



HAL
open science

Étude comparative de la prise en charge des femmes enceintes en France et au Royaume-Uni

Floriane Raynel

► **To cite this version:**

Floriane Raynel. Étude comparative de la prise en charge des femmes enceintes en France et au Royaume-Uni. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00873611

HAL Id: dumas-00873611

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873611>

Submitted on 16 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

École de Sage-femme de Caen.

**ÉTUDE COMPARATIVE DE LA PRISE EN CHARGE
DES FEMMES ENCEINTES
EN FRANCE ET AU ROYAUME-UNI.**

Mémoire présenté et soutenu par

Floriane RAYNEL

Née le 8 avril 1989

En vue de l'obtention du
Diplôme d'État de Sage-femme

Promotion 2009-2013

Bibliothèque universitaire Santé

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Bibliothèque universitaire Santé

adresse campus 5-CHU • Avenue de la Côte de Nacre • BP 5186 • 14032 CAEN CEDEX

tél. 02 31 06 82 06 • Fax 02 31 06 82 07

courriel bibliotheque.sante@unicaen.fr

internet scd.unicaen.fr/

*“Peu a peu, la grossesse, toute grossesse, est devenue
a priori suspecte d’être pathologique tout le temps de son développement
jusqu’a preuve du contraire (...)le doute est permanent, rien ne permet de l’effacer.”
(Bitouze)*

Remerciements

A Madame Carole Pornet médecin en santé publique et à Madame Marie-Odile Leglinel enseignante sage-femme pour leur aide et leur présence au cours de l'élaboration de ce mémoire.

A mes amies au long de ces 4 années d'études de sage-femme pour leur écoute et leur soutien ainsi que les moments passés ensemble.

A ma famille.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	
INTRODUCTION	1
PARTIE I	2
I. GÉNÉRALITÉS	2
I.1. Données de base.....	2
I.1.1. Démographiques	2
I.1.2. Socio-économiques.....	2
I.1.3. Religieuses.....	3
I.1.4. État de santé.....	3
I.2. Organisation politique.....	3
I.2.1. Régime politique.....	3
I.2.2. Place de la santé.....	3
I.3. Protection sociale.....	4
I.3.1. Généralités et financement.....	4
I.3.2. Prestation de soins.....	4
I.3.3. Assurance maternité.....	5
II. PÉRINATALITÉ	6
II.1. Les professionnels de la périnatalité.....	6
II.1.1. La Sage-Femme.....	6
II.1.2. Le Gynécologue-Obstétricien	8
II.1.3. Autres professionnels.....	8
II.2. Histoire de la périnatalité.....	9
II.2.1. En France	9
II.2.2. Au Royaume-Uni	11
III. PRISE EN CHARGE	13
III.1. Suivi de la grossesse.....	13
III.1.1. Consultations prénatales et examens.....	14
III.1.2. La préparation à la naissance.....	15
III.1.3. Le carnet de maternité.....	16
III.2. Accouchement.....	16
III.2.1. Lieux.....	16
III.2.2. Surveillance du travail obstétrical.....	18

III.2.3. La prise en charge de la douleur	19
III.3. Post-partum.....	19
III.3.1. La durée moyenne de séjour.....	19
III.3.2. La sortie.....	20
III.3.3. L'examen postnatal	20
PARTIE II	21
I. MÉTHODOLOGIE.....	21
I.1. Problématique, hypothèses et objectifs de l'étude	21
I.1.1. La problématique.....	21
I.1.2. Les objectifs.....	21
I.1.3. Les hypothèses.....	21
I.2. Le choix du pays	21
I.3. Présentation de l'étude.....	22
II. ÉTUDE.....	24
II.1. Étude d'une population particulière: caractéristiques des femmes enceintes	24
II.1.1. Le taux de fécondité.....	24
II.1.2. La parité.....	24
II.1.3. L'âge maternel moyen à la naissance.....	25
II.1.4. Grossesses multiples.....	25
II.1.5. Origines.....	26
II.1.6. Naissances hors mariage/ taux de divorce.....	26
II.1.7. Facteurs de risques.....	26
II.2. Caractéristiques de la prise en charge	28
II.2.1. Observance du suivi de grossesse	28
II.2.1.1. Date de la déclaration de grossesse	28
II.2.1.2. 1ère visite prénatale	28
II.2.1.3. Nombre de consultations prénatales	28
II.2.1.4. Échographie.....	28
II.2.2. Modalités d'accouchement	29
II.2.2.1. Mode d'accouchement	29
II.2.2.2. Analgésie	29
II.3. Indicateurs de morbidité et mortalité maternels et néonataux	29
II.3.1. Indicateurs de santé néonatale	29

II.3.1.1. Morbidité	29
II.3.1.2. Mortalité.....	32
II.3.2. Indicateurs maternels : mortalité maternelle.....	33
II.4. Lieux d'accouchements et répartition des professionnels de santé.....	34
II.4.1. Lieux d'accouchements	34
II.4.2. Professionnels de santé	35
II.4.2.1. Effectifs des professionnels	35
II.4.2.2. Répartition des sages-femmes	36
II.4.2.3. Personnels consultés par les femmes enceintes.....	37
PARTIE III.....	38
I. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	38
II. RÉSULTATS.....	41
II.1. Résultats généraux.....	41
II.2. Indicateurs relatifs a l'activité.....	43
II.2.1. Le suivi de grossesse.....	43
II.2.2. Les modalités d'accouchement : mode d'accouchement et analgésie	43
II.3. Mortalité maternelle.....	44
II.3.1. Répartition de la mortalité maternelle	44
II.3.2. Facteurs de risque d'hémorragie du post-partum.....	47
II.4. Mortalité et morbidité périnatale.....	49
II.5. Indicateurs de ressources professionnelles	51
III. PROPOSITIONS.....	52
III.1. Un suivi plus physiologique.....	52
III.2. Pratiques professionnelles et prévention.....	57
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	61
ANNEXES.....	67
Annexe I : Définition.....	67
Annexe II : Les compétences de la sage-femme.....	69
Annexe III : Types de suivi recommandés.....	71
Annexe IV : Examens paracliniques et de dépistage au Royaume-Uni.....	72
Annexe V : Examens à prescrire lors de la 1ère consultation en France.....	73
Annexe VI : Recommandations pour un retour précoce à domicile.....	74

GLOSSAIRE

AC : Anomalies congénitales

AIMS : Association Improvements Maternity Service

APD : Analgésie Péridurale

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DOM : Départements d'Outre-Mer

ENP : Enquête Nationale Périnatale

GO : Gynécologue-Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

HES : Health Episode Search

HPP : Hémorragie du Post-Partum

HTA : Hypertension Artérielle

IDF : Île-de-France

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MDN : Maisons De Naissance

NICE : National Institute for health and Clinical Excellence

NHS : National Health Service

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Office for National Statistics

PPA : Parité de Pouvoir d'Achat

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RCM : Royal College of Midwives

RU : Royaume-Uni

SA: Semaines d'Aménorrhée

SPA : Standard de Pouvoir d'Achat

UE : Union Européenne

INTRODUCTION

La grossesse, l'accouchement et le premier contact avec son nouveau-né sont des moments importants dans la vie d'une femme aussi bien physiquement que psychologiquement. Le professionnel de santé a donc pour objectif de rendre ces instants les plus proches des attentes des femmes.

C'est en réfléchissant à la surmédicalisation en France et à ses conséquences : comme la destitution possible de l'accouchement pour la femme ainsi qu'une déshumanisation de la naissance que je me suis posée la question d'un autre suivi. À l'étranger est-ce mieux?

Le Royaume-Uni s'est alors imposé comme une évidence. Le Royaume-Uni et la France sont deux pays séparés par quelques centaines de kilomètres mais ils semblent cependant avoir une approche différente de la prise en charge de la grossesse et du post-partum : un séjour court et un suivi à domicile long au Royaume-Uni et pour la France un séjour long et un suivi court. Le suivi de la grossesse semble plus centré sur la physiologie au Royaume-Uni : la femme enceinte a par exemple la possibilité d'accoucher en maison de naissance ou à domicile. Selon Michel Odent, obstétricien français, exerçant au Royaume-Uni : « *l'accouchement en général est plus médicalisé dans un hôpital français que dans ceux des pays voisins et aucune alternative n'est offerte.* » (1)

En partant du postulat qu'au Royaume-Uni il y a un suivi moins médicalisé pour la femme enceinte qu'en France ; la question se pose d'un risque materno-foetal majoré avec la mise en place d'un système de santé plus proche de celui du Royaume-Uni. S'il n'y a pas plus de risque, une application à la France pourrait éventuellement s'envisager.

Dans la première partie, un bref état des lieux des deux pays sera réalisé, puis sera abordée l'histoire autour de la périnatalité propre à chaque pays pour ensuite dans un troisième temps évoquer la prise en charge respective au sein du Royaume-Uni et de la France des femmes enceintes.

La deuxième partie comparera, à l'aide de la littérature, le Royaume-Uni et la France en terme de population, de professionnels de santé, de prise en charge et de morbidité et mortalité maternelle et néonatale.

La troisième partie sera dédiée à la discussion émanant des résultats de l'étude bibliographique.

PARTIE I

I. GÉNÉRALITÉS

Par souci de clarté la présence d'un « * » dans ce mémoire fera référence à sa définition, se situant après les annexes.

I.1. Données de base

I.1.1. Démographiques

La France est un pays d'Europe d'une superficie de 550 000 km². Sa population atteint 62,8 millions d'habitants en 2010. Sa densité de population est de 114,18 habitants/km².

Le Royaume-uni (RU) se compose de la Grande-Bretagne (l'Angleterre, l'Écosse et le Pays de Galles) et de l'Irlande du Nord. Sa superficie est de 242 910 km². Sa population en 2010 était de 62 millions d'habitants, soit une densité de population de 255,39 habitants/km².(2)

La France métropolitaine en 2011 a un taux de natalité de 12,6/1000 (3ème rang européen) pour un taux de mortalité de 8,5/1000. Au RU le taux de natalité est de 12,9/1000 (2ème rang européen) pour un taux de mortalité de 8,8/1000. (3)

L'espérance de vie à la naissance en France est de 78 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes en 2009. Au RU elle est de 78 ans pour les hommes et 82 pour les femmes pour la même année.

La France et le RU sont parmi les 3 pays les plus peuplés d'Europe avec un taux de natalité parmi les plus élevés.

I.1.2. Socio-économiques

Le seuil de pauvreté, exprimé en standard de pouvoir d'achat (SPA*), est fixé à 9700 SPA en France et 11600 SPA au RU en 2008.

Le taux de risque de pauvreté* est de 13% pour la France et de 19% pour le RU, la moyenne de l'Union Européenne (UE) des 27 est de 17% en 2008.(4)

En France le revenu national brut par habitant (\$ internationaux PPA : parité de pouvoir d'achat) s'élève à 33,3 en 2009 contre 36,2 au RU. (2) Le produit intérieur brut par habitant en 2011 est de : 107 SPA en France et 108 SPA au RU.(5)

En 2012, le taux de chômage avoisine les 8% au RU et 10,6% en France (l'UE des 27 : 10,5%) (6), le taux d'emploi total est de : 73,6% au RU et en France de 69,1% en 2011.

I.1.3. Religieuses

Au RU, il existe deux religions d'État : l'anglicanisme en Angleterre et le presbytérianisme en Écosse. Le RU se compose de 62% de chrétiens (35% anglicans, 4% presbytériens et 9% catholiques, 14% autres), 2,7% de musulmans et 33% de non religieux.

La France se compose, quant à elle, de 51 à 64% de catholiques, 5 à 10% de musulmans, 1% de juifs. (7)

I.1.4. État de santé

Au RU et en France les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires et les tumeurs. La France affiche le taux le plus bas d'Europe pour la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires et le taux de décès par maladies respiratoires est élevé au RU. Les maladies respiratoires sont la 3ème cause de décès au RU tandis qu'en France ce sont les traumatismes (accidents, suicides). (8)

Il y a en France un taux de suicide 2,5 fois plus élevé qu'au RU pour les hommes. Huit % de la population a déjà fait une tentative de suicide. (8)

I.2. Organisation politique

I.2.1. Régime politique

La cinquième république est le régime politique français en vigueur depuis 1958, c'est un président qui est à la tête du gouvernement entouré de ses ministres.

Au RU, c'est une monarchie constitutionnelle avec une reine à sa tête.

En France comme au RU, le premier ministre a un rôle important, il participe à l'exercice du pouvoir exécutif.

I.2.3. Place de la santé

Les dépenses totales consacrées à la santé en 2009, représentent **11,7%** du PIB en France contre **9,3%** au RU (9,6% en 2010). (2)

I.3. Protection sociale

I.3.1. Généralités et financement

- Au RU :

Le système de santé est celui du modèle Beveridgien. C'est un système universel, accessible à tous et financé principalement par les impôts. (9)

Au sein du système britannique, les hôpitaux et les cliniques appartiennent au système public et sont en compétition pour l'obtention de contrats des administrations sanitaires de district et des fonds de médecine générale.

Les hôpitaux sont essentiellement semi-indépendants, gérés par des fondations, ce sont les « trusts hospitals ». Ils gèrent localement les salaires, les conditions de travail de leur personnel et de leur budget alloué (9, 10). Un budget national est voté puis est ensuite réparti par fonctions et zones géographiques.

- En France :

Le système de santé se situe entre le modèle de Bismarck (« qui travaille est assuré ») et celui de Beveridge (système anglais) par souci d'égalité des citoyens.

L'assurance maladie en France est régie par différents régimes de Sécurité Sociale que l'on peut diviser en trois groupes : le régime général (le plus important), les régimes particuliers (les salariés de l'EDF, le personnel des théâtres nationaux, de la préfecture de police de Paris) en partie gérés par l'administration du régime général et les régimes spéciaux (agricole, des travailleurs indépendants) qui s'autogèrent.

Les personnes protégées sont les assurés sociaux et les ayants-droit (conjoint, concubin, enfants de moins de 16 ans et jusqu'à 20 ans s'ils sont encore en étude).

En France les soins sont financés par les cotisations et l'impôt. Des cotisations obligatoires sont versées aux caisses d'assurance maladie et des assurances facultatives auprès des mutuelles ou des compagnies d'assurance privées pour couvrir les frais complémentaires qui ne sont pas inclus dans l'assurance-maladie obligatoire. (9, 11)

I.3.2. Prestation de soins (11, 12)

Les soins sont dispensés par des intervenants à la fois publics et privés en France (9), essentiellement publics au RU. L'accès aux soins est gratuit pour les usagers dans les deux pays.

Au RU, le patient doit obligatoirement consulter son médecin généraliste en 1^{ère} intention, il sera redirigé vers un confrère si nécessaire (sauf en cas d'urgence).

Le budget des médicaments y est très surveillé (10). Le médecin a un quota de prescriptions à ne pas dépasser, s'il le dépasse cela est directement imputable sur son salaire et inversement.

Les médicaments figurent sur une liste (drug tarif) et sont obtenus moyennant le paiement d'une somme forfaitaire de £7.65 par médicament prescrit. Un forfait annuel est possible. Pour certaines personnes cette prestation n'est pas exigée, c'est le cas des femmes enceintes.

En France, le droit à ces prestations est subordonné soit au versement d'un certain montant de cotisations, soit à un nombre d'heures de travail défini.

Les personnes n'ayant pas accès aux prestations en qualité d'assuré ou en qualité d'ayant-droit et résidant de manière stable et régulière en France bénéficient également des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité. En fonction de leurs revenus, ces personnes sont redevables ou non, d'une cotisation spécifique pour la couverture maladie universelle.

En France, la consommation de médicaments est parmi la plus élevée d'Europe (8). La plupart des médicaments sur prescription y sont remboursés à hauteur de 75,5% et la mutuelle couvre la part restante en général (environ 89% de la population a une mutuelle complémentaire).

I.3.2. Assurance maternité (11, 13)

Au RU tous les soins liés à la maternité sont pris en charge à 100%. Il existe une indemnité de maternité (Statutory Maternity Pay) versée hebdomadairement par l'employeur et une allocation à la maternité (Maternity Allowance) versée par le « Jobcentre Plus » aux femmes qui n'ouvrent pas droit à l'indemnité de maternité.

Le congé maternité ne peut excéder 52 semaines. Un congé paternité de 2 semaines existe ainsi qu'une indemnité paternité (Statutory Paternity Pay) sous conditions, payée par l'employeur. (13)

En France à partir du 5ème mois de grossesse tous les soins sont pris en charge à 100% et jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

Le congé maternité en France est de 16 semaines pour une grossesse simple. A partir du 3ème enfant le congé est allongé à 26 semaines. Pour une grossesse gémellaire il est de 34 semaines. En cas de grossesse pathologique la femme peut bénéficier de 14 jours supplémentaires sur certificat médical.

Des indemnités journalières sont mises en place lors du congé de maternité ou paternité, calculées selon la situation professionnelle. (14)

Le père peut bénéficier de onze jours ouvrables consécutifs de congé paternité depuis 2002. Trois jours supplémentaires sont accordés par l'employeur.

II. PÉRINATALITÉ

II.1. Les professionnels de la périnatalité

II.1.1. La Sage-Femme

En France comme au RU la sage-femme prend en charge la physiologie. Tant que la grossesse est physiologique la sage-femme peut s'occuper du suivi, de l'accouchement et du post-partum.

Cependant au RU la sage-femme a le monopole du suivi de la grossesse physiologique contrairement en France où c'est le gynécologue. (15)

• Les études de sage-femme :

Elles durent 5 ans en France : 1 an de faculté de médecine (concours PACES) et 4 ans en école de sage-femme, avec l'obtention du diplôme d'état de sage-femme.

Au RU, toute la formation est à l'université. Il est possible de suivre une formation universitaire de 3 ans à l'issue de l'obtention du baccalauréat ou de faire une spécialisation de 18 mois si on est titulaire du diplôme d'infirmier. Les sages-femmes anglaises ont accès à la recherche si elles le souhaitent, cela fait partie de leur cursus universitaire.

• **Les compétences de la sage-femme :**

Une définition internationale de l'OMS commune a été acceptée par ces deux pays :
«Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme.

Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'un accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons.

Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin.

Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. » (2)

Leur champ d'action se ressemble fortement d'un pays à l'autre, les compétences reconnues dans chaque pays sont décrites en annexe.(annexe II)

Quelques différences sont à souligner :

- En France les sages-femmes sont formées lors de leurs études au droit de prescription. Ce droit ne s'applique qu'à certaines familles de médicaments, dont les contraceptifs, les antibiotiques, les antalgiques... Au RU, elles peuvent prescrire une liste limitée de médicaments après une formation spécifique, cette liste ne comprend pas les contraceptifs. (16)

- En France la sage-femme a un champ de compétences plus vaste en ce qui concerne la gynécologie : le frottis cervico-vaginal, la surveillance et la pose de dispositifs intra-utérin.

- La rééducation uro-gynécologique est réservée exclusivement aux kinésithérapeutes au RU contrairement à la France où les sages-femmes peuvent également l'effectuer.

