

# Rapport sécurité et qualité de la grossesse et de la naissance

« Je souhaite que le Haut Comité poursuive sa réflexion dans une perspective globale du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, [...]. » C'est en ces termes que le ministre de la Santé avait saisi, en mars 1993, le HCSP afin qu'il enrichisse et élargisse l'approche développée dans son premier rapport rendu quelques mois plus tôt. Un groupe de travail pluridisciplinaire, présidé par le professeur Grémy et le docteur Pons, s'est donc réuni à partir de mai 1993 et a pu présenter son rapport aux ministres début 1994. Ce rapport a d'ores et déjà abouti au plan gouvernemental « seize mesures pour la périnatalité ».

**L**e Haut Comité de la santé publique (HCSP) vient de rendre un rapport sur la « Sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance ». L'histoire de ce rapport est singulière puisqu'il s'agit du deuxième rapport du HCSP sur ce thème. En effet, le premier rapport rédigé sous la direction du Professeur Papiernik, s'était centré sur la restructuration et la réorganisation des maternités. À la suite de la lecture de ce document important, le Ministre de la Santé avait souhaité que le HCSP poursuive sa réflexion, la complète, l'élargisse par la prise en compte des dimensions psychologiques, sociales et culturelles liées au suivi de la grossesse et de la naissance (saisine du 18 février 1993). C'est dans cette perspective globale que les rédacteurs du rapport ont travaillé.

Ce rapport vient d'inspirer un nouveau plan gouvernemental de cinq ans pour la périnatalité

## Le constat

Il y a en France chaque année 750 000 naissances dont 4 000 par procréation médicalement assistée. On compte environ 75 000 nouveaux-nés malades (40 000 prématurés, 20 000 hypertrophiés, 15 000 mal formés) 5 000 morts nés, 7 000 décès au cours de la première année, 15 000 handicapés sévères, notamment cérébraux. 140 femmes meurent encore à la suite des complications de leur grossesse ou de leur accouchement. Ces chiffres sont impressionnants puisque plus de 10 % des naissances

s'accompagnent d'accidents sévères dont les conséquences handicaperont souvent la vie entière des enfants qui en sont victimes. Les auteurs du rapport ajoutent « qu'une proposition non négligeable de ces diverses complications est évitable, qu'elles sont inégalement réparties dans le territoire et dans les diverses classes sociales. » La mortalité infantile en France est passée de 27,4 pour 1000 naissances (1960) à 13,8 pour 1000 (1975) puis 7,3 pour 1 000 (1990). La France se situe au 11<sup>e</sup> rang mondial (source OCDE). La mortalité périnatale est passée de 18,1 pour 1 000 naissances totales à 8,3 pour 1000 pour les mêmes périodes, situant la France au 12<sup>e</sup> rang mondial. Le constat n'est donc guère optimiste. Les auteurs rappellent qu'une des missions du HCSP est de proposer au ministre de la Santé différentes mesures de santé publique permettant, d'abord d'aligner la France sur la nation la plus favorisée après comparaisons internationales, notamment européennes, ensuite, de réduire les inégalités sociales et régionales au sein de la collectivité nationale.

### Les contextes

L'intérêt, majeur de ce rapport est d'analyser l'ensemble des problèmes posés par une mise en perspective d'une pluralité de contextes.

Il évoque d'abord un certain nombre de références qui tendent à prouver les corrélations existantes entre les caractéristiques de la grossesse, de la naissance et du futur état de santé du nouveau-né durant l'enfance puis la vie adulte, en particulier sur le plan psychique.

La politique de sécurité à la naissance doit être resituée dans un contexte démographique. La population française continue de croître mais ne se renouvelle pas. Le risque est important, à terme, d'aboutir à un déséquilibre socialement inquiétant.

De cette tendance démographique dépend en effet l'avenir de la plupart des grands débats sociaux (travail, retraite, protection sociale...).

Cette évolution résulte bien sûr de la maîtrise de la reproduction par la contra-

ception, dont les techniques ne cesseront d'évoluer. Elle a d'autres corollaires. Les maternités et les paternités sont de plus en plus tardives. La contraception d'une part, l'infertilité et ses traitements d'autre part mènent à une dissociation partielle de la dimension biologique et de la dimension symbolique de la procréation. Les auteurs

définissent les concepts de désir d'enfant, de projet d'enfant, de « droit à l'enfant » et en évoquent les possibles détournements : « droit à l'enfant parfait ». Ils insistent beaucoup, et nous semble-t-il, à juste titre, sur les enjeux psychologiques liés à la grossesse et à la naissance qu'il s'agisse de l'enfant naissant et de

