Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 121 (2023)

Heft: 5

Artikel: French Arrive : quand provoquer l'âccouchement fait débat

Autor: Politis Mercier, Maria-Pia

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1041653

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

French Arrive: quand provoquer l'accouchement fait débat

Cet article propose une recension groupée de l'ouvrage de Claudine Schalck et Raymonde Gagnon paru en décembre dernier, *Quand déclencher l'accouchement, c'est confisquer la maternité aux femmes* (éditions L'Harmattan). Après une mise en contexte de Maria-Pia Politis Mercier à propos de l'étude «mère» *Arrive*, plusieurs sages-femmes aux profils divers offrent ici leur point de vue sur cette épineuse question d'actualité.

TEXTE: MARIA-PIA POLITIS MERCIER

Cet ouvrage écrit par deux sages-femmes française et canadienne dit son rejet d'un essai clinique randomisé multicentrique en cours en France. Les autrices ont donné un titre incisif à leur ouvrage et son contenu est élaboré sur la même ligne. Elles mobilisent pour cela des courants de pensées issus du féminisme et de la sociologie de l'activité de soins. Richard Horton (2022), rédacteur du *The Lancet*, en a fait un commentaire remarquable, qui a suscité l'ire des responsables de l'étude *French Arrive* (Sentilhes *et al.*, 2023).

L'essai clinique incriminé *French Arrive* vise la réplication de l'essai initial américain *Arrive* (*A Randomized Trial of Induction Versus Expectant Management*) (Grobmann *et al.*, 2018) portant sur la provocation de l'accouchement de femmes nullipares en bonne santé à 39 semaines afin d'améliorer les issues périnatales[1]. A noter que le critère de jugement principal de l'essai français est le taux de césarienne.

Taux de césarienne plus bas

Jusqu'alors, la provocation chez les femmes nullipares à faible risque, en plus avec un col défavorable, a été découragée puisqu'il a été observé une augmentation des césariennes. Néanmoins, les issues périnatales ajustées aux semaines de grossesse entre 37 et 42 semaines montrent une courbe en U avec une période de naissance la plus favorable aux alentours de 39-40 semaines pour la mortalité et la morbidité périnatale. Cette étude voulait déterminer si la provocation des nullipares en bonne santé améliorerait les résultats périnatals et quels en seraient les effets ma-

[1] Voir aussi Politis Mercier, M.-P. (2019). *Arrive Trial*: à quel âge gestationnel déclencher l'accouchement? *Obstetrica*; 7-8. https://obstetrica.hebamme.ch

ternels. L'étude s'est déroulée auprès de 6106 femmes dans 41 maternités américaines. Les femmes randomisées ont bénéficié soit d'un suivi expectatif selon les recommandations habituelles, soit d'une provocation, avec les méthodes utilisées dans les différents centres. Les résultats montrent peu de différences pour le devenir néonatal, à la limite de la significativité. Par contre, les taux de césarienne sont plus bas de 3,6 % pour le groupe de femmes provoquées, sans différences majeures sur les autres interventions perpartum.

Eléments critiques

Quelques éléments critiques identifiés: l'étude avait une puissance suffisante pour évaluer les issues recherchées. Les femmes éligibles ont refusé à 73 % de participer à l'étude. Les deux groupes de femmes sont jeunes (âge médian de 24 ans), leur indice de masse corporelle (IMC) est élevé (médian à 30,5), leur score de Bishop modifié est défavorable (médian à 4). Le status socio-économique est faible (> 50 % assurées par Medicaid). La mise en travail est établie sur les recommandations de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (2014). Les taux de césarienne des deux groupes sont plus bas que ceux des régions correspondantes ce qui fait penser à un effet Hawthorne, fréquent dans les essais cliniques. Il n'y a pas de données sur les méthodes de soulagement de la douleur ni sur l'allaitement.