• **L'exercice professionnel :**

En France, la sage-femme a le choix d'exercer principalement dans le secteur privé, le secteur public ou dans le secteur libéral. Il y a 15% de sages-femmes dans le secteur libéral contre seulement 1% au RU.

La majorité des sages-femmes anglaises quant à elles exercent dans les NHS trusts et ont un champ d'activité élargi (maisons de naissance (MDN) rattachées).

II.1.2. Le gynécologue-obstétricien (GO)

Au RU comme en France c'est un médecin spécialiste du suivi de grossesse, du travail, et du post-partum. Le GO s'occupe de la surveillance de la grossesse normale et pathologique, de l'exécution des accouchements normaux et pathologiques et des interventions requises.

Le diagnostic, la prévention, le traitement des affections des organes génitaux féminins, ainsi que des seins font partie de son champ de compétences. (L'endocrinologie gynécologique, la médecine de la reproduction, et le contrôle des naissances également).

En France pour devenir GO il faut effectuer 9 années d'études médicales (un premier cycle d'études de 2 ans (PACES : concours des disciplines médicales et L2 santé), un deuxième cycle de 4 ans avec à la fin les épreuves classantes nationales) puis un diplôme d'étude spécialisée sur 3 ans (l'internat).

Au RU l'entrée en médecine se fait sur dossier et en 2007 un nouveau test d'entrée obligatoire est entré en vigueur : le UKCAT (United Kingdom Clinical Aptitude Test).

Les études générales de médecine durent 5 ans en Université, au bout desquelles l'étudiant devient Docteur en médecine mais il ne peut exercer. Il doit effectuer deux ans en tant qu'interne afin de devenir « fully registered », puis 3 à 8 ans de « postgraduate training » selon qu'il souhaite devenir généraliste ou spécialiste. (17)

II.1.3. Autres professionnels

La femme enceinte aura aussi affaire à un anesthésiste si elle souhaite une péridurale ou en cas de complications obstétricales.

Un pédiatre sera présent en cas de prématurité, de malformation ou de complications lors de l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né.

Des auxiliaires de puériculture composent également l'équipe afin de participer à la prise en charge du nouveau-né.

La femme enceinte peut être amenée à rencontrer un diététicien en cas de diabète ou de surpoids. Elle peut également rencontrer d'autres intervenants tels qu'un psychologue, une assistante sociale...

Globalement les professionnels oscillant autour de la femme enceinte sont les mêmes dans ces deux pays, seule leur consultation varie.

II.2. Histoire de la périnatalité

En France comme au RU, il y a un déplacement des accouchements de la maison à l'hôpital très important au milieu du XXème siècle au nom de la sécurité. Le taux de mortalité maternelle diminue ainsi que la mortalité infantile mais au même moment on connaît la révolution pasteurienne et une amélioration des conditions de vie.

II.2.1. En France (18-20)

La France a élaboré, au cours des 40 dernières années, 3 grands plans afin de parfaire la politique de périnatalité:

Le **plan de 1970-76** : une politique de dépistage est mise en place ainsi que la prise en charge à 100% des frais médicaux dès le 5ème mois de grossesse.

De 1995-2000 mise en action du **plan de 1994** : « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance », ce plan a pour but une sécurisation de l'accouchement, une sécurité physique mais aussi psychosociale (intégration du nouveau-né dans sa future famille).

Les points importants mis en avant pour une meilleure sécurité sont:

- d'augmenter l'observance du suivi de grossesse, de rendre obligatoire la présence du GO dans les maternités (cela va se faire progressivement), la présence 24h/24 d'une sage-femme pour toutes les maternités et une sage-femme pour 1000 accouchements/an.

- de développer les pratiques de travail en réseau entre les maternités et permettre les transferts in utero vers les maternités de niveaux 3 avant l'accouchement, en cas de risque (pour un rapprochement mère-enfant).

- de mettre en place une prise en charge spécialisée en cas de grossesse à haut risque obstétrical.

En **2005-2007** : le plan « humanité, proximité, sécurité, qualité » permet une évolution de la pratique périnatale : par la technique et l'introduction de la dimension émotionnelle.

- « plus d'humanité » au moyen :

- d'un entretien individuel ou en couple qui sera systématiquement proposé à toutes femmes enceintes au cours du 4ème mois. (21, 22)

- d'une information complète et continue des usagers sur les différentes prises en charge au sein du réseau.

- d'un carnet de maternité intégré au dossier médical faisant relais entre les professionnels.

- d'un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité. Une prise en charge personnalisée.

- « plus de proximité » : par le développement des réseaux de périnatalité.

- « plus de sécurité » : des maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels, une meilleure prise en charge des urgences maternelles. La Haute Autorité en Santé (HAS) a élaboré en novembre 2004 des **recommandations de pratique clinique (RPC)** pour la prise en charge des « hémorragies du post-partum immédiat ». Les causes de mortalité maternelle observées en France (1995-1997) et au RU (1994-1996) avaient été comparées : les décès par hémorragie anténatale ou du post-partum (GEU exclues) ne représentaient que 4,9% de la mortalité maternelle au RU, contre 17,3% en France. (23)

Au fil des années toujours au nom de la sécurité, le nombre des maternités se voit diminuer par la fermeture surtout des petites maternités : la France comptait 1379 maternités en 1975, 815 en 1997 et 584 au début 2008 (21, 24).

Ce mouvement de restructuration et de concentration n'a pas augmenté significativement le temps moyen d'accès par les patientes à une maternité.

Selon les dernières estimations de la DREES en 2010, la moitié des accouchements par voie basse est réalisée à moins de 17 minutes du domicile de la patiente et un quart à plus de 29 minutes.

L'enquête nationale périnatale (ENP) 2010 permet de confirmer ces estimations : le temps d'accès moyen pour venir accoucher est estimé par les femmes à 19 minutes et la moitié déclarent moins de 15 minutes de temps de transport pour venir accoucher. 10% des femmes indiquent un temps d'accès supérieur à 30 minutes, sans changement depuis 2003. (25, 26)

II.2.2. Au Royaume-Uni

En 1948 est créé le National Health Service (NHS) l'équivalent de la caisse primaire d'assurance maladie qui met en place l'accès gratuit aux soins pour toutes femmes enceintes.

Longtemps, le NHS, proposait une surveillance de la grossesse maximisant l'utilisation de moyens disponibles mais sans vraiment tenir compte de la volonté et des besoins des femmes enceintes.

En 1970 le rapport Peel recommandait 100% d'hospitalisation lors de l'accouchement des femmes.(27)

Mais un changement de politique va avoir lieu à la suite de différents événements. L'AIMS : l'association pour l'amélioration des services de santé en maternité, qui lutte pour les droits et les revendications des usagers créée en 1960, ainsi que l'ARM ou « Association Radical of Midwives » c'est-à-dire le mouvement des sages-femmes radicales et d'autres associations de « consommateurs » vont se mobiliser autour de la naissance.

Tout « commence en 1981, quand une femme désirant accoucher accroupie à l'hôpital de Hampstead, avait écrit à l'hôpital en ce sens. Elle pensait être entendue. Mais le jour de son accouchement la sage-femme s'assit dans le coin de la pièce, les bras croisés, exigeant que la femme se soumette à ses diktats. Ce fut une naissance traumatique, très déplaisante, qui entraîna la colère de tout un groupe de femmes participant à la préparation à la naissance déjà assez célèbre en Angleterre : « active birth » ou naissance active qui prônait la mobilité en cours de travail et la liberté de la position d'accouchement.

Cette femme accompagnée de plus de 6000 autres personnes va faire un sit-in devant l'hôpital pour revendiquer ses droits. Au cours de cette manifestation, une pétition demandant au parlement de spécifier les droits des parents et une loi pour la défendre a recueilli 12 000 signatures et fut remise à un député le 22 mars 1983.

Pour appuyer cette pétition l'AIMS publia des fascicules :« Atteinte aux droits de parents.» expliquant aux parents leurs droits puis furent remplacé par « qui attend mon bébé ? ». Tout cela n'étant pas suffisant, des associations de consommateurs créèrent un fond de soutien pour la défense des parents. Aussitôt, les journaux professionnels publièrent des articles sur les droits des patientes, le consentement éclairé...

En 1988, la loi protégeant les patients a été publiée sous l'intitulé de la charte des droits de la parturiente. Elle stipule que: «le parlement européen considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permet de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée.» (22)

Un rapport de la commission parlementaire « changing birth » de 1993 a modifié la politique de périnatalité : changer la naissance pour plus de satisfaction des femmes et des parents.(28)

Ces conclusions répondent favorablement aux revendications de l'AIMS. En effet il y est écrit explicitement que:

- Le modèle médical sans preuve n'est plus acceptable en maternité;
- Encourager toutes les femmes à accoucher à l'hôpital ne peut être justifié pour raisons de sécurité;
- Il faut encourager la continuité des soins, et les sages-femmes sont les mieux placées pour prodiguer ce type de soins;
- Les sages-femmes devraient avoir leurs propres unités de soin au sein ou en dehors de l'hôpital;
- La politique de fermeture des petites maternités pour motif présumé de sécurité devrait être abandonnée;
- Le nombre d'obstétriciens devrait être réexaminé (et il n'est pas à réviser à la hausse)

Tout cela a amené à diminuer la fermeture des petites maternités à l'inverse de la France et à nous écarter de la politique de périnatalité en cours qui était similaire à la France (la sécurité à l'hôpital).

Ainsi dans cette continuité le National Collaborating Centre for Women's and Children Health, crée un document sur la surveillance de la grossesse de la «femme en bonne santé» («grossesse à bas risque») adopté et publié par le National Institut for Clinical Excellence (NICE) en octobre 2003. (29)

Ce document insiste sur :

- le **droit d'information** et le **libre consentement** des patients
- des pratiques fondées sur une «**médecine basée sur les preuves**» (« evidence based medicine »)
- un suivi de grossesse centré sur la femme enceinte, l'importance de la préparation à la naissance
- un suivi de la grossesse assuré par un petit groupe de professionnels avec qui la femme se sent en confiance, permettant une continuité des soins durant la période périnatale.(28)

Les médecins au début du siècle dernier en France comme au RU ont rendu obligatoire l'accouchement en milieu hospitalier avec la médicalisation que cela implique mais la France et le RU ont pris finalement deux directions différentes.

III. PRISE EN CHARGE

III.1. Suivi de la grossesse

Au RU comme en France, le suivi des femmes est divisé en 2 catégories : à « bas risque » obstétrical ou à « haut risque » obstétrical. Une femme est considérée comme à « bas risque » obstétrical par l'absence de facteurs de risque. (23)

En France il y a deux types de suivi : A (avis A1 et avis A2) et B. Le suivi B doit se faire obligatoirement par un GO. (annexe III)

III.1.1. Consultations prénatales et examens

- Au RU :

La « **booking visit** » est la première visite qui a lieu entre 10 et 15 semaines d'aménorrhées (SA), elle peut durer jusqu'à 3 heures.

Lors de cette visite des examens sont proposés à la femme enceinte après une information très complète rendue obligatoire par la loi de 2000 « Act 2000 : The Freedom of information » sur leurs buts et limites. La patiente est alors libre d'accepter ou de refuser. Les examens paracliniques proposés lors de « la booking visit » ainsi que les examens de dépistage sont répertoriés dans les annexes (annexe IV).

Lors de cette première visite est réalisé un examen clinique comprenant une mesure de la pression artérielle, une analyse d'urines par bandelette urinaire, et la mesure du poids de la patiente comme à chaque consultation. Il est conseillé à la femme nullipare 10 consultations prénatales et à la multipare 7. (30)

Les femmes enceintes au RU ont 2 échographies proposées en systématique : l'échographie de datation (10-13+6 SA) et l'échographie morphologique ou « anomaly scan » (18-20+6 SA). (30)

Lorsque la patiente dépasse la date du terme théorique, elle est vue à 41 SA et une induction du travail est proposée. Si la patiente refuse, à partir de 42 SA un enregistrement du rythme cardiaque fœtal et une échographie (liquide amniotique) 2 fois par semaine minimum sera proposé.(26)

- En France :

Lors de la première visite un examen clinique est effectué à la différence du RU ; celui-ci comprend un examen vaginal. Des examens prénataux sont prescrits (rubéole, toxoplasmose, VIH...) (annexe V) et trois échographies (à 12, 22 et 32 SA) sont proposées à la femme enceinte, toutes prises en charge par l'Assurance Maladie.

La femme enceinte doit faire sa déclaration de grossesse avant 15 SA auprès de l'assurance maladie qui lui envoie par courrier un calendrier personnalisé et 3 livrets au cours de la grossesse.(14)

L'entretien individuel précoce ou entretien du 4ème mois, mis en place après le plan de périnatalité de 2005-2007, a pour but de préparer avec les parents la venue au monde de leur enfant dans les meilleures conditions.

Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisant, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Mais aussi de dépister des situations à risques. On peut le rapprocher de la « booking visit ».

Un suivi mensuel est proposé à la femme enceinte avec un gynécologue, un médecin traitant ou une sage-femme. Une consultation pré-anesthésique est obligatoire en France.

• **Les différences principales entre le RU et la France sont :**

- un suivi toxoplasmique mensuel en France (la sérologie toxoplasmique n'est faite qu'à la première consultation au RU)(15)

- un toucher vaginal effectué à chaque consultation en France ce qui n'est pas le cas au RU

- une recherche de chlamydiae est effectuée chez les femmes âgées de moins de 25 ans au RU

En France comme au RU un dépistage du diabète par glycémie existe, ainsi qu'un dépistage pour la trisomie 21. Une recherche de streptocoques B vaginal est effectuée en France à 36 SA et une recherche de streptocoques B urinaire au RU. (30)

III.1.2. La préparation à la naissance:

Au RU: 6 séances sont proposées par une sage-femme et une séance facultative sur les complications éventuelles par un médecin. Elles sont surtout pour les nullipares, sinon 1 ou 2 séances pour les multipares.

En France elles sont dispensées par des sages-femmes, individuelles ou collectives et sont au nombre de 8 de 45 minutes minimum. (14)

III.1.3. Le carnet de maternité

En France, c'est un outil de promotion de la santé maternelle et familiale selon le plan de périnatalité 2005-2007. Ce carnet contient notamment des informations lui permettant de jouer son rôle éducatif pour les futurs parents vis-à-vis des risques pour l'enfant liés à la consommation, pendant la grossesse, d'alcool, de tabac ou de médicaments auto-prescrits, ou encore de risques liés à certaines infections (31)

Au RU il existe un carnet similaire : « calendrier de développement de la naissance à cinq ans ». C'est un guide interactif pour le développement des enfants de la naissance à cinq ans, il comprend des vidéos et des conseils afin d'aider les parents.(32)

C'est un outil d'accompagnement supplémentaire pour les femmes, qui sont bien entourées dans ces deux pays.

III.2. Accouchement

III.2.1. Lieux

En France, le suivi du travail et de l'accouchement se fait **à l'hôpital** (dans le secteur public ou privé). Il existe de rares cas d'accouchements à domicile certains inopinés ou assistés, mais juridiquement, financièrement et médicalement il est presque impossible d'accoucher à domicile en France. Le coût, les risques et les mœurs s'y opposent.

En France les maternités sont réparties en 3 niveaux : I, II et III. Selon le risque obstétrical, fœtal et maternel la femme sera orientée vers des maternités de niveaux différents.

Les maternités de **niveau I** possèdent une unité d'obstétrique. Elles peuvent s'occuper du suivi et de l'accouchement des grossesses à « bas risque » après 37 SA et des urgences obstétricales.

Les maternités de **niveau II** possèdent une unité d'obstétrique et de néonatalogie.

Les maternités de **niveau III** possèdent une unité d'obstétrique, de néonatalogie, et de réanimation néonatale. Elles peuvent accueillir des enfants à partir de 24 SA +/-500g.

À côté des salles de naissance classiques, une autre alternative d'accouchement s'est développée au sein de certaines maternités : il s'agit d'espaces dit « physiologiques » ou encore salles « nature », où l'accouchement est pris en charge de manière moins médicalisée. Il en existe en France depuis les années 70, et de nouveaux s'en créent aujourd'hui.(23)

Au RU, une femme enceinte a le choix entre 3 lieux de naissance (27, 33) :

- Les « **NHS trusts** » c'est-à-dire les hôpitaux. La patiente peut choisir d'être entièrement suivie à l'hôpital dans le cadre d'un accompagnement global (« one-to-one »). La sage-femme de consultation (« consultant midwife ») sera alors son interlocuteur principal. L'obstétricien ne sera consulté qu'en cas de pathologie ou de risque dépisté.

Le cas particulier du système domino : la femme en travail appelle la sage femme communautaire ; celle-ci reste avec elle à la maison durant la plus grande partie du travail et prend ensuite la responsabilité de l'accouchement à l'hôpital avant de ramener mère et enfant quelques heures plus tard à la maison.(34)

- **Les maisons de naissance** : « a free standing birth centre », « midwifery led unit ». C'est un lieu de naissance créé et mené par des sages-femmes indépendantes qui permet le suivi des femmes enceintes ayant une grossesse déterminée comme à bas risque obstétrical ainsi que l'accouchement et la surveillance post-partum de ces femmes.

Durant le travail et la naissance, des services d'obstétrique, de néonatalogie et d'anesthésie sont accessibles :

- soit ils sont dans le même bâtiment : « midwife-led unit /alongside obstetric unit »
- soit ils sont à proximité mais dans des bâtiments séparés : « standalone midwife-led unit » impliquant un éventuel transfert par voiture ou ambulance.(33)

- **L'accouchement à domicile** «home birth» est possible au RU et suite au projet « changing birth » il est passé de 1 à 2%. Dans certaines villes il représente 20% des accouchements. (35)

III.2.2. Surveillance du travail obstétrical

Au RU l'examen vaginal se fait toutes les 4h dans le cas d'un travail physiologique. Une stagnation est diagnostiquée si la dilatation n'a pas augmenté de 2cm en 4h. De même un toucher vaginal n'est effectué que si cela est vraiment nécessaire pour évaluer la progression du travail, ou le début réel ou non du travail. Le changement comportemental de la femme est un des critères intervenant en premier dans la décision du professionnel. (33) En France l'examen vaginal est plus fréquent (toutes les heures généralement).

Au RU il est possible d'écouter toutes les 15 min durant une minute au moins le rythme cardiaque fœtal (RCF) ou en surveillance continue. Mais le recours aux ocytociques, ou la notion de travail prolongé, de liquide amniotique teinté ou méconial constituent des contre-indications à la pratique de l'auscultation intermittente.(33) L'enregistrement cardiotocographique par monitoring n'est pas recommandé en MDN d'après les recommandations du NICE 2007.

Il est d'usage courant en France du fait des avantages qu'il procure en terme d'utilisation des ressources et de traçabilité des événements. « *Sur la base des données publiées à ce jour, aucune différence n'est montrée en conditions expérimentales entre les deux techniques en terme de mortalité ou de séquelles neurologiques* » (36)

En cas de RCF pathologique un pH ou FBS (foetal blood sample) peut être effectué, les normes sont les mêmes dans les 2 pays : <7,20 anormal, >7,25 normal.