### Le plan gouvernemental

#### Seize mesures pour la périnatalité

<b>Priorité A</b>	<b>Accroître la sécurité lors de l'accouchement</b>
Mesures 1 & 8	Élaborer des normes opposables de sécurité
Mesure 2	Impulser une politique régionalisée favorisant la mise en réseau des divers acteurs et établissements concernés
<b>Priorité B</b>	<b>Améliorer le suivi de la grossesse</b>
Mesure 3	Responsabiliser les femmes ayant moins de 3 consultations pendant la grossesse
Mesure 5	Améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse
Mesure 6	Améliorer la qualité des échographies
<b>Priorité C</b>	<b>Améliorer les soins aux nouveaux-nés</b>
Mesure 7	Améliorer l'efficacité des techniques de réanimation à la naissance
Mesure 8	Rendre obligatoire la présence d'astreinte ou d'un pédiatre
Mesure 9	Éviter les transferts inutiles en pédiatrie
<b>Priorité D</b>	<b>Humaniser les conditions de l'accouchement</b>
Mesure 11	Lutter contre la douleur au cours de l'accouchement
Mesure 12	Limiter la séparation mère-enfant
<b>Priorité E</b>	<b>Évaluer la politique suivie</b>
Mesure 13	Renforcer le rôle des commissions techniques consultatives de la naissance
Mesure 14	Mettre en place un système d'expertise des cas de mort maternelle
Mesure 15	Améliorer la connaissance épidémiologique des causes de décès néonataux
Mesure 16	Pouvoir disposer à intervalles réguliers d'indicateurs de santé fiables et actualisés dans le domaine périnatal

son avenir psychique mais aussi de celui de sa mère, voire de son père et des conséquences pour la famille.

Le rapport revient en détail sur les aspects épidémiologiques de la mortalité et de la morbidité du petit enfant. Hormis les comparaisons internationales déjà évoquées, les variations interrégionales restent importantes et très défavorables aux DOM-TOM. La conclusion est que par exemple, la limite « incompressible » à la prématurée n'est pas atteinte. La poursuite des efforts est justifiée. De même, il semble n'exister aucune fatalité qui interdirait l'amélioration de la mortalité et de la morbidité maternelles.

### Les critères retenus

À partir de la question générique « qu'est-ce qu'une bonne naissance et quelles en sont les conditions ? » le rapport examine successivement différents critères et points de vue. Quelles sont les exigences des femmes et de leurs familles ? Quelles sont les demandes des gynécologues-obstétriciens, des anesthésistes, des sages-femmes, des pédiatres ? Quel est le rôle des médecins généralistes et des différents professionnels de santé ? Le rappel des normes et des procédures existantes, en particulier depuis la circulaire Barzach du 5 mai 1988, est complété par l'exposé de typologies d'accouchement et des exigences de moyens requis : disponibilité des gynécologues obstétriciens, des anesthésistes, possibilité de soins en néonatalogie, etc.

La place spécifique de la PMI est décrite ainsi que des situations particulières : la maternité à l'adolescence, en milieu rural, chez les femmes en état de grande précarité. Bien sûr, le rapport du HCSP n'ignore pas l'influence des progrès techniques, comme, la prévention et le traitement de la stérilité par procréation médicale assistée (PMA) mais aussi l'interruption de grossesse et ses conséquences ou, enfin, l'irruption de la fœtologie, des techniques génétiques et des possibilités de diagnostic anténatal. Chaque innovation s'accompagne maintenant d'un nouveau débat éthique.

### Les objectifs et les propositions

À l'issue de ce travail, il revenait au HCSP de définir des objectifs et de formuler à l'attention du ministre de la Santé, un certain nombre de mesures permettant de s'en rapprocher. Si les femmes enceintes sont dans leur majorité correctement suivies, le petit nombre d'entre elles qui ne l'est pas cumule avec leurs enfants à venir tous les risques. Les objectifs sont donc à la fois qualitatifs et quantitatifs. Ils visent à mieux protéger le un pour cent de femmes enceintes qui ne sont pas ou peu suivies, les six pour cent de femmes qui n'ont pas de contacts préalables avec la maternité avant l'accouchement. Il y a lieu pour ces femmes de mettre en œuvre différentes stratégies incitatives. Pour les professionnels de santé, il s'agit de s'assurer de leur disponibilité, de leur compétence, de leur capacité à coordonner leurs interventions. Un dispositif de normes à respecter, de recueil et d'échanges d'informations serait sans doute structurant à cet égard. Les établissements de soins se définissant par leur activité, il semble que l'amélioration de leurs performances passe par une mise à niveau de leurs capacités hiérarchisées au regard des moyens humains et des plateaux techniques disponibles ? Il est indispensable que soient fixés des objectifs nationaux à partir d'un recueil permanent d'informations et une évaluation continue. Par contre, l'application des stratégies résultantes ne peut-être que régionale.

L'ensemble de ces préoccupations est traduit dans le plan gouvernemental en quatre objectifs :

- 1 diminuer la mortalité maternelle de 30% ;
- 2 abaisser la mortalité périnatale de 20% ;
- 3 réduire l'hypotrophie de 25% ;
- 4 réduire le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant leur grossesse de moitié.

Ces objectifs répondent à cinq priorités :

- A accroître la sécurité lors de l'accouchement ;
- B améliorer le suivi de la grossesse ;
- C améliorer les soins aux nouveau-nés ;
- D humaniser les conditions de l'accouchement ;
- E évaluer la politique suivie.

Le résumé succinct de ce rapport n'est en rien suffisant pour en évoquer la richesse. Il n'a pas d'autre objectif que d'inciter les lecteurs intéressés à en parcourir le texte intégral, accompagné de substantielles annexes. Nous ne doutons pas qu'ils en apprécieront la démarche qui, de notre point de vue, paraît exemplaire d'une véritable approche de santé publique. ■

*Ce rapport du Haut Comité est d'ores et déjà disponible au secrétariat général sous forme reprographiée. Une édition, dans la collection Avis et rapport, sera disponible à partir de septembre 1994.*

**Docteur Gilles Errieau**