



HAL
open science

Médicalisation de la naissance : la parole aux accouchées

Noémie Weber

► **To cite this version:**

Noémie Weber. Médicalisation de la naissance : la parole aux accouchées. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01889831

HAL Id: hal-01889831

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01889831>

Submitted on 8 Oct 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

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

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

Médicalisation de la naissance :

La parole donnée aux accouchées

Mémoire présenté et soutenu par

Mlle WEBER Noémie

Née le 16 juin 1984

Promotion 2005-2009

*A tous ceux qui ont été présents et
m'ont soutenue durant cette formation.*

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
INTRODUCTION.....	3
PARTIE 1 : L'ACCOUCHEMENT MEDICALISE	4
1. LA MEDICALISATION.....	5
1.1. Définitions	5
1.2. Evolution historique : en résumé	5
1.3. Fondement de la médicalisation	7
1.3.1. La diminution de la mortalité maternelle et périnatale	7
1.3.2. Influence du risque médico-légal.....	8
1.3.3. Face au manque d'effectif.....	9
2. LES PRATIQUES OBSTETRIQUES ACTUELLES	10
2.1. Le plan « périnatalité » 2005-2007	10
2.2. Les différents niveaux de maternité.....	10
2.3. Les éléments de surveillance en salle de naissance	11
2.3.1. Le cardiocotographe ou monitoring.....	12
2.3.2. Brassard à tension, scope, saturation en oxygène	13
2.3.3. Le toucher vaginal	13
2.4. Les mesures préventives en salle de naissance.....	14
2.4.1. La perfusion	14
2.4.2. Le jeûne du per-partum.....	15
2.4.3. Le sondage vésical	16
2.5. La prise en charge actuelle de la douleur.....	16
2.5.1. L'analgésie péridurale.....	17
2.5.2. Pour faire face à la douleur sans analgésie	18
3. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA NAISSANCE	20
3.1. La relation sage-femme / parturientes	20
3.2. L'émergence des Doulas	21
PARTIE 2 : ETUDE AUPRES DE 60 ACCOUCHEES.....	22
1. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE.....	23
1.1. Problématique	23
1.2. Objectif	23
1.3. Hypothèses	23
1.4. Méthodologie	24
1.4.1. Population	24
1.4.2. Entretiens avec questionnaire	24
1.4.3. Contraintes et limites	24
2. RESULTATS DE L'ETUDE.....	26
2.1. La population.....	26
2.1.1. Age	26

2.1.2.	Parité	26
2.1.3.	Origine	26
2.1.4.	Situation matrimoniale	26
2.1.5.	Profession	27
2.1.6.	Conduite addictive	27
2.2.	L'accouchement	27
2.2.1.	Le degré de médicalisation dans la surveillance de l'accouchement.....	27
2.2.2.	L'environnement matériel de la salle de naissance.....	32
2.2.3.	Avis et vécu concernant les gestes et techniques utilisés.....	33
2.2.4.	Qualité de l'accompagnement / Vécu	35
2.2.5.	Connaissances préalables sur la prise en charge médicale	36
2.2.6.	Avis sur la sécurité de l'accouchement à l'hôpital	38
2.2.7.	Ouverture	39

PARTIE 3 : DISCUSSION : AUTOUR DE LA MEDICALISATION DE LA NAISSANCE

1. UNE TECHNICITE ACCRUE POUR L'ACCOUCHEMENT D'UNE GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE..... 42

1.1.	Quand un geste technique en appelle un autre.....	42
1.2.	Et la physiologie.....	44
1.3.	Quand l'environnement matériel et les gestes rassurent.....	45