La prise en charge globale est similaire. La direction du travail par rupture artificielle de la poche des eaux et/ou par perfusion d'ocytociques est courante dans les deux pays (20% de taux de travail déclenché en France et au RU en 2003 selon l'enquête DRESS et les données de l'HES).

Une délivrance dirigée est réalisée au moment de la naissance par injection d'ocytociques (10 unités internationales au RU, 5-10 unités internationales en France selon les lieux).

L'allaitement est recommandé dans l'heure suivant la naissance si cela est possible. Un examen général du nouveau-né sera effectué par un professionnel à la naissance.

La surveillance maternelle immédiate du post-partum est similaire.

III.2.3. La prise en charge de la douleur

Plusieurs moyens différents sont proposés au RU :

- La mobilisation est la méthode la plus utilisée. Très peu de femmes sollicitent la pose d'une péridurale contrairement à la France. La mobilisation c'est la déambulation, le choix de différentes positions : accroupie, assise, à genou, à quatre pattes, allongée sur le dos, sur le côté, semi-allongée (33) mais c'est aussi la possibilité d'accoucher dans une de ses positions ou sur un tabouret.

- La balle d'accouchement ou « birthing ball » : il n'y a pas de preuve réelle qu'il y ait un impact sur la douleur, mais c'est une position confortable pour la femme.

- Prendre un bain lors du travail réduit la douleur et l'utilisation d'analgésiques.

- La respiration et la relaxation, les massages, la musique. L'aromathérapie, la chaise à bascule, l'hypnose, l'homéopathie, la réflexologie.

- Entonox : « nitrous oxyde oxygen 50/50 » (27), c'est un analgésique d'inhalation. En France il est aussi proposé mais également connu sous le nom de protoxyde d'azote.

- Des opioïdes comme la péthidine ou la diamorphine

- La péridurale n'est possible que dans les unités d'obstétrique.

En France des injections de péthidine ou de nubain sont proposées, l'acupuncture, la mobilisation, des bains. Tous les moyens sont aussi disponibles en France mais d'usage moins courant. (27, 33)

III.3. Post-partum

III.3.1. La durée moyenne de séjour (8)

Au RU la durée moyenne de séjour est de 2,4 jours selon les données Eurostat de 2009 contre 4,7 jours en France. Le RU a la durée moyenne de séjour la plus courte parmi les 27 pays européens et la Slovaquie la plus longue (5,5 jours).

III.3.2. La sortie

Au RU les femmes sortent beaucoup plus tôt qu'en France, elles peuvent sortir à 12 heures de la naissance. Il existe un système de suivi à domicile plus développé et par conséquent plus long pour les femmes. Un relais téléphonique ou des visites à domicile sont mis en place par une sage-femme et cela jusqu'à 10 jours après l'accouchement.

En France communément la sortie se fait pour une grossesse physiologique entre le 3-4ème jour et pour une césarienne entre le 5 et 6ème jour.

Un retour précoce à domicile après accouchement sous conditions est cependant possible. Une sortie précoce correspond à une sortie entre J0 et J2 (37) pour une naissance par voie basse ou entre J0 et J4 pour une naissance par césarienne. Les recommandations concernant une sortie précoce à domicile sont en annexes. (annexe VI)

III.3.3. L'examen postnatal (33)

L'examen postnatal est obligatoire et peut être réalisé par un médecin spécialiste ou non ainsi que par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. (31) Il a lieu entre 6 à 8 semaines après l'accouchement.

La rééducation périnéale est prise charge en France, elle est faite soit par une sage-femme soit par un kinésithérapeute. Au RU, ce domaine est réservé exclusivement aux kinésithérapeutes.

PARTIE II

I. MÉTHODOLOGIE

I.1. Problématique, hypothèses et objectifs de l'étude

I.1.1. La problématique

Les pratiques mises en œuvre pour le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sont différentes entre le RU et la France : Y-a-t-il une variation de la morbi-mortalité maternelle et fœtale liée à ces pratiques différentes?

I.1.2. Les objectifs

Les objectifs de l'étude sont de comparer la morbi-mortalité fœtale et maternelle des 2 pays en fonction de leur population, des modalités de prise en charge, et des professionnels. Cette comparaison a pour but de réfléchir aux pratiques françaises.

I.1.3. Les hypothèses

Le RU et la France sont deux pays se rapprochant culturellement et économiquement. Mais il existe des différences importantes dans le suivi des femmes enceintes qui n'aggravent pas pour autant le pronostic materno-foetal. Par conséquent, il pourrait être intéressant de s'inspirer du modèle britannique. Certaines pratiques sont peut-être onéreuses et n'apportent pas plus de sécurité dans la surveillance de la grossesse.

I.2. Le choix du pays

La question se portant sur la France, le choix du second pays s'est porté sur le RU. Le RU appartient aux pays développés européens. Il est assez proche de la France au niveau culturel, social, démographique et sanitaire pour pouvoir être comparé à la France ; tout en se différenciant par sa culture médicale.

I.3. Présentation de l'étude

L'étude est une monographie. Elle se base sur une recherche bibliographique qui a été effectuée à l'aide des sites tels que Pubmed, Cismef, Ecosanté, Cochrane database...

Les données ont été recueillies à l'aide de différentes enquêtes et rapports au niveau national et européen :

- Concernant la France, les sources utilisées sont :
 - l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2003 et 2010
 - l'enquête du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) de 2012
 - le rapport du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM) 2001-2006
 - l'étude des régulateurs européens de 2010 de l'Ordre des Sages-Femmes (OSF)

- pour le RU :
 - l'United Kingdom of Health Statistics (UKHS) de 2011
 - « Delivered with care : a national survey of women's experience of maternity care 2010. » une étude du National Perinatal Epidemiology Unit (NPEU) de 2010.
 - le rapport 2003–2005 sur la mortalité maternelle au Royaume-Uni : commentaires et comparaison aux données françaises. AFAR
 - CMACE. «Saving Mothers' lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008 » BJOG 2011 ou BJA

- pour l'Europe :
 - European perinatal Health Report : Euro-Peristat 2008

Des données ont également été recueillies à l'aide des ressources de:

- l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- l'Office for National Statistics (ONS)
- l'Health Episode Statistics (HES)
- l'Observatoire Français des Drogues et toxicomanie (OFDT)
- l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)
- l'Institut National d'Études Démographiques (INED)

- la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)

Les différents indicateurs choisis concernent d'abord les caractéristiques propres aux femmes enceintes afin de pouvoir comparer les deux populations : le taux de fécondité, les facteurs de risque modifiables de la morbidité et de la mortalité associées à la grossesse : l'âge maternel moyen à la naissance, la parité, l'origine maternelle, la situation sociale, l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète, la consommation de tabac et d'alcool.

Dans un second temps, l'étude a comparé la population professionnelle des deux pays puis dans un troisième temps la prise en charge et le suivi de la grossesse, les modalités de l'accouchement et enfin des indicateurs de santé maternelle et fœtale.

II. ÉTUDE

II.1. Étude d'une population particulière : caractéristiques des femmes enceintes

II.1.1. Le taux de fécondité (2)

En 2009 l'indice conjoncturel de fécondité* était de 2 en France. En 2008 il était de 1,98 au RU et de 1,60 pour l'UE des 27.

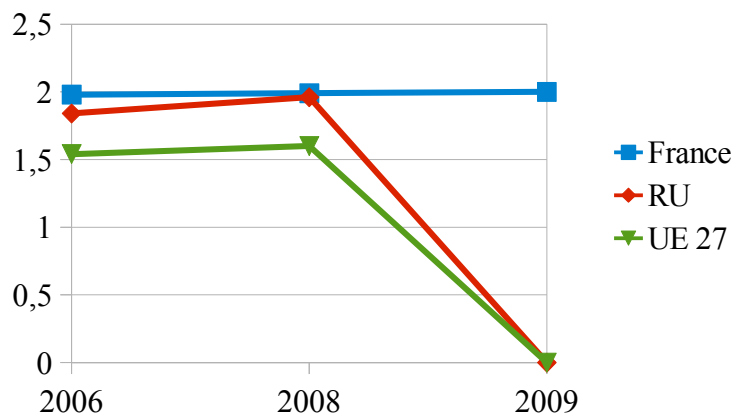


Figure1 : Taux de fertilité en France et au RU*

Source : OMS.

II.1.2. La parité (38)

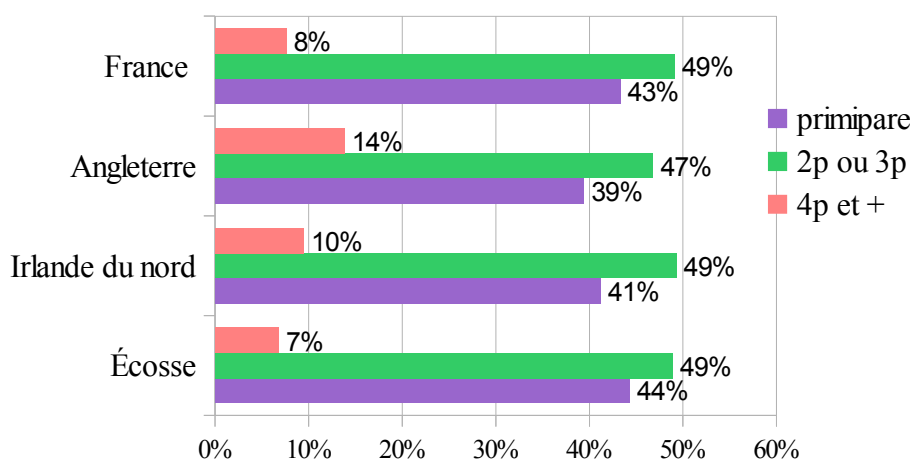


Figure 2 : Répartition de la parité chez les femmes en 2004

Source : Euro-Peristat 2008

II.1.3. L'âge maternel moyen à la naissance (4)

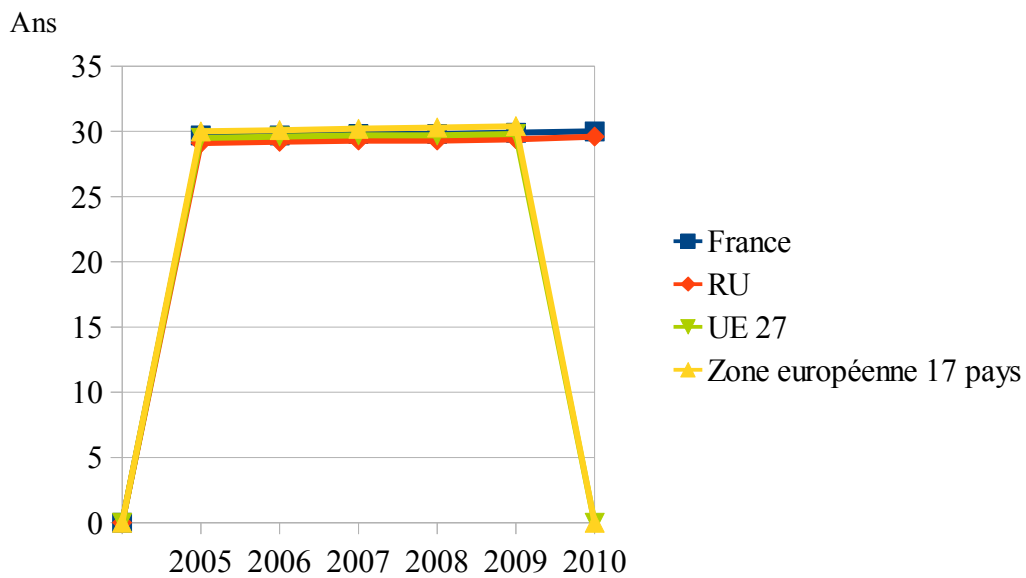


Figure 3 : Âge moyen des femmes à la maternité

Source : Eurostat.

II.1.4. Grossesses multiples (3, 38)

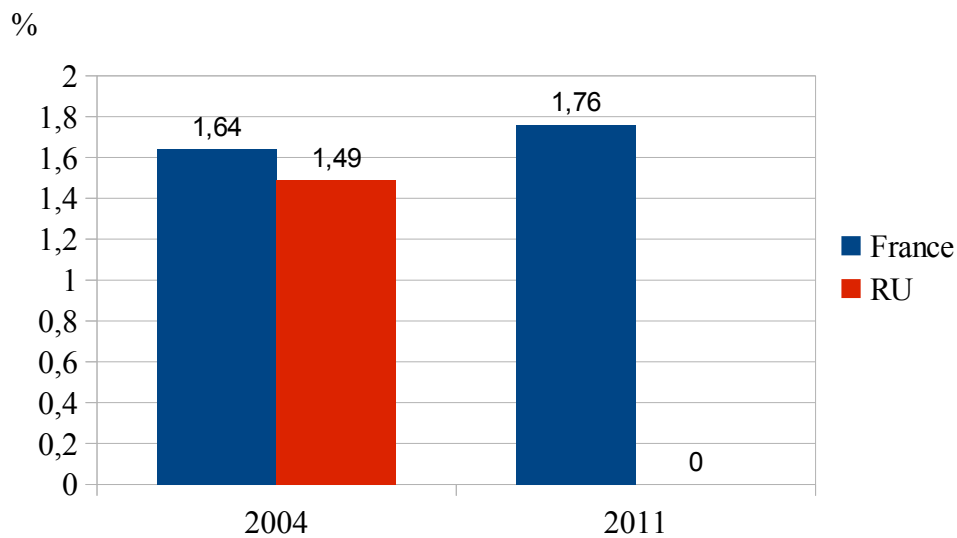


Figure 4 : Pourcentage de grossesses multiples en France et au RU

Sources : INED, EuroPeristat 2008.

II.1.5. Origine (38)

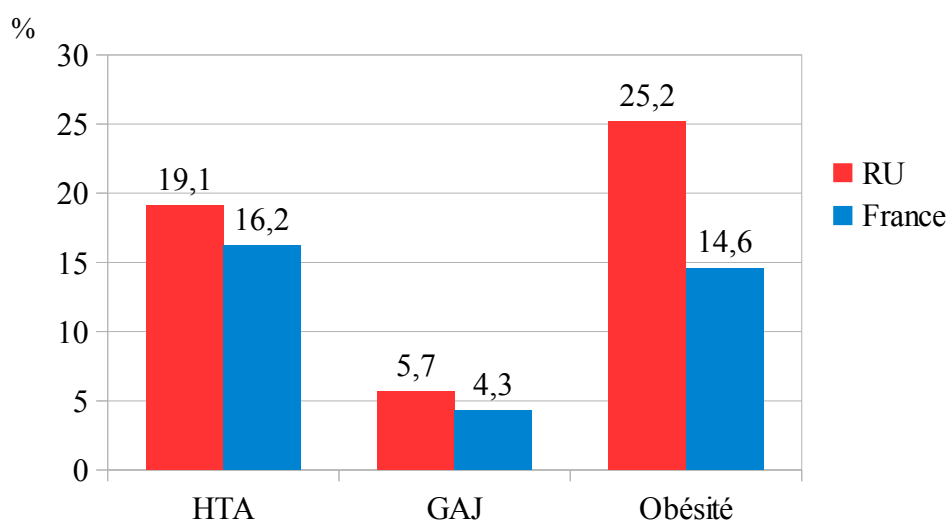
15,1% des femmes accouchant en France sont de nationalité étrangère (85 nations différentes). 19,7% ont un pays d'origine différent au RU (21,2% en Angleterre et au Pays de Galles, 7,8% et 8,3% en Écosse et en Irlande du Nord).

II.1.6. Naissances hors mariage/ taux de divorce (39)

En 2009, 46,3% des naissances vivantes totales sont hors mariage au RU et 52,9% en France (37,4% dans l'UE des 27). Le taux de divorce est de 2,2% au RU et 2,1% en France (2,1% dans l'UE des 27).

II.1.7. Facteurs de risques

- Obésité, hypertension artérielle (HTA), diabète (2)



HTA : hypertension artérielle chez les adultes de 25 ans et plus

GAJ : Élévation de la glycémie à jeun chez les adultes de 25 ans et plus

Obésité : Femmes de 20 ans et plus obèses

Figure 5 : Prévalence de l'HTA, de l'élévation de la GAJ et de l'obésité en 2008

Source : OMS 2008.

D'après les données de la DRESS en 2009, la prévalence du diabète chez les femmes en France est de 3,2% en 2003. La prévalence du diabète pendant la grossesse est de 4%, celle de la pré-éclampsie de 0,9% et de l'HTA de 1,5%. (40, 41)

- Tabac (38)

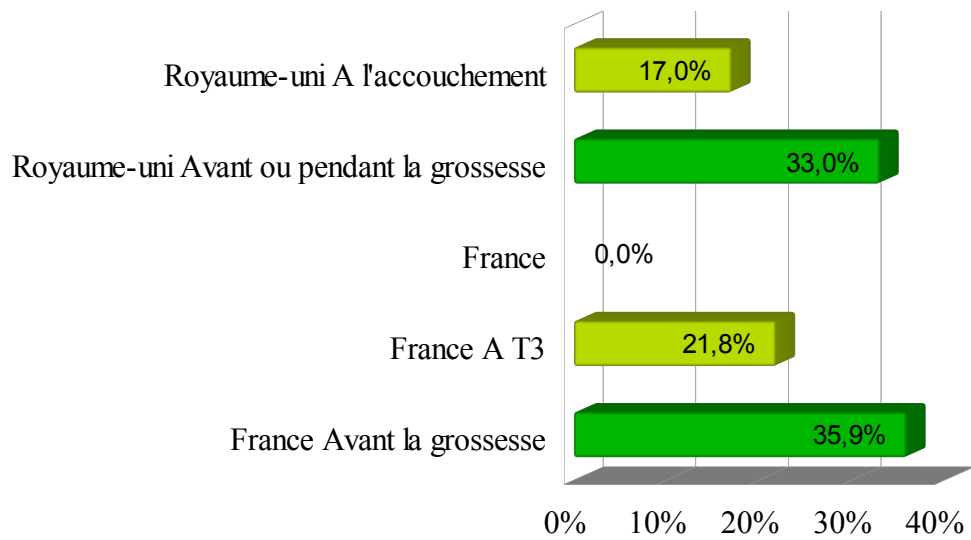


Figure 6 : Pourcentage de femmes fumant avant et pendant la grossesse en 2004

Source : Euro-Peristat 2008.

- Alcool (2, 42, 43)

La consommation d'alcool en litres par habitant par an est de 12,5 en France et 11,4 au RU.

