



## - HOPITAL D'ENFANTS -

10, Bd Mal de Lattre de Tassigny

21079 DIJON CEDEX

Tél. : 03.80.29.30.31

### SERVICE DE PEDIATRIE 2 *Unité de Réanimation Polyvalente*

**Professeur Jean Bernard GUYON**

*Chef de Service*

*Secrétariat : 03 80 29 33 57*

*Fax : 03 80 29 38 03*

*Secteur I : 03 80 29 33 62*

*Secteur II : 03 80 29 34 51*

*Fax Service : 03 80 29 32 24*

**Monsieur Bernard BEL**

**Par mail à [bel@lpl.univ-aix.fr](mailto:bel@lpl.univ-aix.fr)**

DIJON, le 12.08.05



Monsieur,

Vous m'aviez adressé il y a quelque temps le projet du Label « Naissance Respectée ».

J'ai lu ce projet avec attention et vous fait part de mes réflexions.

**J'ai retrouvé dans le document général** (charte du collectif inter-associatif autour de la naissance) des éléments fréquemment discutés avec notre groupe d'utilisateurs régionaux (observatoire bébé en vue). Il me semble qu'il existe un certain décalage entre le possible (situation actuelle) et le souhaité.

Le postulat de l'initiative est que l'adhésion volontaire d'un établissement est réaliste et correspond à une demande forte des usagers. En corollaire, la non adhésion à cette initiative devrait être "pénalisée" par un éloignement des usagers. Ce processus serait aidé par des actions publicitaires larges.

Il me semble cette vision des choses correspond peu aux réalités actuelles pour les raisons suivantes :

1) La restriction très rapide du nombre d'établissements aux dépens notamment des établissements privés laisse très peu de choix aux femmes enceintes. Pour preuve, la nécessité pour beaucoup d'entre elles de s'inscrire dans des établissements dès le tout début de leur grossesse en prévision de leur accouchement. La réalité au quotidien des maternités est que la durée de séjour des femmes enceintes va en s'amenuisant régulièrement en raison de déficit en lits, notamment dans les établissements de niveau II et de niveau III.

2) L'action publicitaire est interdite par le Conseil de l'Ordre des médecins et toute publicité assurée par un tiers mettrait probablement en difficulté les médecins des établissements labellisés.

3) Il me semble que le rapprochement entre les « mauvais résultats français » et la surtechnicisation de la prise en charge des femmes est licite. Cependant, les arguments donnés sont un peu excessifs notamment lorsque l'on indique que les pays où les sages-femmes accompagnent la grande majorité des femmes durant la grossesse et l'accouchement ont les meilleurs résultats. Par exemple, la Hollande a une procédure de prise en charge fondée sur les sages-femmes. Néanmoins, environ 40 % des femmes nécessitent un avis obstétrical en cours de grossesse témoignant donc d'une médicalisation certaine de la prise en charge de la grossesse. De plus, il me semble que les résultats de la périnatalité en Hollande ont décliné récemment. Au total, les résultats épidémiologiques en terme de mortalité périnatale, néonatale, etc... relèvent de processus complexes et les remarques faites par le collectif pourraient être plus nuancées.

Il ne faut pas mettre "dans le même sac" les causes de mortalité maternelle et de mortalité périnatale.

Dans le cas de la mortalité maternelle, les causes sont bien connues notamment en ce qui concerne l'hémorragie de la délivrance. Le nombre limité de causes justifie que toute maternité ait les moyens de faire face à ces complications de façon efficace (ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas).

En ce qui concerne la mortalité périnatale, l'amélioration des résultats est sans doute beaucoup plus difficile car c'est toute l'organisation professionnelle qui prend en charge les femmes enceintes qui est à reconsidérer dans le domaine de la prévention. En effet, s'il est bien acquis que la grossesse est un phénomène physiologique, la morbidité et la mortalité périnatale résultent de processus qui doivent être dépistés et pris en charge le plus tôt possible. C'est à mon sens l'absence d'organisation sanitaire et le déficit d'information aux femmes enceintes qui pénalise les résultats français.

4) Le projet du collectif repose sur la nécessité d'une information exhaustive et large sur les « performances » de chaque maternité. Il est notamment souhaité que soit fournie et rendue publique une information descriptive et statistique sur les pratiques et les protocoles entourant l'accouchement et les indicateurs d'activités et de résultats. La mise à disposition du grand public sans explications éclairantes des résultats m'apparaît assez aberrante, libre cours pouvant être alors donné à l'interprétation.