2. LA PLACE DES ECHANGES RELATIONNELS DANS L'HYPERMEDICALISATION 47

2.1.	Un tableau plutôt flatteur.....	47
2.2.	Une variabilité interpersonnelle.....	48

3. L'IMPORTANCE DES INFORMATIONS DELIVREES AUX FEMMES ENCEINTES 50

3.1.	Un effet rassurant	50
3.2.	Des propositions pas toujours exploitées.....	50

4. L'ACCOUCHEMENT A L'HOPITAL : UN CHOIX « SATISFAISANT »..... 52

4.1.	La sécurité de la naissance pour « priorité ».....	52
4.2.	Une médicalisation qui semble répondre aux attentes.....	52
4.3.	Peut on réellement parler de « choix » ?.....	53

5. FAUT-IL CHERCHER A MOINS MEDICALISER ? 55

5.1.	La péridurale en question	55
5.2.	Entre savoir, vouloir et pouvoir.....	56

CONCLUSION 59

BIBLIOGRAPHIE..... 61

ANNEXES

Introduction

L'accouchement est un processus physiologique naturel qui, au fil des dernières décennies s'est largement médicalisé. Actuellement, l'hôpital reste le lieu de référence pour faire naître son enfant.

Dans notre société, le risque de l'enfantement reste présent à notre esprit. Nous abordons encore trop souvent, dans notre profession, cet événement de vie uniquement par les risques qu'il peut faire courir à la patiente. L'angoisse du médico-légal nous perturbe.

Au cours de ma formation, j'ai pu constater que les pratiques restent relativement similaires en fonction des établissements. Cette surveillance du travail, bien que sécuritaire, m'a semblée très accrue et j'avais l'impression d'« attacher » les patientes (monitoring, perfusion, scope, brassard à tension...) dès leur arrivée en salle de naissance.

Il est vrai que la mortalité maternelle et périnatale a considérablement diminué avec l'évolution des pratiques, mais je pense qu'il reste important de réfléchir avant d'agir avec des moyens techniques souvent contraignants et parfois discutables. Je me suis interrogée sur ces pratiques systématiques et je me suis demandée si l'on ne pouvait pas être moins conventionnel. Bien sûr, je me suis heurtée au problème de la péridurale qui par son essor est en grande partie responsable de cette médicalisation. Mais j'ai avant tout voulu donner la parole aux femmes car leur souhait reste pour moi le critère primordial de décision.

Le but de mon mémoire n'est pas de remettre en question les pratiques actuelles nécessaires dans des situations à risques, mais de proposer un accompagnement adapté aux patientes dont le suivi de grossesse était tout à fait physiologique, qu'elles bénéficient ou non d'une analgésie péridurale.

Peut-on réellement considérer que notre prise en charge soit adaptée à chaque situation ? Qu'en pensent réellement les femmes ? Quelles connaissances et avis ont-elles sur ces pratiques ? La médicalisation proposée par l'hôpital correspond elle à leurs attentes ?

Nous verrons brièvement dans une première partie, comment a évolué la médicalisation de la naissance, pour aborder ensuite les différentes pratiques actuelles mises en place pour l'accouchement.

Dans un deuxième temps nous exposerons les résultats de l'étude réalisée auprès de 60 accouchées. Cela permettra d'apprécier les pratiques professionnelles en Moselle puis d'exposer le point de vue des patientes relatif à cette « prise en charge ».

Pour finir, l'analyse des résultats permettra de nous interroger sur notre façon de surveiller la parturiente en travail, puis de savoir si cette médicalisation correspond aux attentes des accouchées. Le but étant d'améliorer l'accompagnement autour de la naissance.