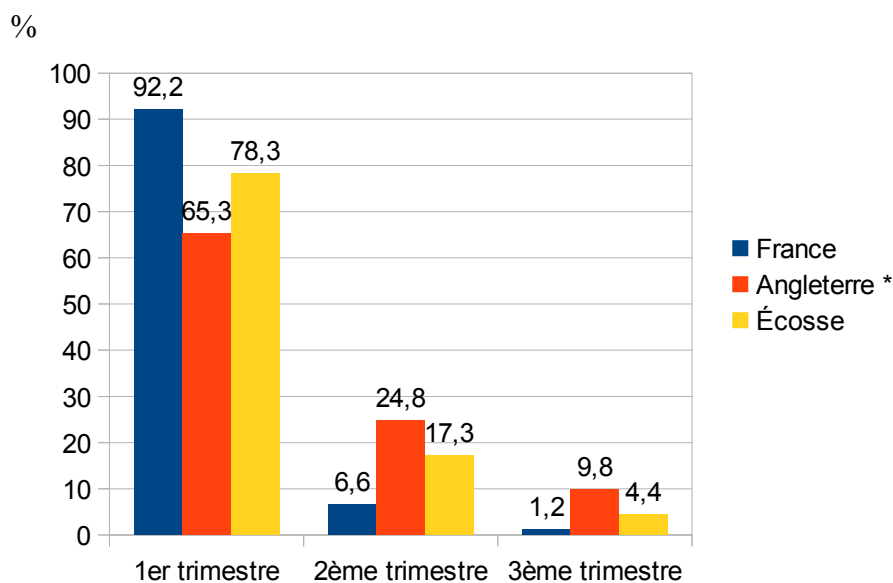
II.2. Caractéristique de la prise en charge

II.2.1. Observance du suivi de grossesse

II.2.1.1. Date de la déclaration de grossesse (8)

En France 7,80% des grossesses sont déclarées au troisième trimestre et 0,5 % ne sont pas déclarées, pour l'année 2010. Les données pour le RU ne sont pas disponibles.

II.2.1.2. 1ère visite prénatale (8, 38)



*données manquantes pour l'Angleterre (60% de réponses)

Figure 7 : Date de la première visite prénatale en 2010

Source : HCSP 2012, Euro-Peristat 2008.

II.2.1.3. Nombre de consultations prénatales (8)

Le nombre moyen de consultations prénatales par femme est de 8,9 en France en 2003. Les données pour le RU ne sont pas disponibles.

II.2.1.4. Échographie

Le nombre moyen d'échographies par femme en France est de 4,5 en 2003 et au RU de 3,5 en 2010. (41, 44) Au RU : 89,8 % des femmes ont l'échographie de datation et 98,5 % ont l'échographie morphologique. (44, 45)

II.2.2. Modalités d'accouchement

II.2.1. Mode d'accouchement

Tableau I : Le mode d'accouchement en 2003 (32, 41, 46)

	RU	France
Taux de travaux déclenchés	20%	20%
Taux d'accouchements instrumentaux	12%	11%
Taux de césariennes programmées	11%	13%
Taux total de césariennes	23%	20%

Sources : HES, DREES, ENP 2010.

II.2.2.2. Analgésie (32, 41)

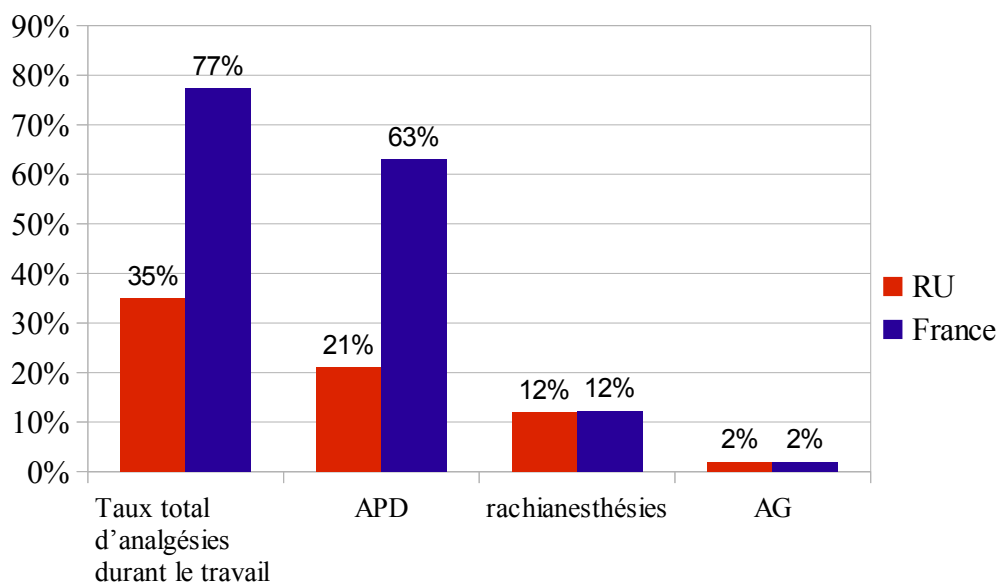


Figure 8 : Prise en charge de la douleur durant le travail en 2003

Sources : HES, DREES.

II.3. Indicateurs de morbi-mortalité maternels et néonataux

II.3.1. Indicateurs de santé néonatale

II.3.1.1. Morbidité

- Le taux de prématurité (38)

Le taux de prématurité global est de **7,20%** en France et **6,8%** parmi les naissances vivantes en 2004. Au RU toutes les données ne sont pas accessibles. Cependant en 2003: en Angleterre et au Pays de Galles le taux de prématurité parmi les naissances vivantes s'élève à **7,5%**, à **7,6%** en Écosse et **6,6 %** en Irlande du nord.

• Le poids de naissance (39, 40, 47)

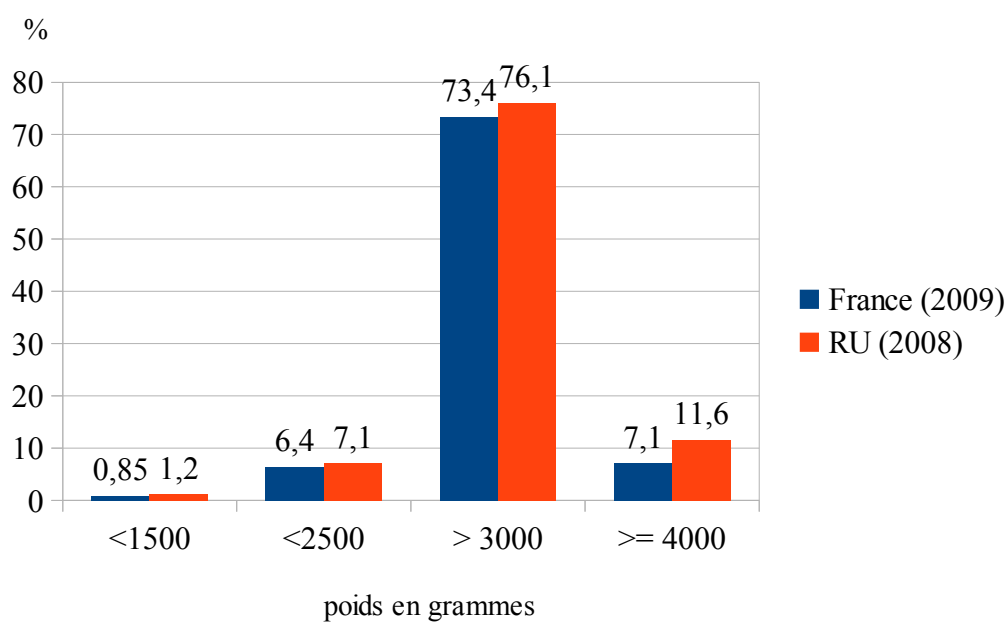


Figure 9 : Répartition des poids de naissances

Sources : DRESS, ONS.

• Apgar à 5 minutes (38)

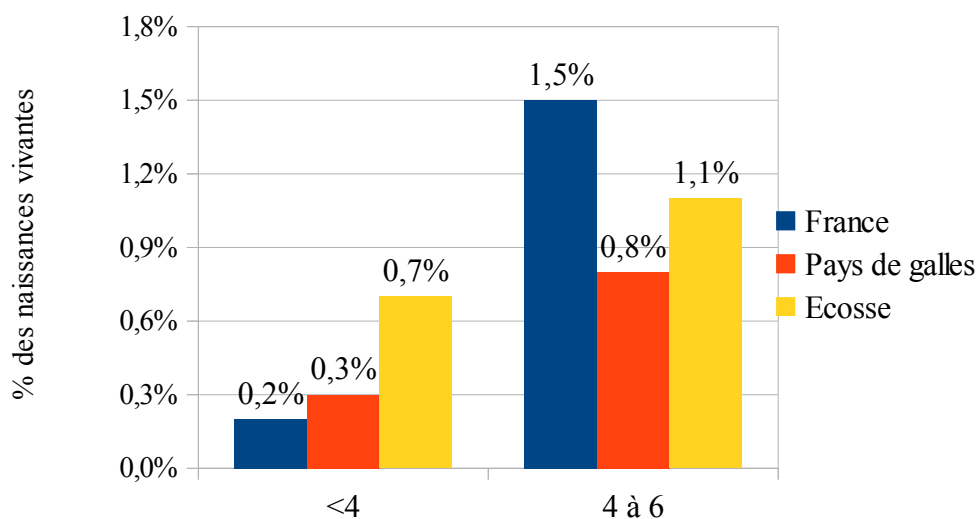


Figure 10 : Taux d'apgar à 5 minutes <4 et entre 4 et 6 (en % des naissances vivantes) en 2004

Source : Euro-Peristat 2008.

• Anomalies congénitales (AC) à la naissance (38)

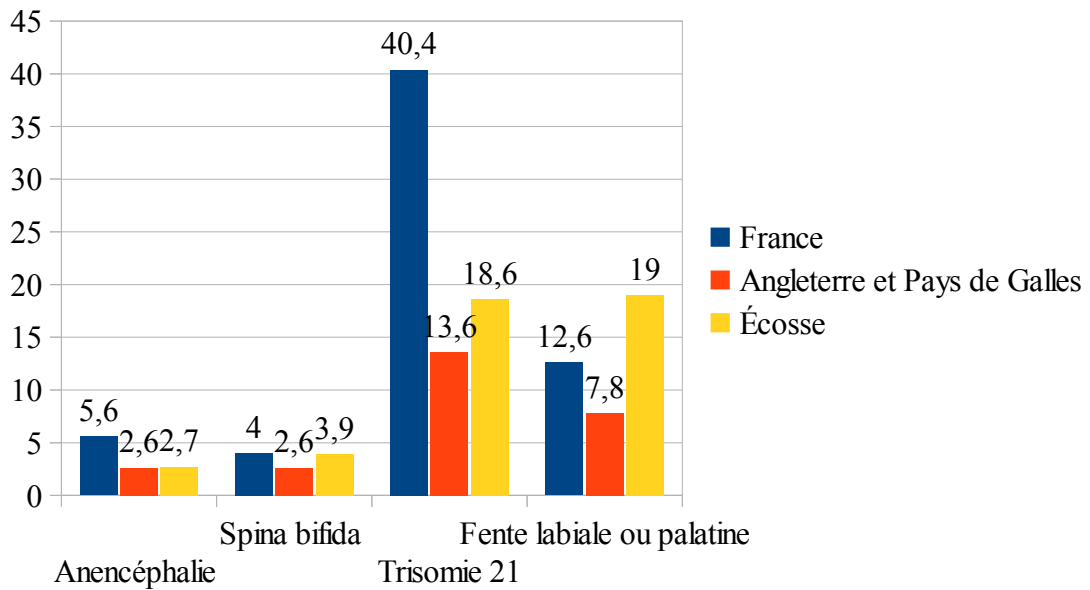


Figure 11 : Taux d'anomalies congénitales pour 10 000 naissances (mort fœtale, interruption de grossesse >22 SA et naissances vivantes) en 2004

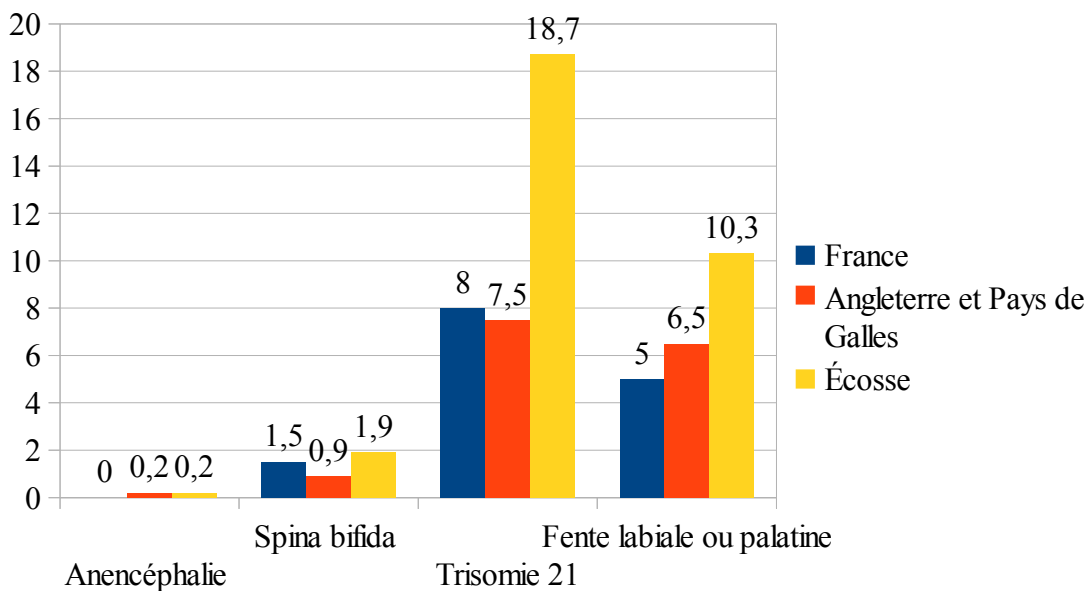


Figure 12 : Taux de naissances vivantes ayant une AC pour 10 000 en 2004

Source : Euro-Peristat 2008.

- L'allaitement (38, 46)

Sur les 48 premières heures le taux d'allaitement mixte est pour le RU en 2004 de 11% et pour la France en 2010 de 8,50%. Le taux d'allaitement exclusif est de 65% pour le RU en 2004 et de 60,2% en France en 2010. À la sortie de la maternité le taux d'allaitement maternel en France est de 68,70%.

II.3.1.2. Mortalité infantile et périnatale (4, 42)

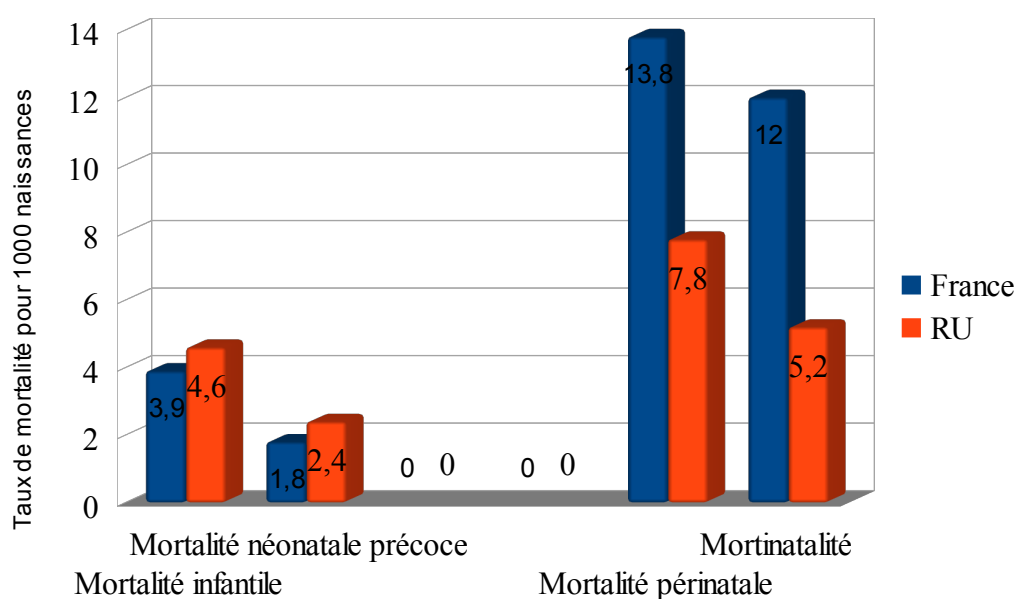


Figure 13 : Taux de mortalité pour 1000 naissances en 2009

Sources : Eurostat, INSEE.

II.3.2. Indicateurs maternels

II.3.2.1. Mortalité maternelle

Le taux officiel de mortalité maternelle était en 2004 de **7,4/100 000** naissances en France (8,2/100 000 en 2006) (48, 49) et de **7,2/100 000** naissances au RU. (38)

Tableau II : Répartition de la mortalité maternelle (50-53)

Mortalité maternelle	2000-2002		2003-05	2006-08	2003-06
	RU	France	RU		France
Causes obstétricales directes	40,6%	72%	44,7%	41,0%	73,2%
Hémorragies *	10,7%	23%	4,7%	3,4%	25,8%
Embolies amniotiques	1,9%	10%	5,8%	5,0%	16,0%
Thrombo-embolies	11,5%	11%	13,9%	6,9%	9,4%
Hypertension artérielle	5,4%	13%	6,1%	7,3%	8,0%
Infections	4,6%	3%			3,3%
Complications d'anesthésie	2,3%	1%	2,0%	2,7%	1,4%
Autres causes directes	4,2%	11%			9,4%
Causes obstétricales indirectes	59,4%	28%	55,3%	59,0%	26,8%
Accident vasculaire cérébral	9,2%	10%			7,5%
Maladies cardiaques	16,9%	6%	16,3%	20,3%	5,2%
Cancer	1,9%	2%			2,8%
Autres	25,3%	10%			2,3%
Toutes causes	100%	100%	100%	100%	100%

*y compris les hémorragies du 1er trimestre de la grossesse, pour 2002 au RU

Sources : CNEMM 2001-06, AFAR 2009, CMACE 2006-08.

II.4. Lieu d'accouchement et répartition des professionnels de santé

II.4.1. Lieux d'accouchements : (46, 54)

- Pour le Royaume-Uni :

92% des accouchements ont lieu en unité d'obstétrique (à l'hôpital), 5% en MDN (3% dans des MDNs dans le même bâtiment de l'unité d'obstétrique et 2% indépendantes) et presque 3% ont lieu à domicile (2,8%) en incluant les accouchements non planifiés.

• Pour la France :

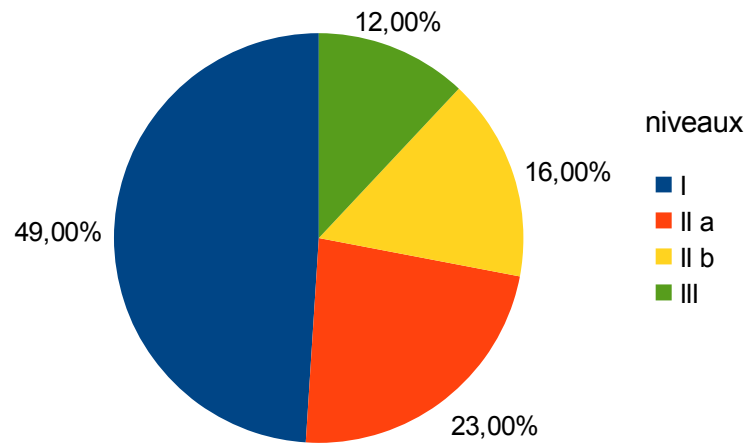


Figure 14 : Répartition des lieux de naissances en France

Source : ENP 2010.

