

OU VA L'OBSTÉTRIQUE ?

JR GIRAUD* – GM COUSIN** – P LE PORS LEMOINE***

Depuis quelque temps, les médias et, dernièrement, une manifestation, évoquent de façon « aiguë » des problèmes concernant l'obstétrique : sages-femmes ou spécialistes, grands plateaux techniques ou petites maternités, libéral ou public ? Le plus important en est souvent masqué : comment avoir de meilleurs résultats pour les enfants qui naissent et les femmes qui accouchent ? Et une autre question qui n'est pas subsidiaire : comment faire au mieux avec les moyens que nous avons et qui ont forcément une limite ?

Depuis son Livre Blanc de 1998, le SYNGOF, dont les membres sont aussi bien hospitaliers que libéraux, y réfléchit assidûment.

Cet article, pour répondre à la campagne médiatique actuelle, est fait par : un (e) praticien (ne) hospitalier (lière) d'un établissement dont le nombre d'accouchements est passé brutalement de 900 à 1400, par décision administrative et sans augmentation de moyens, un spécialiste libéral dans une clinique où se font 5500 accouchements, qui a regroupé en 2 ans deux établissements privés avec tous les moyens modernes, un ancien professeur-chef de service et directeur d'école de sages-femmes de CHU.

Le rôle respectif des sages-femmes et des obstétriciens est devenu un sujet brûlant qui ne peut être tranché comme certains (es) le voudraient : aux sages-femmes la grossesse et l'accouchement physiologiques (80 % des cas), puisqu'elles sont formées pour cela, aux spécialistes uniquement ce qui est pathologique car la médicalisation outrancière de l'obstétrique génère des pathologies et ne répond pas aux désirs des femmes.

Y-a-t-il vraiment 80 % d'accouchements normaux ?

Nous avons demandé dans des établissements bien connus pour leur accompagnement des femmes, les Bluets et la Clinique du Bien Naître à Paris, ce que sont leurs taux de césarienne : 15 à 20 % suivant les années, et d'extractions instrumentales par voie basse : 15 à 20 % aussi. Ces taux sont les mêmes dans les établissements bien équipés : hôpitaux publics et établissements privés, que les niveaux soient 1 ou 2 (mais 20 à 25 % de césariennes dans les CHU de niveau 3). Les taux nationaux connus sont les mêmes.

On peut donc dire qu'il n'y a que 60 à 70 % d'accouchements « physiologiques » même en veillant à être « près des femmes », ce qui se fait d'ailleurs dans beaucoup de maternités (d'établissements), privées ou publiques, et il faut tordre le cou à la croyance que les spécialistes ne savent être que des techniciens. Ceci dit, est-ce qu'un chiffre élevé de césariennes est un test de mauvaise qualité ? Non, et pour juger de celle-ci, il faut plutôt voir ce que sont les résultats pour la mère et l'enfant.

Qu'en est-il des analgésies péridurales qui sont la base même de l'accouchement médicalisé ?

L'observation est la même : 70 % aux Bluets, 80 % à la Clinique du Bien Naître, 70 à 80 % (parfois 50 %) dans la plus grande partie des établissements privés et publics. Le moment où est posée la péridurale varie, suivant la demande des parturientes et la disponibilité des anesthésistes.

Mais il s'agit d'une demande des patientes et, parmi les sages-femmes, celles qui réclament l'accouchement physiologique écartent la péridurale, tout en prétendant répondre aux désirs des femmes... Dans une enquête SOFRES que nous avons fait faire, 88,4 % des femmes considèrent comme important le critère « possibilité de bénéficier d'une péridurale à tout moment du travail »

Quant au monitoring fœtal, il n'est pas facile de savoir s'il entre dans la surveillance de l'accouchement physiologique. S'il n'en fait pas partie, il ne peut être remplacé que par l'écoute des bruits du cœur au stéthoscope tous les quarts d'heure (ANAES). Ce qui signifie une sage-femme par parturiente, constamment près d'elle. En a-t-on les moyens ?

Est-ce que l'accouchement physiologique est enlevé aux sages-femmes ?

Les libérales, qui peuvent avoir accès aux plateaux techniques des maternités privées peuvent agir comme elles le désirent, mais aiment bien avoir pas loin un spécialiste présent à qui elles peuvent demander un avis, pour ensuite poursuivre elles mêmes l'accouchement. Mais le risque médico-légal pèse sur leurs épaules.

Les sages-femmes hospitalières s'occupent des accouchements normaux, même sous péridurale, en vraies professionnelles qu'elles sont, au sein de l'équipe médicale, demandant aussi un ou des avis lorsque besoin est... Dans les deux cas, bien des accouchements sont déclarés normaux parcequ'ils se terminent spontanément par voie basse, mais pourtant il a bien fallu se mettre à deux pour résoudre un problème de dynamique utérine ou écarter une césarienne devant un tracé inquiétant voire stressant.

Les sages-femmes salariées du secteur privé, tout autant considérées comme des collaboratrices par les obstétriciens sont, il est vrai, frustrées de l'acte de la naissance, bien qu'il arrive qu'on le leur fasse faire...

Est-ce que cette idée de l'accouchement physiologique réservé aux sages-femmes est communément admise par toutes ? Les réponses que nous avons eues permettent fortement d'en douter... Quant aux forceps ou ventouses faciles, bien peu les revendiquent... Il serait intéressant de savoir si les sages-femmes qui se font entendre sont près ou loin de la majorité silencieuse, et celle-ci devrait vraiment se manifester.