Partie 1 : L'accouchement médicalisé

1. LA MEDICALISATION

1.1. Définitions

Médicalisation =

- « Terme sociologique inventé par Irving Zola dans les années 1970 signifiant qu'il existe une tendance croissante de la médecine à étendre sa suprématie. » [1]
- « Action de confier quelque chose aux soins des médecins, tout en développant les moyens nécessaires. » [2]
- « Action de médicaliser, c'est-à-dire de faire relever quelque chose ou quelqu'un du domaine médical. » [3]

L'accouchement est un exemple de ce phénomène de médicalisation, abordé dans de nombreux écrits. [1]

Par ses études sur l'accouchement, Oakley.A (1980) a démontré comment la profession médicale a redéfini l'accouchement en tant que processus potentiellement pathologique, nécessitant des niveaux d'intervention et de contrôle médical toujours plus élevés :

« Le point de vue de l'obstétrique professionnelle qui considère l'accouchement comme un processus pathologique et les femmes comme objets passifs de soins cliniques fait aujourd'hui partie intégrante de la vision qu'à l'ensemble de la communauté vis-à-vis de l'accouchement » [4].

1.2. Evolution historique : en résumé

Durant de nombreux siècles, la naissance a été cantonnée dans une sphère qui lui était propre, en marge de la médecine traditionnelle. L'accouchement faisait alors appel à un savoir particulier, que seules certaines femmes détenaient (« matrone » « leveuse » « ramasseuse »). Cette fonction était attribuée à la femme grâce à ses vertus de « bonne mère de famille » ayant accouché elle-même de nombreuses fois, et ayant fait preuve, à plusieurs reprises, de son efficacité lors de couches difficiles [5]. La naissance se vit alors chez soi, dans un espace clos et rassurant, lieu habituel de vie, à peine aménagé pour la circonstance, entouré de ses proches.

A partir de 1760 apparaissent des formations instaurées à l'initiative de Mme Le Boursier du Coudray qui créent une pédagogie nouvelle, fondées sur un lien entre la théorie et la pratique. Ainsi plus de 5000 accoucheuses vont être formées [6].

Parallèlement à la même époque, l'image du chirurgien accoucheur s'impose, homme de science et symbole du progrès (Baudelocque, puis Tarnier, Pinard, Budin...). Ils créent des outils et élaborent des techniques (Forceps, césarienne...) apportant des solutions à bien des accouchements compliqués. L'hôpital se voit ainsi confier un nouveau rôle, mais il faudra plusieurs siècles pour que celui-ci, perçu comme « inhospitalier » voire dangereux, apparaisse comme le meilleur recours.

On parlera véritablement de « médicalisation de la naissance » au cours du 20^{ème} siècle, suite aux désastres démographiques occasionnés par les guerres. Avec le besoin de se repeupler, le gouvernement français va devoir chercher à préserver la vie des femmes et des nouveau-nés. Les premiers plans de périnatalité vont alors être lancés. Le domicile cesse d'être le lieu de naissance, celui-ci devenu acte médical et chirurgical sophistiqué [5]. Des établissements modernes ont pris alors en charge la mère et l'enfant,

devenant des lieux d'expérimentations et de débats (on impose peu à peu la position gynécologique comme celle jugée la plus favorable à l'expulsion). Le Dr Fernand Lamaze va alors s'intéresser à « l'accouchement sans douleur » (1952) proposant une préparation psychologique et physique jugée souvent très décevante. A cette préparation s'ajoutent quelques essais novateurs comme la rachianesthésie, puis la péridurale qui connaîtra son âge d'or en obstétrique à partir de 1980 augmentant un peu plus la médicalisation. Le nombre des accouchements réalisés à l'hôpital augmente régulièrement passant de 50% en 1940 à 98% en 1962 sur Paris [6].

La médicalisation est alors célébrée comme le triomphe de la vie sur la mort, puisque la mortalité maternelle et périnatale ont été réduite régulièrement (30/1000 en 1960, à 13/1000 en 1980) [5]. On rappellera toutefois que ces progrès coïncident avec les trente glorieuses, c'est-à-dire avec l'amélioration des conditions de vie. Et en même temps les femmes s'efforcent de programmer les naissances (contraception) et attendent d'être en bonne santé [7].