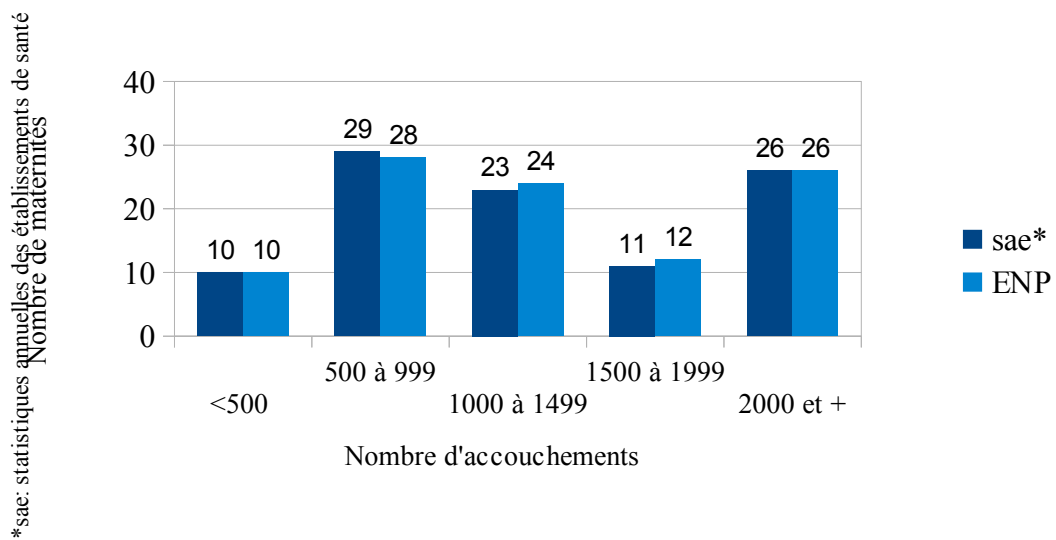


Figure 15: Comparaison de la répartition des maternités en France selon leur volume annuel d'accouchements en 2010

Source : ENP 2010.

II.4.2. Professionnels de santé :

II.4.2.1. Effectifs des professionnels (16)

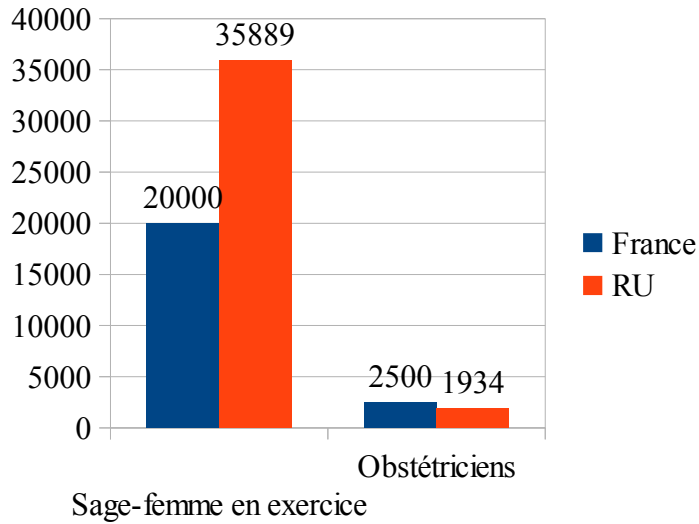


Figure 16 : Effectifs des sage-femmes et des gynécologues-obstétriciens en 2010

Source : OSF 2010.

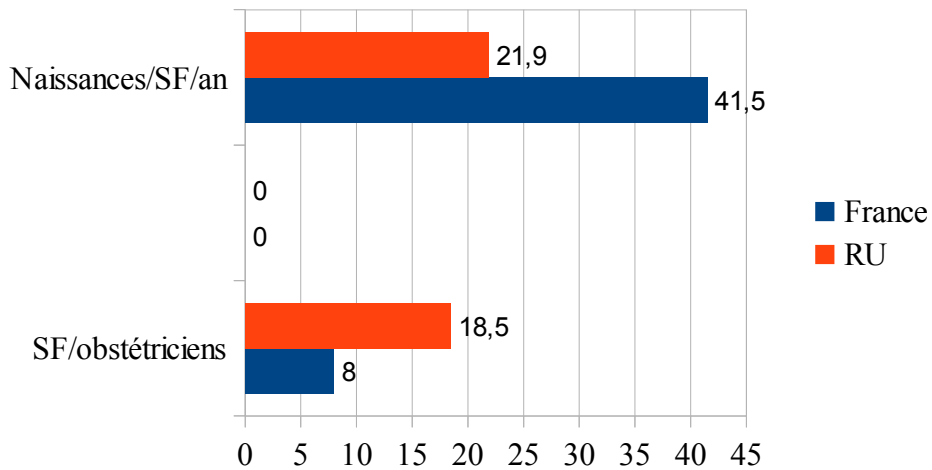


Figure 17 : Effectifs comparés en 2010

Source : OSF 2010.

II.4.2.2. Répartition des sages-femmes

- selon le mode d'exercice (16)

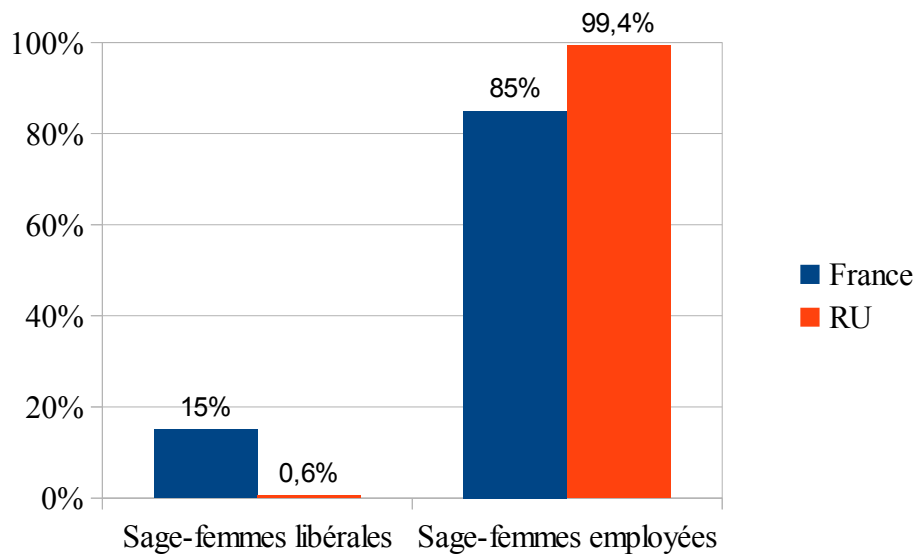


Figure 18 : Répartition des sages-femmes selon le mode d'exercice en 2010

Source : OSF 2010.

- selon l'activité (55)

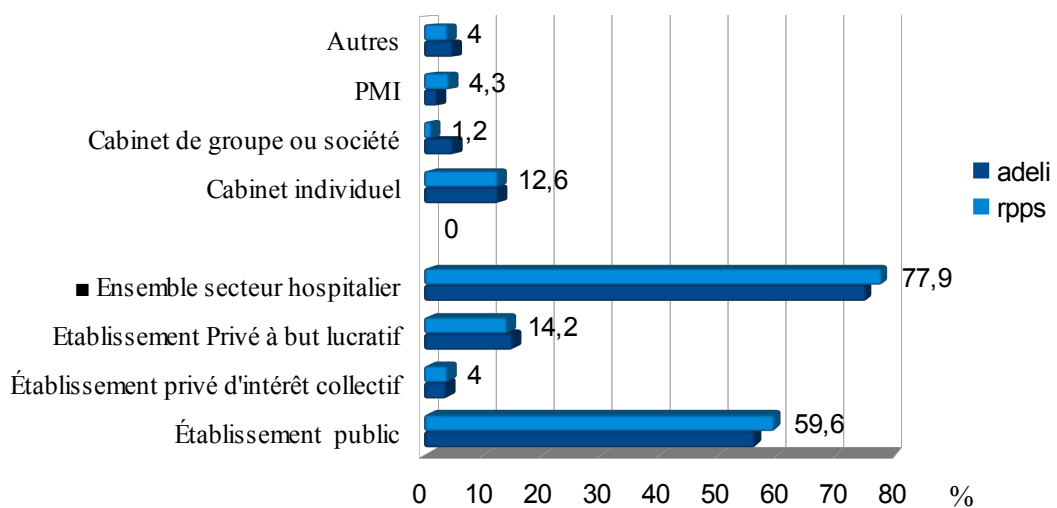


Figure 19 : Répartition des sages-femmes en France par secteur d'activité en 2010

Source : DREES 2011.

II.4.2.3. Personnels consultés par les femmes enceintes (8, 45)

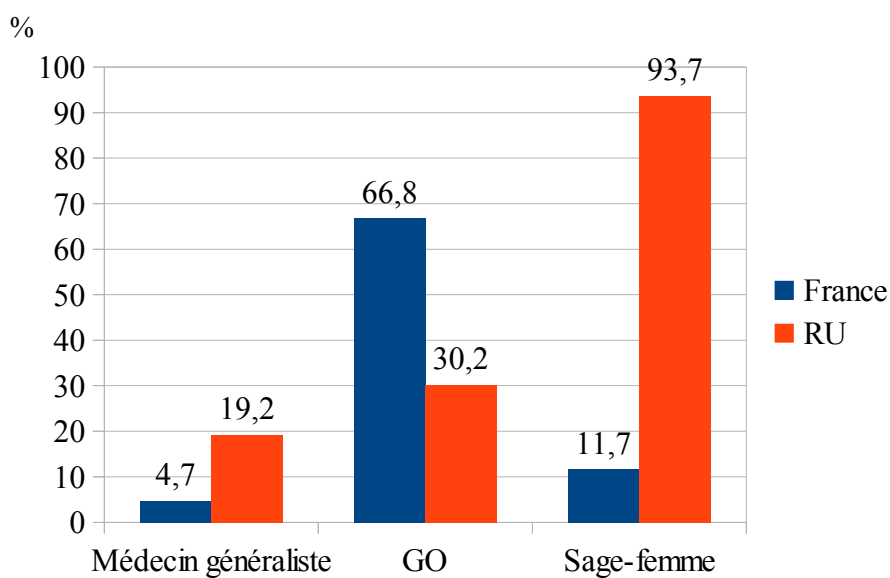


Figure 20 : Professionnels principalement consultés par les femmes enceintes en France et vis au RU durant la grossesse en 2010

Sources : NPEU 2010, HCSP 2012.

Le pourcentage de femmes ayant au moins eu une consultation avec une sage-femme de 2003 à 2010 est passé de 26,6% à 39,4% en maternité et de 5,0% à 19,8% hors maternité.(8)

PARTIE III

Ce mémoire a soulevé plusieurs points intéressants :

- le poids important des hémorragies en France dans la mortalité maternelle
- des indicateurs qui ne sont pas excellents dans ces deux pays : peut-on vraiment faire mieux? Ces pays font face à une population avec des facteurs de risques augmentant.
- la prise en charge est plus médicalisée en France : pourrait-on envisager des alternatives?

I. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

I.1. Le recueil des données

- Le recueil propre dans chaque pays n'est pas de 100% que ce soit par enquête, questionnaire ou remplissage du certificat du 8ème jour en France.

Il est également difficile de recueillir des comparaisons pour les mêmes années. Le temps de recueil et de traitement des données est assez long. Ainsi pour certains indicateurs les données les plus récentes datent de 2003.

Dans cette étude certaines données sont accessibles uniquement pour la France ou le RU, ou seulement pour certains états du RU. Cela ne permet pas une comparaison et ne peut donner qu'un ordre d'idée.

- Les données proviennent de sites officiels européens (Eurostat, OCDE, OMS..) ou nationaux (HAS, NICE). De même les enquêtes utilisées sont des enquêtes nationales ou européennes assurant un certain degré de fiabilité.

Le projet Euro-Peristat de 2008 a eu pour objectif le développement d'indicateurs valides, fiables et harmonisés pour évaluer et suivre la santé périnatale des pays de l'UE. Les méthodes de calcul d'Eurostat et de l'OMS sont identiques.

Il existe parfois plusieurs enquêtes avec des recueils de données différents pouvant entraîner des résultats différents.

- Le statut financier, le logement, et le niveau d'études des parents sont des indicateurs socio-économiques qu'il aurait été intéressant d'étudier. Ces indicateurs s'accompagnent d'un risque accru de morbidité.

Je n'ai pas étudié en aval de l'accouchement. Il aurait été intéressant d'avoir une étude plus complète avec d'autres indicateurs tels que:

- la morbidité fœtale et infantile liée à la grossesse et à la période néonatale : ictère, infection, déshydratation, réhospitalisation, consultation d'urgence.

- la morbidité maternelle : les taux de dépression du post-partum, d'incontinence fécale, de traumatisme périnéal, de morbidité maternelle sévère, de l'allaitement, de maladie thrombo-embolique veineuse, etc.

I.2. Disparités entre les pays

• Recensement et législation

Les pays ne définissent pas de la même manière les naissances vivantes et n'enregistrent pas les décès d'enfants prématurés de façon identique (certains enfants ne sont pas considérés comme « naissance vivante » si leur terme est précoce). Des pays comme la France ou les pays nordiques enregistrent comme « naissance vivante » les grands prématurés qui ont des chances de survie limitée. Cela augmente le taux de mortalité infantile par rapport aux pays qui ne les considèrent pas sous le même statut.

Afin de pouvoir appréhender les résultats sur la mortalité infantile et la mortinatalité, il faut analyser les problèmes spécifiques que posent la mesure de la mortinatalité et distinguer les évolutions de la réglementation.

La limite d'enregistrement (qui n'est pas une limite de viabilité) a été modifiée : selon les recommandations pour les statistiques nationales de l'OMS en 1978, la définition d'un mort-né est passée d'un enfant mort-né après 28 semaines complètes de gestation à un enfant né mort après 24 semaines complètes de gestation ou pesant au moins 500 g ou 25 cm. (56) Avant 2001, en France, cette définition n'était pas appliquée. Cette définition est valable pour le RU et la France actuellement et pour cette étude.

En France, des changements récents de législation ont eu lieu, ils ont pu avoir comme conséquences une modification des recensements. En 2008 l'enregistrement d'un mort-né à l'état civil est possible quelle que soit sa viabilité, à la condition que les parents le souhaitent. Ces changements sont trop récents pour l'étude.

La France et le RU ont des lois sur l'interruption volontaire de grossesse qui diffèrent. En France cela est possible jusqu'à 12 semaines de grossesse et au RU jusqu'à 24 semaines de grossesse.(57)

La France et le RU autorisent une interruption médicale de grossesse (IMG) ou « termination of pregnancy for anomaly » à n'importe quel terme de grossesse (ce qui n'est pas le cas d'autres pays d'Europe : Italie, Suisse, Finlande). Mais au RU après 24SA seulement pour des affections graves et incurables, ou mettant en jeu le pronostic vital de la mère, ou pour éviter des dommages permanents concernant la santé physique ou mentale de la femme. L'Irlande du Nord n'autorise pas du tout l'interruption de grossesse.

Le plus haut taux d'interruption médicale de grossesse d'Europe (avant et après 22SA) est enregistré en France et il représente le double du RU (10,5/1000 et 5,87/1000 au RU). (38, 58)

Il existe une différence de politique et de pratique des échographies anténatales entre la France et le RU (une échographie en moins en moyenne au RU avec la 3ème échographie non systématique). En France le dépistage échographique est plus large.

Les différences de lois, de recensement et de politique de dépistage sont des facteurs qui peuvent rentrer en compte dans les taux de mortalité périnatale. La comparaison entre les pays de ces chiffres bruts est délicate, il faut donc être prudent dans l'interprétation des données.

• **Pratiques professionnelles**

Bien que les pratiques professionnelles de ces deux pays européens soient très proches puisqu'elles reposent sur des recommandations européennes (même si non énumérées dans la partie I, les recommandations se ressemblent fortement en cas de rupture, hémorragie, utérus cicatriciel, siège...)(29), elles diffèrent forcément sur certains points.

I.3. Disparités au sein des pays

France entière ou métropolitaine, des disparités territoriales importantes existent au sein de la France notamment en terme de mortalité maternelle avec en particulier des taux plus élevés dans les départements d'outre-mer (DOM).

Le RU est composé de 4 états. En Irlande du Nord, l'IMG est illégal. Dans les 4 états du RU les pratiques peuvent différer.

II- RÉSULTATS

II.1. Résultats généraux :

La France et le RU peuvent se féliciter de deux indicateurs de santé enviables *le taux de natalité et l'indicateur conjoncturel de fécondité* qui sont parmi les plus élevés d'Europe.

Ces données rassurantes ne doivent cependant pas cacher la réalité beaucoup plus péjorative de la mortalité maternelle, de la morbidité et de la mortalité périnatales. Si la mortalité maternelle, documentée depuis plus de quinze ans par l'OMS, situe la France dans la moyenne des pays européens, elle reste en-deçà des meilleurs et très loin de la Suède dont les taux sont deux fois plus faibles. Ce point sera abordé plus loin dans le texte.

La population des femmes enceintes se rapproche dans ces deux pays :

- L'âge maternel moyen à la naissance est pour ces deux pays, comme dans le reste de l'Europe, aux alentours de 30 ans et en constante augmentation.

- Le taux de femmes enceintes fumeuses est très élevé en comparaison avec les autres pays de l'Europe aussi bien pour le RU et la France (10,9% de femmes fumant durant la grossesse en Allemagne, 4,8% en Lituanie en 2003). Il y aurait certainement des progrès à faire dans ce sens.

Cependant les chiffres de 2010 pour la France sont certes encore mauvais mais en nette progression : 30,5% de femmes fumaient avant la grossesse contre 35,9% en 2004 et 17,5% fumaient au 3ème trimestre contre 21,8%.(46)

Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de la morbidité et de la mortalité associées à la grossesse. Il est associé à une augmentation significative du risque de GEU (environ 35% des GEU seraient attribuables au tabac). Plusieurs études ont montré une augmentation statistiquement significative du risque d'avortement spontané chez les fumeuses actives et passives.

Fumer peut être également dangereux pour le développement du fœtus et avoir des conséquences à long terme pour le nouveau-né.(8) Le tabagisme de la mère est associé également à un risque augmenté de retard de croissance (2,5 fois plus fréquent chez une femme fumant plus de dix cigarettes par jour), de prématurité et à un excès de morts fœtales au cours du 3ème trimestre.

