

Revue de presse

54^e Journées Nationales SFMP **15 - 17 octobre 2025, Rennes**

Relations presse

William Lambert

06 03 90 11 19

william@lambertcommunication.com

Accouchements extrahospitaliers: sécurisation du Smur par le détachement d'une sage-femme au CHI des Vallées de l'Ariège

Mots-clés : #établissements de santé #gynéco #obstétrique-périnatalité #urgences-PDS #ressources humaines #congrès #qualité-sécurité des soins #médecins #sages-femmes #CHU-CHR #Occitanie

(Par Caroline BESNIER, aux journées de la SFMP)

RENNES, 16 octobre 2025 (APMnews) - Au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège (Chiva), l'intervention d'une sage-femme avec le Smur permet de sécuriser l'urgence obstétricale en cas d'accouchement inopiné extrahospitalier, notamment en cas de prématurité ou de naissances de jumeaux, a estimé mercredi Laurie Bouffartigues, sage-femme coordinatrice dans cet hôpital, à l'occasion des journées de la Société française de médecine périnatale (SFMP), organisées jusqu'à vendredi à Rennes.

En décembre 2023, un décret sur les conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence a prévu que dans le cadre d'une prise en charge médicale préhospitalière ou d'un transfert, "l'équipage d'un Smur peut être renforcé par des professionnels de santé disposant d'une compétence spécialisée, notamment par des sages-femmes" (cf [dépêche du 02/01/2024 à 19:27](#)).

Au Chiva, qui dispose d'une maternité de niveau IIa, cette collaboration a été initiée dès 2002 en raison du caractère rural et montagnard du département, qui dispose par ailleurs d'un maillage serré de casernes de sapeurs-pompiers, a rappelé Laurie Bouffartigues.

L'idée de l'intervention d'une sage-femme lors de sortie Smur visait à sécuriser à la fois les secouristes, les urgentistes et les parturientes lors d'un accouchement inopiné extrahospitalier.

En cas d'appel au 15, 18 ou 112 pour un accouchement imminent, le centre de régulation évalue le risque d'accouchement à domicile et, si ce risque est important, il contacte le bloc obstétrical pour connaître la disponibilité des sages-femmes alors en poste.

La règle de l'établissement est de maintenir un minimum de deux sages-femmes physiquement dans la maternité (habituellement quatre en journée et trois la nuit). Le détachement est refusé s'il y a plus de trois patientes au bloc.

Quand une sage-femme peut partir, elle prend le sac à dos de matériel d'accouchement puis elle rejoint les pompiers avec un véhicule léger du Smur, souvent au domicile de la patiente.

"Les urgentistes sont en général ravis quand une sage-femme peut se détacher car cela permet de les sécuriser car ils sont peu habitués à l'obstétrique", a fait valoir Laurie Bouffartigues.

La sage-femme peut également exercer une forme de compagnonnage avec l'urgentiste pour les accouchements physiologiques. "Soit on le fait à quatre mains, soit on le leur fait faire" pour qu'il puisse progresser.

En cas d'accouchement dystocique ou de besoin de réanimation néonatale, "là, on apporte notre expertise de sage-femme habituée à la pathologie", a relaté Laurie Bouffartigues.

Des formations sont également organisées dans toutes les casernes du département par un de ses collègues

pour enseigner aux pompiers les bons gestes de l'accouchement physiologique.

Le Chiva dispose de chambres réservées dans un hôtel pour les patientes habitant loin de la maternité.

Des situations complexes et des questions sur les limites techniques

Seules des sages-femmes ayant déjà de l'expérience sont détachées avec le Smur en raison notamment des caractéristiques de la population locale qui complexifient parfois la situation, a souligné Laurie Bouffartigues.

"On a un bassin de population qui n'est pas facile et très hétérogène", avec "beaucoup de vulnérabilités" et de personnes opposées à la médicalisation qui ont choisi d'avoir un accouchement non assisté à domicile ou assisté mais non physiologique, a-t-elle expliqué. "On peut avoir des refus de soins, des refus de gestes, des refus de revenir à l'hôpital."

Enfin, les soignants sont encore confrontés à des questions sur les limites techniques de cette pratique. "Jusqu'où aller en extrahospitalier? Peut-on poser un KTVO [cathéter veineux ombilical] sans la présence du Smur pédiatrique? [...] Peut-on aller jusqu'à faire une délivrance artificielle et une révision utérine à domicile même en milieu peu aseptisé avec les risques infectieux que ça comporte?"

Outre une bonne connaissance du matériel apporté, ces situations nécessitent aussi "beaucoup d'esprit d'équipe", a fait valoir Laurie Bouffartigues. "Quand on sort en Smur, on s'est rendu compte que la sage-femme devait souvent prendre le *lead* à la demande du médecin, ce qui n'est pas facile" et nécessite de se former à cette pratique car il faut diriger le médecin, l'infirmier et le conducteur Smur.

Avec ses collègues, elle estime qu'il faudrait construire une formation théorique à l'accouchement inopiné extrahospitalier pour les nouvelles sages-femmes qui intègrent l'équipe mais également pour les acteurs des urgences. Une formation à la réanimation du nouveau-né, à laquelle sont conviés les conducteurs du Smur ainsi que les infirmiers et les médecins, a déjà été mise en place.

Pour Laurie Bouffartigues, il pourrait être intéressant de diffuser les protocoles de collaboration entre sages-femmes et Smur mis en œuvre au Chiva ou de renforcer la formation des Smur sur l'accouchement inopiné et sur la réanimation du nouveau-né en dehors d'un hôpital.

Le Pr Tahar Chouihed, chef du service des urgences et du Samu du CHU de Nancy, a jugé cette collaboration très intéressante. Il a dit essayer d'organiser une astreinte de sage-femme dans son établissement pour être en mesure de faire participer une sage-femme aux sorties du Smur mais se heurter au coût de la mesure. Il élabore actuellement avec le chef du pôle de gynécologie-obstétrique, le Pr Olivier Morel, un projet médico-économique pour valoriser ce dispositif.

Pour lui, il faudrait également développer le guidage des mains de l'urgentiste par visioconférence.

cb/nc/APMnews

[CB5T47SG]

POLSAN - ETABLISSEMENTS GYNECO-REPRO-UROLOGIE CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

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.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/428813/accouchements-extrahospitaliers-securisation-du%2%A0smur-par-le%2%A0detachement-d-une%2%A0sage-femme-au-%2%A0chi-des%2%A0vallees-de%2%A0ariege&usid=155025>

Les accouchements hors établissement ont représenté environ 0,6% des naissances en 2024

Mots-clés : #établissements de santé #gynéco #obstétrique-périnatalité #hôpital #urgences-PDS #données de santé #qualité-sécurité des soins #patients-usagers #CHU-CHR #congrès #Grand Est

(Par Caroline BESNIER, aux journées de la SFMP)

RENNES, 16 octobre 2025 (APMnews) - Les accouchements hors établissements ont représenté environ 0,6% des accouchements en 2024, selon des données provisoires issues du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) présentées mercredi par Emilie Marrer, médecin de santé publique au CHU de Nancy, à l'occasion des Journées de la Société française de médecine périnatale (SFMP), organisées jusqu'à vendredi à Rennes.

"Il y a très peu de littérature sur les accouchements extrahospitaliers en France" et, dans les quelques articles existants, les données sont issues principalement du PMSI et de l'observatoire des accouchements extrahospitaliers", a souligné Emilie Marrer. Dans ces articles, la fréquence de ces accouchements est estimée entre 0,2% et 0,4% des naissances.

Le PMSI permet d'identifier par un code spécifique les accouchements hors établissement avec hospitalisation dans les suites immédiates mais il ne donne pas d'information sur les circonstances, c'est-à-dire sur le caractère éventuellement inopiné à domicile ou pendant le trajet vers un établissement, si l'accouchement a eu lieu dans une maison de naissance ou à domicile mais de manière choisie (accompagné ou non).

Emilie Marrer a également observé qu'il existait des pratiques hétérogènes de codage et que les consignes ont évolué en 2024. Depuis 2024, l'accouchement doit être codé comme un accouchement hors établissement que l'équipe Smur soit présente ou non, alors qu'auparavant, cela dépendait de la présence ou non du Smur mais aussi du rattachement ou non du Smur à une maternité. Dans ce dernier cas, l'accouchement pouvait alors être codé comme ayant eu lieu en établissement.

En 2024, selon des données provisoires, le PMSI a recensé 3.500 accouchements hors établissement en France hexagonale (incluant la Corse), par rapport à 2.681 en 2014 (+10% en 10 ans).

La proportion est passée de 0,35% en 2014 à 0,52% en 2020 puis 0,57% en 2021, 0,59% en 2022 et 2023 et 0,6% en 2024.

Dans les départements et régions d'outre-mer (Drom), le taux a atteint 3,2% en 2024 (1.094 accouchements hors établissement), ce qui correspond à une hausse de 63% par rapport à 2014 (673 accouchements hors établissement). Le taux est passé de 1,79% en 2014 à 2,55% en 2015 puis 3,05% en 2021 avant de diminuer légèrement puis de remonter à 3,2% en 2024.

Interrogée par APMnews sur la stabilité entre 2023 et 2024 malgré l'évolution du codage, Emilie Marrer a observé qu'il y avait peut-être eu de mauvais codages en raison d'incohérences dans le guide méthodologique qui ont peut-être conduit des établissements à déclarer des accouchements en établissement (une mère considérée hors établissement et un nouveau-né en établissement).

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) avait calculé un taux de 0,64% d'accouchements inopinés extrahospitaliers en 2021 à partir des données de son enquête nationale

périnatale mais sans davantage de précisions, a retracé la Dr Charlène Duchanois, médecin urgentiste au CHU de Nancy et coordinatrice de l'Observatoire national des accouchements inopinés extrahospitaliers.

Interrogée sur la proportion d'accouchements hors établissement dans d'autres pays, elle a évoqué une "incidence très basse" dans les pays nordiques alors même que les maternités sont très concentrées. Cela vient notamment du fait qu'ils dépistent les facteurs de risque d'accouchement inopiné, a-t-elle ajouté.

"Relooking" de l'observatoire pour 2026

L'Observatoire national des accouchements inopinés extrahospitaliers constitue une autre source de données.

Lancé par les Hospices civils de Lyon (HCL) en 2011 puis géré par le CHU de Nantes, cet observatoire "prospectif et multicentrique" a toutefois vu son activité décliner au cours des dernières années, a expliqué mercredi Charlène Duchanois. Dans le contexte polémique actuel autour de la fermeture de maternités, les CHU de Nantes et de Nancy, en collaboration avec les HCL, ont décidé de le relancer, a-t-elle relaté.

Il s'agit en effet d'un outil épidémiologique "puissant" regroupant les données de 80 Smur et de plus de 3.400 parturientes, a-t-elle mis en avant. Elle le juge également "hautement valorisable" car il pourrait donner des éléments pour de nombreux articles scientifiques.

L'observatoire a été "relooké" à partir de 2024 pour une relance début 2026. Un nouveau formulaire de recueil des données (CRF, *case report form*) est en cours d'élaboration et devrait être disponible au 1er janvier 2026. "Beaucoup de données étaient inexploitable", ce qui a conduit à un nettoyage de la base, a expliqué Charlène Duchanois. Parmi les ajouts, il sera par exemple précisé si l'accouchement était prévu à domicile et il y aura des données des Drom et un suivi allant "au-delà de J7".

La gouvernance de l'observatoire a été revue. Elle est organisée autour d'un comité de pilotage (avec principalement des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes et des urgentistes, et en attente d'un référent en pédiatrie et en néonatalogie), un comité scientifique et un comité technique.

Plusieurs accords ont été obtenus auprès de futurs centres d'inclusion/Smur, a rapporté Charlène Duchanois. Ils sont situés dans le Grand Est, en Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie, Bretagne, Pays de la Loire, Nouvelle-Calédonie et à La Réunion. Auvergne-Rhône-Alpes et la Guyane doivent aussi prochainement y participer, a expliqué sa coordinatrice, qui appelle toutes les régions à rejoindre l'observatoire.

Sont par ailleurs partenaires la Société française de médecine d'urgence (SFMU), la SFMP, le Collège national des gynécologues-obstétriciens de France (CNGOF), la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) et bientôt la Société française de pédiatrie (SFP).

L'idée est de promouvoir une "réelle collaboration multidisciplinaire" entre les maternités, les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP, ex-réseaux de santé en périnatalité) et les urgentistes, et de récupérer des données du PMSI, des PMI (protection maternelle et infantile), des sages-femmes libérales et du système national des données de santé (SNDS).

Parmi les objectifs de l'observatoire, Charlène Duchanois a listé la mesure de l'incidence des accouchements inopinés extrahospitaliers et sa comparaison à l'activité globale ainsi que la description des étapes de la régulation médicale et des modalités de prise en charge et d'orientation maternelles et néonatales. Y figurent également le dépistage des facteurs de risque d'accouchement inopiné extrahospitalier, l'identification des difficultés, risques et complications éventuelles immédiates, l'analyse des caractéristiques maternelles et néonatales en post-partum immédiat et en suites de couches et l'étude du devenir maternel à plus de J7.

Les critères d'inclusion sont les accouchements inopinés hors maternité (y compris ceux dans un établissement de santé en dehors de la maternité) pris en charge par une équipe Smur (polyvalent ou pédiatrique) lors d'interventions primaires ou secondaires, qu'ils soient réalisés en présence du Smur ou avant son arrivée sur place.

L'inclusion passe par un consentement oral et la distribution d'une fiche d'information. Les accouchements ne sont pas pris en compte en cas de refus de la parturiente, de personne mineure, sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ou avec pathologies psychiatriques lourdes rendant le consentement impossible.

Des nouveau-nés en bonne santé mais une lutte contre l'hypothermie à améliorer

Pour le moment, les données de l'observatoire n'ont donné lieu qu'à deux publications, en 2019 et 2020 dans le Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, sur le réchauffement des nouveau-nés et sur les facteurs de risque pour le nouveau-né.

Deux nouveaux articles ont été rédigés sur la base des données des 13 années de fonctionnement de l'observatoire et sont en cours de relecture. Dans l'attente de leur publication, Charlène Duchanois a donné des tendances et non des données chiffrées.

Le premier article montre que les femmes accouchant de manière inopinée hors maternité sont des multipares avec des grossesses suivies et que les nouveau-nés sont quasiment à terme. Elle n'a pas relevé de lien avec la distance entre domicile et maternité ni avec des facteurs de vulnérabilité.

S'agissant des pratiques, elle souligne qu'il y a encore "un peu trop de gestes invasifs" sur les nouveau-nés, avec encore beaucoup de mesures de glycémie et d'aspirations nasopharyngées inutiles. Les délais entre la naissance et la prise en charge à la maternité sont d'environ une heure mais "c'est encore trop long" car les nouveau-nés arrivent souvent en hypothermie, a-t-elle pointé en soulignant l'importance de réduire ce délai.

Elle a observé que ces accouchements s'accompagnent de "peu de complications". Il s'agit principalement pour la mère d'hémorragies de la délivrance et, pour le nouveau-né, de complications liées à la prématurité mais également d'hypothermie.

Le deuxième article évalue les pratiques des urgentistes. Il met en évidence notamment l'augmentation des "délivrances dirigées" depuis les recommandations de 2022, quasiment une fois sur deux actuellement. Il met également en avant l'importance de former les professionnels sur la lutte contre l'hypothermie car des nouveau-nés arrivent encore avec "zéro mesure de réchauffement" (bonnet, peau à peau...).

Pour le Pr Tahar Chouihed, chef du service des urgences et du Samu du CHU de Nancy, c'est un "message fort" à faire passer car "on n'a pas progressé en 30 ans sur l'hypothermie" ce qui est "affligeant". On pourrait aussi gagner du temps en ne pratiquant pas les gestes invasifs inutiles, a-t-il ajouté.

cb/nc/APMnews

[CB1T461ZW]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE POLSAN - ETABLISSEMENTS CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

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.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/428812/les-accouchements-hors-etablissement-ont-represente-environ-0%2C6--des%2%A0naissances-en%2%A02024&usid=155025>

Anomalies congénitales: l'exposition maternelle à des insecticides associée à un risque augmenté d'hypospadias

Mots-clés : #gynéco #obstétrique-périnatalité #santé environnementale #congrès

(Par Caroline BESNIER, aux journées de la SFMP)

RENNES, 17 octobre 2025 (APMnews) - Une exposition maternelle aux insecticides contre les insectes volants et rampants et au fénitrothion a été associée à une augmentation du risque d'hypospadias, une malformation de l'urètre chez les garçons, selon des études réalisées à partir du registre des anomalies congénitales de Bretagne et présentées mercredi à l'occasion des journées de la Société française de médecine périnatale (SFMP), organisées jusqu'à vendredi à Rennes.

Face à la large exposition des femmes enceintes à des polluants, documentée dans les cohortes ELFE (Etude longitudinale française depuis l'enfance) et PELAGIE, des études ont été menées sur le lien entre malformations et environnement à partir des expositions professionnelles (cf [dépêche du 19/01/2021 à 18:06](#), [dépêche du 19/12/2017 à 06:00](#) et [dépêche du 11/09/2008 à 15:08](#)), mais les résultats sont parfois "inconstants" en raison de la difficulté à "évaluer précisément l'exposition", a rappelé Florence Rouget, pédiatre au CHU de Rennes, responsable du registre des anomalies congénitales de Bretagne et présidente du réseau européen pour la surveillance des anomalies congénitales Eurocat.

Ces études se fondent souvent sur des méthodes d'évaluation indirectes (questionnaires), peu spécifiques des familles de polluants, et elles permettent rarement d'identifier des molécules à partir de biomarqueurs (sang maternel, urines, méconium).

Dans l'étude cas-témoins PENEW, promue par le CHU de Rennes et financée dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), l'idée était d'analyser à la fois des autoquestionnaires remplis par les mères pendant leur séjour en maternité (données socio-économiques, habitudes de vie, expositions professionnelles, usages domestiques, adresse de résidence au cours de la grossesse) et des biomarqueurs (mèches de cheveux maternels, actuellement en attente d'analyse, et méconium stocké à -80°C).

"Le méconium est une matrice intéressante pour mesurer des xénobiotiques parce qu'elle se forme et s'accumule dans l'intestin fœtal à partir de la 12e semaine de gestation jusqu'à son émission à la naissance et elle reflète ainsi l'exposition cumulée à des polluants au cours d'une grande partie de la grossesse", a expliqué Florence Rouget.

Cette étude, montée par une équipe de l'Institut de recherche en santé, environnement et travail (Irset/Inserm) et le registre breton des anomalies congénitales (ReMaBreizh), a examiné le lien entre l'exposition prénatale à des polluants chimiques (solvants ou pesticides) et le risque d'anomalies congénitales.

Le méconium a déjà été utilisé pour évaluer l'exposition fœtale à des drogues, à l'alcool, à la nicotine, à des métaux lourds et à des pesticides, mais jusqu'alors jamais pour des solvants, a noté la pédiatre.

Les chercheurs ont étudié les cas de malformation sans contexte génétique identifié pour des enfants nés vivants, morts-nés après 22 semaines ou des interruptions médicales de grossesse (IMG) après 20 semaines d'aménorrhée, dans les 12 maternités bretonnes participant à l'étude entre octobre 2012 et décembre 2018.

Au total, 1.507 sujets ont été inclus, 530 cas et 977 témoins sans malformation.

Trois premières études ont été publiées à partir des données ainsi collectées. Elles ont porté sur le lien entre les expositions aux solvants et aux pesticides et le risque d'hypospadias -malformation congénitale se manifestant par l'ouverture de l'urètre dans la face inférieure du pénis au lieu de son extrémité.