Ainsi aujourd'hui, l'obstétrique et la médecine périnatale ont progressé à pas de géants, se sont enrichies de toute une technologie de plus en plus sophistiquée et apportent maintenant une sécurité médicale remarquable.

1.3. Fondement de la médicalisation

1.3.1. La diminution de la mortalité maternelle et périnatale

La **mortalité maternelle**, est définie selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), comme « Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse, ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que 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 » [8].

En France, on peut dire que la surveillance de la mortalité maternelle a débuté réellement dans les années 1995 avec le premier « plan périnatalité » [9].

Un Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM) a été mis en place. Avant cette date quelques études hospitalières et une synthèse nationale nous ont permis de recueillir des données.

Ainsi on a pu observer qu'entre 1945 et 2000, la mortalité maternelle a connu une baisse spectaculaire passant de 116.4 décès pour 100 000 naissances à un taux de 6.5 pour 100 000 (soit un niveau 18 fois moins élevé) [10].

La **mortalité périnatale** se définit comme « le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours, pour 1000 naissances d'enfants vivants ou sans vie. »[11]. Cet indicateur est produit chaque année par l'INSEE à partir de l'état civil. L'objectif retenu par la loi de santé publique est de réduire la mortalité périnatale de 15% c'est-à-dire d'atteindre un taux de 5,5 pour 1000 en 2008.

Ce taux de mortalité périnatale qui était de 10,7 pour 1000 en 1995 a diminué considérablement jusqu'en 2001 pour atteindre un taux de 6,9 pour 1000. Puis une brusque augmentation entre 2002 à 2005 (10 pour 1000) est observée. Ceci s'expliquant par le changement de réglementation, consécutif à l'abaissement du seuil d'enregistrement. En effet avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants morts nés si l'âge de la grossesse était inférieur à 180 jours soit 28 semaines d'aménorrhées (SA), or en novembre 2001 une circulaire modifie cette disposition. Ainsi un acte d'enfant né sans vie peut être établi après 22 SA ou lorsque le poids de l'enfant est d'au

moins 500 grammes. Il faut noter que ces chiffres risquent d'être perturbés à nouveau puisque la Cour de cassation a jugé dans trois arrêts rendus le 6 février 2008, qu'un fœtus né sans vie peut être déclaré à l'état-civil, quel que soit son poids et la durée de la grossesse [12]. Mais la discussion se pose encore de ramener cette durée à 14 SA (date limite de l'IVG).

1.3.2. Influence du risque médico-légal

La sage-femme exerce une profession médicale selon l'article L.4151 du Code de la Santé Publique. Salariée ou libérale, elle est dotée d'une responsabilité pleine et entière et peut donc être amenée à répondre de ses actes devant les juridictions compétentes. Si sa place au sein de l'équipe obstétricale est bien définie par un corpus de textes législatifs et réglementaires, les limites et contours de sa responsabilité sont beaucoup plus difficiles à établir. [13]

Dans le secteur gynécologique obstétrique, de nouvelles exigences des femmes et des futures mères apparaissent car cette spécialité touche leur féminité, leur fonction sexuelle, leur reproduction et leur enfant à naître ou déjà né. Le risque médico-légal est ainsi plus fréquent et parfois plus lourd qu'autrefois car des « spécialistes de la naissance » n'ont pas le droit à l'erreur. Ainsi dans la profession il faut s'attendre à des revendications qui peuvent parfois paraître injustes.

Concernant la naissance, tout accouchement comporte une part d'imprévu. « Etant donné que le risque zéro n'existe pas, il est toujours vrai de dire qu'un accouchement est à risque » [14], ce qui explique que les pratiques de surveillance sont de plus en plus élaborées. Il faut quand même préciser que l'éventualité d'accidents maternels, (qui ne constitue que 5 à 10% des naissances) peut être déjà évoquée pendant la grossesse, d'où la nécessité d'une sélection préalable des accouchements à risque et d'une surveillance correcte du travail et de la délivrance, du fait de la fréquence des accidents imprévisibles. De plus il faut noter qu'informer la patiente sur les actes réalisés est un des meilleurs moyens de se protéger car le défaut d'information reste un catalyseur de plaintes dans de nombreux procès.