Il existe une relation effet-dose. L'arrêt du tabac est d'autant plus bénéfique qu'il est précoce. Les bénéfices sont immédiats et ce quel que soit le terme.(23)

- L'allaitement maternel est peu répandu en France mais en augmentation depuis 1972. La France et le RU ne sont pas très bien situés : 65% d'allaitement exclusif à la sortie de maternité au RU et 60% en France.

L'allaitement maternel est recommandé par l'OMS et l'HAS. Il est bénéfique pour l'enfant à court terme (bénéfice immunitaire et nutritionnel) et à long terme (les personnes qui ont été allaitées au sein ont souvent une tension artérielle et une cholestérolémie plus basses et souffrent plus rarement de surpoids, d'obésité ou de diabète de type 2) ainsi que pour la mère (atténue le risque de cancer du sein et de l'ovaire à un âge plus avancé, et lutte contre l'obésité).(2)

- Le pourcentage de grandes multipares est plus important au RU qu'en France (14% en Angleterre et 8% en France). Il y a 4 points de plus de primipares en France qu'en Angleterre. La proportion de femmes accouchant d'origine étrangère y est également plus importante (15,1% versus 19,7%). La plus forte proportion de multipare au RU qu'en France pourrait s'expliquer par le fait que les femmes d'origine étrangère, notamment hors UE, ont fréquemment plus d'enfants que les européennes.

- L'obésité et l'hypertension artérielle (HTA) sont 2 facteurs de risques importants durant la grossesse. Au RU le taux d'obésité, d'HTA et de diabète est plus élevé qu'en France. Au RU 25,2% des femmes de plus de 20 ans sont obèses contre seulement 14,6% en France (en 2008) ; soit un écart de 10 points.

Cependant même si la France est encore loin des chiffres du RU, il existe une augmentation de l'obésité et notamment de l'obésité morbide. L'HTA touche 19,1% des adultes de plus de 25 ans au RU et 16,2% en France.

Chez l'adulte, la présence d'un diabète, d'une HTA, d'un surpoids ou d'une obésité accroît le risque de maladie cardiovasculaire et de plusieurs types de cancer. L'obésité entraîne des risques supplémentaires maternels et fœtaux.

Dans l'étude de Grossetti *et al.*, les complications gravidiques maternelles de l'obésité étudiées étaient l'HTA gravidique, la pré-éclampsie, le diabète gestationnel et la survenue d'une MAP : une association significative a été retrouvée pour le diabète gestationnel (15,4 % chez les femmes obèses *versus* 1,8 % chez les non obèses, $p < 0,01$), l'HTA gravidique (7,7 % *versus* 0,5 %, $p < 0,05$) et la pré-éclampsie (11,5 % *versus* 2 %). (23) Les complications fœtales de l'obésité maternelle étudiées dans l'étude de Grossetti *et al.* étaient la prématurité, la macrosomie et l'hypotrophie.

- La proportion de grossesse gémellaire, quant à elle, est sensiblement plus importante en France qu'au RU (1,64% *versus* 1,49%). Les grossesses multiples sont associées à des risques plus élevés de naissance prématurée, d'hypotrophie, et de mortalité fœtale (à partir de 28 SA) et néonatale (0-27 jours après la naissance).

II.2. Indicateurs relatifs a l'activité

II.2.1. Le suivi de grossesse

Il manquait des données dans l'étude faite au RU concernant la date de la première visite prénatale cependant il semble que cette première visite est plus tardive (deuxième trimestre et troisième trimestre) en Angleterre (pour 35% des femmes) et en Écosse (pour 20%) qu'en France (seulement 8%).

Le suivi échographique est moindre qu'en France avec une échographie systématique en moins. En moyenne les femmes ont eu 4,5 échographies durant leur grossesse en France et 3,5 au RU (en 2010), soit une de moins.

II.2.2. Les modalités d'accouchement : mode d'accouchement et anesthésie

• Direction du travail

Les taux de travail déclenché sont similaires mais on peut se poser la question du recensement du travail dirigé. Quel est le taux de femmes ayant eu un travail dirigé ?

En MDN les ocytociques ne sont pas utilisés tout en sachant qu'il y a 8% des femmes qui accouchent en MDN et à domicile.(59) En France la direction du travail semble assez importante. Utilisation abusive ou non ? Plus de la moitié des femmes en France avait reçu des ocytociques pendant le travail d'après l'ENP 2010. (46)

- **Analgésie**

- Analgésie péridurale (APD)

La pose d'APD est 3 fois plus réalisée en France qu'au RU (63% versus 21%). Au RU cependant, 8% de femmes accouchent dans des centres où l'APD n'est pas possible contrairement en France (mais si elles le souhaitent, elles sont transférées dans une unité adjacente).

- Analgésie loco-régionale et générale

Le taux d'analgésie générale et le taux de rachianesthésies en 2003 sont similaires dans les deux pays : 2% et 12% respectivement.

Une étude récente, menée au RU, ne relevait pas de morbidité associée à l'une ou l'autre des techniques d'anesthésie. Elle retrouvait, en utilisant une régression logistique, un moindre saignement estimé et un moindre recours à la transfusion lorsque la rachianesthésie était comparée à l'anesthésie générale, quels que soient le type de placenta et le caractère urgent ou programmé de la césarienne. (La validité de cette constatation, malgré la difficulté à estimer le saignement au cours de la césarienne, reposait sur l'absence de différence dans les taux d'hémoglobine pré et postopératoire des deux groupes malgré le moindre recours à la transfusion dans le groupe rachianesthésie.) (60)

Au total 77% de femmes en France avaient eu une analgésie et 35% au RU en 2003, soit moitié moins.

II.3. La mortalité maternelle

La mortalité maternelle est un indicateur essentiel de santé maternelle. Les taux de mortalité maternelle du RU et de la France sont semblables MAIS la répartition de celle-ci est différente.

II.3.1. La répartition de la mortalité maternelle

En France, les causes obstétricales directes dominent très largement : 73,2% des décès maternels, et seulement 41% au RU. Les premières étant les **hémorragies** qui restent le premier diagnostic en 2001-2003 comme en 2004-2006. Et parmi les hémorragies 67,4% sont dues à une rupture utérine ou à une HPP(51).

La population française n'est pas particulièrement plus à risque d'hémorragie. Sur plusieurs plans la France et le RU ont des populations de femmes enceintes similaires, mais on remarque que par certains aspects la situation française semble plus favorable : les femmes présentent moins de facteurs de risques tels que, multiparité, macrosomie, hypertension, obésité, population étrangère ; et les médecins sont plus présents qu'au RU.

En effet au RU il y a plus de grandes multipares, de femmes hypertendues, obèses, d'origines étrangères et de macrosomes. (53)

Les maladies cardiaques sont la première cause de mortalité maternelle au RU (4 fois plus importantes qu'en France), les causes obstétricales indirectes de mortalité maternelle sont prédominantes contrairement à la France. Dans la partie 1, la répartition de la mortalité générale allait dans ce sens également, en France les décès par maladies cardiovasculaires sont moindres. On retrouve donc ici encore l'influence de l'obésité, du tabac, du diabète et de l'âge dans l'accroissement du risque ischémique.

Pour le RU les hémorragies (3,4%) sont bien après l'HTA (7,3%, la 2ème cause de mortalité maternelle), les thrombo-embolismes (6,9%) et les embolies amniotiques (5%). (Cependant pour les données de 2003-2008, les hémorragies du 1er trimestre ne semblent pas recensées contrairement aux données de 2000-2002).

La deuxième cause de mortalité maternelle en France est représentée par les embolies amniotiques (16%) suivies des thrombo-embolismes (9,4%) et des complications de l'HTA (8%). En France les morts par embolies amniotiques sont presque 3 fois plus importantes qu'au RU. Et la mortalité imputable à l'HTA est proche dans les deux pays.

Bien que le nombre d'analgésies est moindre au RU qu'en France, le pourcentage de mortalité maternelle imputable à l'analgésie au RU est double. Cette différence est peut-être l'expression d'une moindre expérience de l'analgésie au RU.

L'évitabilité globale en France (51, 52)

Le pourcentage d'évitabilité* de la mortalité maternelle en 2001-2006 est de 46,1% toutes causes confondues soit presque la moitié. 58,3% des causes obstétricales directes et 26,1% des causes obstétricales indirectes ont été considérées comme évitables. (52)

Le pourcentage d'évitabilité en 2001-2006 est de 83.3% pour les infections, de 100% pour les complications d'anesthésie, 33.3% pour les thrombo-embolismes, de 8,1% pour les embolies amniotiques, 90,6% pour les hémorragies et 62,5% pour les complications d'HTA. Les hémorragies, les infections et les complications anesthésiques restent les causes les plus souvent évitables.

Dans les DOM, Île de France (IDF)

D'après le rapport CNEMM (INVS) dans les DOM le taux de mortalité officiel est de 32/100 000 naissances vivantes (51), en IDF de 12,4/100 000 naissances vivantes, dans la France entière de 9,6/100 000 et dans les autres régions (toutes les régions de métropole ensemble, hors IDF) de 7.5/100 000 naissances vivantes.

Dans les DOM, IDF : les causes obstétricales directes représentent 85.7% et 79.4% tandis que dans le reste de la France 65.4%. (52) Les hémorragies représentent 34.9% des causes obstétricales directes de mortalité dans les DOM, 30.5% en IDF et 20.1% dans le reste de la France.

Il existe une grande disparité concernant la nationalité des femmes enceintes, une grande proportion de la mortalité maternelle est associée à des femmes d'origine étrangère. Il faut être particulièrement attentif à ces femmes. (61)

Même s'il existe des disparités en France les hémorragies restent la cause majoritaire de mortalité maternelle. Les hémorragies en France sont un des problèmes de santé publique important. Il serait donc opportun de s'intéresser aux stratégies employées par les équipes anglaises en ce qui concerne **ces hémorragies qui sont de moitié par rapport à la France en 2000-2002 et 5 fois moins importantes en 2003-2005**. D'après les enquêtes Pythagore et Sphère (62) faisant suite aux nouvelles RPC (recommandations des pratiques cliniques) sur les HPP, pour l'instant il n'y a pas de différences notables. Les décès des années 2007 et suivantes font de nouveau l'objet d'une enquête approfondie.

II.3.2. Les facteurs de risques d'hémorragies du Post-Partum.

Saunders, en étudiant la morbidité maternelle et néonatale en relation avec la durée de la deuxième phase du travail (définie entre la dilatation complète et la naissance), constate **une augmentation du nombre d'HPP avec la durée de la 2e période** (qui est augmentée avec l'APD).(60) Il note également que cet effet est moindre si l'accouchement se termine spontanément (la différence n'est significative qu'au-delà de 4 h).(60)

Suite à une étude en 2001 de Descargues. Il a observé que :

- la durée moyenne du travail et celle de la phase active sont significativement plus longues en cas d'hémorragie.

- la durée moyenne des efforts expulsifs est significativement plus longue chez les femmes ayant présenté une hémorragie.

D'autres auteurs ont des résultats dans le même sens. Stones observe, lui aussi, presque deux fois plus de cas d'hémorragies présentant un travail de plus de 12 h (RR 1,98 ;CI 99 % 1,37-2,87).

Dans l'étude de Combs sur les accouchements par voie basse, l'administration d'oxytocine reste, après analyse multivariée, associée à une augmentation significative du risque hémorragique (administration d'oxytocine dans 51,3 versus 27,8 %, OR 1,66, CI 95% 1,23-2,25). L'auteur avance l'hypothèse qu'un utérus qui requiert une stimulation du travail est également à risque d'hémorragie par atonie. Ce facteur de risque est également identifié par l'équipe du CHU de Rouen dans l'étude sur les hémorragies non diagnostiquées (HND). Les HND ont reçu significativement plus d'oxytocine que les hémorragies diagnostiquées au moment de l'accouchement et celles-ci plus que la population témoin (respectivement 80, 66,4 et 54,7 %).

Rappelons enfin qu'en France, **plus de la moitié** des parturientes reçoivent de l'oxytocine au cours des 1re et 2e phases du travail, et que le poids des ocytociques dans le risque hémorragique est sûrement multifactoriel, dépendant de son indication, de la dose totale utilisée au cours du travail, mais aussi de sa durée et de son débit d'utilisation. Des recommandations ont été publiées sur ce thème par le CNGOF. (60)

Les résultats sur hémorragie et anesthésie péridurale (APD) sont contradictoires. Le taux d'APD est un élément qui diffère d'une étude à l'autre et cela influence peut-être les résultats. En étudiant la morbidité relative à la durée de la 2ème période du travail, Saunders trouve un risque hémorragique accru en cas d'APD. (OR 2,1, CI 95%= 1,9-2,4). Pour cet auteur, le risque persiste après ajustement à une population de femmes accouchées sans analgésie péridurale, d'une durée de 2e phase du travail < 120 min et d'un poids d'enfant compris entre 2 500 et 3 499 g, (OR 1,4, CI 95%= 1,2- 1,6). Le taux d'APD est de 6% des accouchements dans cette étude. Soulignons qu'il est difficile d'extrapoler ou de conclure sur une telle prévalence de l'analgésie péridurale quand on sait qu'elle est en moyenne dix fois supérieure dans les salles d'accouchement françaises, et que de ce fait, il doit y avoir d'importantes différences en ce qui concerne ses indications et le contexte de sa réalisation.

Combs lui ne retrouve pas de risque hémorragique accru en cas d'APD lors d'accouchement voie basse après ajustement des variables.

L'APD est associée à **une deuxième phase de travail plus longue** (mais pas pour la première phase), une **augmentation plus fréquente de l'ocytocine**, et une **fièvre maternelle** (en particulier parmi les femmes ayant des frissons et dont la durée de l'APD est supérieure à 5).(63)

L'APD ainsi que l'utilisation plus importante d'ocytociques en France sont peut-être des facteurs influençant les taux d'hémorragies élevés.

La césarienne, l'épisiotomie, l'utilisation de forceps sont également des facteurs de risque d'HPP.(60) Dans les recommandations de l'HAS sur les indications de césarienne en janvier 2012 (64), le NICE 2004 conclue qu'il n'y a pas de différence entre accouchement voie basse et césarienne concernant les hémorragies.

Le taux d'accouchements instrumentaux est plus élevé au RU (12%) qu'en France (11%).

Il y a plus de césariennes au RU qu'en France mais moins de césariennes programmées, ce chiffre peut paraître étonnant. En France, le taux de césarienne était de 20,8% en 2010 contre 15,5% en 1995. Cette augmentation est valable pour les autres pays européens.

Car parallèlement, la prévalence de l'utérus cicatriciel augmente (En France il est passé de 8% à 11% des parturientes, et de 14% à 19% des multipares, entre 1995 et 2010). D'après l'ENP 2010, en France, la moitié de ces femmes ont une césarienne avant travail et au total 36,5% accouchent par voie vaginale.

L'utérus cicatriciel constitue, dans les pays développés, le principal facteur de risque de rupture utérine dont l'incidence globale est estimée entre 0,1% et 0,5% chez les femmes avec antécédent de césarienne. (65)

• **La morbidité maternelle**

Les données accessibles pour le RU ne sont pas suffisantes pour permettre une comparaison.

II.4. La morbi-mortalité néonatale

II.4.1. La mortalité périnatale

Le taux de mortalité infantile, néonatale et périnatale a diminué considérablement au RU entre 1971 et 2009. En 1971, le taux de mortalité infantile était de 17,9/ 1000 naissances vivantes et est descendu à 4,6/1000 en 2009. La France a quant à elle depuis ces dernières années un taux de mortalité infantile qui stagne de 3,9/1000 en 2009. En 10 ans entre 1999 et 2009 la France est passée de la 7^e place à la 20^e place et le RU de la 17^e à la 22^e place (sur 30 pays européens)(66). La mortalité périnatale est de 3,5/1000 en Espagne, c'est le pays le mieux classé au niveau européen.

Le taux de mortalité infantile était plus important au RU mais le taux de mortalité périnatale était moindre. La mortalité périnatale inclut la mortinatalité et la mortalité infantile. Ce chiffre est compréhensible du fait des IMG en France, deux fois plus nombreuses qu'au RU.

II.4.2. La morbidité périnatale

- Facteurs de risques : prématurité, poids de naissance

La prématurité est un facteur de risque essentiel de mortalité et morbidité périnatales. Le taux de prématurité est plus important en Angleterre, au Pays de Galles (7,5%) et en Écosse (7,6%) qu'en France (6,8%) et en Irlande du Nord (6,6%).

La proportion de nouveau-nés de faible poids (<2500g) ou de très faible poids de naissance (<1500g) est important car ces nouveau-nés ont un risque augmenté de mortalité infantile comparé aux nouveau-nés de poids de naissance normal. Il y a plus de nouveau-nés de faible et très faible poids en proportion au RU (8,3% versus 7,2%) ce qui est en accord avec le taux de prématurité. Il y a également plus de macrosomes au RU qu'en France (11,6% versus 7,1%).

Les taux de prématurité, des nouveau-nés de faible poids au RU sont corrélés à une mortalité infantile plus grande qu'en France.

Sur le plan maternel, la macrosomie fœtale est associée à un risque plus élevé de complications obstétricales à type de durée prolongée du travail, d'augmentation du taux de césariennes et d'extractions instrumentales, d'augmentation des hémorragies de la délivrance, du risque infectieux et thromboembolique. De même, le risque de complications périnéales (déchirure du 3ème et 4ème degré) et d'accidents anesthésiques est lui aussi augmenté. La macrosomie fœtale est aussi associée à une augmentation de la mortalité périnatale et de la morbidité néonatale. Cette dernière est essentiellement représentée par le risque de traumatisme néonatal à type de dystocie des épaules (6,7% à 14%), d'élongation du plexus brachial (14% parmi les dystocies) et de fracture humérale ou claviculaire (18%). Le reste de la morbidité est liée à l'hypoglycémie néonatale (10%).

- Les Anomalies congénitales (AC)

Pour l'anencéphalie, le spina-bifida et les fentes les taux d'anomalies pour 10 000 naissances en 2004 étaient plus élevés également en France qu'au RU. Il y a sans doute un moindre recensement. Mais les AC à la naissance (vivante) sont plus importantes en Écosse qu'en France.

Le taux de trisomie 21 pour 10 000 naissances (vivantes ou interrompues ou mort fœtales) en 2004 est de 40,4 en France, de 13,6 en Angleterre et Pays de Galles et 18,6 en Écosse. En Europe ce taux est de 22/10 000 naissances soit deux fois moins nombreuses qu'en France. Il y a peut-être un étiquetage différent.

En France il y a 32/10000 naissances qui représentent des morts fœtales ou des IMG > 22 SA pour T21. Le taux d'IMG est le double en France, même si les recensements sont différents, l'IMG pour trisomie 21 est plus courante. Il serait intéressant de voir le taux de handicap dans ces différents pays.

II.5. Indicateurs de ressources professionnelles

Pour rappel en 2010 on estime le nombre de naissances par an à 830 000 en France et à 787 057 au RU.