Du fénitrothion, perturbateur endocrinien, retrouvé dans des échantillons de méconium

Dans les deux premières, publiées dans les revues *Frontiers in Pediatrics* en 2021 et *Epidemiology* en 2024, ces expositions ont été mesurées dans le méconium et dans la troisième, publiée en mai dans la revue *Birth Defects Research*, l'exposition a été estimée à partir des déclarations d'usage domestique faites par les mères.

La deuxième étude s'est focalisée sur les pesticides retrouvés dans le méconium pour les 69 cas d'hypospadias issus des 12 maternités de la région entre 2012 et 2018, et 135 témoins, avec une méthode d'analyse du méconium développée par le laboratoire d'étude et recherche en environnement et santé (Leres) de l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Au total, la présence de 38 molécules et métabolites de pesticides a été recherchée.

Quatre molécules ont été détectées dans plus de 5% des échantillons.

Parmi ces quatre molécules, seul le fénitrothion, insecticide organophosphoré ayant des usages domestiques (acaricide, produits vétérinaires...) et agricoles (pommes de terre, pois...), a été associé à une augmentation du risque d'hypospadias avec un *odds ratio* ajusté (ORa, mesure approchant le risque relatif) à 2,6.

Le fénitrothion est classé perturbateur endocrinien depuis 2004 avec des propriétés anti-androgéniques et est interdit en Europe depuis 2007 pour les activités agricoles et depuis 2009 pour l'usage biocide. Il est rarement retrouvé dans l'eau ou dans l'air depuis 2008 en France.

Il se retrouve néanmoins chez les femmes enceintes (des métabolites du fénitrothion détectés chez 82% des femmes de la cohorte ELFE de 2011) et il était présent dans 17% des échantillons de méconium dans l'étude PENEW, a souligné Florence Rouget.

Dans la troisième étude, les chercheurs se sont intéressés au risque d'hypospadias à partir de l'exposition domestique aux solvants et aux pesticides à partir des questionnaires.

Ils ont étudié 100 cas d'hypospadias issus de 12 maternités entre 2012 et 2018, avec 283 témoins.

Une augmentation du risque a été observée pour l'usage de pesticides, essentiellement à l'intérieur du domicile, et en particulier ceux contre les insectes volants et rampants (ORa = 2,77), mais également sur de plus faibles effectifs pour ceux contre les insectes du bois et les rongeurs.

Les insecticides contre les insectes volants et rampants sont susceptibles de contenir des composés pyréthrinoïdes ou du phénylpyrazole, pour lesquels une activité antagoniste vis-à-vis des récepteurs oestrogéniques et des propriétés anti-androgéniques ont été observées in vitro.

Un lien entre hypospadias et exposition à l'acide phénylglyoxylique

La première étude publiée en 2021 s'était intéressée aux expositions fœtales à plusieurs solvants retrouvés dans le méconium (six solvants pétroliers, sept métabolites et deux solvants chlorés) et au risque d'hypospadias, à partir de 11 cas et 46 témoins issus de la maternité du CHU de Rennes entre octobre 2012 et janvier 2014.

Une augmentation du risque d'hypospadias avait été observée en présence de l'acide phénylglyoxylique (PGA) dans le méconium, avec un ORa à 14,17. Aucune association n'a été détectée pour les autres molécules, en raison peut-être des faibles effectifs de l'étude, même si une tendance à l'augmentation du risque a été relevée mais pas de façon significative.

Le PGA est un métabolite du styrène, retrouvé notamment dans la fabrication de plastiques et du caoutchouc, et de l'éthylbenzène. Les principales sources d'expositions environnementales sont le tabac, la pollution extérieure

(gaz d'échappement...) et intérieure ainsi que l'alimentation (contenants en polystyrène). Une étude chez le rat a identifié des propriétés estrogéniques du styrène, a rappelé Florence Rouget.

Pour elle, les études avec des biomarqueurs permettent de mesurer l'exposition fœtale à des molécules spécifiques et de cibler la prévention mais elles sont longues, "extrêmement coûteuses" en raison des "phases de développement analytique", et posent des problèmes de stockage. Les études par questionnaires sont moins spécifiques mais "permettent quand même de suspecter des familles chimiques et de sensibiliser à des usages plus à risque pendant la grossesse", a-t-elle conclu.

cb/fb/lb/APMnews

[CB9T49N8A]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

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.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/428874/anomalies-congenitales-l-exposition-maternelle-a-des-insecticides-associee-a-un-risque-augmente-d-hypospadias&usid=155025>

La rédaction d'un projet de naissance influence positivement les pratiques et interventions, sans dégrader les issues périnatales

Mots-clés : #gynéco #congrès #obstétrique-périnatalité #patients-usagers #qualité-sécurité des soins #sages-femmes #maltraitance-bientraitance

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

RENNES, 17 octobre 2025 (APMnews) - La rédaction d'un projet de naissance a une influence positive sur les pratiques et les interventions pendant le travail et l'accouchement, et a un effet neutre, non délétère, sur les issues périnatales, selon les résultats d'une analyse issue de l'enquête nationale périnatale (ENP) 2021 présentés jeudi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Rennes.

En 2021, selon l'ENP, 10,2% des femmes enceintes avaient rédigé un projet de naissance, soit trois fois plus qu'en 2016 (3,7%).

L'association entre projet de naissance et expérience de la naissance a été un peu étudiée, avec des résultats plutôt positifs, mais son association avec les pratiques effectivement mises en œuvre et les interventions périnatales a été peu étudiée et avec des résultats assez hétérogènes, issus d'études ayant d'importants biais méthodologiques, a rappelé Marianne Jacques de l'équipe Oppale du Centre de recherche en épidémiologie et statistiques (Cress) à Paris et du CHU de Nantes.

L'objectif du travail présenté, mené dans le cadre d'un master par Agathe Valin, était d'étudier en population nationale l'association entre la rédaction d'un projet de naissance et les pratiques de soins pendant le travail et l'accouchement, les interventions pendant le travail et l'accouchement et les issues obstétricales, maternelles et néonatales.

A partir de l'ENP 2021, menée sur l'ensemble des maternités françaises, les données issues du dossier médical des femmes et celles obtenues lors de l'entretien en suite de couches, pendant le séjour en maternité, ont été étudiées. Certaines situations particulières ont été exclues de l'analyse, comme les naissances hors hôpital, prématurées, multiples et les césariennes avant le travail, ainsi que "les femmes pour lesquelles la vision du projet de naissance n'était pas pertinente". Ont également été considérées sans projet de naissance les femmes qui ne l'avaient formulé que par oral, sans document écrit.

Les femmes ont ensuite été interrogées lors de leur entretien de suites de couches sur leurs demandes particulières pour l'accouchement.

Une première exposition a été définie: avoir ou pas rédigé un projet de naissance. Puis chaque élément du contenu du projet de naissance a été examiné comme une exposition indépendante, afin de déterminer plus finement à quel point les préférences spécifiques formulées dans le projet de naissance étaient en adéquation avec les soins que les femmes avaient reçus.

Les critères de jugement portaient sur les pratiques (boire ou manger pendant le travail, position maternelle à l'accouchement, peau à peau), les interventions (analgésie péridurale, administration d'oxytocine, épisiotomie) et les issues (accouchement opératoire, hémorragie du post-partum, morbidité néonatale -Apgar à 5 min inférieur à 7, transfert en réanimation ou soins intensifs). Les résultats ont été ajustés notamment sur le niveau de risque de

la grossesse.

Sur les 12.723 femmes incluses dans l'ENP 2021, 9.138 l'ont été dans cette analyse, dont 11,2% avaient rédigé un projet de naissance. Les préférences les plus fréquemment exprimées dans les projets de naissance concernaient la limitation de certaines interventions (91,7%), étaient relatives au nouveau-né (90,1%), à l'environnement (70,4%), à la gestion de la douleur (14,2%), au partenaire (14,3%). A noter qu'une approche plus interventionniste était souhaitée dans 3,3% des cas.

L'analyse des pratiques montre que les femmes avec un projet de naissance avaient significativement plus de chances de pouvoir boire et manger pendant le travail, avec un *odds ratio* ajusté (ORa) de 1,56 par rapport aux femmes n'ayant pas de projet de naissance.

Elles étaient également plus susceptibles d'adopter une position différente de celle du décubitus dorsal au début des efforts expulsifs (ORa = 3,78) et de pouvoir pratiquer le peau à peau (ORa = 1,35).

L'existence d'un projet de naissance était en outre associée à une réduction de la probabilité de recevoir une analgésie péridurale (ORa = 0,36) et du recours à l'oxytocine pendant le travail (ORa = 0,86). Il n'y avait pas d'association significative avec l'épisiotomie.

Les effets sur les issues obstétricales examinées étaient neutres.

L'analyse par préférence spécifiquement exprimée dans le projet de naissance montre que les femmes étaient encore plus susceptibles de bénéficier d'une pratique si elles l'avaient spécifié dans leur projet, et inversement encore plus susceptibles de ne pas recevoir une intervention qu'elles ne désiraient pas si elles l'avaient spécifié dans le projet.

La probabilité de recevoir une épisiotomie était significativement réduite chez les femmes primipares en ayant spécifiquement fait la demande (ORa = 0,66).

Cette étude montre "une augmentation des pratiques de soutien en cas de rédaction d'un projet de naissance, une diminution des interventions, sauf pour l'épisiotomie pour laquelle il n'y a pas de différence, et pas de lien avec des issues maternelles ou néonatales plus favorables ou plus défavorables, ce qui est plutôt rassurant".

Cette étude "tend à encourager les femmes à écrire un projet de naissance et à bien spécifier leurs préférences, même quand elles sont à bas risque et même pour les pratiques déjà fréquentes comme le peau à peau ou [la restriction des épisiotomies]".

Cela contredit aussi la croyance selon laquelle les femmes qui ont un projet de naissance ont plus de risque d'issues obstétricales, maternelles et néonatales défavorables, a conclu Marianne Jacques.

Les femmes qui font un projet de naissance sont assez différentes de la population générale, elles sont plus favorisées et plus à bas risque, a-t-elle observé lors de la discussion.

Mais à un obstétricien de maternité de niveau 3 qui soulignait la difficulté à mettre en place un projet de naissance pour les patientes à risque, qui nécessitent un suivi spécifique ou présentent des pathologies, et s'inquiétait du risque d'issues défavorables dans ces cas-là, elle a souligné que les résultats de l'analyse étaient ajustés en fonction du niveau de risque de la grossesse.

"Il est peut-être d'autant plus intéressant pour les femmes à risque d'écrire un projet de naissance, non comme une liste [de souhaits] mais qui soit entendu, discuté, amendé ensemble, [dans lequel on dit] ce qui peut être mis en place si cela ne va pas comme on veut, etc.", a-t-elle ajouté.

Ces résultats montrent qu'on prend en compte les demandes des femmes, et que cela n'influe pas sur les issues, ce qui est rassurant, a commenté l'une des modératrices de la session.

cd/nc/APMnews

[CD6T49R1P]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

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.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/428867/la-redaction-d-un-projet-de%20naissance-influence-positivement-les%20pratiques-et%20interventions%2C-sans-degrader-les%20issues-perinatales&usid=155025>

Copyright Apmnews.com

La Société française de médecine périnatale craint une prise au piège de la crise de la périnatalité par la crise politique

Mots-clés : #gynéco #établissements de santé #santé publique #ministères #congrès #obstétrique-périnatalité #accès aux soins #qualité-sécurité des soins #précarité #pédiatrie #sociétés savantes #ministère-santé #urgences-PDS #ressources humaines #gouvernement

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

RENNES, 20 octobre 2025 (APMnews) - Après un entretien considéré comme "une vraie avancée" avec l'ex-ministre chargé de la santé Yannick Neuder en juillet, attendu de longue date, les responsables de la Société française de médecine périnatale (SFMP) craignent une nouvelle paralysie du débat sur la périnatalité, en raison des changements de ministres, mais aussi des prochaines échéances électorales, à commencer par les élections municipales en mars 2026.

Les acteurs de la périnatalité alertent depuis trois ans sur la nécessité de réorganiser l'offre de soins en périnatalité. "Tout a été dit, on est sur la même longueur d'ondes (avec les autres sociétés savantes), on s'est fait entendre, il y a eu une vraie caisse de résonance, des missions [parlementaires], on s'est dit 'c'est en train de frémir'... Et maintenant, on voit deux écueils majeurs", a décrit le Pr Michel Dreyfus, past président de la SFMP, lors d'une conférence de presse organisée vendredi dans le cadre du congrès de la société savante, à Rennes.

Premier écueil, "qui est à la barre? On a réussi à avoir en trois ans des entretiens avec deux des neuf ministres qui se sont succédé: François Braun et Yannick Neuder [...]. A chaque fois, on a l'impression qu'il faut remettre le compteur à zéro".

Par ailleurs, les échéances électorales de 2026, notamment les élections municipales, prévues en mars, "où se font élire les maires, qui sont généralement les présidents de conseil de surveillance des hôpitaux", sont un obstacle à une évolution, notamment, du moratoire sur la fermeture des maternités. "A moins qu'un maire ait décidé de ne pas se faire réélire ou de ne pas demander sa réélection, quel maire, à six mois des élections, va mettre sur le tapis, maintenant, la fermeture d'une maternité? Et juste après [en 2027, NDLR], il y aura l'élection présidentielle", a souligné le Pr Dreyfus. Pour lui, il est certain que dans les six mois qui viennent, cette question ne sera pas abordée.

Pourtant, un entretien, décroché "main dans la main" avec les autres sociétés savantes impliquées, le 22 juillet avec Yannick Neuder -six mois après la première demande d'entretien et quelque peu poussé par les communiqués de presse "un peu virulents" diffusés entre-temps par la SFMP- laissait espérer une réelle avancée.

"Il a dit qu'il était d'accord avec notre modèle, mais qu'il avait bien compris les obstacles politiques et il a bien entendu les obstacles, de notre côté, sur les ressources humaines", a rapporté la Pr Delphine Mitanchez, présidente de la SFMP. Le ministre s'est dit intéressé par le modèle proposé, mais [a déclaré] qu'il souhaitait pouvoir le tester d'abord dans une région. Puis "il s'est engagé à la révision des décrets de périnatalité de 1998 qui gèrent l'organisation de la périnatalité en France".

Toujours selon la Pr Mitanchez, Yannick Neuder a alors demandé à ses conseillers s'il était possible de commencer dès septembre, a affirmé qu'il fallait aller vite et faire des réunions pragmatiques. Une semaine plus

tard, "M. Neuder m'a envoyé à SMS me disant 'très heureux de vous rencontrer à la rentrée pour le groupe de travail afin d'améliorer la prise en charge périnatale'", a-t-elle poursuivi.

Mais c'était sans compter la chute du gouvernement de François Bayrou le 9 septembre, auquel l'Assemblée nationale a refusé d'accorder sa confiance à l'occasion d'une déclaration de politique générale (cf [dépêche du 09/09/2025 à 20:33](#)). Yannick Neuder n'est plus au gouvernement et Stéphanie Rist est désormais ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées au sein du gouvernement Lecornu 2.

Désinformation permanente et déclarations "à la hussarde"

La Pr Mitanchez, le Pr Dreyfus et le Pr Damien Subtil, vice-président de la SFMP, ont de nouveau fait part de leur agacement face à des affirmations erronées portées par des personnalités politiques et relayées dans les médias, qui alimentent la confusion et vont à l'encontre du modèle qu'ils proposent pour une offre de soins sécurisée et de proximité en périnatalité, reposant sur le regroupement des plateaux techniques et partagé par d'autres sociétés savantes (cf [dépêche du 19/03/2025 à 16:56](#)).

Les trois représentants de la SFMP dénoncent le lien qui est fait en permanence entre mortalité infantile et fermeture des maternités, "une désinformation permanente", des déclarations "à la hussarde" jusque dans l'Hémicycle, qui ne sont "pas admissibles".

Le sujet a atteint son point d'orgue à la sortie, début mars, du livre-enquête *4,1. Le scandale des accouchements en France*, des journalistes Anthony Cortes et Sébastien Leurquin, sur l'augmentation alarmante de la mortalité infantile en France (cf [dépêche du 18/03/2025 à 12:19](#)). Bien que la plupart des chapitres de l'ouvrage soient instructifs, seul le premier a été largement repris dans les médias et le monde politique, faisant porter sur la fermeture des petites maternités la cause essentielle de la dégradation de l'offre de soins, en se fondant sur une seule étude, très locale et ancienne, aux résultats qui plus est non significatifs.

"Les politiques se permettent de lancer des affirmations sans aucune vérification de leurs sources. Nous sommes des scientifiques et chaque fois que l'on disait quelque chose, nous sommes allés vérifier nos sources, soit sur des données de santé publique dans le pays, soit sur des publications dans des revues internationales avec des relecteurs, etc., qui ont validé les travaux. Et finalement, ce qui va prévaloir dans le public, ce n'est pas la parole des gens qui ont des arguments posés, réfléchis, scientifiques, mais [celle de]ceux qui lancent comme ça, à la hussarde, qu'"une dame qui habite à plus de 45 minutes de la maternité a deux fois plus de risques que son enfant meure à la naissance", ce que l'on peut entendre à l'Assemblée nationale par exemple", a déploré la Pr Mitanchez

"Il y a une désinformation permanente des femmes, qu'on leurre en leur expliquant que c'est parce que les maternités ferment que leur enfant est à risque quand elles vont accoucher, et peut-être [aussi] elles-mêmes. On sait très bien que ce n'est pas ça." En revanche la précarité, touchant en particulier les femmes migrantes, constitue le principal risque. Ainsi, dans le dernier rapport sur les morts maternelles, parmi ces morts, un tiers de femmes sont en situation de précarité, a-t-elle rappelé. Une étude française également publiée en septembre dans *BMJ Medicine* rejoint cette analyse, montrant que la récente hausse de la mortalité néonatale en France a touché principalement les communes socialement défavorisées (cf [dépêche du 16/09/2025 à 06:00](#)).

"Une méta-analyse récente dans le *BMJ Open* en 2020 conclut que, selon les données récupérées dans la littérature internationale (pas uniquement en France, mais aussi dans les pays du Nord de l'Europe qui ont restreint leur nombre de maternités), il n'est pas possible de conclure si la fermeture ou l'augmentation de la distance ou du temps (de trajet) sont associés à un devenir pire pour les mères et les enfants. Donc, il n'existe aucune preuve dans la littérature", a-t-elle souligné.

Tout récemment, le Conseil économique, social et environnemental (Cese), dans son rapport publié en septembre sur les "Inégalités de genre et [la] santé des femmes au prisme de la périnatalité", relève, dans un résumé (la "fiche de communication"), que "la fermeture massive des maternités aggrave les inégalités territoriales: 40% des femmes vivent à plus de 45 minutes d'une maternité, augmentant les risques de mortalité infantile". Ce sont "trois affirmations fausses dans une seule phrase", s'est agacée la présidente de la SFMP.

"Les inégalités territoriales, ce sont des inégalités sociales, et qui s'aggravent"

"Il faut que les gens se penchent sur la littérature française". Une étude publiée en 2025 montre ainsi que dans les zones rurales, où l'éloignement d'une maternité est plus important que dans les zones urbaines, entre 2014 et 2017, le taux de mortalité néonatale est stable par rapport à 2005 et inférieur à 2 pour 1.000. En région parisienne, où l'on peut dire que la densité de maternités ne pose pas de problème, le taux de mortalité a augmenté depuis 2005 et est plus élevé, supérieur à 2,75‰, a-t-elle rapporté.