1.3.3. Face au manque d'effectif

Face au manque d'effectif la tendance actuelle est de remplacer la surveillance humaine par des machines donnant une impression de sécurité plus importante. La sage-femme n'étant pas surhumaine, elle a besoin de moyens nécessaires pour se sécuriser dans le cas où elle suit plusieurs parturientes en travail simultanément. Ainsi par souci de sécurité légale elle se voit dans l'obligation d'utiliser par exemple le monitoring en continu (celui-ci étant parfois rediffusé dans toutes les salles afin d'avoir toujours un œil sur le bien-être fœtal mais sans pour autant voir la patiente). Notons à titre d'exemple, que la Grande Bretagne compte, pour un nombre de naissances sensiblement égal à celui de la France, le double de sage-femme. Mais en France la durée des études augmente ce qui peut décourager certains candidats ; et même si le numerus clausus est revu légèrement à la hausse, il est fort probable que ce soit insuffisant. Il reste difficile de compenser le manque d'effectif. De plus les prévisions en matière de recrutement reste très en deçà des besoins. La médicalisation reste ainsi une des principales manières de remédier à ce manque.

2. LES PRATIQUES OBSTETRIQUES ACTUELLES

2.1. Le plan « périnatalité » 2005-2007

Le plan de périnatalité 2005-2007 a été rendu public le 10 novembre 2004. Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent [15]. Ses principales dispositions visent à réduire la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000 et la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1 000 (objectifs fixés par la loi relative à la politique de Santé Publique) Annexe II. Ce plan de périnatalité marque un tournant significatif au sein de la médecine périnatale. « Il vise à réintroduire de manière rigoureuse la dimension affective dans les pratiques de la naissance afin, d'abord de diminuer les effets négatifs générés transitoirement par le développement technique et le cloisonnement des divers services concernés par l'évènement « naissance » et ensuite, d'organiser le suivi nécessaire des situations à risque psycho-affectif, en s'appuyant sur la prise en charge médicale» [16].

2.2. Les différents niveaux de maternité

Depuis le décret N° 98-899 du 09/10/1998, les maternités sont classées en 3 niveaux. Il ne s'agit en aucun cas d'un classement en fonction de la qualité des soins ni de la sécurité, mais ces différents niveaux classent les maternités en fonction de leur technicité, et de leurs moyens de prise en charge du bébé. Ce classement est valable pour toutes les maternités, que ce soit les cliniques ou les hôpitaux.

-**Maternité de niveau I** : Equipée pour les accouchements physiologiques et sans service de prématurés, accueillant les nouveaux-nés bien portant à terme.

-**Maternité de niveau II a** : Equipée pour les accouchements prématurés modérés, avec un service de néonatalogie.

-Maternité de niveau II b : Equipée pour les accouchements prématurés plus sévères, avec en plus d'une néonatalogie, un service de soins intensifs.

-Maternité de niveau III : Equipée pour des accouchements prématurés majeurs, à haut risque de complications, constituée d'une néonatalogie, d'un service de soins intensifs et d'une réanimation néonatale.

Il peut être intéressant de préciser que les maternités de niveau I sont devenues rares car devant des chiffres de mortalité maternelle et infantile de la France (assez mauvais dans l'ensemble), les pouvoirs publics ont pensé améliorer ces résultats en fermant les petites maternités de proximité qui faisaient peu d'accouchement sous prétexte qu'en rencontrant peu de pathologie il devenait ensuite difficile de la diagnostiquer. Ainsi il n'est pas rare de trouver une patiente présentant une grossesse physiologique, qui est suivie et accouche dans une maternité de niveau II b (niveau auquel on s'intéressera dans l'étude) car il n'existe pas une réelle orientation de ces patientes en amont.