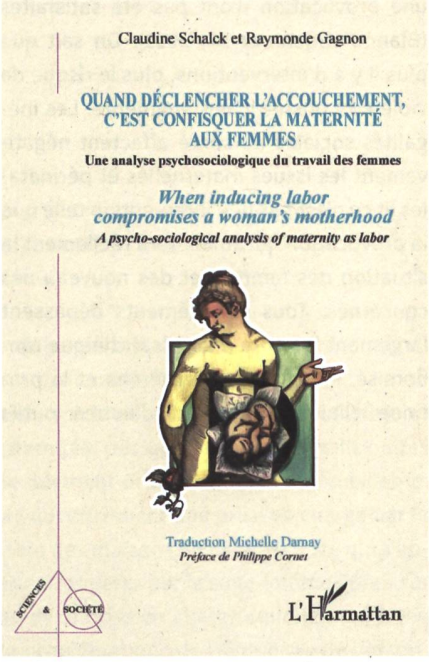
Depuis lors, certaines *guidelines* ont intégré ces résultats sans toutefois les recommander mais en indiquant que la provocation à 39 semaines pouvait être une option «raisonnable». Plusieurs commentateur·rice·s (par exemple Facchinetti *et al.* [2022]) ont relevé que la validité externe de cette étude ne s'appliquait pas à la population de plusieurs pays à haut revenus car les taux de césarienne y sont déjà plus bas, la santé périnatale y est meilleure ou alors la population est sensiblement différente (âge, IMC); la faisabilité en termes de ressources (dotation de sages-femmes et de médecins, infrastructures) rend aussi cette intervention à large échelle non réaliste, même si elle diminuerait le suivi ambulatoire des grossesses à terme.

Nouveaux problèmes cliniques

Il faut aussi souligner qu'il existe des interventions déjà connues pour réduire les taux de césarienne chez les nullipares en bonne santé: le suivi continu par les sages-femmes! (Sandall *et al.*, 2016).

Suite à la parution de cet essai, certain·e·s se sont emparé·e·s de ces résultats pour justifier les provocations sans indication médicale, à l'instar de ce qu'on avait observé à l'époque de la parution du *Term breech trial* de Hannah *et al.* (2000) qui a porté le coup de grâce aux accouchements par le siège dans bien des pays – dont la Suisse. On a vu ensuite que cette politique engendrait de nouveaux problèmes cliniques, et une perte de savoir-faire. Plus tard, une analyse fine de l'étude a remis en cause ses conclusions.

Ici, tant la place des femmes que celle de la signification de l'enfantement au sein de la société seraient affectées si les résultats de cette étude étaient généralisés. L'essai en cours en France se déroule dans un contexte de crise du système de santé y compris des maternités. On se demande comment procéder à des provocations supplémentaires dans ces conditions, en garantissant la qualité et la sécurité des soins. L'étude MEDIP (2015), en France, a observé que 25 % des femmes ayant eu



Gagnon, R. & Schalck, C. (2022). *Quand déclencher l'accouchement, c'est confisquer la maternité aux femmes.* Une analyse psychosociologique du travail des femmes. Traduction Michelle Darnay – Préface de Philippe Cornet. L'Harmattan.

www.editions-harmattan.fr

Références

***American College of Obstetricians and Gyneacologists* (2014)** Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24565430/

Blanc-Petitjean, P. *et al.* (2019) Etat des lieux des pratiques de déclenchement en France en 2015: résultats de la cohorte prospective en population MEDIP (Méthodes de Déclenchement et Issues Périnatales). *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*; Volume 47, Issues 7–8, 555-561. doi.org/10.1016/j.gofs.2019.05.002

Facchinetti, F., Menichini, D. & Perrone, E. (2022) The ARRIVE trial will not "arrive" to Europe. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*; 35:22. www.tandfonline.com

Grobman, W. A., Rice, M. M., Reddy, U. M *et al.* (2018) Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. *N Engl J Med*; 379(6):513–523.

Horton, R. (2022) Offline: FRENCH-ARRIVE– elles accusent. *The Lancet*; Vol 400. Déc. 3. doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02475-8

Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S. & Willan, A. R. (2000) Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *The Lancet*; Oct 21;356(9239):1375-83. doi: 10.1016/s0140-6736(00)02840-3

Murano, M. *et al.* (2022) Using the WHO-INTEGRATE evidence-to-decision framework to develop recommendations for induction of labour. *Health Research Policy and Systems*; 20:125. https://doi.org/10.1186/s12961-022-00901-7

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 4. Art. No.: CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5

Sentilhes, L., Allart, J. B., Berveiller, P., Bibes, A. & Schaeverbeke, T.; FRENCH-ARRIVE Study Group and the Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie (2023) FRENCH-ARRIVE: a serious, evidence-free, and false accusation of unethical research. *The Lancet*; Mar 11. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00133-2

