées sans que ce soit dit... c'est obscur.

UNE FEMME DANS LA SALLE :

Je voulais savoir ce que vous pensiez des déclenchements après rupture de la poche des eaux par exemple au-delà de 24 heures ou 48 heures? Et je voulais savoir aussi (je sais qu'il y a des naturopathes dans la salle) est-ce que vous pensez qu'une séance d'acupuncture, que des massages, que la prise d'huile de ricin, tout cela fait partie du déclenchement ?

PATRICK STORA :

Moi j'avais fait des déclenchements par acupuncture qui avait très bien marché, par huile de ricin et jus d'orange cela marche bien mais je n'ai pas essayé.

CLAUDE-ÉMILE TOURNÉ :

En ce qui concerne l'ouverture de l'œuf (dire la poche des eaux est rompu ça veut dire que l'œuf est ouvert) : l'œuf est ouvert veut dire qu'il y a un risque d'ascension de germes de la cavité vaginale vers la cavité ovulaire. Il y a un risque majoré d'infection des membranes et de l'œuf. C'est la raison pour laquelle on est souvent plus interventionniste. Une des choses qui s'est faite pendant longtemps dans un consensus, mou on va dire mais absolu, c'était de prescrire des antibiotiques. Jusqu'au jour où on a dit "il ne faut pas prescrire des antibiotiques", je ne sais plus pour quelle raison... peu fiable

SALLE :

La raison était médicale ou venait des usagers ?

CLAUDE-ÉMILE TOURNÉ :

C'était médical, je me place du point de vue où je peux me placer. Simplement la recommandation était de ne pas donner des antibiotiques mais tout le monde continue à donner des antibiotiques. Ça c'est la première des choses : couvrir ce risque infectieux parce qu'il est majeur, il est réel. S'il se produit, il est majeur. C'est un risque qui pour le bébé est extrêmement grave.

FEMME DANS LA SALLE :

Il est majeur au bout de combien de temps ? Au bout de 6h il est majeur ?

CLAUDE-ÉMILE TOURNÉ :

Ce qui est dit c'est que la limite a été fixée à 48h :

- en considérant qu'au bout de 48 h, statistiquement on s'aperçoit qu'il y a plus d'ennuis
- statistiquement dans les 48h l'essentiel des accouchements se déclenchent de façon spontanée
- on considère qu'au bout 48h si l'accouchement ne s'est pas déclenché c'est qu'il y a peut-être quelque chose qui coince. Même si on n'a pas d'absolu certitude, heureusement ce n'est pas très fréquent. Un bébé qui est infecté c'est un cataclysme...

HOMME DANS LA SALLE :

Et c'est amplifié aussi s'il y a des actes invasifs. Dans l'air du temps, dans les pratiques, il y a beaucoup d'actes invasifs. C'est clair que cela amène des germes...

FEMME DANS LA SALLE :

Je voulais préciser ça. Quand la poche est rompue, c'est le seul risque repéré. Parce qu'on peut s'interroger sur le temps que l'on se donne quand la rupture est beaucoup plus prématurée, du genre 7 mois. J'avais appris ça grâce à de vieux obstétriciens : effectivement en attendant 48h on savait que ça allait se déclencher. Le liquide amniotique apporte un certain nombre d'éléments qui vont mûrir le col et peut-être l'aider à démarrer son accouchement. Le liquide amniotique en s'écoulant, va du haut vers le bas (si on ne laisse pas la femme allongée), il est bactériostatique et donc entraîne les germes vers l'extérieur et évite la prolifération. A condition effectivement qu'on ne passe pas son temps à regarder et à remonter avec le doigt...

SOPHIE :

Juste une petite précision sur le fait qu'après rupture de la poche des eaux, l'activité de la mère va favoriser le déclenchement spontané de l'accouchement. C'est vrai qu'obliger quelqu'un qui a rompu la poche des eaux à rester allonger n'est pas ce qui va aider le plus. Alors que marcher et utiliser la sangle abdominale peut aussi aider les choses à se faire plus naturellement.

UNE FEMME DANS LA SALLE :

Je voulais évoquer une chose qu'on n'a pas bien mis en avant jusque là, c'est que nombre de femmes aujourd'hui sont déclenchées sans qu'elles le veulent.

C'est-à-dire qu'à leur arrivée pour l'accouchement à l'hôpital, la première chose qu'on fait après leur avoir demandé leur numéro de sécu, est les mettre sous perfusion, on leur dit souvent que ce n'est que de l'eau glucosée au départ pour les hydrater etc. Et puis sans leur demander, sans leur dire, sans leur expliquer les conséquences de cet acte-là, on va mettre de l'ocytocine de synthèse (plus connu sous le nom de Syntocynon) ce qui va comme on l'a vu tout à l'heure : accélérer les contractions, rendre les contractions plus soutenues et évidemment cela va être plus douloureux, d'où la demande de péridurale. Et c'est bien connu toutes les femmes veulent la péridurale!

Mais là on place les femmes dans les conditions pour demander la péridurale. Être sous perfusion de Syntocynon c'est quelque part un déclenchement, mais on ne va pas le dire aux femmes, on ne va pas l'expliquer de cette manière-là. L'alternative que j'ai mis en avant dans mon dernier bouquin sur le projet de naissance c'est soit de refuser cette perfusion (en tout cas de la retarder au maximum) soit de demander (si l'équipe est vraiment stressée du fait qu'il n'y ait pas de perfusion) la pose d'une voie veineuse, sans qu'il y ait de produit mis dans une perfusion. Les femmes ne sont pas informées et c'est très important de le faire à ce sujet.

UNE FEMME DANS LA SALLE :

On a parlé des choses qu'on peut essayer de faire justement : essayer de contrer un peu les professionnels, soit déjà en étant bien informé, en refusant le déclenchement ou en insistant auprès des collègues professionnels pour faire changer les pratiques mais la vraie question, on en parlait en ouverture des EGN, ce qui allait marcher et surtout ce qui ne marcherait pas. La question est donc est-ce que ça peut marcher? Je me pose la question car avec la réduction des effectifs, la fermeture des petites maternités et cette tendance à la programmation de l'accouchement, y a-t-il vraiment moyen de faire machine arrière? S'il y avait véritablement une prise de conscience est-ce qu'il y aurait encore les moyens de revenir vers quelques chose de plus...

CLAUDE-ÉMILE TOURNÉ :

Sur le plan technique, sans discussion, ce n'est pas une charge de travail supplémentaire que d'assurer une surveillance tranquille à partir d'un certain moment de la grossesse. Ce qui est une charge de travail supplémentaire c'est de multiplier des actes successifs et d'impliquer dans un système toute une série de gens, qui les uns à la suite des autres par un véritable mécanisme en escalier, doivent intervenir : anesthésistes, blocs opératoires, blocs chirurgicaux etc. alors qu'une surveillance peut parfaitement se faire en cabinet que ce soit par un obstétricien ou une sage-femme. Faire une amnioscopie ce n'est pas bien difficile et un monitoring non plus.