2.3. Les éléments de surveillance en salle de naissance

L'admission des parturientes en salle d'accouchement ainsi que la surveillance du travail sont effectuées par la sage-femme de garde. Elle travaille en collaboration avec l'obstétricien pour la prise en charge des pathologies obstétricales.

Il faut noter que toutes les techniques de surveillance et les mesures préventives qui sont utilisées en salle de naissance s'accompagnent d'une relative immobilisation de la parturiente.

Il faut également savoir qu'en France « un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance et certaines complications (certaines rares mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir. Cette considération justifie que la naissance ait lieu dans un endroit où l'on dispose 24 H sur 24 d'un bloc opératoire (de préférence au même étage que la salle de naissance). De la même manière il faut que les accouchements se passent à un endroit où l'on trouve en permanence une sage-femme, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre » [17].

2.3.1. Le cardiocotographe ou monitoring



[A]

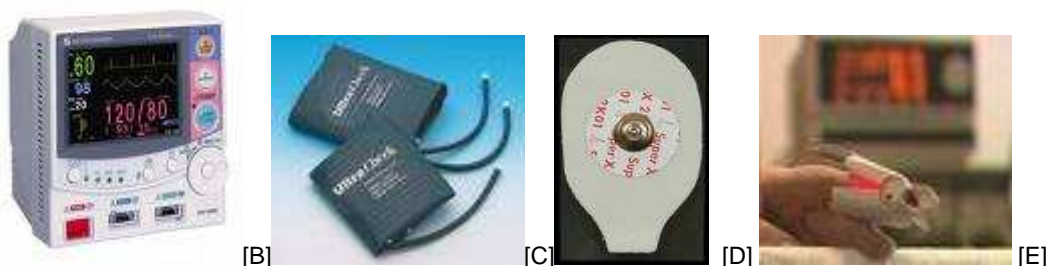
Le cardiocotographe est un appareil d'usage courant dans les salles de naissances. Il enregistre simultanément le **rythme cardiaque fœtal** et **l'activité utérine** dont la courbe sert de référence pour analyser les variations du rythme [18].

La surveillance cardio-tocographique (monitoring) du travail de façon continue s'est généralisée et systématisée pour tout travail, dès l'arrivée en salle de naissance.

Ainsi, le dépistage des souffrances fœtales et la qualité de la prise en charge sont supposés être améliorés par la modification des conduites à tenir qu'il suscite.

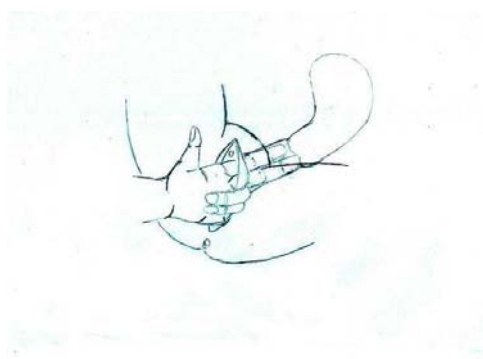
L'essor de cette technique de surveillance a remplacé la surveillance intermittente du rythme cardiaque fœtal au stéthoscope de Pinard depuis les années 1980. A savoir qu'une fois le monitoring installé, il n'est plus possible pour la parturiente de déambuler et sa liberté de mouvements est réduite. Afin de déterminer si le monitoring continu systématique est nécessaire une méta-analyse a été publiée en 1995 regroupant 12 essais randomisés [19]. Il en ressort aucun effet mesurable sur la mortalité et la morbidité fœtale (exception : la réduction du taux de convulsion néonatale). Dans le même temps, il existe une augmentation du taux de césarienne et d'extraction instrumentale. « Le monitoring fœtal s'est largement répandu en pratique clinique avant même d'avoir démontré son efficacité ou sa sécurité. Les bénéfices annoncés sont donc beaucoup plus modestes que ce que l'on pensait » [20]. Mais, ces critiques sont à nuancer, face aux réalités cliniques. En effet, en raison du contexte médico-légal évoqué précédemment, cette technique objective a l'avantage de laisser une trace écrite du déroulement du travail, alors que l'auscultation intermittente reste aléatoire et subjective.