La répartition des sages-femmes est très différente, au RU la quasi-totalité des sages-femmes est rattachée à un hôpital pourtant elles sont pour une grande partie en exercice dans des MDN ou à domicile. Au RU les accouchements à l'hôpital représentent 92% des accouchements totaux, 2,8% sont à domicile et 5% en MDN.

En France 78% des sages-femmes sont dans le secteur hospitalier (60% public et 18% privé). Au total 85% sont employées et 15% sont libérales (seulement 0,6% au RU).

Il existe une différence flagrante de professionnels entre la France et le RU. Il y a environ 75% de sages-femmes en plus au RU. Le nombre de sages-femmes par obstétricien est de 18,5 au RU et de 8 en France. Au RU la sage-femme effectue en moyenne 21,9 accouchements/an soit presque moitié moins qu'en France (41,5 accouchements/an).

Au RU, la sage-femme a le monopole de la grossesse. 94% des femmes ont eu une consultation durant leur grossesse avec une sage-femme et seulement 30% avec un GO et 19% avec un généraliste.

Alors qu'en France la femme enceinte consulte majoritairement un GO dans 67% des cas soit plus du double, sans compter les consultations occasionnelles. La femme française a consulté une sage-femme principalement dans 12% des cas seulement.

Cependant en France un accroissement du nombre de consultations avec une sage-femme a eu lieu entre 2003 et 2010 mais ce nombre reste encore bien en-deça de celui du RU.(25)

III. PROPOSITIONS

III.1. Un suivi plus physiologique en France

III.1.1. Les espaces physiologiques

La mise en place de salles « nature », ou d'espaces dits « physiologiques » ainsi que les analgésies péridurales ambulatoires sont des avancées en France pour la femme. Depuis quelques années la mobilisation des femmes lors du travail est remise au devant de la scène.

Les espaces physiologiques sont inclus dans les maternités, souvent de niveaux III. Les femmes bénéficiant de ces nouveaux espaces sont prises en charge par une sage-femme s'occupant d'autres parturientes. Si l'une des autres parturientes a une pathologie, le suivi du travail sera plus rapproché ainsi que la présence de la sage-femme limitant sa disponibilité pour les patientes présentant un travail physiologique.

Dans les grands niveaux, la pathologie qui est plus courante entraîne une médicalisation plus importante également. La prise en charge de la grossesse physiologique peut-elle être vraiment différenciée de celle de la grossesse pathologique? Cette prise en charge bien que différente pour un suivi physiologique risque d'être empreint de plus de technicité : un monitoring en continu, un recours plus courant aux ocytociques, la proposition de l'analgésie péridurale plus systématique. *« Le CNGOF estime que les facilités offertes par un plateau technique organisé pour faire face aux pathologies graves, voire gravissimes, conduisent à en faire usage dans des situations qui ne se justifient pas. »* (67)

La pression, l'urgence, le manque de disponibilité peuvent parfois devenir des freins à une prise en charge plus physiologique des femmes dans certains centres.

Pourrait-on permettre une prise en charge de la physiologie pure, le rôle premier des sages-femmes? Ici la proposition n'est pas de retirer la physiologie des grands centres ou de remplacer les petits centres, au contraire, mais de laisser une place à la physiologie. Des MDN incluses dans des hôpitaux par exemple, permettraient un transfert aisé (assurant la sécurité des femmes) ainsi qu'une prise en charge plus physiologique.

On peut se féliciter en France des presque 70 salles nature ou espaces physiologiques ainsi que des 3 MDN. (Paris, Bordeaux, Cergy-Pontoise).(68)

III.1.2. Les maisons de naissance

L'hôpital peut-être synonyme de maladie dans l'esprit des femmes, or la grossesse n'est pas une maladie. Les MDN proposent une prise en charge moins médicalisée et moins anxiogène. Ont-elles un avenir en France ?

• **Les maisons de naissance : une attente des femmes ?**

Dans les mœurs, la perception de la grossesse et de l'accouchement au RU est plus physiologique, grâce au « one-to-one » par exemple la femme envisage son accouchement sans analgésie péridurale. Mais il y a un effectif de personnel conséquent et adapté, ce qui permet un soutien et une prise en charge globale ainsi qu'une diminution du recours à l'analgésie péridurale.

Est-il envisageable pour la femme française d'accoucher sans analgésie péridurale? 63% des françaises ont recours à une analgésie péridurale lors de l'accouchement soit 3 fois plus qu'au RU. L'accouchement est sans douleur en France, pourquoi souffrir inutilement? Seulement 23% des femmes n'ont pas eu d'analgésie en France en 2003.

En 2006, une enquête de satisfaction a été effectuée par la DREES auprès des femmes ayant accouché en France avant la concrétisation des mesures du plan périnatalité 2005-2007. (69) « *Les premiers résultats donnent un tableau très positif de la perception qu'ont les usagères de leur suivi de grossesse et du déroulement de leur accouchement, avec **plus de 95 % de femmes se déclarant très ou plutôt satisfaites**. Celles-ci sont particulièrement sensibles aux qualités humaines des professionnels de santé, même si elles souhaiteraient être un peu plus informées sur les actes pratiqués au cours de l'accouchement. On observe enfin que le niveau de satisfaction exprimé par les usagères dépend surtout des contraintes (médicales, financières ou de niveau d'offre de soins) qui pèsent sur leur choix et des éventuelles complications intervenues durant la grossesse.* » Il y a cependant une satisfaction moindre à l'égard des conseils de sortie.

Dans une étude faite dans une maternité de niveau III, 2/3 des femmes n'auraient pas souhaité avoir moins de médicalisation durant leur hospitalisation(59). Par ailleurs des femmes vivant en France en zone frontalière choisissent d'aller en pays voisin pour aller accoucher en MDN. (70)

Même si la majorité des femmes est satisfaite, une partie non négligeable aimerait vivre leur accouchement différemment tout en gardant bien sûr à l'esprit les contraintes obstétricales. De plus beaucoup de femmes ignorent comment le vivre autrement.

- **Possibilité technique**

- Financière

La médicalisation des grossesses et des accouchements est excessive et coûteuse. La mise en place de MDN serait un moindre coût pour la Sécurité Sociale.

Selon une estimation du CIANE (71) : cela permettrait une économie de 765 euros par grossesse et par naissance soit une économie estimée à 153 millions d'euros par an sur la base de 25 % des grossesses (dans ce communiqué). Même si on prend une base de 5% des grossesses cela permettrait une économie de 30,5 millions d'euros par an. Le coût initial serait à prendre en compte dans ces calculs.

- Sécurité

Les MDN sont souvent assimilées à un travail moins médicalisé. Des études randomisées (Viossat et Pons, Grandjean) sur les MDN ont montré qu'il n'y avait **pas plus de morbidité et mortalité**. (23)

Les conclusions de l'HAS sur les MDN en 2007 sont les suivantes : « *Les données de la littérature permettent de conclure que l'accouchement des femmes, dont les grossesses ont été sélectionnées à bas risque, peut être pris en charge par des sages-femmes autonomes dans des maisons de naissance intrahospitalières avec : moins d'interventions pendant le travail et l'accouchement (déclenchement, accélération du travail, épisiotomies) ; sans augmentation de la morbidité maternelle et infantile. La nature des études évaluant ces critères permet d'aboutir à ces conclusions avec un niveau de preuve fort.* »

Monsieur Kouchner en 1988 a demandé un groupe de travail sur les MDN pour en permettre l'expérimentation. En 2007 un décret a été rédigé avec un cahier des charges puis rejeté en 2008 par la direction hospitalière d'organisation des soins. Un cahier des charges est nécessaire mais il n'a pas pu être concrétisé (23, 59)

Le Sénat a débuté l'examen d'une proposition de loi relative à l'expérimentation des MDN le 20 février 2013 (reprenant la proposition de 2011).

La proposition concerne des MDN attenantes à un service de GO afin de garantir un maximum de sécurité (non des MDN éloignées comme cela peut-être le cas dans d'autres pays).(72)

Il existe déjà en France des MDN : le CALM ou Comme à La Maison ,.. et beaucoup d'autres dans les pays d'Europe et du Monde (États-Unis, Allemagne, Belgique..) depuis plusieurs années.

- Réticence

Une réticence des professionnels existe depuis plusieurs années et persiste. Un avis défavorable du CNGOF a été publié en 2008.(68) L'académie nationale de Médecine a également émis des réserves le 28 février 2013 (période d'examen au sénat du projet de loi) quant à l'expérimentation des MDN attenantes à un service de gynécologie-obstétrique, comme elle l'avait fait en 2010. (73)

Un des points soulevés est la responsabilité lors d'un transfert, s'il y a un problème à la naissance : est-ce imputable à la sage-femme ayant suivi le travail ou au GO qui fera une ventouse ou une césarienne? Les procès médicaux sont en augmentation. Tout cela est lié aux changements sociétaux : le nombre des naissances diminuant, la naissance devient un fait exceptionnel. L'accouchement doit être réussi, sans douleur et sans complications. La société exige la perfection comme dans de nombreux domaines médicaux. Alors que la France a connu une diminution spectaculaire de la mortalité maternelle en 50 ans, la mort devient intolérable et impensable.

Les pédiatres émettent également des réserves sur les MDN notamment pour le 1er examen du nouveau-né et sa sortie précoce. Une méta-analyse de la cochrane library (66) a évalué le devenir de nouveau-né à terme de plus de 2500g avec ou sans sortie précoce (<48h) ; malgré les limitations sur le suivi des enfants, il n'existe pas de preuve d'un pronostic défavorable associé aux sorties précoces de maternité.

Une sortie précoce implique un système de prise en charge des mères et des nouveau-nés après la sortie. La durée moyenne de séjour tend à diminuer en France et se développe parallèlement les hospitalisations à domicile. Un élargissement de ses pratiques est donc en faveur des MDN et d'une sortie précoce.

- Structurelle

La situation française est loin de celle du RU à l'heure actuelle, la demande des femmes est tout d'abord moindre ainsi que le personnel. Mais une demande des femmes et des professionnels existent. Concilier sécurité et désir des femmes ne doit pas être impossible :

- des MDN attenantes à un service de GO avec une convention claire, établie préalablement entre les intervenants sur la façon de procéder.
- des sages-femmes en communication avec ce service : sage-femme libérale ou salariée.
- un staff mensuel pour ces intervenants comme au RU.

C'est aussi permettre par ce biais un renforcement des réseaux de périnatalité et de la communication entre les différents acteurs. En 2008 une des raisons en défaveur des MDN était le manque de communication et l'absence de connaissance préalable par la maternité des femmes allant en MDN ; excepté leur dossier anesthésique. Mais avec ces dispositions et l'instauration éventuellement de la 1ere consultation à l'hôpital ou de celle du 9ème mois, ou en transférant les données à l'hôpital concerné (un même logiciel?) cela semble possible. Avec des sages-femmes salariées de l'hôpital ce problème ne se poserait pas.

Certes c'est une restructuration importante qui est nécessaire si nous souhaitons mettre en place des MDN. Mais avec la crise actuelle n'est-ce pas le moment de penser différemment. Ne peut-on pas désengorger un peu les grands centres ?

Pourquoi ne pas laisser plus la place à la sage-femme en France, et mettre en place un système de communication sage-femme libéral/hôpital performant ?

III.1.3. Accompagnement global à la naissance

Une continuité des soins avant tout est la première demande des femmes et des professionnels, ce qui est également en train de se mettre en place progressivement en France.

Pour exemple, un accompagnement global à la naissance a été mis en place au CHU de Caen. Suite à plusieurs changements dans l'organisation de l'unité de consultations, la prise en charge globale d'une grossesse physiologique par une unique sage-femme est dorénavant possible. (74)

III.1.4 Suivi alternatif

Un autre modèle de prise en charge apparaît en début de grossesse, dans l'optique d'un suivi adapté à chaque femme.

A l'image de Nicolaides KH en Angleterre, le centre Prima Facie de l'hôpital Necker a mis en place un premier rendez-vous de dépistage de risques (des infections, anomalies chromosomiques, malformations fœtales, menace d'accouchement prématuré, pré-éclampsie, hémorragie, pathologies maternelles). Ce rendez-vous se compose d'une consultation d'informations (un recueil des informations nécessaires à la constitution du dossier obstétrical et de l'évaluation des risques), de la réalisation de l'échographie du 1er trimestre et d'un prélèvement sanguin (afin de faire un bilan complet). Les résultats sont remis dans la journée ou sous 24h. (75)

Au CHU de Caen, un système similaire devrait se mettre en place sous le nom de «GREPON». L'idée serait un premier rendez-vous groupant échographie, prise de sang et prise d'informations. Pour la femme enceinte cela simplifierait son suivi et permettrait d'avoir une vision globale pour le professionnel pour lui proposer un suivi adapté. Elle serait ensuite revue à 36 SA pour évaluer les risques autour de l'accouchement, faire une échographie et voir l'anesthésiste.

III.2. Pratiques professionnelles et prévention

• Le suivi des femmes :

Les femmes françaises ont un suivi précoce et rapproché. Le Toucher vaginal non systématique durant le suivi de la grossesse ou moins rapproché durant le travail sont des points anglo-saxons qu'il est intéressant de regarder, de même, le moindre dépistage échographique.

La sage-femme est au cœur du suivi au RU. La partie I a permis de définir la profession de sage-femme et de comparer la formation et les compétences de ces professionnels dans les deux pays. Les études de sage-femme sont plus longues en France (cinq années au total) qu'au RU (18 mois à trois ans). Les compétences de ces professionnels sont proches, et celles de la sage-femme française tendent à s'élargir. En France c'est une des formations les plus longues et les moins indépendantes.(16)

La sage-femme au RU a le monopole de la grossesse physiologique, plus de 90% des femmes ont vu une sage-femme au RU.

Le développement des techniques et de la médicalisation a eu un impact sur le suivi des grossesses notamment en France, et pose la question de la place de la sage-femme dans ce suivi. La vision de la grossesse est différente entre les GO et les sages-femmes de par leur métier centré pour l'un sur la pathologie et l'autre la physiologie. La grossesse est pourtant pour une majorité physiologique.

Recentrer l'accompagnement des femmes enceintes « à bas risque obstétrical » en France sur les sages-femmes (son rôle premier) permettrait aux GO de se concentrer sur la pathologie et les aiderait à désengorger leurs consultations. Le nombre de gynécologues tendant à diminuer cela semble intéressant et le coût pour la sécurité sociale serait moindre.

• **La mortalité maternelle :**

Des politiques de prise en charge des hémorragies ont été mises en place et renforcées en 2004, les résultats à long terme seront à analyser. La présence en permanence d'un GO dans l'ensemble des maternités a augmenté, passant de 39% en 2003 à 54% en 2010 selon l'ENP ainsi qu'une présence en permanence plus importante de pédiatre et anesthésiste. (25) Cela va certainement contribuer à améliorer la prise en charge des hémorragies et diminuer la mortalité maternelle.

Les études étiologiques françaises permises par un « *système renforcé d'étude des morts maternelles ont montré qu'outre l'âge croissant, des sous-groupes de populations (migrantes, femmes césariées, femmes dans les DOM) enregistrent des sur-risques significatifs de mortalité maternelle, qui ne semblent pas indépendants de la prise en charge en établissement de soins.* »(52)

L'étude des morts maternelles au RU a mis en évidence un manque d'informations lors de la booking visit (ou son absence) soulignant ainsi encore l'importance du premier recueil d'informations.(50) "*In many records of the women who died, the information documented was insufficient to enable risk assessment or an appropriate pathway of care to be planned.*"

les ocytociques : une attitude raisonnée est nécessaire.

Une étude publiée en 2011, par Belghiti et al. dans le BMJ, sur l'ocytocine et les HPP sévères a montré qu'il y a un risque d'HPP sévère s'il y a eu de l'ocytocine durant le travail (à partir d'un seuil et le risque est augmenté en fonction de la dose administrée).(76)

Une autre étude de Bugg et al. publiée en 2011 de la cochrane database a montré que l'utilisation d'ocytocine ne modifiait pas la finalité de l'accouchement (césarienne ou ventouse) contrairement à ce que l'on pense, mais réduit de 2h la durée du travail.(77)

L'utilisation d'ocytocine est très répandue, plus de la moitié des femmes ont un travail dirigé par ocytocine. Son administration doit être réfléchie.

• **Prévention :** Prévention de la surcharge pondérale, du diabète et de l'hypertension : des enjeux majeurs pour ces deux pays. Aujourd'hui deux femmes sur cinq sont en surcharge pondérale ; environ une sur six présente une obésité. Les augmentations observées au cours des dix dernières années semblent se poursuivre et les écarts de prévalence de l'obésité en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine s'accroissent. La prévalence du diabète est également en augmentation et une aggravation doit être anticipée. En amont, la prévention du surpoids et de la sédentarité, en aval le dépistage du diabète et sa prise en charge devraient cibler les femmes les plus à risque. Les consultations lors du suivi gynécologique représentent probablement un moment opportun.

Bien qu'en France les chiffres de mortalité de causes obstétricales indirectes sont plutôt satisfaisants, la population générale et particulièrement ici des femmes tend à devenir plus à risque de complications médicales. Pour maintenir ces chiffres ou minimiser une ascension vers le modèle anglais, il est important de prévenir dès maintenant l'augmentation de ces facteurs de risques (cf association obésité, prévention syndrome métabolique, prévention dans les écoles contre l'obésité).

Prévention du tabagisme maternel.

La France et le RU présentent les pourcentages de femmes fumant en fin de grossesse les plus élevés d'Europe. Le tabac étant un facteur de risque non négligeable et les indicateurs de mortalité (infantile particulièrement) de la France et du RU n'étant excellents par rapport au reste de l'Europe, il serait temps de mener une politique anti-tabac efficace pendant la grossesse.

La mise en place d'une politique préventive concernant les facteurs de risques modifiables tels que le tabagisme, doit être envisagée rapidement. Cette politique a déjà débuté, surtout avec le forfait de 150 euros actuellement disponible sur les substituts nicotiques pour les femmes enceintes. Mais il faut redoubler d'efforts pour être efficace, et ne pas oublier d'en parler au moment de l'entretien prénatal.

CONCLUSION

Ce mémoire s'est intéressé à la mortalité et à la morbidité de la France et du Royaume-Uni. Il ne semble pas que les pratiques anglaises entraînent plus de morbidité et de mortalité. Une adaptation française semble envisageable sans pour autant induire une moindre sécurité pour les femmes enceintes et les professionnels.

Le Royaume-Uni propose une prise en charge de la grossesse et de l'accouchement avec au cœur : la sage-femme comme premier intervenant. Les sages-femmes sont presque deux fois plus nombreuses qu'en France, l'accompagnement individualisé des femmes enceintes est donc rendu possible. L'accouchement en maison de naissance ou à domicile est également fréquent au Royaume-Uni.

La France de par sa culture de la périnatalité a une vision de la grossesse et de l'accouchement davantage centrée sur la pathologie. Les femmes semblent cependant plus accrochées à la technicité proposée par le système français, trois fois plus de femmes ont recours à l'analgésie péridurale en France qu'au Royaume-Uni.