Smith, H., Peterson, N., Lagrew, D. & Main E. (2016) Toolkit to Support Vaginal Birth and Reduce Primary Cesareans: A Quality Improvement Toolkit. Stanford, CA: California Maternal Quality Care Collaborative. www.cmqcc.org

van't Hooft J. *et al.* (2023) Assessing the usefulness of randomised trials in obstetrics and gynaecology. *BJOG*; 00:1–7. DOI: 10.1111/1471-0528.17411

une provocation n'ont pas été satisfaites (Blanc-Petitjean *et al.*, 2019). On sait que plus il y a d'interventions, plus le risque de violences obstétricales augmente. Les inégalités sociales de santé affectent négativement les issues maternelles et périnatales et ce n'est pas une intervention telle que la provocation qui améliorera réellement la situation des femmes et des nouveau-nés concernés. Tous ces éléments dépassent largement le cadre d'un essai clinique randomisé. Pour cela, la recherche et la pratique clinique disposent d'autres outils (Murano *et al.*, 2022; van't Hooft *et al.*, 2022). A cet égard, l'exemple des recommandations de pratique californiennes est inspirant: une approche multidimensionnelle et interprofessionnelle pour diminuer les césariennes chez les nullipares tout en privilégiant la qualité et la sécurité des soins des femmes et des enfants (Smith *et al.*, 2016) ⊙

AUTEURE

Maria-Pia Politis Mercier, sage-femme, maître d'enseignement Haute Ecole de Santé Vaud filière sage-femme, retraitée.

«Madame, nous sommes désolé·e·s, nous n'avons plus de place»

Quand déclencher l'accouchement, c'est confisquer la maternité aux femmes: on ne peut avoir titre plus explicite alors que les mouvements sociétaux pour une naissance plus respectueuse des besoins des femmes ne font que croître. Il est surprenant de voir tant d'efforts, d'argent et de temps dépensés à vouloir mécaniser la vie au nom d'une illusoire sécurité biomédicale. Cette analyse de l'étude *Arrive* proposée par Claudine Schalck et Raymonde Gagnon, questionne très clairement les conséquences néfastes réelles d'une telle option obstétricale sur les femmes et les enfants puisque *Arrive* est une étude uniciste orientée sur le biomédical. Pas de données psychologiques, sociologiques sur la femme et l'enfant, sans parler du père, donc du couple.

Mécanisation de l'accouchement?

Avant de commencer à lire cette analyse, je me suis dit ironiquement «Et bien comme cela ce sera plus simple, tout est planifié, prévu, anticipé», le rêve pour un·e cadre infirmier·ère «mécaniste»! Et ce n'est pas juste une vue de l'esprit. Il y a quatre ans par un beau matin, en salle d'accouchement d'un hôpital de l'est Vaudois, alors que nous échangions dans une vision interdisciplinaire respectueuse de chacun·e sur les situations en cours, un des médecins nous informe qu'une étude américaine en cours, explore l'avantage de l'accouchement programmé à 39 semaine de grossesse pour toute les femmes dont la grossesse se déroule physiologiquement. Je me souviens que mon cœur a eu un raté, mon cerveau un cours circuit «physiologie/intervention médicale». Heureusement le médecin chef de l'époque s'exprima: «Pour l'instant, on attend de voir les résultats et pour l'instant il n'en est pas question.» A voir! Et justement, malheureusement, ça vient.

Imaginez toutes les femmes à 39 0/7 programmées pour accoucher. Quel embouteillage, quelle gabegie. On pense aux *Temps Modernes* de Charlie Chaplin. Surcharge temporaire qui ne respecterait pas évidemment le «39 0/7» alors ce serait 38 6/7 ou bien 39 1/7: «Madame, nous sommes désolé·e·s, nous n'avons plus de place» et, soyons à peine fou, plus assez de sages-femmes. Ceci n'est pas si irréel. Je me demande également ce qu'en penseraient les pédiatres.

Version européenne

Il faut 28 provocations pour éviter une césarienne ou autres complications obstétricales nous disent les auteurs américains de l'étude *Arrive*. Nos sociétés se ressemblent-elles autant (surpoids, diabète, hypertension)? Pour le déterminer, les Européens répliquent l'étude américaine en *French Arrive*. J'attends avec impatience les résultats pour une population plus similaire à la nôtre. Fin de l'étude prévue pour décembre 2023.