2.3.2. Brassard à tension, scope, saturation en oxygène



Cette surveillance est essentiellement liée à l'application de l'analgésie péridurale. Toutefois, il peut être utilisé de manière irrégulière si la patiente ne bénéficie pas de l'analgésie. La tension artérielle maternelle est systématiquement surveillée en général à une fréquence de 5 à 10 minutes afin de repérer une éventuelle hypotension ou hypertension. L'activité cardiaque de la femme est généralement surveillée par l'intermédiaire de 3 électrodes localisées sur le thorax et reliées à un appareil de monitoring pour déceler bradycardie ou tachycardie. Un saturomètre peut être disposé à une extrémité d'un de ses membres afin d'évaluer la saturation de l'hémoglobine en oxygène. Une feuille de surveillance anesthésique et le partogramme reprennent ces différentes valeurs.

2.3.3. Le toucher vaginal



[F]

Le toucher vaginal se pratique avec deux doigts, l'index et le médium, recouvert d'un doigtier stérile. Il est associé à la palpation abdominale et permet l'examen du col de l'utérus [21].

Durant la période du travail, le toucher vaginal s'effectue en moyenne toutes les heures afin d'évaluer l'effacement du col, la progression de la dilatation, la consistance de ce col, ainsi que l'orientation de la présentation et son degré d'engagement. Ces éléments sont retranscrits ensuite sur le partogramme. Le toucher vaginal est donc nécessaire pour une prise en charge optimale du travail, car l'évolution de la dilatation

du col permet d'estimer l'efficacité des contractions utérines et l'évolution de ce travail. Ainsi, un manque de progression de la dilatation va par exemple entraîner la décision d'une prescription d'ocytociques ou la réalisation d'une césarienne. Il est donc important que l'estimation de la dilatation soit aussi précise et reproductible que possible.

Il est important de noter le principal effet délétère du toucher vaginal : l'infection. Les touchers vaginaux répétés au cours du travail (nombre supérieur à 6) sont associés à un risque accru d'infections néonatales précoces à streptocoque du groupe B [22]. Il faut donc limiter ce geste et veiller à respecter les conditions d'asepsie (lavage simple des mains).

2.4. Les mesures préventives en salle de naissance

2.4.1. La perfusion



[G]



[H]

La pose d'une voie veineuse périphérique pendant le travail avait pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité maternelle d'origine hémorragique car « 25 % de la mortalité maternelle est imputable aux hémorragies de la délivrance hémorragie pendant l'accouchement » [9]. Or, selon Chantal Birman « la voie d'abord systématique ne joue aucun rôle dans la chute de la mortalité maternelle, qui stagne dans notre pays désespérément » [23].

A présent on continue de poser des perfusions à toutes les parturientes et on le justifie par la nécessité d'un remplissage vasculaire avant la pose d'une analgésie péridurale. Toutefois, on peut remarquer dans nos pratiques que même si la patiente ne souhaite pas de l'analgésie, elle bénéficiera quand même d'une voie veineuse.

On peut également en cas de dystocie dynamique, aborder la « direction du travail » lors d'un travail spontané après rupture des membranes, qui consiste en une

administration d'ocytocique. Cette pratique tend à se généraliser. Une méta-analyse qui étudie la direction du travail [24] confirme la réduction de la durée du travail mais on n'observe pas de réduction du taux global de césarienne, ni de modification du taux d'extraction instrumentale. De plus la douleur est augmentée dans le groupe de direction du travail et les femmes de ce groupe ont une moindre satisfaction du vécu de l'accouchement.