Bien que les espaces physiologiques se développent et que la mobilisation est de plus en plus proposée aux femmes, la France est encore loin de son voisin. Elle n'autorise pas l'accouchement à domicile, et les maisons de naissance ne sont qu'à l'ordre de l'expérimentation. La médicalisation ayant fait son maximum en terme de sécurité n'est-ce pas le moment d'envisager d'autres alternatives en France ?

Pour finir, la France et le Royaume-Uni ont des indicateurs de mortalité qui ne sont pas excellents en comparaison avec leurs voisins européens. Les hémorragies sont en France un problème de santé publique, depuis 2004 la prise en charge a été renforcée. Une étude plus approfondie sur ce sujet aurait été intéressante : L'ocytocine et la péridurale sont-ils des facteurs de risque à part entière ?

Un autre point intéressant a été soulevé par ce mémoire : le «vieillissement», le tabagisme, l'augmentation de l'obésité, du diabète, et de l'hypertension des femmes enceintes ainsi que l'augmentation des femmes d'origine étrangère sont des facteurs inquiétants tant en France qu'au Royaume-Uni. Une prévention renforcée en amont, et une information détaillée à l'égard des femmes s'imposent.

BIBLIOGRAPHIE

1. Odent M. Le fermier et l'accoucheur. Medecis, 2004, 187p.
2. OMS. <http://www.who.int/fr/>, 13 juillet 2012.
3. INED. <http://www.ined.fr/fr/>, 17 février 2013
4. Eurostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>, 17 février 2013.
5. Eurostat. PIB par habitant en SPA. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=fr&pcode=tec00114>, 17 février 2013.
6. Eurostat. Taux de chômage. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=fr&pcode=teilm020&tableSelection=1&plugin=1>, 17 février 2013.
7. France diplomatie. Présentation du Royaume-uni. <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo/royaume-uni/presentation-du-royaume-uni/>, 28 février 2013.
8. HCSP. La santé en France et en Europe : convergences et contrastes. La documentation française, mars 2012, 266p.
9. Auger J. Une Approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays (Allemagne, Etats-unis, France, Royaume-Uni). Coup d'oeil. Avril 1999; 5(1):12p.
10. Thayer C, Tonneau D. Le système de santé en Angleterre. Annales des mines, septembre 2000, p64-75.
11. CLEISS. Le régime français de sécurité sociale. http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france.html, 19 février 2013.
12. NHS choices. Maternity and paternity benefits and leave. <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/maternity-paternity-leave-benefits.aspx>, août 2012.
13. CLEISS. Le régime britannique de sécurité sociale. http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_royaumeuni_s.html, 16 mars 2013.
14. Assurance maladie. Maternité : l'Assurance Maladie accompagne les mères de la grossesse à la naissance. 13 avril 2010, 13p.
15. Marie-Jeanne J. Une grossesse physiologique... ...des suivis européens. Étude comparative des suivis de grossesse physiologique dans différents pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède). École de Sage-femme, Metz, 2009.

16. Ordre des sages-femmes. Étude des régulateurs européens de sages-femmes. Deuxième édition, Février 2010.
17. Communauté médicale et paramédicale indépendante. Études de médecine au Royaume-Uni. <http://www.remede.org/documents/article745.html>, 28 février 2013.
18. PLAN « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité. 10 novembre 2004, 42p.
19. HCSP. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité. Janvier 1994, 255p.
20. G Bréart, F Puech, J.C Rozé. Mission périnatalité: Vingt propositions pour une politique périnatale. Ministère chargé de la santé, Paris, 2003, 24p.
21. Leglinel M-O. Les mutations récentes dans la formation des sages-femmes : quelles conséquences pour l'exercice professionnel ? Thèse de sciences de l'éducation, Caen, 2011.
22. Fernandez A. Pour une naissance autrement. Étude de 22 projets de naissance à la maternité universitaire de Nancy. École de Sage-femme, Nancy, 2010.
23. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. Mai 2007, 144p.
24. Boudet C. Accoucher à la maison : quels couples font ce choix et pourquoi? École de Sage-femme, Caen, 2012.
25. DREES. Les maternités en 2010: Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Études et résultats, Octobre 2011; 776:8p.
26. DREES. Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. Études et résultats, octobre 2012; 814: 8p.
27. NICE. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. September 2007, p36.
28. Mikelic T. Accompagnement des femmes enceintes à bas risque obstétrical en France et au Royaume-Uni. École de Sages-Femmes, Lyon, 2007.
29. NICE. www.nice.org.uk/, 21 juillet 2012.
30. NICE. Antenatal care. Clinical guidelines 6, March 2008. <http://publications.nice.org.uk/antenatal-care-cg62/>, février 2013.
31. Pauchet-Traversat A-F, Blondel B, Zeitlin J, Morel M-F, Breton D, Puech F et al. Dossier Naître en France. ADSP, décembre2007- mars 2008, 82p.

32. HES. <http://www.hesonline.nhs.uk/Ease/servlet/ContentServer?siteID=1937>, 17 février 2013.
33. NHS. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 55. 2012, 69p. <http://publications.nice.org.uk/intrapartum-care-cg55/guidance>
34. The french connection. Les dossiers de l'obstétrique, Janvier 1996; 235.
35. WHO. Care in Normal Birth a practical guide. Report of a Technical Working Group. 1999. <https://apps.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm#2.1>.
36. HAS. Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal. Mars 2002.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rythme_card.synth.pdf.
37. HAS. Sortie précoce après accouchement: conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Mai 2004.
38. European perinatal health report. EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT. 2008.
39. ONS. United Kingdom of Health Statistics 2010. 2011, 144p.
40. DREES. La santé des femmes en France. La documentation française, 2009, 287p.
41. DRESS. <http://www.drees.sante.gouv.fr/>, 20 juillet 2012.
42. INSEE. <http://www.insee.fr/fr/>, 17 février 2013.
43. OFDT. <http://www.ofdt.fr/>, 17 février 2013.
44. NPEU. <https://www.npeu.ox.ac.uk/>, 17 février 2013.
45. Redshaw M, Heikkila K. Delivered with care : a national survey of women's experience of maternity care 2010. NPEU, University of Oxford, 2010.
46. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants. INSERM - U.953, Mai 2011, 132p.
47. DREES. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011.
48. HAS. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil, 17 octobre 2012.

49. HAS. Services des bonnes pratiques professionnelles. Données épidémiologiques générales liées à la grossesse.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf, le 4 mars 2013.2012.
50. CMACE. Saving Mothers' Lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer : 2006-2008. The Eight Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG March 2011; 118, suppl. 1.
51. INVS. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006. Janvier 2010.
52. INVS. La mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006. BEH, 19 janvier 2010; 2-3: 16p.
53. Benhamou D, Chassard D, Mercier FJ, Bouvier-Colle M-H. Le rapport 2003–2005 sur la mortalité maternelle au Royaume-Uni : commentaires et comparaison aux données françaises. AFAR, Janvier 2009; 28(1):7.
54. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ 2011 ; p1-13.
55. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2011. DREES. Séries statistiques, juillet 2011; 158 : 89p. .
56. Crépin G, Bréart G. Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France. Académie Nationale de Médecine, 23 novembre 2010.
57. NHS choices. Avortement. 2008.
http://www.nhs.uk/translationfrench/Documents/Abortion_French_FINAL.pdf, février 2013
58. EUROCAT. <http://www.eurocat-network.eu/content/EUROCAT-Perinatal-Mortality-Table-3.pdf> from <http://www.eurocat-network.eu/>, 4 mars 2013.
59. Kauffmann E. Les maisons de naissance: quel avenir en France? École de sages-femmes, Caen, 2011.
60. HAS. Hémorragies du Post-Partum. Les recommandations pour la pratique clinique. Novembre 2004.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPP_rapport.pdf , août 2013.
61. Bouvier-colle. Mortalité et étranger. INSERM. 13 octobre 2008, 2p.

62. Bouvier-Colle M. Prévention et soins des hémorragies obstétricales. Leçons tirées des programmes d'intervention SPHÈRE et PITHAGORE6. [Inserm U953 UPMC PARIS].
63. Leighton B, Halpern S. Epidural analgesia: effects on labor progress and maternal and neonatal outcome. Semin perinatol April 2002 ; 112-135.
64. HAS. Indications de la césarienne programmée à terme. Recommandations pour la pratique clinique. Janvier 2012. p36.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf
65. CNGOF. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Recommandations pour la pratique clinique. 2012, p607.
66. Xavier NIEL. Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. INSEE. Direction des Statistiques Démographiques et Sociales, 2010, 35p.
67. Séance du 28 février 2013 (compte rendu intégral des débats). Maisons de naissance. <http://www.senat.fr/seances/s201302/s20130228/s20130228013.html#section1644>, mars 2013.
68. CIANE. Maisons de naissances. <http://ciane.net/Ciane/MaisonsDeNaissance>, décembre 2012.
69. DREES. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Études et résultats, Septembre 2008; 660: 6p.
70. CIANE. Communiqué de presse. Harcèlement judiciaire de la CPAM contre les accouchements en maison de naissance des femmes en zone frontalière. <http://ciane.net/blog/2013/02/harcelement-judiciaire-de-la-cpam-contre-les-accouchements-en-maison-de-naissance-des-femmes-en-zone-frontaliere/>, 18 février 2013
71. CIANE. Modélisation des coûts de fonctionnement d'une Maison de Naissance. Février 2007. <http://ciane.net/wiki/uploads/Ciane/forfait-agn-mdn.pdf>, février 2013.
72. Sénat. Texte de la commission. Proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. 20 février 2013. <http://www.senat.fr/leg/pp12-369.html>, 3 mars 2013.
73. Henrion R, Begue P. Communiqué de Presse de l'Académie nationale de médecine. A propos des maisons de naissance. 28 février 2013.

74. Paris A-C. Un suivi global dans un CHU : c'est possible! Les Dossiers de l'obstétrique, Février 2013; 243: p4-8.
75. Prima Facie - Hôpital Necker. <http://primafacie.aphp.fr/>, mars 2013
76. Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz R-C, Bouvier-Colle M-H, C Deneux-Tharaux C. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. Reproductive medicine, obstetrics and gynaecology. BMJ Open 2011.
77. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD007123.
78. ECOSANTE. <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=FRAN&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=>, 21 juillet 2012.
79. Ordre des sages-femmes. Les compétences. http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/les_compences/index.htm, juillet 2012.

ANNEXE I : Définition

SPA c'est une unité monétaire fictive de référence permettant d'éliminer les différences de niveaux de prix entre les pays.

Le seuil national de risque de pauvreté est fixé à 60% du revenu médian national par équivalent-adulte.

L'indice conjoncturel de fécondité mesure le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.(42, 78)

Taux de fertilité total : Nombre moyen d'enfants nés vivants d'une femme qui traverserait ses années de vie féconde en se conformant aux taux de fécondité par âge d'une année donnée. Il s'agit donc de la descendance finale d'une génération fictive, calculée en cumulant les taux de fécondité par âge des femmes pour l'année considérée (les effectifs de femmes à chaque âge étant supposés égaux).

Le taux de mortalité périnatale est défini par la somme du nombre de morts fœtales et du nombre de décès au cours de la période néonatale précoce d'enfants nés vivants avec un poids minimum de 500 g et/ou à partir du terme de 22 semaines d'aménorrhée (SA) une année donnée, exprimée pour 1 000 naissances. (enfants vivants et mort-nés).

La mortalité néonatale celle des nouveaux-nés de moins de 7 jours

Le taux de mortinatalité est le nombre de mort-né (après 24 SA) pour 1000 naissances.

Selon l'OMS, **la définition du décès maternel** se caractérise par sa survenue « *au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.* »(23)

On peut diviser les décès maternels en deux groupes :

- Les décès par **causes obstétricales directes** : « résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus » (52)

- Les décès par **causes obstétricales indirectes** résultent : « d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse »

Le pourcentage d'évitabilité de la mortalité maternelle : le nombre de décès évitables et peut-être évitables divisé par le nombre total de cas expertisés.

ANNEXE II : Les compétences de la sage-femme en France (définies par le code de la santé publique)_(79)

Dans le cadre des compétences de la sage-femme, sont énumérés de façon non limitative à l'article R.4127-318, certains des actes que peuvent pratiquer les sages-femmes :

- 1 - l'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ;
- 2 - le frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal mentionné à l'article L. 2122-1
- 3 - l'amnioscopie de fin de grossesse ;
- 4 - la surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail ;
- 5 - le prélèvement de sang fœtal par scarification cutanée et la mesure du pH du sang ;
- 6 - l'oxymétrie du pouls fœtal ;
- 7- l'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- 8- l'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- 9 - la réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- 10 - la délivrance artificielle et la révision utérine, à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciels ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
- 11- le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- 12 - la surveillance des dispositifs intra-utérins ;
- 13 - la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement.
- 14 – des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un D.I.U d'acupuncture obstétricale délivré par une université de médecine. (arrêté du 2 novembre 2009).

Les sages-femmes sont également autorisées :

- à effectuer, au cours du travail, la demande d'anesthésie locorégionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. Elles en informent, dans ce cas, le médecin gynécologue

obstétricien.

- à participer à la technique d'analgésie loco-régionale pratiquée lors de l'accouchement à l'exclusion de la période d'expulsion et sous réserve qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. La première injection doit être réalisée par un médecin. La sage-femme ne peut pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin. Elle peut procéder au retrait de ce dispositif.

Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.

Sauf cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige.

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement

en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse

(liste indicative non limitative)

Types de suivi recommandés

Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

- o Avis A.1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- o Avis A.2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Types de structures requises

Unité d'obstétrique : telle que définie dans l'article R. 8123-43 du Code de la santé publique « une unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés. »

À adapter en fonction du risque pour la mère et l'enfant à naître.

Abréviations et acronymes : Index de masse corporelle (IMC), hypertension artérielle (HTA), hépatite virale de grossesse (HVG) et hépatite médicale de grossesse (HMG), retard de croissance in utero (RCIU), mort-né (MN), syndrome de détresse respiratoire (SDR), hépatite virale (HVV), syndrome des antécipés phospholipidiques (SAPL), lipos érythrocytaires disséminés (LED), virus d'hépatite B (VHB), hépatite virale (HVV), hépatite virale (HVV), hépatite virale (HVV).

ANNEXE IV : (30)

A. Examens paracliniques proposés lors de la « Booking Visit »

Examens sanguins :

- détermination du groupe sanguin (avec les phénotypes Rhésus et Kell)
- recherche d'agglutinines irrégulières
- numération formule sanguine avec dosage du taux d'hémoglobine
- sérologie de la rubéole
- sérologie de la syphilis
- sérologie de l'hépatite B
- sérologie du virus d'immunodéficience humaine (VIH)
- dépistage sanguin de la drépanocytose
- dépistage sanguin de la thalassémie

Échographie de datation

B. Examens de dépistage au Royaume-Uni

Examens proposés à toutes les femmes enceintes :

- Dépistage du risque de Trisomie 21 par le dosage des marqueurs sériques (entre 14 et 20 SA)

- Dépistage du diabète gestationnel (proposé au 5ème mois de grossesse)
- Échographie morphologique (proposée entre 20 et 22 SA)

Examens spécifiques proposés aux femmes enceintes dont l'âge est >à 37 ans ou femme appartenant à un groupe à risque d'avoir un fœtus porteur de la trisomie 21

- Mesure échographique de la clarté nucale (proposé entre 11 et 14 SA)
- Mesure échographique de la clarté nucale (proposé entre 11 et 14 SA) + 2 tests sanguins(1)

- Si les dépistages précédents classent la patiente dans un groupe à risque, une amniocentèse sera proposée

(1): dépistage proposé par certains établissements privés, à la charge de la patiente

ANNEXE V : Examens à prescrire lors de la première consultation de suivi de grossesse en France selon l'HAS.(23)

Examens à prescrire obligatoirement :

- Glycosurie et protéinurie
- Toxoplasmose et rubéole
- Syphilis
- Groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)
- Recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B

Examens à proposer systématiquement :

- Échographie (entre 11-13 SA et 6 jours)
- Sérologie VIH de type 1 et 2 ; information sur les risques de contamination maternofoetale par le VIH

Examens à prescrire éventuellement :

- Examen cyto bactériologique des urines (ECBU)
- Dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque
- Frottis cervical de dépistage des dysplasies cervicales s'il date de plus de 2 à 3 ans

ANNEXE VI: Fiche de synthèse des recommandations pour un retour précoce à domicile après accouchement (37)

POUR UN RETOUR PRÉCOCE À DOMICILE APRÈS ACCOUCHEMENT DANS DES CONDITIONS FAVORABLES

▫ Le RPDA doit s'accompagner d'un suivi organisé de la mère et de l'enfant dès le retour à domicile.

▫ Le consentement éclairé de la mère doit être obtenu avant de décider un RPDA.

▫ Le suivi à domicile doit respecter un cahier des charges spécifique conforme aux présentes recommandations.

▫ Le raccourcissement du temps de séjour en maternité impose de réorganiser la chronologie de la préparation à la naissance et à la parentalité.

▫ Un RPDA bien organisé est une option sûre pour la mère et l'enfant.

▫ La mère doit se sentir à l'aise, confiante en elle, et être suffisamment autonome pour les soins qu'elle et son enfant nécessitent.

▫ Le RPDA concerne les couples mère-enfant à bas risque médical, psychologique et social.

▫ Cette réorganisation s'intègre dans l'élaboration avec la mère du projet de naissance, où l'évocation précoce d'un possible RPDA a sa place.

Résumé :

La prise en charge des femmes enceintes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum n'est pas la même entre la France et le Royaume-Uni. Cela a-t-il un impact sur la mortalité et la morbidité ?

Une étude de la littérature a permis de comparer le Royaume-Uni et la France. Elle s'est intéressée aux pratiques professionnelles, aux caractéristiques des femmes et aux professionnels ainsi qu'à la morbi-mortalité maternelle et périnatale des deux pays.

La prise en charge moins médicalisée des femmes enceintes au Royaume-Uni ne semble pas influencer sur la morbidité et la mortalité. Une adaptation française semble envisageable avec les sages-femmes au cœur du suivi des femmes enceintes.

Mots clés : Étude comparative - Royaume-Uni - France - Mortalité - Morbidité - Physiologie - Femmes enceintes

Summary :

Care of pregnant women during pregnancy, childbirth and the postpartum period is not the same between France and the United Kingdom. Does it have an impact on mortality and morbidity?

A literature review was conducted to compare the United Kingdom and France. This study focused on professional practices, the characteristics of women and professionals as well as maternal and perinatal morbidity and mortality in both countries.

The less medicalised care of pregnant women in the United Kingdom do not seem to affect morbidity and mortality. A French adaptation seems possible with midwives at the heart of pregnant women's antenatal care.

Key-words : Comparative study - United Kingdom - France - Mortality - Morbidity - Physiology - Pregnant women

Titre : Étude comparative de la prise en charge des femmes enceintes en France et au Royaume-Uni.

Auteur : RAYNEL Floriane

École de Sage-Femme de Caen : Promotion 2009-2013