En finir avec l'arrogance du savoir pour une vision plus sensible de la santé et la naissance dans le monde ou sécurité affective et biologique s'accordent. Cela appelle à un engagement, une prise de position en terme de politique professionnelle, une fois que nous aurons les résultats de l'étude *French Arrive*. Car *qui ne dit mot consent!* ⊙

Rosaria Vorlet Crisci, *sage-femme formée à l'haptonomie, ancienne cadre hospitalière*

L'accouchement se déclenche quand la mère et l'enfant sont prêts

Claudine Schalk et Raymonde Gagnon, sages-femmes et chercheuses, ont dans ce livre approfondi les problématiques soulevées par le lancement de la recherche *French Arrive* (2021). Cette analyse aborde différents sujets qui nous questionnent sur notre pratique de sage-femme dans les hôpitaux, pratique qui m'a passionnée 40 ans de ma vie professionnelle: la domination médicale et patriarcale, l'emprise du médecin et du·de la soignant·e sur la soignée, une étude qui dit où, quand et comment accoucher, les violences obstétricales, la grossesse vécue aujourd'hui comme potentiellement pathologique et l'accouchement comme à risque, la manipulation par le consentement éclairé et la «normalisation» de la mise au monde et du travail des soignant·e·s.

Questionner gestes et interventions

Dans ma pratique professionnelle j'ai évolué dans plusieurs milieux hospitaliers avec différentes approches médicales et plus ou moins protocolaires. J'y ai appris ma place de sage-femme respectueuse du savoir de la femme, sa puissance, ses pouvoirs dans la maitrise de cet événement. L'importance dans la vie d'une famille qu'est le vécu de l'accouchement à travers le lien d'attachement. J'ai expérimenté l'impact de la préparation à la naissance pour la femme et son entourage afin de lui donner confiance en son potentiel, et celui de l'individualisation des soins et de l'accompagnement. J'ai enfin appris à me questionner sur mes gestes et interventions: pourquoi je les fais, pour qui?

Provoquer un accouchement

L'accouchement se déclenche quand la mère et l'enfant sont prêts. Bien sûr, il y a des situations qui nous obligent à déclencher l'accouchement. L'importance de notre pratique professionnelle médicale dans la physiologie est justement d'analyser constamment l'écart de la norme qui va nous conduire à un diagnostic de pathologie. Une décision d'intervention médicale est dès cet instant sous la responsabilité du·de la gynécologue. Nous travaillons donc de manière complémentaire, portant chacun·e sa part de responsabilité.

Provoquer un accouchement n'est pas anodin. Le temps de mise en travail est souvent long. La femme est astreinte à un suivi protocolaire, hors de son cadre familier et qui la lie à des contrôles CTG fréquents, souvent au lit dans des positions inconfortables. Elle subit des toucher vaginaux fréquents eux aussi protocolés. Elle ne peut pas se reposer, dérangée fréquemment par les soignant·e·s, et se retrouve épuisée quand enfin le «travail» commence. Enfin les hormones de synthèse ne produisent pas les endorphines attendues, ce qui augmente le recours à la péridurale et tous les effets néfastes qui peuvent s'ensuivre, cela n'est jamais détaillé dans un consentement éclairé.

Soins périnatals gérés par la sage-femme

J'ai espéré en fin de carrière voir la mise en place d'espaces physiologiques au sein des maternités, pas uniquement des salles dites «natures» dans leur ameublement et leur ambiance accueillante, mais de véritable espaces qui offriraient une prise en charge par la sage-femme comme au sein des maisons de naissance (ce qui s'apparenterait aux soins périnatals gérés par la sage-femme). Bien sûr cela amène à la réflexion de la prise en charge «une femme / une sage-femme» qui dans la problématique de l'économie de personnel dans les hôpitaux devient de plus en plus une utopie. Ce projet se heurte en outre au concept de la «normalisation» de la mise au monde et du travail des soignant·e·s. Je ne peux qu'espérer que les résultats de cette recherche contrediront ceux de l'américaine car la mise en place de ce protocole dans nos milieux hospitaliers ne peut qu'empirer encore nos prises en soins. ⊙

Christine Bise Demay, *sage-femme hospitalière, praticienne formatrice, retraitée*

«Pourquoi donc vouloir reproduire une telle étude en France?»