#### **En ce qui concerne la grille d'évaluation, un certain nombre de critères posent questions :**

1) Permettre la présence de toute(s) personne(s) souhaitée(s) par la femme enceinte pour son accouchement. C'est bien entendu l'idéal. La réalité actuelle des blocs d'accouchement et des salles de naissance montre la difficulté à assurer cela. Il faudrait envisager la présence d'hôtesse(s) d'accueil, de locaux spécifiques et je ne suis pas sûr que tous les établissements soient disposés à faire ce genre d'investissements compte tenu de leurs difficultés actuelles. En effet, la plupart des établissements hospitaliers sont actuellement en train de geler des postes médicaux ou paramédicaux pour combler leur déficit budgétaire.

2) L'accès de toute sage-femme au plateau hospitalier repose la question des fonctionnements sur le mode « clinique ouverte ». La principale difficulté liée à ces pratiques est que les équipes hospitalières fonctionnent de façon homogène et cohérente avec des protocoles communs à l'équipe (que le collectif souhaite d'ailleurs). Les interventions de personnes extérieures

pourraient être une source de dysfonctionnement. J'ai à titre personnel expérimenté ce genre d'organisation en faisant intervenir des pédiatres libéraux dans une unité de soins hospitaliers. La qualité des soins ne s'est pas beaucoup modifiée, mais les difficultés de fonctionnement ont été nombreuses.

3) Point n°7 : il est souhaité que le personnel soignant bénéficie régulièrement d'une formation dans les techniques d'analgésie non pharmacologique. Il me paraît tout aussi important qu'il bénéficie de la même formation sur les techniques pharmacologiques car leur bonne application est absolument indispensable au moment où elles se révèlent nécessaires.

4) Point n°8 : il est souhaité que les examens systématiques soient limités et proscrits en ce qui concerne notamment l'évaluation de la perméabilité des choanes et du tube digestif et l'administration de gouttes oculaires. Il me semble important de signaler que l'absence de diagnostic des atrésies de l'oesophage à la naissance aboutit pour des raisons évidentes à des phénomènes de fausses routes dès la première tétée avec parfois inhalation trachéale massive et détresse respiratoire qui peuvent compromettre la survie de l'enfant. Même si la malformation est rare, son dépistage à la naissance est un garant essentiel du pronostic. Le non dépistage volontaire suivi d'une complication par inhalation poserait très probablement des difficultés au praticien en cas de plainte.

5) Point n°11 : les règles, protocoles, instructions du service devraient être accessibles librement et compréhensibles par les patientes. Il s'agit de protocoles techniques médicaux qui relèvent d'un langage spécifique et leur rédaction sous une forme technique est nécessaire à leur bonne compréhension, à leur précision et à une application efficace. En aucun cas, ces protocoles ne sont destinés à une vulgarisation qui diminuerait leur efficacité. C'est le rôle des équipes soignantes d'expliquer aux patientes les protocoles et de répondre à leurs questions.

Il est fait mention de projet de naissance sans indication sur la nature de ce type de projet.

Il est souhaité que chaque femme puisse bénéficier d'un accompagnement suivi et personnalisé par une même sage-femme. Dans la situation actuelle de pénurie des effectifs et d'application des 35 heures et des récupérations de temps de travail, cette demande est totalement illusoire. Aucun établissement ne pourrait y satisfaire sauf cas très particulier.

Par ailleurs, tous les autres points (et ils sont nombreux !) me paraissent pouvoir être conservés en l'état dans la grille d'évaluation.

Sur le fond, il me semble que la proposition d'une labélisation des maternités par le CIANE résulte de l'absence de communication réelle et efficace entre les usagers et les maternités. Dans ces conditions le risque évident est celui d'un rejet de la labélisation par l'immense majorité des établissements notamment si celle-ci est déconnectée de la réalité du terrain.

Ayant lu ce texte et ayant une certaine connaissance des réalités des maternités, je m'interroge principalement sur les raisons de l'absence quasi totale de communication entre représentants de la périnatalité et de l'obstétrique en particulier et les usagers.

Y a-t-il des études sociologiques réalisées sur ce thème en France ?

Je reste, vous le savez particulièrement concerné et intéressé par les demandes des usagers et j'ai le souhait que les usagers aient une place reconnue au sein des réseaux de périnatalité.

L'implication des usagers dans les options de l'organisation sanitaire est indispensable. Il ne me semble pas y avoir eu jusqu'à ce jour d'échanges suffisants entre usagers et professionnels sur les différentes composantes qui gouvernent l'organisation sanitaire dans notre pays.

A titre personnel, mais aussi comme secrétaire de la fédération Nationale des Pédiatres Néonatalogistes, je me tiens à votre disposition pour plus d'échanges et de discussions.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de ma considération.

**Professeur JB GUYON**

Remarque mineure : le glossaire fait référence au DOULA alors que le terme n'est pas utilisé dans le texte.