"Mais surtout, le taux de mortalité néonatale est le plus élevé dans les zones à index de déprivation élevé, et là où il y a des femmes migrantes, on arrive à 3‰".

"Donc les inégalités territoriales, ce sont des inégalités sociales, et qui s'aggravent". "On fait l'autruche, on n'oriente pas le regard là où il faut, parce que: est-ce acceptable en France, pays de l'égalité, des droits de l'Homme, que l'on ne soit pas égaux en face de la santé? C'est la vraie question que les politiques ne veulent pas se poser", a-t-elle martelé.

Les deux autres affirmations du Cese sont également fausses, a enchaîné le Pr Dreyfus. Dire que "40% des femmes vivent à plus de 45 minutes d'une maternité, c'est complètement erroné. Et faire le lien avec l'augmentation de la mortalité néonatale [...], personne ne peut le montrer".

Il a rappelé, sur le modèle suédois, l'exemple de la Finlande, qui a "encore plus réduit le nombre de maternités [que la Suède], [mais] a l'un des plus faibles sinon le plus faible taux de mortalité néonatale d'Europe". Pourtant, il y a peu de maternités. La Finlande est passée de 130 maternités en 1980 à 18 actuellement et envisage de passer à 16, a complété la Pr Mitanchez.

Une proposition de loi visant à lutter contre la mortalité infantile a été votée en première lecture à l'Assemblée nationale en mai, avec la réintroduction d'un moratoire de trois ans sur la fermeture des maternités. Elle a été transmise au Sénat le 16 mai.

Entretemps, les sénatrices Annick Jacquemet et Véronique Guillotin, auteures du rapport intitulé "Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires: le travail doit commencer", adopté le 10 septembre 2024 par le Sénat, ont déposé une proposition de résolution au Sénat pour demander au gouvernement la mise en œuvre d'un certain nombre de conclusions de leur rapport, la plupart pouvant l'être par voie réglementaire.

cd/lb/APMnews

[CD9T4A9DK]

POLSAN - ETABLISSEMENTS GYNECO-REPRO-UROLOGIE CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

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.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/428938/la-societe-francaise-de-medecine-perinatale-craint-une-prise-au-piege-de-la-crise-de-perinatalite-par-la-crise-politique&usid=155025>

Un rythme cardiaque fœtal de base élevé à 40 semaines en début de travail est associé au risque de morbidité néonatale

Mots-clés : #gynéco #congrès #obstétrique-périnatalité

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

RENNES, 21 octobre 2025 (APMnews) - Le rythme cardiaque fœtal de base mesuré en début de travail pour les accouchements à 40 semaines d'aménorrhée (SA) est prédictif de la morbidité néonatale, montre une étude française présentée jeudi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Rennes.

Le rythme cardiaque fœtal de base (RDB) est un équilibre entre systèmes nerveux parasympathique et orthosympathique. En fin de gestation, le système nerveux parasympathique devient prédominant par rapport au système orthosympathique, ce qui entraîne une baisse du RDB, qui passe de 145 bpm à 24 semaines d'aménorrhée (SA) à 135 bpm autour de 39-40 SA, probablement moins après, a rappelé la Pr Tiphaine Barjat du CHU de Saint-Etienne.

Une précédente étude avait examiné l'association éventuelle entre un RDB élevé et la morbidité néonatale, mais avec un seuil déterminé à 150 bpm, et avait constaté qu'il y avait plus de liquide amniotique méconial, d'hyperthermies pendant le travail, de césariennes, et globalement une morbidité néonatale augmentée.

Mais le 90e percentile du RDB à 40 semaines se situe plutôt à 140 bpm, a souligné la chercheuse, et c'est ce seuil qui a été choisi pour cette nouvelle étude de cohorte rétrospective monocentrique, qui a inclus 936 femmes enceintes admises en travail spontané entre 40 SA et 40 SA + 6 jours.

A partir du RDB enregistré dans les 20 premières minutes de monitoring à leur arrivée en salle de naissance, elles ont été réparties en deux groupes: RDB inférieur ou égal à 140 bpm (826 femmes) et RDB supérieur à 140 bpm (110 femmes). Un score composite a été utilisé pour évaluer la morbidité néonatale, comprenant un pH artériel inférieur à 7,10, un score d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes, la nécessité de gestes de réanimation, le transfert en réanimation néonatale.

Une morbidité néonatale plus élevée a été retrouvée dans le groupe présentant un RDB supérieur à 140 bpm, avec 30,9% des nouveau-nés concernés par cette morbidité, contre 14,8% dans le groupe présentant un RDB inférieur ou égal à 140 bpm. Une association significative a été mise en évidence en analyse multivariée entre RDB et risque de morbidité néonatale, avec un *odds ratio* (OR) ajusté de 2,51.

En particulier, le taux de recours aux gestes de réanimation (30,9% contre 14,3%) était significativement différent entre les deux groupes.

En outre, significativement plus de cas de liquide amniotique méconial ont été retrouvés dans le groupe ayant un RDB supérieur à 140 bpm (40% contre 18,4%).

Le taux de césariennes était également significativement plus élevé dans le groupe RDB supérieur à 140 bpm (9,1% contre 4,2%), et le RDB était significativement prédictif de ce risque (OR ajusté = 4,42).

"Le message n'est pas de dire: on voit le RDB augmenter, on césarise la dame. C'est de dire: attention [...], ces

bébés-là sont peut-être en train de compenser au démarrage du travail et il faut peut-être être un tout petit peu plus vigilant pour ceux-là pendant le travail", a commenté la Pr Barjat lors de la discussion.

cd/lb/APMnews

[CD1T4H6Z1]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

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.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/428988/un-rythme-cardiaque-foetal-de%20base-eleve-a%2040%20semaines-en%20debut-de%20travail-est-associe-au%20risque-de%20morbidite-neonatale&usid=155025>

Copyright Apmnews.com

Le dépistage du streptocoque B par PCR intra-partum non inférieur à la culture anténatale, mais sans justification économique

Mots-clés : #gynéco #essais cliniques #infectio #congrès #obstétrique-périnatalité #dépistage #antibiotiques #prévention

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

RENNES, 21 octobre 2025 (APMnews) - L'antibioprophylaxie intra-partum, fondée sur le dépistage de la colonisation à streptocoque du groupe B (SGB) en intra-partum par PCR, s'est montrée non inférieure à la stratégie en vigueur, qui repose sur le dépistage anténatal par culture sur prélèvement vaginal entre 35 et 38 semaines d'aménorrhée, en matière d'issues néonatales, mais elle n'a pas de justification économique permettant d'inciter à changer les pratiques, selon une étude présentée jeudi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP), à Rennes.

Les infections bactériennes néonatales précoces à SGB à terme ou entre 34-36 semaines sont de l'ordre de 0,2-0,3 pour 1.000, mais chez les prématurés de moins de 34 semaines, elles sont quatre fois plus fréquentes, a rappelé le Pr Norbert Winer du CHU de Nantes.

La recommandation de réaliser un prélèvement vaginal (PV) au neuvième mois pour la détection anténatale (entre 35 et 38 semaines d'aménorrhée -SA) par culture a fortement diminué l'infection néonatale précoce à SGB, qui reste stable (passée de 0,8 ‰ à 0,3 ‰ chez les nouveau-nés de moins de 7 jours). Mais cette stratégie anténatale a une moins bonne valeur prédictive positive qu'une culture réalisée le jour de l'accouchement.

Une précédente étude a ainsi montré que, dans une cohorte de 800.000 naissances avec 254 infections néonatales précoces à SGB, soit 0,3 ‰, 85% des mères dans cette population ont été dépistées par un PV, mais seulement 24% de ces tests étaient positifs au SGB, ce qui veut dire que 61,4% des nouveau-nés à terme infectés précocement sont issus de mères dont le PV était négatif, a souligné le Pr Winer. Inversement, cela soulève la problématique de l'exposition inutile, et importante (25%), aux antibiotiques d'une grande partie des fœtus dont la mère a été testée positive en anténatal.

Une conférence de consensus en 2013 avait recommandé la PCR en per-partum et conseillait de remplacer le test de PV anténatal par la PCR per-partum. "Mais ça n'est pas du tout appliqué en France", a noté le Pr Winer. Une équipe française avait montré qu'avec la PCR per-partum, près de la moitié des cas de PCR positive avaient un PV négatif, et inversement quand la PCR était négative, 6% des PV étaient positifs. "Donc on n'a pas mis d'antibiotiques là où on aurait dû en mettre. C'est lié au portage intermittent, avec une fluctuation du portage entre le neuvième mois et le jour de l'accouchement".

La valeur diagnostique de la PCR est établie, sa faisabilité en salle de naissance aussi, a-t-il rappelé.

L'objectif de l'étude DEPIST2P, couplée à une analyse médico-économique, était "de réfléchir à ce qu'on devait faire pour généraliser le changement de pratique". Il s'agit d'une "analyse coût-conséquence selon la perspective collective comparant la stratégie d'antibioprophylaxie intra-partum basée sur le dépistage de la colonisation à SGB en intra-partum par PCR à la stratégie actuellement en vigueur basée sur le dépistage anténatal par culture entre 35 SA et 38 SA".

Les équipes ont d'abord été formées à la PCR du per-partum. Dans les 12 centres participants randomisés en *clusters*, 3.321 patientes admises à partir de 35 SA en salle de naissance, devant accoucher par voie basse, ont été incluses et ont reçu l'une ou l'autre stratégie. Les caractéristiques des deux groupes étaient similaires.

L'une des premières observations de cette étude est la grande hétérogénéité des pratiques d'antibiothérapie intra-partum entre les centres: sur les 12 centres participants, avec la PCR per-partum la prescription va du simple à plus du double (20,49% pour le plus bas, 53,21% pour le plus élevé). Pour le PV du neuvième mois (PV9), le taux de prescription va de 18,7% à 47%.

Les résultats montrent que la prévalence de la colonisation par le SGB était de 12,8% avec le PV9 et 13,6% avec la PCR, mais il y a eu 89 reclassifications avec la PCR: 33 faux négatifs et 56 faux positifs issus du PV9. Ainsi, 16% des femmes ayant un résultat PV9 négatif auraient été sous-traitées, et 4,4% des femmes ayant un test PV9 positif auraient été traitées pour rien. Un changement de décision d'antibiothérapie a eu lieu dans 4% des cas.

La non-infériorité du dépistage par PCR intra-partum par rapport au PV9 est démontrée: le critère d'évaluation composite comprenant les décès néonataux avant 6 jours, les hospitalisations en soins intensifs, les infections néonatales précoces certaines et les complications spécifiques d'infection néonatale précoce a concerné 3% des nouveau-nés dans le groupe PCR contre 2,2% dans le groupe PV9, sans différence statistiquement significative. A noter cependant que dans chacun des deux groupes, il n'y a eu qu'un cas d'infection néonatale précoce certaine.

La supériorité de la stratégie PCR intra-partum est en revanche non démontrée en matière de consommation d'antibiotiques: 35,5% des mères ont reçu une antibiothérapie dans le groupe PCR contre 31,1% dans le groupe PV9, sans différence statistiquement significative.

Un changement de pratique non justifié économiquement

Une analyse médico-économique, coût-conséquence, a été menée en parallèle, examinant comme conséquences de chacune des stratégies l'exposition de la mère et du nouveau-né à une antibiothérapie, le nombre de jours d'antibiothérapie, la durée d'hospitalisation, la morbidité-mortalité néonatale précoce (à 6 jours) et tardive (à 30 jours).

Cette analyse ne montre "pas de justification économique persuasive pour favoriser l'utilisation de la PCR du SGB après 35 SA". Cela pourrait s'expliquer par la différence de coût entre une PCR (37,2 €) et un PV (16,8 €), "même si elle n'est pas énorme", et aux dépenses importantes attribuables aux soins intensifs pour les nouveau-nés du groupe d'intervention. "Compte tenu de la rareté de l'infection, il n'y a pas eu matière à démontrer ce bénéfice" à changer de pratique, a commenté le Pr Winer.

Globalement, cette étude démontre la non-infériorité du changement de pratique en matière d'issues néonatales et pas de supériorité concernant l'exposition aux antibiotiques per-partum. "La faisabilité est évidente, la logique est évidente d'avoir le délai le plus court entre la PCR, le portage du SGB et l'accouchement", mais "l'infection néonatale précoce est [aujourd'hui] trop rare pour montrer un impact de la PCR sur la fréquence de la maladie", a conclu le gynécologue.

En outre, "ce ne sont pas les mêmes payeurs" pour les deux types de tests dans les maternités, et il existe encore des freins pour délocaliser la biologie, a-t-il ajouté.

cd/lb/APMnews

[CD4T4HFLB]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE INFECTIO CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

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.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/429020/le-depistage-du-streptocoque-b-par-pcr-intra-partum-non%2%A0inferieur-a-%2%A0la%2%A0culture-antenatale%2C-mais-sans-justification-economique&usid=155025>

La mesure de la procalcitonine permet de réduire la durée de l'antibiothérapie dans les infections néonatales

Mots-clés : #gynéco #essais cliniques #infectio #congrès #obstétrique-périnatalité #antibiotiques #diagnostic

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

RENNES, 21 octobre 2025 (APMnews) - Le dosage de la procalcitonine permet d'ajuster l'antibiothérapie lors des infections néonatales et d'en diminuer la durée, montre une étude française présentée jeudi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Rennes.

Il n'a pas été démontré de durée optimale de l'antibiothérapie dans les infections tardives du nouveau-né, a rappelé la Pr Delphine Mitanchez du CHU de Tours (anciennement à l'hôpital Armand-Trousseau à Paris, AP-HP). Or l'utilisation des antibiotiques en néonatalogie a été associée à un plus grand risque de mortalité et de morbidité sévère. Chez les adultes en soins critiques, une méta-analyse a conclu que l'antibiothérapie guidée par le taux de procalcitonine -un marqueur d'infections bactériennes- pouvait être associée à une diminution de la durée d'utilisation des antibiotiques.

L'étude randomisée contrôlée multicentrique PROABIS avait pour objectif principal d'évaluer l'efficacité sur la durée de l'antibiothérapie d'une stratégie fondée sur le dosage de la procalcitonine par rapport à la stratégie habituellement suivie par les services dans l'infection secondaire du nouveau-né. Dans la stratégie basée sur la procalcitonine, cette dernière était dosée à l'inclusion, puis toutes les 48 heures, et le clinicien était encouragé à arrêter les antibiotiques lorsque la procalcitonine était inférieure ou égale à 0,5 ng/mL.

Les naissances étaient incluses à partir de 24 semaines d'aménorrhée (SA), avec des nouveau-nés vivants 96 heures après la naissance, pesant au moins 700 g à l'inclusion et ayant un diagnostic d'infection bactérienne très probable ou prouvée, chez qui le traitement antibiotique était poursuivi au-delà de 48 heures. Au total, 33 centres français ont participé à l'étude.

Il était prévu d'inclure 2.162 patients sur la base du critère secondaire de non-infériorité pour la mortalité, et 510 étaient nécessaires pour le critère principal, portant sur la durée de l'antibiothérapie. Sur quatre ans, 511 patients au total ont été randomisés entre les deux stratégies, et 504 ont pu être analysés, loin de l'effectif prévu, "ce qui montre la difficulté de la recherche en néonatalogie", a commenté la Pr Mitanchez. Les recrutements ont notamment été ralentis par la pandémie de Covid-19 en 2020 et par certains obstacles administratifs (signature obligatoire des deux parents pour pouvoir randomiser un enfant), a-t-elle expliqué.

La durée de l'antibiothérapie a été significativement diminuée de deux jours en médiane avec la stratégie basée sur la procalcitonine (huit jours contre dix jours), en intention de traiter. La différence était de trois jours, significative, en analyse per-protocole.

Le taux de mortalité à 28 jours était de 2,4% dans le groupe procalcitonine contre 3,9% dans le groupe pratique usuelle. Malgré l'effectif inférieur à celui qui était prévu, le critère de non-infériorité était atteint, a souligné la Pr Mitanchez.

Il n'y avait pas plus de récurrences à J28 dans le groupe procalcitonine que dans le groupe pratique usuelle.

Il y a eu 58 événements indésirables graves dans le groupe pratique usuelle et 55 dans le groupe procalcitonine.

"L'utilisation d'un biomarqueur comme la procalcitonine pourrait être un moyen d'ajuster individuellement l'utilisation et la durée de l'antibiothérapie dans les infections du nouveau-né", a-t-elle conclu.

cd/lb/APMnews

[CD4T4HMVO]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE INFECTIO CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

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.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/429024/la-mesure-de-la-procalcitonine-permet-de-reduire-la-duree-de-l-antibiotherapie-dans-les-infections-neonatales&usid=155025>

Copyright Apmnews.com

Le genre de l'obstétricien n'affecte pas les complications maternelles post-césarienne

Mots-clés : #gynéco #congrès #obstétrique-périnatalité #ressources humaines #chirurgie #qualité-sécurité des soins

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

RENNES, 22 octobre 2025 (APMnews) - La morbidité maternelle et le risque d'hémorragie du post-partum après une césarienne sont similaires que l'obstétricien soit un homme ou une femme, montre une analyse secondaire d'une large étude française présentée la semaine dernière au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Rennes.

Les études de médecine se sont ouvertes aux femmes relativement tard dans le monde et en France, en raison de stéréotypes de l'époque, prêtant aux femmes des compétences techniques moindres, un manque de sang-froid, etc. Il est possible qu'inconsciemment, parfois, certains stéréotypes persistent dans la société, a souligné la Dr Hanane Bouchghoul du CHU de Bordeaux.

Une étude américaine a par ailleurs montré que le salaire moyen des médecins hommes était plus élevé, même après ajustement sur l'expérience, l'âge et d'autres caractéristiques, que celui des médecins femmes. En France, la profession s'est féminisée au XX^e siècle et les femmes représentent aujourd'hui plus de 56% de la profession. La chirurgie est la spécialité médicale la plus sous-féminisée, mais au sein de celle-ci, la gynécologie-obstétrique est l'une des plus féminisées, avec 38,2% de femmes, a-t-elle rappelé.

Une étude américaine rétrospective sur plus de 7.000 femmes publiée en 2018 a examiné les éventuelles différences dans les interventions obstétricales ou les issues en fonction du genre de l'obstétricien. Plus de 80% des participantes étaient accouchées par des femmes obstétriciennes. Les résultats ont montré l'absence de différence sur le taux de césarienne et le taux de naissance instrumentale entre obstétriciens hommes et femmes, mais il y avait une différence sur le taux d'épisiotomie (moindre avec les obstétriciennes) en analyse univariée, non confirmée après ajustement.

Dans une analyse secondaire de l'essai TRAAP2, une étude multicentrique randomisée en double aveugle dans 27 maternités françaises sur plus de 4.000 femmes ayant une césarienne, menée initialement pour déterminer l'effet de l'acide tranexamique sur la prévention des hémorragies du post-partum (HPP) (cf [dépêche du 28/04/2021 à 23:00](#)), Hanane Bouchghoul et ses collègues ont évalué l'association entre le genre de l'obstétricien et la morbidité maternelle à trois mois après la césarienne (critère de jugement principal) ainsi que l'HPP après césarienne (critère de jugement secondaire).

L'ajustement dans les analyses statistiques a été fait sur l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC), la parité, les antécédents de césarienne ou d'HPP, le type d'anesthésie, le terme, le fait d'avoir une grossesse multiple, les pathologies maternelles, le niveau d'expérience du chirurgien, le traitement par acide tranexamique ou placebo.

Sur les 4.431 patientes incluses ayant eu une césarienne, 22% de ces césariennes ont été réalisées par des chirurgiens hommes et 78% par des chirurgiennes.