Concernant cette étude *French arrive*, j'ai été très surprise de voir qu'il s'agit d'une reproduction d'une étude américaine à la méthodologie douteuse et que 73 % des femmes américaines visées par cette étude ont refusé d'y participer. Pourquoi donc vouloir reproduire une telle étude en France? Quelles sont les intérêts réels en jeu? Y'a-t-il un risque pour la pratique obstétricale en Suisse? Peut-être que les naissances programmées par déclenchement seraient un plus pour l'affectation des ressources humaines en souffrance dans les hôpitaux? Toutefois, dans le contexte actuel, on s'accorde à penser que la surmédicalisation en obstétrique, les interventions médicales dites non nécessaires produisent des effets délétèrent. En 1996, l'Organisation mondiale de la Santé enfonçait déjà cette porte ouverte avec son guide pratique pour soutenir la promotion de l'accouchement physiologique. En 2017, la Haute autorité de santé publiait en France des recommandations sur l'accouchement normal et les interventions médicales.

Relation de confiance

L'essai de Claudine Schlack et Raymonde Gagnon sur l'étude *French Arrive* dénonce avec une violence certaine la médicalisation de la naissance. Il faut certainement alerter et débattre de certaines dérives. Toutefois, à mon goût leurs propos sont trop viscéraux et manquent d'assertivité. Je ne suis pas certaine que ce type de communication soit stratégique. J'ai également été perplexe de la prise de position du *Lancet* sur la qualification de cet essai comme une dénonciation remarquable d'une étude en cours (Horton, 2022 – référence p. 57).

Si l'objectif est la promotion de la qualité de l'accompagnement des femmes et des familles durant la période périnatale, il serait souhaitable d'établir aussi avec le corps médical une relation de confiance et une communication gagnant-gagnant pour tenter d'avancer enfin dans ce conflit de la surmédicalisation.

Des approches plus innovantes émergent, où l'évaluation des risques (hauts-moyens-bas) devient un outil plus flexible et cohérent pour soutenir les parturientes et leurs familles dans leur projet de naissance. Cela contribue à faire évoluer l'autorité médicale à l'idéologie patriarcale vers des soins centrés sur les femmes et leur famille.

Bon sens

Au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), une étude rétrospective de 1997 à 2017 a montré que limiter les interventions médicales dites non nécessaires permettait d'infléchir le taux de césarienne avec la classification de Robson. Un axe de conclusion de cette étude propose de réduire les déclenchements du travail sans indications médicales chez les nullipares à bas risque pour infléchir le taux de césarienne. L'opposé, donc, de ce que l'étude *French arrive* tendrait à prouver.

Dans ma pratique obstétricale, je suis plus encline à m'appuyer sur les résultats de cette étude menée au CHUV. Et le bon sens voudrait que l'on pratique des césariennes et des déclenchements de l'accouchement aux femmes et aux enfants qui en ont besoin mais aucunement à des nullipares dites à bas risque à 39 semaines d'aménorrhée.

85 % des grossesses et des accouchements sont considérés comme normaux, donc si les femmes sont accompagnées par des sages-femmes avec une collaboration médicale quand elle s'avère nécessaire, si les femmes sont protégées dans le cercle vertueux de la paix et de la sécurité (par exemples atmosphère calme et soutenante, si elles sont encouragées, si l'on croit en elle), le processus de la naissance peut se réaliser. Elles ont tout ce qu'il faut en elles pour aider leur enfant à naître et à sortir leur placenta, et cela, la sage-femme peut le prédire avant que les deux heures post-accouchement se soient écoulées. ⊙

Isabelle Junod, *sage-femme indépendante, pratique l'accompagnement global, agrée à la maison de naissance Eden à Lausanne*

Références

Ahmad Haydar, A., Vial, Y., Baud, D. & Desseauve, D. (2017) Evolution du taux de césariennes dans une maternité universitaire suisse selon la classification de Robson. *Revue médicale suisse*. doi: 10.53738/REVMED.2017.13.580.1846. www.revmed.ch

Haute autorité de santé (2017) Recommandation de bonne patique. Accouchement normal: Accompagnement de la physiologie et interventions médicales. www.has-sante.fr.

Organisation mondiale de la Santé (1996) Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique.

World Health Organization (2018) Recommendations Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. http://apps.who.int.