Au nom de quoi veut-on, et peut-on, écarter les spécialistes de ce qui est physiologique ? Nous venons de montrer que la médicalisation ne crée pas la pathologie, c'est aussi un choix (75,2%) par la femme d'être suivie et accouchée par « son gynécologue » qui la suit par ailleurs pour sa contraception, ses ennuis ou sa pathologie gynécologique, et la suivra plus tard pour sa ménopause. Et c'est un aspect attirant de notre profession que cette relation patiente-médecin, que l'on connaît même en milieu hospitalier.

Le peut-on d'ailleurs ? Il faut bien répondre non, car ce qui est normal fait partie de leur formation et de leur qualification professionnelle. Il ne serait d'ailleurs vraiment pas raisonnable de perdre ainsi des compétences, étant donné les besoins. Les sages-femmes sont en nombre très insuffisant pour faire tout ce qui leur est confié et tout ce que certaines revendiquent et il est probable que le nombre de spécialistes faisant vraiment de l'obstétrique va augmenter, grâce aux réformes entreprises.

Pour en terminer avec ce débat, qui pourrait être encore bien long, mesdames les absolutistes, messieurs les penseurs, revenez aux réalités et dites-vous bien que nous ne sommes pas, et c'est heureux, dans une médecine nationalisée, comme dans certains pays voisins que vous prenez pour exemples.

Cherchons plutôt à rester dans une médecine humaine, à revenir aux réalités, et surtout à voir comment améliorer les résultats de la périnatalité, sans perdre ce qui a été acquis en matière de sécurité et de qualité, et en tenant compte des moyens, matériels, humains, financiers, dont dispose le pays, les derniers ayant tout de même des limites. Il y a des nécessités de base qui doivent être respectées pour l'ensemble de la population française, quels que soient le milieu social, le type de population, la région.

Une meilleure organisation de l'accouchement est en cours, grâce aux regroupements d'établissements, et malgré les graves défauts de la mise en œuvre dont on peut espérer qu'ils disparaîtront. Petites ou grandes maternités ? Les avantages et inconvénients des unes et des autres sont largement débattus et bien connus. Là n'est pas la question et le seul critère du nombre d'accouchements est insuffisant. Il en faut un certain nombre pour correspondre aux moyens mis en œuvre - notion de masse critique - mais entrent aussi en ligne de compte la sécurité et la qualité apportées, les moyens locaux existants et les besoins du bassin de population. Les problèmes ne

sont pas les mêmes par exemple en Seine-Saint-Denis, dans le Sud-Ouest ou dans les Alpes, mais partout il faut répondre aux besoins avec la même efficacité. C'est surtout dans les salles de travail que les personnels manquent, car les regroupements dans les hôpitaux ont été faits sans transferts de moyens. Ceci entraîne de la fatigue et de la lassitude et ce n'est que par un effort personnel supplémentaire que les sages-femmes peuvent offrir l'accompagnement que les femmes attendent. La situation est parfois pire dans les cliniques : il peut ne pas y avoir de sages-femmes.

Une meilleure organisation de la surveillance de la grossesse est nécessaire et ne semble pas envisagée. Les sages-femmes (et les médecins généralistes) doivent y participer. Nous plaidons pour que, en début de grossesse, une consultation d'orientation ait lieu, pour organiser cette surveillance en fonction des éléments médicaux, et aussi sociaux lorsque c'est utile ; c'est une très ancienne idée de l'un de nous. Est-il logique que la prématurité soit le premier risque en périnatalité, mais que ne soit prévue de façon obligatoire que la consultation de début de 3^{ème} trimestre dans l'établissement où la parturiente doit accoucher (suivant son choix non éclairé) et que la seule réponse à la prématurité ait été curative (les niveaux) et non préventive (recherche des risques en début de grossesse) ?

Les suites de couches ne doivent pas être négligées. Outre les complications immédiates, c'est le moment de prévoir l'étude de pathologies apparues pendant la grossesse, de parler de contraception, d'enseigner l'allaitement et les soins à l'enfant, de faire son premier examen, de favoriser l'établissement des premières relations parents-enfants, de dépister enfin les risques d'enfants battus, qui se voient dans tous les milieux. Les sages-femmes y excellent, mais n'en ont plus le temps.

Les sages-femmes sont et doivent rester libres de faire leur choix professionnel dans le domaine de leur compétence : elles y ont de quoi utiliser leur savoir faire, montrer leurs qualités, être proches des femmes. Ce sont, répétons-le, des professionnelles excellentes mais, répétons-le aussi, en nombre très insuffisant.

Les gynécologues obstétriciens sont et doivent rester libres de choisir leur voie : ils ont souvent préféré ce métier pour sa variété et pour la qualité des relations avec les patientes. Décourageons-les, et il n'y en aura plus, même pour la pathologie obstétricale.

Les femmes enfin sont et doivent rester libres de leur choix en étant éclairées : elles désirent la sécurité, pour leur enfant et elles, la qualité des soins et la qualité de l'environnement. Nous sommes tous à leur service, et que les extrémistes enterrent la hache de guerre car il y a mieux à faire.

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France, respectivement :

* Président,

** Secrétaire Général,

*** Secrétaire Générale Adjointe chargée des hospitaliers.