L'IMC préconceptionnel était significativement associé à l'augmentation de la morbidité maternelle (*risk ratio* augmenté de 58% entre 25 et 30 kg/m², x2,21 entre 30 et 35 kg/m² et x3,02 à partir de 35 kg/m² par rapport à un IMC inférieur à 25 kg/m²) et à l'hémorragie du post-partum (+53%, x2,05 et x2,39, respectivement), ainsi que l'âge gestationnel supérieur ou égal à 40 semaines d'aménorrhée, les grossesses multiples, la césarienne en

cours de travail avec utilisation d'oxytocine, la césarienne chez les multipares avec utérus cicatriciel et l'anesthésie générale. Tous ces facteurs ont été pris en compte pour l'ajustement.

Le genre de l'opérateur n'avait en revanche pas d'influence sur le risque de morbidité maternelle ni sur le risque d'HPP: en prenant pour référence les opérateurs femmes, le *risk ratio* ajusté était de 0,92 en cas d'opérateur homme pour la morbidité maternelle et de 0,98 pour l'HPP, non significatif.

L'expérience de l'opérateur était significativement différente selon le genre: la proportion d'opérateurs expérimentés ("*attending physicians*": praticiens hospitaliers ou praticiens universitaires) était de 47,5% parmi les césariennes faites par un chirurgien homme contre 21,2% parmi celles réalisées par une chirurgienne. Mais il n'y avait pas d'effet de l'expérience de l'opérateur sur la morbidité maternelle ni sur l'HPP.

Il n'y a donc pas d'association entre le genre de l'obstétricien et la morbidité maternelle et le risque d'HPP après une césarienne, indépendamment des caractéristiques maternelles, obstétricales et du niveau d'expérience de l'opérateur.

"Les performances chirurgicales en obstétrique sont équivalentes entre hommes et femmes, ce qui est en faveur d'une promotion de l'égalité professionnelle homme-femme en obstétrique", a conclu Hanane Bouchghoul.

"Il y a, dans la littérature, des études qui nous interpellent avec des effectifs monstrueux, qui montrent de meilleures issues quand le chirurgien ou l'opérateur est une femme, ce dont on n'a pas l'impression en pratique; et sous un autre angle, on peut avoir l'impression, et ce n'est qu'un sentiment ou un ressenti, que quand on est une femme chirurgien versus un homme chirurgien, on a probablement moins de considération, qu'on peut être prise pour l'infirmière, et c'était donc bien de pouvoir asseoir avec des données scientifiques une absence de différence sur cette morbidité", a-t-elle expliqué lors de la discussion.

"Ce stéréotype est toujours présent", a appuyé le Pr Loïc Sentilhes (CHU de Bordeaux), co-modérateur de la session. "Si c'est procédural, si c'est technique, s'il y a des choses à faire avec les mains, quand on est de genre masculin, on est [considéré comme] plus à même que si l'on est de genre féminin. La preuve: il est 'considéré' que la neurochirurgie est plus difficile que la chirurgie gynécologique, et que la chirurgie cardiaque est plus *touchy* que la chirurgie gynécologique. Quelle est la proportion de femmes neurochirurgiens ou chirurgiens cardiaques? C'est 3-4%. Ce n'est pas normal. Il y a donc probablement des freins sociétaux, etc."

cd/nc/APMnews

[CD8T4IZM5]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE POLSAN - ETABLISSEMENTS CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

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.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/429054/le-genre-de-l-obstetricien-n-affecte-pas-les%20complications-maternelles-post-cesarienne&usid=155025>

L'incidence des thrombo-embolies veineuses associées à la grossesse plus élevée qu'on ne le pensait, la prophylaxie sous-utilisée

Mots-clés : #gynéco #cardio #congrès #thrombo-embolie #obstétrique-périnatalité #épidémiologie

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

RENNES, 22 octobre 2025 (APMnews) - L'incidence des thrombo-embolies veineuses (TEV) au cours de la grossesse et du post-partum dans une large cohorte française est plus élevée que ne le suggèrent les données de la littérature internationale, mais la thromboprophylaxie est sous-utilisée chez les femmes classées à risque intermédiaire ou élevé, selon une étude présentée la semaine dernière au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Rennes.

L'incidence de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) a été établie dans un registre danois de plus d'1 million de femmes à 1,5 pour 1.000 personnes-années, elle est comprise pendant la grossesse entre 0,9 et 1,1 pour 1.000 personnes-années, et dans le post-partum entre 1,7 et 2,7 pour 1.000 personnes-années. C'est beaucoup plus que l'incidence chez les femmes du même âge non enceintes (0,1 pour 1.000), a rappelé Eloïse Laouenan, sage-femme au CHU de Brest.

L'incidence augmente tout au long de la grossesse jusqu'à un maximum en peripartum, puis diminue progressivement tout au long du post-partum, mais le risque se poursuit au-delà de six semaines post-partum.

L'incidence de la MTEV au cours de la grossesse et du post-partum, ses facteurs de risques et le recours à la thromboprophylaxie ont été évalués au sein de la cohorte prospective multicentrique française HEMOTHEPP, menée dans les six maternités du Finistère, incluant 20.238 femmes tout-venant ayant accouché entre juin 2015 et janvier 2019 après 15 semaines de grossesse au moins, suivies pendant trois mois après l'accouchement.

Il a été observé 45 MTEV dans cette cohorte, dont 18 embolies pulmonaires. Dans 20 cas la MTEV est survenue pendant la grossesse et dans 25 cas, pendant le post-partum.

L'incidence globale était de 2,2 pour 1.000 personnes-années. Elle s'élevait à 1,3 pour 1.000 pendant la grossesse et 4,9 pour 1.000 pendant le post-partum.

La majorité des TEV ont été observées au troisième trimestre de la grossesse (13 cas) et entre sept et 42 jours post-partum (15 cas), confirmant la persistance du risque durant six semaines post-partum, a souligné la chercheuse.

Le phénotype le plus fréquent en antepartum était la thrombose veineuse profonde proximale isolée (45% des cas) et en post-partum l'embolie pulmonaire isolée (40% des cas) ou une TEV de localisation inhabituelle isolée (36%).

Un âge supérieur à 35 ans constitue le principal facteur de risque pendant et après la grossesse, ainsi que l'immobilisation antepartum. En post-partum uniquement, la césarienne est un facteur de risque important, l'hémorragie post-partum, le diabète, l'obésité, les antécédents familiaux de thrombose, l'accouchement prématuré, la chirurgie post-partum.

La classification rétrospective des participantes en fonction du risque de MTEV, établi à partir du score du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG 2015), a abouti à une mauvaise classification de 30% des femmes qui ont eu une TEV en antepartum -et auraient été classées à bas risque.

Parmi celles classées à risque intermédiaire et à haut risque, soit 17% de la population d'étude, qui auraient dû recevoir une thromboprophylaxie, seules 2,4% de celles à risque intermédiaire et 37,9% de celles à risque élevé l'ont effectivement reçue.

Pour le risque post-partum, un tiers de la population d'étude a été classée à risque intermédiaire et 1,6% à haut risque, soit 37,3% de la population qui auraient nécessité une thromboprophylaxie. Celle-ci n'a été utilisée que chez 41% des femmes à risque intermédiaire et 75,2% des femmes à risque élevé.

Il n'y avait pas de différence d'incidence de la TEV selon la mise en œuvre ou non d'une thromboprophylaxie chez les femmes à risque intermédiaire. Chez les femmes à haut risque avec thromboprophylaxie, 0,8% ont eu une TEV.

L'incidence annuelle de la thrombose veineuse est ainsi plus élevée dans cette cohorte que dans les données de la littérature médicale, et particulièrement élevée pendant le post-partum (4,9 pour 1.000), notamment chez les femmes classées à risque intermédiaire.

Etant donné que plus de la moitié des TEV surviennent après sept jours post-partum, la durée de la thromboprophylaxie doit être reconsidérée, et des essais randomisés sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité de la thromboprophylaxie chez les femmes à risque intermédiaire, l'incidence des TEV étant élevée avec ou sans cette prophylaxie, a conclu Eloïse Laouenan.

La thrombose veineuse superficielle plus fréquente aussi, avec ou sans thromboprophylaxie

La même cohorte a été utilisée pour évaluer cette fois l'incidence de la thrombose veineuse superficielle (TVS) en contexte obstétrical, dont les facteurs de risque ne sont peut-être pas les mêmes que ceux de la MTEV.

L'incidence annuelle de la TVS était de 2,8 pour 1.000 personnes-années au total, 1,2 pour 1.000 pendant la grossesse et 7,5 pour 1.000 pendant les trois premiers mois post-partum, a rapporté Eloïse Laouenan.

La TVS antepartum survient aussi dans plus de la moitié des cas au troisième trimestre, et en post-partum, 84% des cas surviennent dans les sept premiers jours.

Une thromboprophylaxie était utilisée dans 71% des cas de TVS. Il y a eu deux cas de récurrence de TVS, malgré la thromboprophylaxie.

L'incidence de la TVS était de 2,2 pour 1.000 chez les femmes recevant une thromboprophylaxie et de 2,9 pour 1.000 chez les femmes ne recevant pas de thromboprophylaxie.

Les femmes ayant une TVS isolée étaient plus jeunes et avaient moins souvent de césariennes que celles ayant une TEV avec ou sans TVS: pour les cas de TVS isolées, 23% des femmes avaient 35 ans ou plus et 19,6% avaient reçu une césarienne, contre respectivement 47% et 44% pour les cas de TEV, les différences étant statistiquement significatives. Les autres facteurs de risque ne montraient pas de différence statistiquement significative entre TEV et TVS.

L'incidence annuelle des TVS pendant la grossesse et après l'accouchement est donc très élevée, mais le risque de récurrence de TVS ou de MTEV au cours de la même grossesse est faible, a conclu la chercheuse.

cd/lb/APMnews

[CD9T4]C15]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE CARDIO-NEPHRO CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/429087/l-incidence-des-thrombo-embolies-veineuses-associees-a-la-grossesse-plus-elevee-qu-on-ne-le-pensait-la-prophylaxie-sous-utilisee&usid=155025>

Copyright Apmnews.com

Près de 2% des décès maternels surviennent après une interruption médicale de grossesse

Mots-clés : #gynéco #épidémio #obstétrique-périnatalité #contraception-IVG #congrès

RENNES, 23 octobre 2025 (APMnews) - Parmi les décès maternels en France, 1,8% font suite à une interruption médicale de grossesse (IMG), selon une étude rétrospective à partir des données de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), présentée la semaine dernière au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Rennes.

Environ 7.000 IMG ont lieu chaque année en France selon l'Agence de la biomédecine (ABM), dont près de 400 pour une pathologie maternelle mettant en danger la santé de la femme. Mais il existe peu de données sur les décès maternels dans les suites d'une IMG, rappelle Sarah Florin, gynécologue-obstétricienne à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), dans le résumé de sa communication.

Entre 2007 et 2018, 1.044 décès maternels ont été répertoriés dans l'ENCMM, dont 19 étaient associés à une IMG, soit 1,8% des morts maternelles.

Près de la moitié des 19 décès sont survenus après une IMG effectuée entre 14 et 22 semaines de grossesse et près de la moitié ont eu lieu dans les 24 heures suivant la procédure.

Deux tiers faisaient suite à une IMG pour motif maternel ou obstétrical.

Ces décès étaient liés à une complication obstétricale dans 42% des cas (dont deux hémorragies et deux chocs septiques) et à la pathologie maternelle ayant motivé l'IMG dans 42% des cas.

L'accouchement par voie basse était la méthode la plus utilisée (42%).

"Cinq décès ont été jugés potentiellement évitables", est-il indiqué dans le résumé de la communication.

Deux tiers des femmes étaient âgées de 30 à 40 ans et 26% n'étaient pas françaises.

cb/cd/nc/APMnews

[CB7T4KXB5]

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.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/429118/pres-de-2--des-deces-maternels-surviennent-apres-une%2%A0interruption-medicale-de-grossesse&usid=155025>

Deux mois après un accouchement avec déclenchement du travail, une femme sur 10 a un trouble de stress post-traumatique

Mots-clés : #gynéco #psychiatrie-santé mentale #congrès #dépression-anxiété #épidémio #obstétrique-périnatalité

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

RENNES, 23 octobre 2025 (APMnews) - Une femme sur 10 ayant été déclenchée et ayant accouché par voie basse présente un profil de stress post-traumatique deux mois après son accouchement, selon une étude présentée la semaine dernière au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Rennes.

Un trouble de stress post-traumatique peut survenir après un vécu complexe de la grossesse ou de l'accouchement, même si aucun incident majeur ni complication n'a été perçu par les soignants, a rappelé Alizée Froeliger du CHU de Bordeaux. Le déclenchement du travail est une intervention fréquente (plus d'un quart des accouchements en 2021) qui est possiblement associée à une altération de la santé mentale maternelle après l'accouchement.

Dans une précédente analyse secondaire de l'essai TRAAP1, conçu pour évaluer l'acide tranexamique en prévention de l'hémorragie du post-partum dans 15 maternités françaises, Alizée Froeliger et ses collègues avaient établi qu'une femme sur 20, à risque obstétrical normal, ayant une grossesse monofœtale, avec tentative d'accouchement par voie basse après 35 semaines d'aménorrhée, présentait un profil d'état de stress post-traumatique deux mois après son accouchement (cf [dépêche du 20/01/2021 à 16:07](#)).

Ils se sont cette fois intéressés à une sous-cohorte incluant exclusivement les accouchements par voie basse après déclenchement du travail, soit 794 participantes (20,4%) sur les 3.891 incluses dans l'essai initial. L'évaluation psychologique à deux mois post-partum était une analyse secondaire préséparée dans la conception de l'étude.

Deux auto-questionnaires psychométriques évaluant les symptômes du trouble de stress post-traumatique (IES-R et TES) ont été soumis deux mois après l'accouchement. La présence de tels symptômes était définie par un score IES-R ≥ 22 et la présence de critères symptômes de l'échelle TES.

Sur les 794 patientes ayant eu un déclenchement du travail, 560 (70,5%) ont rempli les questionnaires.

La prévalence corrigée de symptômes de trouble de stress post-traumatique était de 10,6%, après application d'une pondération inverse pour corriger le biais de non-réponse.

Plusieurs facteurs associés à un plus grand risque de trouble de stress post-traumatique ont été identifiés: un pays de naissance maternelle hors Europe (*odds ratio* [OR] = 2,6 en cas de naissance en Afrique du Nord; 3,3 en Afrique subsaharienne), des antécédents psychiatriques (OR = 3,0), une indication fœtale de déclenchement (OR = 2,6), la maturation cervicale (OR = 1,9), une hémorragie du post-partum ≥ 1.000 mL (OR = 4,9) et le fait d'avoir un mauvais souvenir de l'accouchement à J2 (OR = 3,5).

"Les retombées de ce travail sont d'informer les soignants de la prévalence relativement importante des symptômes de stress après des événements obstétricaux que l'on peut considérer parfois comme non sévères", l'accouchement par voie basse après déclenchement étant considéré comme un succès du point de vue du

soignant, a commenté la chercheuse.

Des sous-groupes de femmes à risque ont aussi été identifiés: outre certains facteurs de vulnérabilité, des facteurs obstétricaux liés au déclenchement (une indication fœtale de déclenchement, la maturation cervicale, une hémorragie du post-partum sévère) peuvent augmenter ce risque, a-t-elle résumé.

Cela peut aider les soignants à identifier les femmes à risque qui pourraient bénéficier d'un dépistage et d'une intervention précoce en post-partum, a-t-elle conclu.

cd/lb/APMnews

[CD8T4KVJN]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE NEUROPSY CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

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.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/155025/429115/deux-mois-apres-un-accouchement-avec-declenchement-du%20travail%2C-une%20femme-sur-10-a%20un%20trouble-de%20stress-post-traumatique&usid=155025>

Copyright Apmnews.com

Publié le : 13 nov 2025

Controverse : pour ou contre la pratique du forceps ?

Laura BOURGAULT, Nantes

La pratique du forceps est au centre d'un débat chez les gynécologues-obstétriciens. Zoom sur les arguments « pour » et « contre » de ce geste médical.

D'après les communications du Dr Aude Girault, gynécologue-obstétricienne à l'Hôpital Cochin - Port-Royal (Paris) et du Pr Olivier Morel, gynécologue-obstétricien à la Maternité du CHRU de Nancy

POUR : vers un changement de paradigme en obstétrique ?

« Je ne pratique plus de forceps , je vous le promets, mais je continue tout de même à faire un peu d'obstétrique, introduit le Pr Olivier Morel, gynécologue-obstétricien à Nancy. Et vous verrez que je ne suis pas le seul à Nancy à avoir abandonné les forceps ».

« Et le but de la discussion, c'est justement de voir comment nous procédons, et surtout, comment nous pouvons vous convaincre d'aller dans cette direction. À Nancy, nous avons nos traditions, mais, heureusement, nous portons sans doute un peu moins le poids des habitudes que certaines maternités parisiennes, où la transmission se fait encore très fortement », témoigne le Pr Morel en localisant sa pratique.

« J'ai aussi un conflit de loyauté, ajoute-il en souriant. Je travaille pour le CNGOF, et je suis donc, disons-le, 'l'esclave obstétrical' de mon président, Patrick Rosenberg, que beaucoup d'entre vous connaissent. Lui aurait sans doute terminé cette présentation bien plus rapidement que moi ! » Reste que « je m'exprime à titre personnel, pas au

nom du CNGOF, même si j'y suis actif », tient à souligner le Pr Morel.

« **Un débat un peu hors-sol** »

« Cela fait des années que je le dis : le débat entre forceps et ventouse, pour moi, est un peu "hors sol".

Pour l'histoire, « la ventouse obstétricale a été inventée en Bretagne, par un Breton, Yves Couzigou (1910-1989). Il l'avait appelée "*la ventouse eutocique*", ce qui correspond parfaitement à l'usage qu'on en fait aujourd'hui. Médecin de famille à Saint-Michel-en-Grève, ce dernier faisait beaucoup d'accouchements à domicile. Il a inventé la ventouse car il trouvait le forceps trop complexe et dangereux, notamment à cause des risques liés à une mauvaise pose des cuillères. On voit donc dès le départ que la réflexion portait sur la **sécurité et la simplicité d'utilisation** », recontextualise le Pr Morel.

« Quand on parle d'accouchement instrumental, il faut distinguer les objectifs et les défis » :

- « **Objectif principal de l'accouchement instrumental** : obtenir un accouchement par voie basse en cas d'arrêt de progression, malgré des efforts expulsifs et utéro-toniques, ou encore en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF). Mais ces indications varient : tout le monde ne gère pas les efforts expulsifs de la même manière, ni la durée tolérée avant intervention. »
- « **Défis** : améliorer les issues maternelles et périnatales par rapport à la césarienne, tout en choisissant le bon instrument. »

Tendance française et internationale : plus de ventouses, moins de forceps

Que disent les pratiques en France et à l'international ? « Les recommandations du CNGOF (RPC 2008, puis 2018) préconisent la naissance instrumentale plutôt qu'une césarienne lorsque la présentation est céphalique et la dilatation complète. En France, les taux sont stables : environ 12,4 % de naissances instrumentales pour 21,4 % de césariennes selon la dernière Enquête Nationale Périnatale. L'on observe une hausse continue de la ventouse et une baisse nette des forceps, sans augmentation corrélée du taux de césariennes. La tendance est la même à l'international : plus de ventouses, moins de forceps », corrobore le Pr Morel.

Depuis 2018, le CNGOF recommande la protection périnéale et l'usage préférentiel de la ventouse

Quid des récentes recommandations ? « Depuis 2018, le CNGOF recommande la protection périnéale et l'usage préférentiel de la ventouse, pour réduire le risque de lésions. En 2021, 60 % des naissances instrumentales se faisaient à la ventouse (63,6 % dans l'étude Instrumoda). »

« Ce changement s'observe partout, mais la question demeure : faut-il abandonner totalement le forceps, ou non ? Les critères d'analyse à prendre en compte pour y répondre à cette question sont : »

- La sécurité maternelle
- La sécurité périnatale
- L'efficacité
- Le maintien des compétences
- Le choix des femmes.

« Et bien sûr, la vigilance méthodologique entre aussi en ligne de compte : il ne faut pas attribuer des complications au forceps si, en réalité, il a été utilisé après un échec de ventouse ».

En 2021, 60 % des naissances instrumentales se faisaient à la ventouse

Sécurité maternelle : plus de lésions périnéales, de douleurs post-partum, d'incontinence et de prolapsus associées à l'utilisation du forceps

« Les données sont claires : **le forceps présente un sur-risque maternel**. Les grandes cohortes, y compris la Cochrane, confirment ce point : plus de lésions périnéales, plus de douleurs post-partum, plus d'incontinence et de prolapsus surviennent à long terme après un forceps qu'après une ventouse.

Dans le détail, « selon l'étude 'Instrumoda', 11 % de lésions sévères surviennent avec le forceps, contre 9,4 % avec la spatule et 5-6 % avec la ventouse. Selon une autre étude canadienne (2013-2019, >150 000 naissances), 25 % de complications maternelles surviennent avec le forceps vs 13 % avec la ventouse ».

Sécurité maternelle : plus de lésions périnéales, de douleurs post-partum, d'incontinence et de prolapsus

« Les données sont claires : **le forceps présente un sur-risque maternel**. Les grandes cohortes, y compris la Cochrane, confirment ce point : plus de lésions périnéales, plus de douleurs post-partum, plus d'incontinence et de prolapsus à long terme surviennent après un forceps qu'après une ventouse.

Ainsi, « selon l'étude 'Instrumoda', 11 % de lésions sévères surviennent avec forceps, contre 9,4 % avec la spatule et 5-6 % avec la ventouse. Selon une autre étude canadienne (2013-2019, >150 000 naissances), 25 % de complications maternelles surviennent avec forceps vs 13 % avec ventouse ».

Sécurité périnatale : pas de sur-risque néonatal avec la ventouse

« Aucune étude ne montre de **sur-risque pour le nouveau-né avec la ventouse**. Les scores d'Apgar et les pH du sang du cordon ne diffèrent pas significativement. Les hémorragies rétinienne sont un peu plus fréquentes avec les forceps, mais sans conséquence à court terme. Quelques cas de paralysie faciale ou d'embarrure existent, surtout avec les ventouses métalliques, mais restent rares et souvent réversibles. En 2025, un avis collégial de l'ANSM et du CNGOF a confirmé ce point : pas de sur-risque néonatal avec la ventouse. »

Aspects mécaniques : le forceps augmente le périmètre céphalique

Autre point allant à l'encontre du forceps selon le Pr Morel : « ce geste augmente le périmètre céphalique d'environ 1,6 cm, limite la flexion naturelle de la tête et impose des axes de traction dépendants de la main de l'opérateur. La ventouse, elle, favorise la flexion naturelle, sans augmenter le périmètre céphalique. Pour illustrer, le Pr Morel évoque une analogie : son fils essayant de passer un pull trop serré par la tête : naturellement, ce dernier fléchit la tête, comme lors d'un accouchement spontané. La ventouse accompagne ce mouvement ; le forceps le contrarie. »

Efficacité et échecs

« On entend souvent : *'il faut continuer à pratiquer les forceps, car la ventouse échoue parfois'*.

Or, les données montrent un taux d'échec d'environ 8% concernant le forceps. La ventouse l'est un peu plus, essentiellement avec les ventouses souples. Avec les ventouses rigides, la différence devient marginale. »

Dans notre établissement, « l'équipe de Nancy a publié 172 cas d'échecs de ventouse (8,7 %). Dans près de 80 % des cas, la naissance a tout de même eu lieu avec un deuxième instrument (spatule ou forceps), sans différence sur les issues périnatales par rapport à une césarienne ».

« Surtout, à Nancy, malgré la disparition complète du forceps :

- **le taux de césariennes** a baissé de plus de 20 % à 17-18 % (14 % après 36 semaines).
- **les épisiotomies** ont presque disparu : une seule par an, symboliquement, lors de la prise de poste d'un nouveau chef de clinique. »

Qualité de pose et sécurité

La sécurité périnatale avec les forceps dépend fortement de la qualité de la pose, technique plus exigeante. À l'inverse, une ventouse peut être posée de façon moins précise *sans impact majeur* sur la sécurité.

Compétences, formation et maintien des pratiques

La question des compétences est centrale dans le choix de l'instrument. L'apprentissage est beaucoup plus rapide concernant l'utilisation de la ventouse. Il y a consensus général : la ventouse s'apprend nettement plus vite que le forceps.

Selon l'enquête AGOV (2016), 57 % des gestes réalisés par les internes étaient des ventouses, moins de 25 % étaient des forceps. Et 20 % des internes n'avaient jamais posé de forceps. La tendance s'est probablement accentuée depuis, réduisant encore l'exposition des jeunes praticiens.

Maintien des compétences en pratique réelle

Dans les maternités à faible volume d'activité (< 300 naissances), le maintien des compétences en forceps apparaît peu réaliste. Même au sein de centres plus importants, de nombreux services réduisent progressivement leur utilisation. « Le forceps ne nous manque pas du tout à Nancy : cela fait plusieurs années qu'on n'en utilise plus et personne ne les cherche », poursuit le Pr Morel.

Le choix des femmes : un angle encore peu documenté

La littérature fournit très peu de données fiables sur les préférences des patientes. Néanmoins, on observe dans la pratique quotidienne :

- une faible acceptation des risques périnéaux,
- un désintérêt pour des procédures augmentant la probabilité d'épisiotomie,
- une perception globalement plus favorable de la ventouse

Des études de meilleure qualité seraient nécessaires pour définir clairement les préférences.

En conclusion

Sur la question de la sécurité, les données disponibles penchent de façon très nette en faveur de la ventouse, tant pour la mère que pour le nouveau-né.

Les bénéfices potentiels du forceps apparaissent limités et reposent essentiellement sur un argument historique : le risque d'échec de la ventouse. Mais cet argument est discutable :

- dans les équipes entraînées, le taux de césarienne après échec n'est pas significativement augmenté,
- un échec de ventouse a des conséquences limitées,
- à l'inverse, un échec de forceps peut avoir des implications bien plus lourdes (traction forte, épisiotomie préexistante).

Enfin, les difficultés d'apprentissage et de maintien des compétences rendent l'utilisation du forceps de moins en moins réaliste dans de nombreux établissements.

En résumé :

- ✓ Sur le plan maternel : ventouse nettement plus sûre.
- ✓ Sur le plan néonatal : équilibre au mieux, voire légère supériorité ventouse selon les séries.
- ✓ Sur les compétences : apprentissage et sécurité nettement en faveur de la ventouse.
- ✓ Sur les préférences des patientes : tendance rationnelle en faveur de la ventouse.

L'avenir pourrait encore évoluer grâce à l'arrivée de nouveaux dispositifs actuellement évalués.

CONTRE : « ne pas enterrer le forceps trop vite », Dr Aude Girault

« Je vais aujourd'hui tenter de défendre un instrument que certains disent historique ou d'un autre âge, introduit le Dr Aude Girault. Un instrument à deux branches que certains ont déjà remis dans les vitrines de musées, mais qui, je vous rassure, fonctionne encore très bien : le forceps. »

"Abandonner le forceps, ça serait abandonner un savoir-faire et laisser la césarienne devenir la seule alternative", Dr Aude Girault

« Alors je vais répondre directement à la question : doit-on abandonner le forceps au profit de la ventouse ? Eh bien non, certainement pas. La question, en réalité, ce n'est pas forceps ou ventouse. La question, c'est : quelles compétences obstétricales conserver ? Si nous abandonnons le forceps, c'est une compétence obstétricale que nous perdons, au profit très souvent, non pas de la ventouse, mais de la césarienne.

Le forceps est probablement l'un des instruments les plus emblématiques de l'obstétrique. Il apparaît à la fin du XVI^e siècle avec la famille Chamberlain, une famille de chirurgiens anglais qui en a d'ailleurs gardé le secret pendant près de 100 ans. Le mot forceps vient du latin tenaille : je vous l'avoue, ce n'est pas très poétique, mais c'est quand même l'instrument qui a permis pour la première fois de sortir un enfant vivant d'un bassin dit difficile, sans césarienne et sans drame. Voici notre ancêtre obstétrical commun. Et lui, au moins, il ne relâche jamais la pression ».

Forceps ET ventouses

« Il existe différents types de forceps : les branches parallèles, croisées, ceux de Pajot, de Suzor, de Levrey, de Tarnier. Chacun a ses spécificités, mais l'idée reste la même : contrôler la tête fœtale. Le forceps une manœuvre exigeante, mais fine. En réalité, ce n'est pas tirer fort, c'est tirer juste. »

"Abandonner le forceps, ça serait abandonner un savoir-faire et laisser la césarienne devenir la seule alternative. Préserver les deux techniques, c'est préserver l'essence de notre métier : accompagner les naissances, pas seulement les extraire", Dr Aude Girault

« Techniquement, la complémentarité des approches prévaut. Alors, faut-il abandonner le forceps ? Vous l'aurez compris, certainement pas. Il ne s'agit pas de forceps ou ventouses, mais de forceps **et** ventouses selon l'indication, la présentation et surtout la compétence. Et cette compétence ne s'acquiert pas sur les cas désespérés, mais sur les cas simples. Plus nous pratiquons le forceps dans des

situations favorables, plus nous serons prêts quand il faudra l'utiliser dans des contextes difficiles ou après un échec de ventouses. »

« Abandonner le forceps, ça serait abandonner un savoir-faire et laisser la césarienne devenir la seule alternative. Préserver les deux techniques, c'est préserver l'essence de notre métier : accompagner les naissances, pas seulement les extraire. Alors non, nous n'allons pas enterrer le forceps, nous allons juste le dépoussiérer et continuer à s'en servir intelligemment. »

Plus de césariennes de deuxième stade

3En France, les accouchements instrumentaux, je suis d'accord, sont stables depuis 20 ans, mais la répartition a changé. En effet, la ventouse a pris le dessus et le forceps s'efface progressivement. Dans l'étude 'Instrumoda', qui inclut plus de 11 000 accouchements, on est aujourd'hui à 64 % de ventouses contre 22 % de forceps. Et c'est la même tendance partout, aux États-Unis, en Italie, au Canada, au Royaume-Uni. Moins de forceps, plus de ventouses. Mais contrairement à ce que l'on nous a dit, on rapporte plus de césariennes de deuxième stade, puisqu'il faut regarder les césariennes de deuxième stade. Concernant les césariennes de deuxième stade, même si l'augmentation est encore légère, c'est également le cas en France ».

« Côté forceps, les avantages sont clairs : un excellent contrôle de la tête fœtale, une réduction du temps d'extraction et donc potentiellement des meilleures issues néonatales. En revanche, il faut le reconnaître, il y a également un risque accru de lésions périnéales, des marques temporaires sur le visage du nouveau-né et des événements graves, mais heureusement devenus très rares, tels que les embarrures. Et bien sûr, quelques sueurs froides pour le jeune obstétricien qui n'en a encore jamais posé de forceps. »

« Le forceps est un instrument efficace, mais en effet exigeant. Il faut s'entraîner à connaître la présentation fœtale, le synclitisme. Il faut apprendre à examiner une femme. Il faut aussi noter que ce forceps ne présente pas de contre-indication absolue. »

« La ventouse, elle, se présente en effet comme plus moderne, plus soft. Elle est facile à utiliser, surtout pour les praticiens moins expérimentés. Elle donne de bons résultats quand les conditions sont favorables. Mais elle n'est pas exempte de limites. Plus d'échecs sont rapportés avec la ventouse, il existe donc plus de risques de

césarienne de deuxième stade qui ont d'importantes conséquences pour la mère et pour l'enfant. La ventouse est aussi associée à des extractions plus longues et donc potentiellement, même si c'est rare,) plus de risques d'asphyxie sévère, également des céphalématomes et les très rares - mais extrêmement sévères - hémorragies. »

"En clair, le forceps fait le travail et surtout, il permet de le faire vite", Dr Aude Girault

« Il faut également garder en tête que les forceps et les ventouses ne sont pas utilisés pour les mêmes indications. Le forceps est utilisé plus haut pour des fœtus plus gros, des situations plus dystociques et l'analyse est toujours faite selon le dernier instrument utilisé qui, en cas d'échec de ventouses, est systématiquement le forceps. »

Moins de dystocie des épaules et de bien meilleures issues néonatales

« Dans une première étude rétrospective américaine qui comparait 200 forceps vs 300 ventouses, nous observons, comme je vous le disais, que les forceps étaient réalisés plus haut et plus souvent pour des deuxièmes stades prolongés. Le forceps est en effet associé à un nombre augmenté de lésions périnéales et dans le groupe ventouses, plus de céphalématomes. Mais de meilleures issues néonatales sont rapportées avec le forceps. »

« Dans une seconde étude américaine qui comparait plus de 2000 forceps vs 2000 ventouses, nous observons encore une fois que les forceps étaient réalisés plus haut et plus souvent chez des nullipares. Et même après, justement, nous observons plus de lésions périnéales avec le forceps, mais moins de dystocie des épaules et de bien meilleures issues néonatales. »

« En clair, le forceps fait le travail et surtout, il permet de le faire vite. Maintenant, intéressons-nous à une étude prospective et française qui compare forceps et spatule versus ventouse, avec un critère de jugement principal immédiat, maternel et néonatal, et un critère de jugement secondaire périnéal à six mois.

Malheureusement, encore une fois, nous analysons en fonction du dernier instrument utilisé. Mais cette fois, les analyses sont ajustées sur la hauteur de la présentation, l'expérience de l'opérateur et l'indication. Et les auteurs ont également utilisé un score de propension qui permet de se rapprocher d'un essai contrôlé randomisé, même si une part de confusion persiste probablement. Lorsqu'on observe la population d'études, nous confirmons le biais d'indication. Le forceps est plus souvent

utilisé chez des nullipares, des fœtus suspects d'être macrosomes après un deuxième stade prolongé dans des présentations postérieures et plus hautes. On voit en analyse univariée que le forceps est plus dangereux pour la mère, mais également pour l'enfant. »

« Je vous présente la même analyse qu'Olivier, que vous connaissez maintenant, une méta-analyse publiée en 2021, composés d'essais randomisés très anciens. Cette dernière incluait plus de 3 100 femmes. Et comparait tout type de forceps à tout type de ventouses. Les résultats montrent que le succès de l'extraction est vraiment meilleur quand on utilise un forceps, avec un risque d'échec diminué de moitié. Sur le plan néonatal, les résultats sont toujours aussi parlants. Moins de céphalématome, moins d'hémorragies rétiniennes, moins d'ictères. Je ne sais pas ce que préfèrent les femmes, je suis d'accord. »

« En résumé, les données de littérature ne condamnent pas le forceps. Elles montrent simplement qu'il s'agit d'un instrument plus exigeant, mais aussi plus efficace et plus prévisible lorsqu'il est bien maîtrisé. Le problème de la ventouse, c'est quand même son risque d'échec. Et quand elle échoue, la suite, c'est soit une césarienne de deuxième stade, avec tout ce que cela implique, soit un forceps. Donc il faut savoir maîtriser cet instrument ».

« Je pense que l'avenir l'obstétrique, ce n'est pas une seule technique. Cette science repose sur la complémentarité des approches. »

En conclusion

- L'usage du forceps diminue au profit de la ventouse, mais surtout au profit de la césarienne de deuxième stade, dont la fréquence augmente légèrement. Or, limiter les techniques d'extraction instrumentale à la seule ventouse conduit à plus d'échecs et donc à davantage de césariennes, lourdes de conséquences pour la mère et l'enfant.
- Ses avantages : extraction rapide, meilleure efficacité, très bon contrôle, bonnes issues néonatales.
- Ses inconvénients : risque accru de lésions périnéales, marques temporaires, événements graves rares.
- Les données scientifiques ne condamnent pas le forceps : elles soulignent surtout l'importance de la formation, de la pratique régulière et du choix

judicieux de l'instrument.

- Préserver le forceps, c'est éviter des césariennes inutiles et garantir une meilleure sécurité materno-fœtale.
- La ventouse ne remplace pas le forceps : les deux répondent à des indications différentes.

Congrès de la Société Française de Médecine Périnatale, 15 au 17 octobre 2025,
Rennes

Source URL :

<https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/006726-controverse-ou-contre-pratique-forceps>

Publié le : 13 nov 2025

Projet de naissance : quel impact sur l'accouchement ?

Laura BOURGAULT, Nantes

Dans quelle mesure la rédaction d'un projet de naissance va-t-il influencer les pratiques, les interventions et les issues périnatales ? Une question à laquelle a répondu Marianne Jacques (Inserm) à l'occasion du Congrès de la Société Française de Médecine Périnatale organisé du 15 au 17 octobre 2025 à Rennes.

Marianne Jacques (1,2), Agathe Valin(1), Camille Le Ray (1,3), Anne Chantry (1,4)

Dans leur projet de naissance (PDN), chaque femme peut renseigner ses propres souhaits et aspirations sur les modalités d'accouchement. Chacune a ses volontés, sa projection plus ou moins précise dans ce moment si particulier qu'est l'arrivée d'un enfant. Ce document écrit va contenir différents points concernant le travail, la naissance et la période postnatale.

Pour évaluer l'impact de ces PDN en salles de naissance à l'échelle nationale, Marine Jacques (1) a étudié le dossier des femmes incluses dans l'ENP 2021, éligibles à la voie basse et ayant accouché à terme en France métropolitaine. Des entretiens sont venus compléter les données. Quels items du PDN ont particulièrement retenu l'attention des patientes ?

- **Les pratiques du travail et de la naissance** (boisson/alimentation pendant le travail, position à l'expulsion, peau à peau)
- **Les interventions médicales** (analgésie péridurale, oxytocine, épisiotomie)
- **Les issues périnatales** (accouchement opératoire, hémorragie post-partum (HPP) sévère, morbidité néonatale)

Résultat, 11,2% des 9 138 femmes inclus avaient rédigé leur PDN. Les femmes qui avaient rédigé un PDN avaient plus tendance à bénéficier d'intentions sur les demandes suivantes : boire/manger pendant le travail, adopter une position alternative pour l'expulsion, faire du peau à peau. De la même façon, les futures mamans ayant rédigé un PDN étaient moins nombreuses à mettre sous analgésie péridurale.

En revanche, aucun lien significatif n'a été mis en avant concernant la rédaction d'un PDN et l'utilisation d'oxytocine, la pratique d'épisiotomie, le recours à la césarienne, l'HPP sévère ou la morbidité néonatale.

Conclusion

La rédaction d'un PDN est associée à des pratiques plus souvent conformes aux souhaits des femmes, sans modification des interventions médicales ou issues périnatales. Audelà de la rédaction d'un PDN, les effets sont renforcés quand les préférences sont précisément formulées.

1. Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics (CRESS), Obstetric, Perinatal, Paediatric Life Course Epidemiology Research Team (OPPLe), Paris, France.
2. Nantes Université, CHU Nantes, INSERM, UIC 1413 Femme-Enfant-Adolescent, Nantes, France.
3. Maternité Port Royal, Hôpital Cochin Port Royal, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Paris Cité, Paris, France.
4. Département Universitaire de Maïeutique, Université Paris Cité, Paris, France * Auteur principal

Congrès de la Société Française de Médecine Périnatale, 15 au 17 octobre 2025,
Rennes

Source URL :

<https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/006725-projet-naissance-quel-impact-sur-laccouchement>

Publié le : 18 nov 2025

Accouchement instrumental et non-recueil du consentement

Laura BOURGAULT, Nantes

À quelle fréquence le consentement n'est-il pas recueilli dans le cadre d'un accouchement instrumental ? Et quels sont les facteurs associés à ces situations ? Faisons le point à l'occasion du Congrès de la Société Française de Médecine Périnatale organisé du 15 au 17 octobre 2025 à Rennes.

Marianne Jacques (1,2)), Siegfried Nebel (1), Bertrand Gachon (3), Camille Le Ray (1,4)

En France, 16% des accouchements par voie basse sont réalisées à l'aide d'instruments. « Une intervention potentiellement source de troubles psychiques ou somatiques postpartum », rappelle Marianne Jacques, sage-femme et doctorante en santé publique à l'Inserm. Mais à quelle fréquence ces situations relevant parfois de l'urgence, ne sont pas associées à un recueil du consentement ?

Pour le savoir, l'équipe de Marianne Jacques a procédé à une analyse secondaire de la cohorte INSTRUMODA. Résultat, « parmi les 2649 femmes analysées, 17,7% (n=468) ont déclaré que leur consentement pour la réalisation d'une VBI n'avait pas été recherché ». Et quels facteurs étaient particulièrement liés à une absence de recueil de consentement de la patiente ? L'origine extra-européenne de la femme, l'absence de rédaction d'un projet de naissance, l'utilisation de spatules et des anomalies du rythme cardiaque fœtal comme indication de la VBI.

Aucun lien entre la qualification de l'opérateur et l'absence de recueil de consentement n'a été retrouvé.

Conclusion

« Les facteurs associés identifiés indiquent l'importance d'être vigilants aux soins différenciés et d'encourager la rédaction d'un projet de naissance. Les situations d'urgence à risque fœtal ne dispensent pas du recueil du consentement de la femme. Les disparités entre maternités soulignent l'importance de développer des politiques de service favorisant la décision partagée au sein de chaque établissement. »

1. CRESS - OPPaLE (Inserm, Université Paris Cité)

2. CIC Nantes

3. Clinique Bouchard Marseille

4. AP-HP

Congrès de la Société Française de Médecine Périnatale, 15 au 17 octobre 2025,
Rennes

Source URL :

<https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/006732-accouchement-instrumental-non-recueil-consentement>

DOULEUR

Publié le : 18 nov 2025

Douleurs génito-pelviennes résistantes : fréquence et facteurs de risque à 2 mois de l'accouchement

Laura BOURGAULT, Nantes

À quelle fréquence les femmes éprouvent-elles des douleurs génito-pelviennes 2 mois après leur accouchement par voie basse ?

Clara Rollet, Anne Chantry, Marie Viaud, Nathalie Lelong, Camille Le Ray, Marie-Pierre Bonnet

INSERM U1153, CRESS, Equipe OPPaLE

En France, la douleur persistante après un accouchement voie basse est un phénomène peu étudié. Les données sont en effet très limitées sur ce sujet. Pour avoir plus de connaissances en la matière, l'équipe de Clara Rollet, sage-femme à la maternité Port-Royal (hôpital Cochin, Paris), s'est plongée dans les données de l'ENP 2021 pour répondre à cette question.

Déchirure du 1er/2e degré, épisiotomie ou LOSA

Premier point observé, la fréquence de ces douleurs persistantes, « estimée globalement et selon la gravité de la lésion périnéale », souligne Clara Rollet. Résultat, « parmi les 5802 femmes incluses, 12,8% rapportaient une douleur génito-pelvienne persistante à deux mois. Cette fréquence variait de 5,9% en cas de périnée intact à 38,9% en cas de lésion obstétricale du sphincter anal (LOSA) ». Dans le détail, « comparées aux femmes avec périnée intact, la douleur était significativement plus fréquente en cas de déchirure du 1er/2e degré, épisiotomie ou LOSA », poursuit Clara Rollet.

Et quels sont les autres facteurs de risque de cette douleur lorsqu'elles persistent 2 mois après l'accouchement par voie basse ? Les autres facteurs de risque « comprenaient l'origine maternelle africaine, la primiparité, un mauvais état psychologique pendant la grossesse, un accouchement instrumental, un mauvais vécu de l'accouchement et une insatisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur en maternité »

Conclusion

« Une femme sur dix souffre de douleur génito-pelvienne persistante à deux mois d'un accouchement voie basse. La prévention des lésions périnéales, notamment de l'épisiotomie, ainsi qu'une prise en charge adéquate de la douleur en maternité représentent des pistes de prévention. »

Congrès de la Société Française de Médecine Périnatale, 15 au 17 octobre 2025, Rennes

Source URL :

<https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/006733-douleurs-genito-pelviennes-resistantes-frequence-facteurs-risque-2-mois>

Publié le : 08 jan 2026

Grossesse et addiction au tramadol

Laura Bourgault, Nantes, d'après la communication de Jean-Baptiste DE MEEÛS, Moulins sur Yzeure - Emmanuelle PEYRET, Paris - Corinne CHANAL, Montpellier - Cécile BOSCHER, Nantes

Opioïde le plus prescrit en France, le tramadol est majoritairement consommé par les femmes. Quid des indications pendant la grossesse ? Quel repérage de la dépendance, quelle prévention pour limiter l'addiction et quelles prises en charge sont aujourd'hui proposées aux femmes ?

Pour des raisons de fluidité dans la lecture, le terme sage-femme est rédigé au féminin. Pour autant nos contenus s'adressent autant aux sages-femmes hommes que femmes.

Cette présentation portée par le GEGA s'inscrit dans cette logique de croisement des regards médicaux, psychiatriques et pédiatriques.

A noter que le GEGA (Groupe d'Études Grossesse et Addictions) est une association créée en 2000 par le Pr Claude Lejeune, pédiatre néonatalogiste à l'AP-HP. Elle vise à réunir les professionnels du champ de la périnatalité et de l'addictologie (sages-femmes, obstétriciens et obstétriciennes, anesthésistes, pédiatres, addictologues, psychiatres, travailleurs sociaux, etc.), répartis sur l'ensemble du territoire français.

En quelques mots, voici ce que promet le GEGA :

- une approche pluridisciplinaire
- des sessions de formation régulières
- des outils cliniques : autoquestionnaire /vulnérabilités concernant l'addiction, guide de lecture
- un DIU Périnatalité et addiction
- la création de réseaux de soins coordonnés

Données pharmacologiques et addictologiques

Antalgique opioïde de palier 2, dérivé synthétique de la codéine, le tramadol a une demi-vie de 6 à 9 heures. Il contient des métabolites actifs. Son action opioïde est associée à un effet noradrénergique et sérotoninergique

Le tramadol engendre un fort potentiel de dépendance, d'abus et de mésusage, avec un risque de surdose. Le mésusage est favorisé par la sous-estimation des risques, tant par les patients que par les professionnels.

Quelle consommation d'opioïdes en France ?

En population générale, les opioïdes faibles représentent environ 20 % de la consommation d'antalgiques en France. Dans l'hexagone, le tramadol est l'opioïde le plus prescrit, avec une augmentation de près de 70 % entre 2006 et 2017. Les femmes sont majoritaires parmi les utilisatrices.

A noter que les signalements de mésusage du tramadol ont doublé depuis 2017. Autre donnée, environ 39 % des usagers de tramadol présentent des pratiques de mésusage.

Et à l'échelle internationale ? Les données nord-américaines montrent une forte augmentation de la prescription d'opioïdes pendant la grossesse, associée à une hausse majeure du syndrome de sevrage néonatal (SSN) et de la mortalité maternelle liée aux substances. Ainsi, une large étude internationale (20,3 millions de grossesses observées dans 13 pays) met en évidence :

- une grande hétérogénéité des pratiques selon les pays,
- une diminution dans certains pays (Canada, États-Unis, Scandinavie)
- une augmentation dans d'autres (Royaume-Uni, Norvège, Nouvelle-Zélande)
- une exposition plus fréquente chez les femmes en situation de vulnérabilité sociale.

Grossesse, addiction et vulnérabilités psychiques

Comment repérer une addiction chez une patiente ? En se basant sur les trois critères diagnostics :

- l'incapacité répétée à contrôler un comportement

- la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives
- une fonction de « pansement psychique », visant à soulager un inconfort émotionnel

Et quels sont les facteurs de risques qui exposent particulièrement à l'addiction :

- des facteurs génétiques
- des facteurs environnementaux : traumatismes, abus, précarité
- une exposition iatrogène aux opioïdes

A noter que la grossesse constitue une période de vulnérabilité accrue, mais aussi une opportunité d'intervention thérapeutique.

Comment dépister des troubles de l'usage d'opioïdes ?

Deux outils sont particulièrement mis en avant :

- le POMI (Prescription Opioid Misuse Index), soit le dépistage du mésusage chez les patients traités par opioïdes
- l'ORT (Opioid Risk Tool), soit l'évaluation du risque de développer un trouble de l'usage.

Et que nous traduisent ces scores ?

- un score POMI < 2 traduit une absence d'addiction : la prise en charge s'effectue en algologie, avec un adaptation du traitement
- un score POMI \geq 2 traduit un mésusage probable : la patiente sera orientée vers une prise en charge addictologique

Cas cliniques

Cas n°1 - Usage thérapeutique sans addiction

Pour une femme enceinte sous tramadol depuis plusieurs années pour douleurs chroniques, sans mésusage avéré, la conduite à tenir va être celle d'un arrêt progressif du tramadol, et un relais mis en place par un traitement alternatif, associé bien sûr à une surveillance des signes de sevrage.

Cas n°2 - Addiction sévère au tramadol

Une jeune femme enceinte consommant des doses très élevées de tramadol, avec perte de contrôle, des achats illégaux et la survenue de complications telles que des chutes et suspicion de crises convulsives. Le soignant mettra en place un traitement de substitution aux opioïdes (TSO) par buprénorphine ainsi qu'un accompagnement addictologique et périnatal coordonné.

Cas n°3 - Addiction reconnue mais refus du TSO

Une patiente consciente de son addiction au tramadol qui a enclenché une diminution partielle de ses prises, et qui a refusé initialement la substitution. Le suivi thérapeutique consistera en la diminution progressive, un accompagnement psychologique, des échanges sur les implications néonatales et un encouragement à l'allaitement.

Prise en charge néonatale : focus sur le syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage néonatal aux opioïdes peut apparaître après 48-72 heures de vie. Les signes chez le nouveau-né concernent :

- le système nerveux : irritabilité, hypertonie, trémulations
- le système digestif : vomissements, diarrhée, troubles de l'alimentation
- le système autonome : fièvre, troubles respiratoires
- le sommeil et la régulation émotionnelle

L'évaluation du syndrome de sevrage néonatal repose sur des scores précis (Finnegan, Finnegan simplifié, Lipsitz).

La prise en charge du syndrome de sevrage néonatal privilégie :

- les soins non pharmacologiques, en se concentrant sur l'approche « manger-dormir-consoler », des soins de développement et la présence parentale
- le recours à la morphine uniquement en cas de signes sévères persistants.

Les données présentées montrent une réduction majeure du recours aux traitements médicamenteux grâce à une prise en charge centrée sur les soins de développement et l'unité mère-enfant.

L'allaitement est-il possible sous opioïdes ?

Sous buprénorphine (TSO), le passage dans le lait maternel est très faible (~1 % de la dose maternelle). L'allaitement est autorisé et encouragé en l'absence de consommation associée à risque.

Sous tramadol, l'allaitement est possible dans les 4 premiers jours du post-partum à faible dose. Au-delà, l'allaitement est déconseillé en cas de traitement prolongé, en raison du risque d'accumulation chez le nourrisson.

Quelle prévention en pratique ?

Quels sont les messages clés que le professionnel peut faire passer pour prévenir ces risques d'abus, d'entrer dans l'addiction et de syndrome de sevrage néonatal ?

- Interroger systématiquement les femmes enceintes sur leurs consommations d'antalgiques
- Éviter les prescriptions d'opioïdes chez les personnes à risque
- Repérer les vulnérabilités sans jugement
- Travailler en réseau coordonné : algologie, addictologie, obstétrique, pédiatrie
- Valoriser les progrès, même partiels, et renforcer l'alliance thérapeutique.

Conclusion

Le tramadol, longtemps perçu comme un opioïde « faible », représente un enjeu majeur de santé publique en périnatalité. La grossesse impose une approche individualisée, pluridisciplinaire et bienveillante, centrée sur la mère, l'enfant et leur lien, avec un accent fort sur la prévention, le dépistage précoce et les soins de développement.

Congrès de la Société Française de Médecine Périnatale, 15 au 17 octobre 2025, Rennes

Source URL :

<https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/006745-grossesse-addiction-tramadol>

Publié le : 08 jan 2026

L'hypnose au sein de la pratique des sages-femmes : quels bénéfices les patientes et pour les professionnelles ?

Laura Bourgault, Nantes, d'après la communication des anesthésistes-réanimateurs Dr Franck Bernard (Rennes), Dr Hervé Musellec (Rennes), Dr Agnès Rigouzzo (Paris)

L'hypnose est aujourd'hui reconnue comme un véritable outil thérapeutique, reposant sur des bases neurophysiologiques solides. En périnatalité et en anesthésie, elle s'inscrit pleinement dans une prise en charge multimodale de la douleur, de l'anxiété et de l'expérience de soin. Voici un point complet et actualisé des données neuroscientifiques sur les mécanismes d'action de l'hypnose et ses applications cliniques dans le contexte obstétrical.

Pour des raisons de fluidité dans la lecture, le terme sage-femme est rédigé au féminin. Pour autant nos contenus s'adressent autant aux sages-femmes hommes que femmes.

Pour commencer, un peu d'histoire. L'hypnose moderne trouve ses fondements scientifiques à partir de la seconde moitié du XX^e siècle. Dès 1949, les études électroencéphalographiques (EEG) montrent que le sujet hypnotisé n'est ni endormi ni dans un état de coma, mais bien éveillé, avec une activité cérébrale spécifique.

Il faudra attendre les années 1990 pour que les études en TEP-scan et en IRM fonctionnelle (notamment les travaux de Rainville, Faymonville, Marquet et Vanhaudenhuyse) démontrent des modifications reproductibles du fonctionnement cérébral sous hypnose. Ces travaux confirment que l'hypnose correspond à un état de conscience particulier, distinct du sommeil et de la simple relaxation.

Pratique de l'hypnose en périnatalité

Le rôle clé de l'ocytocine

Cette pratique thérapeutique reconnue comme soin non médicamenteux repose sur un état de conscience modifié et une communication spécifique entre le soignant et le patient. Elle peut être utilisée en obstétrique, à différentes étapes du parcours périnatal, notamment pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, avec des effets démontrés sur la douleur, l'anxiété et l'expérience globale de la naissance. Ces bénéfices sont étroitement liés à la sécrétion d'ocytocine, hormone clé du travail obstétrical, mais aussi hormone de la relation, de la confiance et de la suggestibilité. Les effets neurobiologiques de l'ocytocine (modulation de l'amygdale, de la saillance, baisse du cortisol) entrent en synergie avec les processus hypnotiques.

Du vécu de l'accouchement à la suite de couches

Lorsque la patiente pratique l'hypnose lors de sa préparation à l'accouchement, son vécu subjectif de l'accouchement, sa perception de contrôle, sa modulation du stress objectivée par des variations du cortisol salivaire, sont améliorés. Ainsi, l'intérêt majeur de l'hypnose en préparation à la naissance ne réside pas tant dans la diminution des interventions que dans l'amélioration de l'expérience globale. Des revues récentes le prouvent.

Pendant l'accouchement, des méta-analyses soulignent même que l'hypnose améliore les résultats en matière d'anxiété et de gestion de la douleur pendant les procédures invasives. Dès les premiers contacts (pose de perfusion, monitoring, installation), la sage-femme formée à l'hypnose peut en effet induire un repérage sensoriel de sécurité : voix calme, choix illusoire, attention portée à l'environnement rassurant. Des métaphores, des repères corporels associés à des suggestions adaptées permettent de réduire véritablement la perception douloureuse et d'améliorer la coopération, ce qui est susceptible de se traduire par une meilleure satisfaction des patientes.

En suites de couches et en salle de réveil après une césarienne, l'approche hypnotique favorise :

- une évaluation positive du vécu
- une analgésie adaptée
- la reprise précoce de l'alimentation et de la mobilisation
- le lien mère-enfant (peau à peau, allaitement)

L'hypnose réduit la consommation d'antalgiques

Plusieurs travaux récents suggèrent également que l'hypnose peut réduire l'usage de médicaments analgésiques dans le contexte de procédures médicales aiguës. Une méta-analyse publiée en 2025 montre précisément que l'utilisation de l'hypnose est associée à une diminution significative de la douleur aiguë et de la consommation d'opioïdes (évaluée en équivalents morphine) par rapport aux soins standards.

Une revue systématique antérieure souligne elle aussi qu'une réduction de la consommation d'antalgiques a été observée chez des patients subissant des techniques d'hypnoanalgésie lors de procédures invasives, bien que l'effet soit variable selon les études.

Ces résultats renforcent l'intérêt d'étudier plus précisément l'impact de l'hypnose sur les consommations médicamenteuses dans les soins obstétricaux, notamment lors du travail et du post-partum, où une diminution des antalgiques pourrait réduire les effets secondaires et améliorer l'expérience de naissance.

Mécanismes d'action de l'hypnose

Un mécanisme central de l'efficacité clinique de l'hypnose est la dissociation. Celle-ci correspond à une fragmentation temporaire et contrôlée de la conscience, permettant au patient de vivre certaines expériences (douleur, émotions, souvenirs) « comme à distance ». Sur le plan clinique, la dissociation est en conséquence particulièrement utile en situation aiguë ou invasive, en permettant une distanciation vis-à-vis de l'expérience douloureuse ou anxiogène.

Le travail en hypnose repose sur deux leviers complémentaires :

- Favoriser l'état hypnotique
- Utiliser des suggestions adaptées aux objectifs de soin (analgésie, confort, relaxation...)

Cette technique modifie, de façon provoquée et contrôlée, l'interconnectivité entre les trois grands réseaux cérébraux associés à la conscience :

- **Le réseau de la saillance**, impliqué dans l'attention, les émotions et la focalisation

- **Le réseau du mode par défaut**, associé à la perception de soi, à l'imaginaire et à la conscience autobiographique
- **Le réseau exécutif central**, responsable du discernement, de l'esprit critique et de la prise de décision

Grâce à des procédés linguistiques, relationnels, de focalisation attentionnelle et de dissociation, la sage-femme qualifiée en hypnose va entraîner chez la patiente :

- une focalisation attentionnelle accrue
- une diminution de l'activité du réseau du mode par défaut
- une augmentation de la suggestibilité
- une modulation des perceptions sensorielles et émotionnelles.

Quid de l'effet placebo de l'hypnose ?

L'effet placebo a longtemps été questionné dans le domaine de l'hypnose. Or cette technique s'intègre dans une analgésie polymodale, agissant simultanément sur les dimensions sensori-discriminative, émotionnelle, cognitive et relationnelle de la douleur. Ainsi, les données actuelles permettent de trancher clairement. Les méta-analyses montrent que :

- la réduction moyenne de la douleur est d'environ 35 % avec un placebo, contre 50 % avec l'hypnose
- l'analgésie hypnotique n'est pas antagonisée par les anti-endorphines, contrairement au placebo
- l'hypnose permet une abolition du réflexe de retrait chez environ 70 % des sujets
- les profils d'activation cérébrale en IRM sont distincts entre hypnose et placebo

Ce que vivent les sages-femmes formées à l'hypnose

Si les bénéfices pour les patientes sont largement documentés, les effets de l'hypnose sur les professionnelles de santé restent peu décrits. Peu d'études se sont intéressées à l'impact d'une formation à l'hypnose sur les sages-femmes elles-mêmes.

Une étude qualitative a donc été menée en 2021 afin d'explorer les effets professionnels et personnels d'une telle formation. Ce travail a consisté à recueillir le vécu et les perceptions des sages-femmes formées à l'hypnose, à explorer les

retentissements professionnels et personnels de cette formation.

Cette collecte d'informations a été faite par entretiens semi-directifs, auprès de neuf sages-femmes hospitalières exerçant aux Hôpitaux Drôme Nord (Romans-sur-Isère), recrutées sur la base du volontariat. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement. Les thèmes principaux portaient sur les impacts professionnels (soins, relation de soin, travail en équipe) et personnels (bien-être, posture professionnelle, vie personnelle).

Les résultats mettent en évidence une amélioration de la relation de soin, de la communication soignant-soignée, de la gestion de la douleur et du stress, ainsi qu'un bénéfice sur le bien-être personnel des sages-femmes. Les sages-femmes occupent une place centrale dans l'accompagnement des femmes et des couples, dans un contexte à la fois émotionnellement intense et médicalement exigeant. Leur exposition au stress, à la douleur des patientes et à la responsabilité médico-légale est importante. Dans ce contexte, l'hypnose pourrait représenter un outil à la fois thérapeutique et protecteur pour les professionnelles. Ces éléments plaident en faveur de l'intégration de l'hypnose dans la formation initiale et continue des sages-femmes.

Impacts sur la pratique professionnelle

Un outil supplémentaire dans les soins techniques

Dans le détail, les sages-femmes interrogées dans cette étude utilisent l'hypnose lors de nombreux gestes invasifs (pose de cathéter, péridurale, césarienne, sutures, pose de dispositif intra-utérin, rééducation périnéale). L'hypnose permet de réduire la douleur, l'anxiété et les réactions de phobie, facilitant la réalisation des soins et améliorant le confort des patientes. Elle peut aussi participer à la réduction de l'impact traumatique potentiel de certaines situations obstétricales.

Accompagnement de l'accouchement

Cette technique est utilisée pendant le travail pour aider à la gestion des contractions, favoriser le relâchement et parfois accompagner la dilatation cervicale et les efforts expulsifs. Les sages-femmes décrivent une diminution du stress maternel et une meilleure coopération des parturientes.

Soutien psychologique pendant la grossesse et le post-partum

En hospitalisation ou en suites de couches, l'hypnose est utilisée comme outil de relaxation, d'aide au sommeil et de prise en charge de l'anxiété, notamment après des vécus obstétricaux difficiles.

Amélioration de la relation soignant-soignée

Une communication plus consciente

La formation à l'hypnose modifie la communication des sages-femmes : attention accrue au choix des mots, au ton de la voix, au langage non verbal et aux réactions des patientes. Les professionnelles prennent conscience de la iatrogénie verbale et adaptent leur discours afin de limiter les suggestions négatives.

D'ailleurs, il existe aussi une forme d'hypnose invisible. Une communication inadaptée, anxiogène ou négative peut en effet induire une hypnose négative, augmentant douleur, anxiété et effets indésirables (nausées, vomissements, mauvaise mémorisation). Les études récentes soulignent l'impact majeur des mots et de la relation dans l'expérience du soin.

Une posture centrée sur la patiente

L'hypnose favorise une communication plus respectueuse (écoute plus fine, observation attentive), un accompagnement individualisé et une meilleure prise en compte de la vulnérabilité des patients. Les sages-femmes décrivent une relation de soin plus humaine, plus contenante et plus sécurisante.

Hypnose et prévention du burn-out chez les soignants

Impacts sur le bien-être personnel

Les participantes à cette étude rapportent un bénéfice personnel important : meilleure gestion du stress professionnel, sentiment d'efficacité, apaisement émotionnel et répercussions positives dans la vie personnelle, notamment dans la communication familiale. Certaines évoquent une posture professionnelle plus sereine et une meilleure protection face à l'épuisement.

Discussion

Les résultats de cette étude sont cohérents avec la littérature existante sur l'hypnose médicale. Ils confirment son intérêt non seulement comme outil thérapeutique pour

les patientes, mais aussi comme ressource pour les soignantes.

Les limites de cette étude résident dans le faible effectif et le caractère monocentrique, ne permettant pas une généralisation des résultats. Néanmoins, la richesse des témoignages souligne la pertinence de poursuivre les recherches sur ce sujet. Les résultats de cette étude qualitative invitent à approfondir scientifiquement plusieurs aspects prometteurs de l'intégration de l'hypnose dans les soins périnataux et plus largement en milieu hospitalier.

D'autres études démontrent elle aussi une amélioration significative des scores de burnout après formation, soulignant ainsi l'intérêt de l'hypnose non seulement pour les patients, mais aussi pour les équipes. Le bien-être des professionnels de santé est en effet une problématique essentielle, particulièrement dans les services à haute intensité émotionnelle. Ainsi, une étude française conduite auprès de 1 850 soignants formés à l'hypnose, menée entre 2014 et 2018 puis publiée en 2021, a démontré une amélioration significative des trois dimensions du burn-out (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et sentiment d'accomplissement personnel) après une formation à l'hypnose, suggérant un effet protecteur contre l'épuisement professionnel.

Des collectes de données plus récentes, bien qu'encore en grande partie issues de rapports de formation, confirment une tendance comparable : après une formation prolongée, les soignants rapportent une diminution de l'épuisement et de la dépersonnalisation, ainsi qu'une augmentation de la satisfaction professionnelle.

Ces résultats plaident pour des études longitudinales contrôlées visant à documenter l'impact de l'hypnose (et de l'autohypnose) sur le burn-out et le bien-être des équipes soignantes dans différents contextes de soins.

Conclusion

La littérature récente (2021-2025) converge précisément vers l'intérêt de l'hypnose comme intervention complémentaire :

- Réduction de la consommation d'antalgiques, notamment dans les prises en charge de douleur aiguë
- Amélioration probable de la satisfaction des patientes, via une meilleure gestion de la douleur et de l'anxiété
- Prévention des traumatismes psychiques

- Renforcement du travail d'équipe et de la cohérence émotionnelle des soignants
- Effets positifs sur les indicateurs de burn-out et de bien-être des soignants après formation à l'hypnose

L'hypnose ne doit plus être envisagée comme une technique marginale ou alternative, mais comme un outil thérapeutique à part entière, fondé sur des données neurobiologiques robustes. La formation à l'hypnose médicale apparaît comme un levier pertinent pour améliorer la pratique professionnelle des sages-femmes et leur bien-être personnel. Elle favorise une meilleure prise en charge de la douleur et de l'anxiété des patientes, tout en renforçant la qualité de la relation de soin et la sérénité des professionnelles, tout en respectant les exigences de sécurité. Former les soignants à l'hypnose, c'est redonner une place centrale à l'humain dans un système de santé de plus en plus technicisé.

Des essais cliniques multicentriques, des mesures quantitatives standardisées et des indicateurs de satisfaction validés constitueraient des développements méthodologiques futurs essentiels dans le champ obstétrical et des soins périnataux. Objectifs: renforcer ces conclusions, favoriser l'intégration de l'hypnose dans la formation initiale et continue ainsi que dans la pratique clinique des sages-femmes. Et plus largement des professionnels de la santé périnatale.

- Congrès de la Société Française de Médecine Périnatale, 15 au 17 octobre 2025, Rennes
- Lucile Knopf. L'hypnose au sein de la profession de sage-femme : enquête sur les impacts professionnels et personnels d'une formation à l'hypnose. HAL Id: dumas-03326574. En ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03326574v1>

Source URL :

<https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/006746-lhypnose-sein-pratique-sages-femmes-quels-benefices-patientes>

Deux mois après un accouchement avec déclenchement du travail, une femme sur dix a un trouble de stress post-traumatique

Une femme sur dix, ayant été déclenchée et ayant accouché par voie basse, présente un profil de stress post-traumatique deux mois après son accouchement, selon une étude présentée au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Rennes.



Même en l'absence de complication majeure, un stress post-traumatique peut survenir. *Artfoliophoto / iStock / Getty Images Plus / via Getty Images*

Un trouble de stress post-traumatique peut survenir après un vécu complexe de la grossesse ou de l'accouchement, **même si aucun incident majeur ni complication n'a été perçu par les soignants**, a rappelé Alizée Froeliger du CHU de Bordeaux. Le déclenchement du travail est une intervention fréquente (plus d'un quart des accouchements en 2021) qui

est possiblement associée à une altération de la santé mentale maternelle après l'accouchement.

Dans une précédente analyse secondaire de l'essai TRAAP1, conçu pour évaluer l'acide tranexamique en prévention de l'hémorragie du post-partum dans 15 maternités françaises, Alizée Froeliger et ses collègues avaient établi qu'une femme sur 20, à risque obstétrical normal, ayant une grossesse monofœtale, avec tentative d'accouchement par voie basse après 35 semaines d'aménorrhée, présentait un profil d'état de stress post-traumatique deux mois après son accouchement.

Ils se sont cette fois intéressés à une sous-cohorte incluant **exclusivement les accouchements par voie basse après déclenchement du travail**, soit 794 participantes (20,4%) sur les 3.891 incluses dans l'essai initial. L'évaluation psychologique à deux mois post-partum était une analyse secondaire préspecifiée dans la conception de l'étude.

Deux auto-questionnaires psychométriques évaluant les symptômes du trouble de stress post-traumatique (IES-R et TES) ont été soumis deux mois après l'accouchement. La présence de tels symptômes était définie par un score IES-R ≥ 22 et la présence de critères symptômes de l'échelle TES.

Sur les 794 patientes ayant eu un déclenchement du travail, 560 (70,5%) ont rempli les questionnaires.

La prévalence corrigée de symptômes de trouble de stress post-traumatique était de 10,6%, après application d'une pondération inverse pour corriger le biais de non-réponse.

Plusieurs facteurs associés à un plus grand risque de trouble de stress post-traumatique ont été identifiés : un pays de naissance maternelle hors Europe (*odds ratio* [OR] = 2,6 en cas de naissance en Afrique du Nord ; 3,3 en Afrique subsaharienne), des antécédents psychiatriques (OR = 3,0), une indication fœtale de déclenchement (OR = 2,6), la maturation cervicale (OR = 1,9), une hémorragie du post-partum ≥ 1.000 mL (OR = 4,9) et le fait d'avoir un mauvais souvenir de l'accouchement à J2 (OR = 3,5).

"Les retombées de ce travail sont d'informer les soignants de la prévalence relativement importante des symptômes de stress après des événements obstétricaux que l'on peut considérer parfois comme non sévères", l'accouchement par voie basse après

déclenchement étant considéré comme un succès du point de vue du soignant, a commenté la chercheuse.

Des sous-groupes de femmes à risque ont aussi été identifiés : outre certains facteurs de vulnérabilité, **des facteurs obstétricaux liés au déclenchement** (une indication foetale de déclenchement, la maturation cervicale, une hémorragie du post-partum sévère) **peuvent augmenter ce risque**, a-t-elle résumé.

Cela peut aider les soignants à identifier les femmes à risque qui pourraient bénéficier d'un **dépistage** et d'une **intervention précoce en post-partum**, a-t-elle conclu.

D'après une dépêche publiée dans APMnews le 23 octobre 2025.

LA SFMP, CARREFOUR DES ECHANGES INTERDISCIPLINAIRES

Laura BOURGAULT, Nantes

Les journées nationales de la Société française de médecine périnatale (SFMP) se sont tenues en 2025, du 14 au 16 octobre à Tours. L'occasion d'échanges sur des questions d'actualités, de mises au point, de colloques interdisciplinaires et parfois même de controverses comme en témoigne le compte-rendu de notre correspondante.

Pratique du forceps : pour ou contre ?

• *D'après les communications d'Aude GIRAULT (Paris) et d'Olivier MOREL (Nancy)*

La pratique du forceps fait débat chez les gynécologues-obstétriciens, une question qui a fait l'objet d'une controverse au cours des journées nationales de la SFMP.

Contre

Partisan de l'arrêt du recours aux forceps, Olivier Morel (CHRU de Nancy) a rappelé que la ventouse obstétricale a été inventée en Bretagne par Yves Couzigou (1910-1989). Médecin de famille à Saint-Michel-en-Grève, ce dernier faisait beaucoup d'accouchements à domicile. Il a inventé la ventouse car il trouvait le forceps trop complexe et dangereux, notamment à cause des risques liés à une mauvaise pose des cuillères. On voit donc que dès le départ la réflexion portait sur la sécurité et la simplicité d'utilisation. À cette époque, ce geste médical avait initialement été baptisé « ventouse eutocique », ce qui correspond parfaitement à l'usage qui en est fait aujourd'hui. Dans le cadre d'un accouchement instrumental, il convient de distinguer les objectifs et les défis :

- son objectif principal est d'obtenir un accouchement par voie basse en cas d'arrêt de progression, malgré des efforts expulsifs et utérotoniques, ou encore en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF). Mais ces indications varient d'un centre à l'autre, tout le monde ne gère pas les efforts expulsifs de la même manière, ni la durée tolérée avant l'intervention ;
- les défis à relever sont d'améliorer les issues maternelles et périnatales par rapport à la césarienne, en choisissant le bon instrument.

• **Tendance française et internationale : plus de ventouses, moins de forceps**

Les recommandations du CNGOF (RPC 2008, puis 2018) préconisent la naissance instrumentale plutôt qu'une césarienne lorsque la présentation est céphalique et la dilatation complète. En France, les données sont stables : il est pratiqué environ 12,4 % de naissances instrumentales pour 21,4 % de césariennes selon la dernière Enquête nationale périnatale. En 2021, 60 % des naissances instrumentales se faisaient à la ventouse (63,6 % dans l'étude Instrumoda). On observe à travers l'hexagone une hausse continue de la ventouse et une baisse nette du recours au forceps, sans

augmentation corrélée du taux de césariennes. À l'internationale, la tendance est la même : plus de ventouses, moins de forceps.

Depuis 2018, le CNGOF recommande la protection périnéale et l'usage préférentiel de la ventouse pour réduire les lésions. Toutefois, une question demeure : faut-il abandonner totalement le forceps, ou non ? Les critères d'analyse à prendre en compte pour y répondre :

- la sécurité maternelle ;
- la sécurité périnatale ;
- l'efficacité ;
- le maintien des compétences ;
- le choix des femmes.

À l'évidence, la vigilance méthodologique entre aussi en ligne de compte : il ne faut pas attribuer des complications au forceps si, en réalité, il a été utilisé après un échec de ventouse.

Le forceps présente un sur-risque maternel comme le confirment les grandes cohortes, ainsi que la métaanalyse Cochrane : davantage de lésions périnéales, de douleurs postpartum, d'incontinence et de prolapsus à long terme surviennent après un forceps qu'après une ventouse. Selon l'étude Instrumoda, 11 % de lésions sévères surviennent avec forceps, contre 9,4 % avec la spatule et 5-6 % avec la ventouse. Selon une autre étude canadienne (2013-2019, > 150 000 naissances), 25 % de complications maternelles surviennent avec forceps vs 13 % avec ventouse.

• Sécurité périnatale

Aucune étude ne montre de surrisque pour le nouveau-né associé à l'utilisation de la ventouse. Les scores d'Apgar et les pH du sang du cordon ne diffèrent pas significativement. Les hémorragies rétinienne sont un peu plus fréquentes avec les forceps, mais sans conséquence à court terme. Quelques cas de paralysie faciale ou d'embarrure existent, surtout avec les ventouses métalliques, mais restent rares et souvent réversibles. En 2025, un avis collégial de l'ANSM et du CNGOF a confirmé ce point : aucun surrisque néonatal avec la ventouse n'est à rapporter.

Autre point allant à l'encontre du forceps, selon O. Morel : ce geste augmente le périmètre céphalique d'environ 1,6 cm, limite la flexion naturelle de la tête et impose des axes de traction dépendants de la main de l'opérateur. La ventouse, elle, favorise la flexion naturelle, sans augmenter le périmètre céphalique. Pour illustrer cet argument, voici une analogie : la vidéo d'un enfant essayant de passer un pull trop serré par la tête. Naturellement, ce dernier fléchit la tête, comme lors d'un accouchement spontané. La ventouse accompagne ce mouvement alors que le forceps le contrarie.

• Efficacité et échecs

On entend souvent : « *il faut continuer à pratiquer les forceps, car la ventouse échoue parfois* ». Or, les données montrent un taux d'échec d'environ 8 % concernant le forceps.

Dans le cas des ventouses souples, ce risque d'échec est légèrement plus élevé. Avec les ventouses rigides, la différence devient marginale.

Au CHRU de Nancy, 172 cas d'échecs de ventouse (8,7 %) ont été rapportés. Dans près de 80 % des cas, la naissance a tout de même eu lieu avec un deuxième instrument (spatule ou forceps), sans différence sur les issues périnatales par rapport à une césarienne. Surtout, dans ce même établissement, la disparition complète du forceps n'a pas empêché :

- la diminution du taux de césariennes, passant de plus de 20 % à 17-18 % (14 % après 36 SA) ;
- la quasi-disparition de la pratique des épisiotomies.

• Qualité de pose et sécurité

La sécurité périnatale associée au forceps dépend (trop ?) fortement de la qualité de la pose, qui se veut plus technique, plus exigeante. À l'inverse, une ventouse peut être posée de façon moins précise sans impact majeur sur la sécurité.

La question des compétences est centrale dans le choix de l'instrument et l'apprentissage est beaucoup plus rapide concernant l'utilisation de la ventouse.

Selon l'enquête AGOV (2016), 57 % des gestes réalisés par les internes étaient des ventouses, moins de 25 % des forceps. Et 20 % des internes n'avaient jamais posé de forceps. La tendance s'est probablement accentuée depuis, réduisant encore l'exposition des jeunes praticiens à la pratique du forceps. Dans les maternités à faible volume d'activité (< 300 naissances), le maintien des compétences en forceps apparaît peu réaliste. Même au sein de centres plus importants, de nombreux services réduisent progressivement son utilisation.

• Le choix des femmes : un angle encore peu documenté

La littérature fournit très peu de données fiables sur les préférences des patientes. Néanmoins, on observe dans la pratique quotidienne : une faible acceptation des risques périnéaux ; un désintérêt pour des procédures augmentant la probabilité d'épisiotomie ; une perception globalement plus favorable de la ventouse.

Des études de meilleure qualité seraient nécessaires pour définir clairement les préférences.

En conclusion pour l'abandon des forceps

Sur la question de la sécurité, les données disponibles penchent de façon très nette en faveur de la ventouse, tant pour la mère que pour le nouveau-né.

Les bénéfices potentiels du forceps apparaissent limités et reposent essentiellement sur un argument historique : le risque d'échec de la ventouse. Mais cet argument est discutable :

– dans les équipes entraînées, le taux de césariennes après échec n'est pas significativement augmenté ;

– un échec de ventouse a des conséquences limitées ;

– à l'inverse, un échec de forceps peut avoir des implications bien plus lourdes (traction forte, épisiotomie préexistante).

Enfin, les difficultés d'apprentissage et de maintien des compétences rendent l'utilisation du forceps de moins en moins réaliste dans de nombreux établissements.

L'avenir pourrait encore évoluer grâce à l'arrivée de nouveaux dispositifs actuellement évalués.

Pour : « Ne pas enterrer le forceps trop vite »

Selon Aude Girault (Cochin-Port Royal, Paris), il s'agit aujourd'hui de tenter de défendre un instrument que certains ont déjà remis dans les vitrines de musées, mais qui fonctionne encore très bien : le forceps. Le forceps est probablement l'un des instruments les plus emblématiques de

l'obstétrique. Il apparaît à la fin du XVI^e siècle avec les Chamberlain, une famille de chirurgiens anglais qui en a d'ailleurs gardé le secret pendant près de 100 ans. Le mot « forceps » vient du latin tenaille, pas des plus poétiques, mais il s'agit tout de même de l'instrument ayant permis de sortir un enfant vivant d'un bassin dit difficile pour la première fois, sans césarienne et sans drame. Voici donc notre ancêtre obstétrical commun. Alors, doit-on abandonner le forceps au profit de la ventouse ? Non, certainement pas. La question, en réalité, n'est pas de choisir entre forceps ou ventouse. La question qui se pose est : quelles compétences obstétricales conserver ? Si nous abandonnons le forceps, c'est une compétence obstétricale que nous perdons, au profit très souvent, non pas de la ventouse, mais de la césarienne. Préserver les deux techniques (forceps et ventouse), c'est préserver l'essence du métier d'obstétricien : accompagner les naissances, pas seulement les extraire.

• Forceps ET ventouses

Aude Girault a rappelé qu'il existe différents types de forceps : les branches parallèles, croisées, ceux de Pajot, de Suzor, de Levrey, de Tarnier. Chacun a ses spécificités, mais l'idée reste la même : contrôler la tête fœtale. Le forceps est une manœuvre exigeante, mais fine. En réalité, il ne consiste pas à tirer fort, mais de tirer juste.

Techniquement, les deux approches, ventouses et forceps, sont complémentaires en fonction de l'indication, de la présentation et surtout de la compétence en salle de naissance. Et cette compétence ne s'acquiert pas sur les cas compliqués, mais sur les cas simples. Plus nous pratiquons le forceps dans des situations favorables, plus nous serons prêts quand il faudra l'utiliser dans des contextes difficiles ou après un échec de ventouses.

• Plus de césariennes de deuxième stade

En France, les accouchements instrumentaux sont stables depuis 20 ans. En effet, la ventouse a pris le dessus et le forceps s'efface progressivement. L'étude Instrumoda, incluant plus de 11 000 accouchements, a rapporté 64 % de ventouses contre 22 % de forceps. Et la tendance est la même partout, aux États-Unis, en Italie, au Canada, au Royaume-Uni. Moins de forceps pour plus de ventouses. Mais un nombre croissant de césariennes de deuxième stade est pratiqué, car ce sont bien les césariennes de deuxième stade qu'il faut considérer dans cette controverse.

Autres avantages clairs côté forceps : un excellent contrôle de la tête fœtale, une réduction du temps d'extraction et donc potentiellement des meilleures issues néonatales. En revanche, il faut reconnaître un risque accru de lésions périnéales, des marques temporaires sur le visage du nouveau-né et des événements graves, heureusement devenus très rares, telles que les embarrures.

En somme, le forceps est un instrument efficace, mais exigeant. Il faut s'entraîner à connaître la présentation fœtale, le synclitisme. Il faut apprendre à examiner une femme. Il faut aussi s'assurer que le recours au forceps ne présente pas de contre-indication absolue.

La ventouse, elle, se présente en effet comme plus moderne, plus soft. Elle est facile à utiliser, surtout pour les praticiens moins expérimentés. Elle donne de bons résultats quand les conditions sont favorables, mais elle n'est pas exempte de limites. Plus d'échecs sont rapportés avec la ventouse, ce qui entraîne plus de risques de césarienne de deuxième stade aux conséquences importantes pour la mère et pour l'enfant. La ventouse est aussi associée à des extractions plus longues et donc potentiellement plus de risques d'asphyxie sévère, même si ces cas restent rares. Il en va de même concernant le risque de céphalhématomes et les hémorragies.

Il s'agit également de garder en tête que les forceps et les ventouses ne sont pas utilisés pour les

mêmes indications. Le forceps est utilisé plus haut pour des fœtus plus gros, des situations plus dystociques. On remarquera également que l'analyse est toujours faite selon le dernier instrument utilisé qui, en cas d'échec de ventouses, est systématiquement le forceps.

- **Moins de dystocie des épaules et de bien meilleures issues néonatales**

Sans entrer dans le détail, les données de littérature ne condamnent pas le forceps. Elles montrent simplement qu'il s'agit d'un instrument plus exigeant, mais aussi plus efficace et plus prévisible lorsqu'il est bien maîtrisé. Le problème de la ventouse, c'est son risque d'échec. Et quand elle échoue, la suite est soit une césarienne de deuxième stade, avec tout ce que cela implique, soit un forceps. Donc il faut savoir maîtriser cet instrument. L'avenir de l'obstétrique n'est pas dans la pratique d'une seule technique. Cette science repose sur la complémentarité des approches.

En conclusion pour conserver les forceps

- L'usage du forceps diminue au profit de la ventouse, mais surtout au profit de la césarienne de deuxième stade, dont la fréquence augmente légèrement. Limiter les techniques d'extraction instrumentale à la seule ventouse conduit à plus d'échecs et donc à davantage de césariennes, lourdes de conséquences pour la mère et l'enfant.
- Les avantages du forceps sont clairs : extraction rapide, meilleure efficacité, très bon contrôle, bonnes issues néonatales.
- Ses inconvénients : risque accru de lésions périnéales, marques temporaires, événements graves rares.
- Les données scientifiques ne condamnent pas le forceps : elles soulignent surtout l'importance de la formation, de la pratique régulière et du choix judicieux de l'instrument.
- Préserver le forceps, c'est éviter des césariennes inutiles et garantir une meilleure sécurité materno-fœtale.
- La ventouse ne remplace pas le forceps : les deux techniques répondent à des indications différentes.

Prise en charge des variations du développement génital

- *D'après les communications de Claire BOUVATTIER (Paris) et Laurence BRUNET (Paris)*

Quelles sont les avancées dans la prise en charge des variations du développement génital, depuis le vote de la loi de bioéthique du 2 août 2021 ? Les points de vue de la pédiatre-endocrinologue et de la juriste.

Les variations du développement génital (VDG) regroupent l'ensemble des situations médicales congénitales dans lesquelles le développement chromosomique, gonadique (ovaires ou testicules) ou

anatomique ne s'est pas déroulé de manière typique. Lorsqu'un de ces trois critères est atypique, l'enfant est considéré comme porteur d'une VDG.

Ces situations incluent notamment, sur le plan théorique, des syndromes tels que le syndrome de Turner ou le syndrome de Klinefelter, ainsi que des anomalies du développement des gonades ou de l'anatomie génitale.

Les professionnels de première ligne sont le plus souvent les obstétriciens, échographistes et pédiatres, en particulier lorsque le sexe de l'enfant ne peut être déterminé à la naissance ou lorsqu'une insuffisance surrénalienne est suspectée.



Cause, diagnostic et prise en charge selon le caryotype

• Enfants de caryotype 46XX

Dans 95 % des cas, les organes génitaux atypiques chez un enfant XX sont liés à une hyperplasie congénitale des surrénales. Chez les enfants 46XX, la situation est généralement plus simple sur le plan diagnostique. Le pédiatre observe des organes génitaux atypiques sans palpation de gonades. L'insuffisance surrénalienne est constante et nécessite un traitement rapide. Il existe aujourd'hui un consensus pour ne pas réaliser de chirurgie précoce chez ces enfants.

• Enfants de caryotype XY

Chez les enfants XY, la situation est plus complexe. De nombreuses formes cliniques peuvent être rencontrées et, malgré les avancées diagnostiques (génomique en trio^a quasi systématique), aucun diagnostic étiologique n'est identifié dans environ 50 % des cas.

Dans ces situations, le diagnostic retenu est souvent celui de l'hypospadias postérieur ou proximal, qui constitue un symptôme et non un diagnostic étiologique.

Certains enfants XY présentent un hypospadias sévère mais sont déclarés de sexe masculin sans difficulté. Pour d'autres, la question du choix du sexe à la naissance se pose, rendant la discussion avec les parents et l'anticipation de l'avenir de l'enfant particulièrement délicates.

Quelles évolutions juridiques depuis 2021 ?

Jusqu'en 2021, il n'existait pas de cadre juridique spécifique concernant les enfants porteurs de VDG. La révision de la loi de bioéthique (loi du 2 août 2021) a marqué un tournant majeur en intégrant explicitement cette question dans le droit français. Cette évolution a fait suite à de nombreuses mobilisations associatives et à des dénonciations, en France comme à l'international, des pratiques médicales et chirurgicales précoces réalisées sans le consentement des personnes concernées. Des institutions telles que l'ONU, le Conseil de l'Europe, le Sénat français, le Comité consultatif national d'éthique et le Conseil d'État ont successivement alerté sur ces pratiques.

La loi du 2 août 2021 se fonde sur trois axes principaux :

- une **terminologie officielle** fondée sur la notion de « variation » et non plus d'anomalie ou de désordre ;
- ainsi que d'une **prise en charge collégiale**, *via* des centres de référence locaux ou nationaux ;
- et une **procéduralisation de la décision médicale**, comparable à celle existant en oncologie ou en fin de vie.

En pratique, tout enfant né avec une VDG doit désormais être pris en charge par un centre de référence. Le diagnostic et les propositions thérapeutiques sont discutés entre professionnels de santé lors de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) nationales. La décision thérapeutique repose sur 3 principes fondamentaux, qui sont :

- l'information complète et transparente des parents et de l'enfant ;
- la traçabilité de toutes les discussions et recommandations dans le dossier médical ;
- la reconnaissance de l'abstention thérapeutique comme une option médicale à part entière.

Les traitements ou chirurgies à visée uniquement esthétique ou sociale ne constituent pas une nécessité médicale. Ainsi, en l'absence d'urgence médicale, il est recommandé d'attendre que l'enfant soit en capacité de comprendre, demander et consentir à l'intervention.

Cas particuliers et pratiques actuelles

• Hyperplasie congénitale des surrénales

Lorsque le traitement médical est correctement conduit (hydrocortisone), une évolution spontanée des organes génitaux est observée, rendant inutile toute chirurgie précoce. Les données à long terme montrent que les chirurgies réalisées il y a vingt ans ont entraîné d'importantes séquelles, notamment sur le plan de la sexualité.

• Hypospadias sévères

Les enfants présentant des hypospadias postérieurs ou proximaux font l'objet d'un bilan complet durant la période dite de minipuberté (bilan hormonal, radiologique et génétique). Aucun traitement hormonal ou chirurgical n'est désormais entrepris sans validation en RCP nationale.

Diagnostic anténatal et accompagnement des familles

En cas de suspicion de VDG en anténatal, l'échographiste oriente le couple vers le CPDPN (Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal). Lorsque d'autres anomalies sont associées, la situation relève d'un contexte polymalformatif complexe. Dans ce cas, il est recommandé que l'ensemble des professionnels de santé adopte une communication prudente, en évitant toute minimisation ou promesse irréaliste. L'accompagnement psychologique des familles, en anténatal comme en postnatal, doit faire partie intégrante de la prise en charge.

Associations de patients et état civil

Les centres de référence peuvent orienter les familles vers des associations, bien que celles-ci présentent des positions très divergentes concernant les pratiques médicales et chirurgicales. Une diversité qui rend le relais associatif complexe.

En droit français, la déclaration du sexe est obligatoire, mais une suspension de cette mention est possible en cas de VDG. Cette suspension est demandée auprès du procureur de la République par attestation médicale et peut durer jusqu'à 3 mois.

La loi et les textes réglementaires récents garantissent par ailleurs que ces procédures (suspension, ajout ou rectification ultérieure) n'apparaissent pas sur les copies d'état civil délivrées, afin de protéger la vie privée des personnes concernées. En cas d'erreur initiale, une rectification reste possible à tout moment, selon une procédure judiciaire encadrée.

Conclusion

La loi de bioéthique a profondément modifié la prise en charge des enfants porteurs de VDG en instaurant un parcours de soins structuré, collégial et transparent. Elle remet en question la chirurgie génitale précoce à visée esthétique et redéfinit la place du consentement de l'enfant.

Des incertitudes persistent, notamment quant à l'âge auquel un enfant peut formuler une demande éclairée et à l'application homogène des recommandations. Néanmoins, ce nouveau cadre marque une évolution majeure vers une prise en charge respectueuse des droits et de l'intégrité des enfants.

Note

a Le séquençage en trio compare le génome de l'enfant à ceux de ses deux parents biologiques.

Cardiopathies congénitales : comprendre, diagnostiquer et accompagner

• *D'après les communications de Fanny BAJOLLE (Paris), Daniela LAUX (Paris), Leya DAHER (Paris) et Véronique BREVAUT (Marseille)*

Les cardiopathies congénitales représentent la première cause de malformations à la naissance, avec une prévalence stable estimée à environ 8 pour 1 000 naissances vivantes. Elles constituent un enjeu majeur de santé publique, tant par leur fréquence que par la complexité de leur prise en charge, qui s'inscrit désormais dans un continuum allant du diagnostic prénatal au suivi à l'âge adulte. Les progrès conjoints de l'embryologie, de la génétique, de l'imagerie fœtale, de la chirurgie cardiaque et de l'organisation des soins ont profondément modifié le pronostic et les parcours de ces patients. Cet article propose une mise en perspective des données embryologiques, cliniques et organisationnelles issues d'une approche pluridisciplinaire.

Les associations de patients, telles que Petit Cœur de Beurre, occupent aujourd'hui une place reconnue dans l'écosystème de soins. Leur action ne se limite pas au soutien psychosocial. Elles participent à l'éducation thérapeutique du patient (ETP), contribuent au soutien des familles et des patients grâce à des bénévoles formés et à la pair-aidance, elles favorisent le lien entre équipes soignantes, patients et aidants. Elles soutiennent également la recherche médicale. Pour les professionnels, ces partenaires constituent un relais essentiel dans l'accompagnement au long cours, sans se substituer à l'expertise médicale.

Embryologie du cœur : bases physiopathologiques des cardiopathies congénitales

Le cœur est l'un des premiers organes à se former. Le développement cardiaque débute très précocement (J18 post-fécondation) et s'achève vers J60. Il repose sur une succession d'événements morphogénétiques hautement coordonnés, impliquant des populations cellulaires multiples et des voies de signalisation complexes.

• Trois étapes structurantes du développement cardiaque

Trois processus embryologiques majeurs permettent d'expliquer la majorité des cardiopathies congénitales :

- le looping cardiaque^a constitue la première asymétrisation droite-gauche de l'embryon. Un défaut de looping (D-loop vs L-loop) est à l'origine de situations de *situs inversus*, d'hétérotaxies et de discordances atrioventriculaires ou ventriculo-artérielles ;
 - la convergence : enrichissement du tube cardiaque primitif par le second champ cardiaque et alignement progressif des cavités. Les défauts de convergence expliquent notamment les ventricules uniques, les ventricules droits à double issue et certaines atrésies valvulaires ;
 - le wedging (encastrement) : rotation et positionnement définitif des voies d'éjection, avec continuité mitro-aortique et discontinuité tricuspido-pulmonaire. Les anomalies de wedging sont impliquées dans les malpositions vasculaires, la transposition des gros vaisseaux et le tronc artériel commun.
- Le développement cardiaque repose sur :
- l'intervention de multiples types cellulaires (myocarde, crêtes neurales, coussins endocardiques, cellules musculaires lisses) ;
 - des gènes nombreux et parfois redondants, expliquant la diversité des présentations cliniques ;

– l'hémodynamique fœtale, c'est-à-dire les flux sanguins prénataux (*shear stress*), influence directement la morphologie des valves et des vaisseaux. Des anomalies de flux peuvent modifier la maturation valvulaire et vasculaire.

Environ 20 % des cardiopathies congénitales sont associées à une anomalie génétique, et jusqu'à 25 % à d'autres malformations, soulignant l'importance d'une évaluation globale. La recherche systématique d'anomalies associées (CGH-array^b, exome ciblé ou large selon le contexte) est donc un élément clé de l'évaluation pronostique.

Du diagnostic prénatal à la naissance : un parcours coordonné

Le diagnostic prénatal repose sur le dépistage échographique de 1^{er} et 2^e trimestre, complété par l'échocardiographie fœtale spécialisée. Le rôle du CPDPN (Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal) est central pour :

- confirmer la cardiopathie ;
- évaluer les anomalies associées ;
- discuter collégalement du pronostic et des options thérapeutiques, y compris l'interruption médicale de grossesse si la situation le justifie.

La découverte d'une cardiopathie congénitale est un choc pour les parents. L'annonce du diagnostic est un moment clé.

Elle doit être :

- claire et compréhensible ;
- empreinte de bienveillance et d'empathie ;
- progressive, en tenant compte de la sidération émotionnelle.

Les mots employés lors de cette première rencontre marquent durablement les familles. L'objectif est de transmettre une information honnête, tout en laissant une place à l'espoir et à l'accompagnement.

• Une organisation pluridisciplinaire

La prise en charge optimale repose sur une coordination étroite entre : cardiopédiatres ; obstétriciens et sages-femmes de diagnostic prénatal ; généticiens ; néonatalogues ; chirurgiens (cardiaques, viscéraux selon les cas) ; psychologues et équipes de soins de support.

La surveillance prénatale rapprochée et d'une naissance programmée dans un centre expert pour les cardiopathies isolées sévères sont associées à des bénéfices significatifs. D'autant plus lorsque l'on connaît la complexité décisionnelle et la lourdeur de la prise en charge dans les associations malformatives cardio-pulmonaires ou multisystémiques.

Diagnostic postnatal : rôle du pédiatre et du néonatalogue

Malgré les performances du dépistage anténatal, une proportion significative de cardiopathies reste diagnostiquée en période néonatale. Précisément, 30 à 70 % des cardiopathies peuvent encore être diagnostiquées après la naissance.

• Examen clinique

L'examen clinique reste un outil fondamental mais insuffisant à lui seul, avec une sensibilité estimée à environ 30 %. Les signes d'appel incluent :

- anomalies des pouls périphériques ;
- souffle cardiaque (inconstant) ;
- cyanose, parfois infraclinique ;
- signes d'insuffisance cardiaque ou de détresse respiratoire.

• Oxymétrie de pouls

Le dépistage par oxymétrie de pouls permet de réduire le nombre de nouveau-nés quittant la maternité sans diagnostic de cardiopathie critique. Bien que recommandé dans de nombreux pays européens et nord-américains, son déploiement en France reste hétérogène, nécessitant une réflexion organisationnelle et une coordination avec les filières de cardiopédiatrie.

En conclusion

La prise en charge des cardiopathies congénitales illustre l'évolution vers une médecine intégrée, alliant connaissances fondamentales, expertise clinique et organisation des parcours de soins. Grâce aux progrès réalisés, plus de 90 % des patients atteignent aujourd'hui l'âge adulte, posant de nouveaux enjeux en termes de suivi à long terme, de grossesse et de transmission.

Pour les professionnels de santé, l'enjeu réside désormais autant dans la technicité des soins que dans la coordination pluridisciplinaire, la qualité de l'annonce et l'accompagnement des patients et de leurs familles tout au long de la vie.

Notes

a Le looping est un mouvement de rotation (droit) qui transforme le tube cardiaque initialement rectiligne en une boucle.

b Puce d'hybridation génomique comparative, qui permet de détecter des microremaniements chromosomiques non visibles au caryotype.