2.4.2. Le jeûne du per-partum



[I]

Dans la plupart des maternités, les parturientes ne doivent ni manger, ni boire pendant le travail.

Un des constats étant que ces interdictions gênent les femmes, car si elles ont rarement faim, elles ont souvent soif [20]. La raison avancée, pour justifier cette règle, est anesthésique, car il faut éviter le risque de régurgitation bronchique (syndrome de Mendelson) [25]. Or, il faut préciser que le risque est essentiellement lié à une anesthésie générale. Ainsi la conduite préventive instaurée par Mendelson en 1946, qui est d'interdire aux femmes en travail de boire et de s'alimenter, ne semble pas toujours appropriée aujourd'hui car depuis les années 50 la péridurale a provoqué une diminution du taux des anesthésies générales « passant de 2.6 % en 1998 à 1,7 % en 2003 » [26]. D'autre part le syndrome de régurgitation bronchique s'observe aussi chez des patientes laissées à jeun (ayant un contenu gastrique plus acide) donc la prévention ne représenterait pas un argument suffisant pour imposer le jeûne hydrique. Plusieurs études ont été réalisées afin de savoir si l'on peut changer ces pratiques : un élément non négligeable en plus d'apaiser la soif est « la diminution de l'anxiété ou de la fatigue suite à une prise de boisson. »[27]. Toutefois, en France un tel changement des pratiques n'est pas chose facile pour le personnel soignant qui reste prudent.

2.4.3. Le sondage vésical



[J]

Le sondage urinaire évacuateur utilisé en salle de naissance, consiste en l'introduction d'une sonde dans la vessie en passant par le méat urétral. Ce geste est réalisé afin d'évacuer le volume vésical en cas de rétention urinaire (la miction étant rendue impossible en raison de l'analgésie). Il ne nécessite aucun effort de la patiente.

Il est important de noter que comme pour le toucher vaginal, le sondage vésical nécessite une asepsie rigoureuse de l'opérateur et l'utilisation de matériel stérile car il s'agit d'un geste invasif à haut risque d'infection nosocomiale.

2.5. La prise en charge actuelle de la douleur

La douleur engendrée par le travail et l'accouchement engage la femme dans sa globalité. Elle est marquée par l'environnement social, culturel, affectif et sa signification n'est pas si simple. Une analyse historique montre qu'une prise en charge a toujours existé. Mais il faut reconnaître qu'actuellement la tendance générale, marquée par l'extension si rapide de la péridurale, est à la médicalisation des approches de la douleur. Ainsi la préparation à la naissance qui a sa place à part entière dans la prise en charge de la douleur en obstétrique reste néanmoins une méthode bien limitée dans le soulagement de celle-ci. Il faut quand même souligner le rôle primordial d'accompagnement inhérent à l'activité de sage-femme auprès des patientes. En effet, d'après une étude réalisée par une sage-femme [28], « la présence de la sage-femme est un élément essentiel à prendre en compte dans le soulagement de la douleur car 82 % des patientes (population de 255 personnes) disent que cette présence leur a permis de mieux supporter la douleur. »

2.5.1. L'analgésie péridurale

Actuellement en France, 70% des accouchements s'accompagnent d'une analgésie pendant le travail [29]. La technique se doit d'être efficace et d'entraîner le minimum d'effets indésirables que se soit sur la mère, sur le fœtus ou sur la mécanique obstétricale. De toutes les méthodes proposées, l'analgésie péridurale lombaire est la plus répandue (96%) et la satisfaction maternelle est de l'ordre de 90%.

Il semble toutefois nécessaire de rappeler que le fait de bénéficier d'une analgésie péridurale entraîne une prise en charge médicale plus accrue. On remarque ainsi que lorsque l'on entreprend de médicaliser un aspect de la naissance (prise en charge de la douleur), une foule de mesures sont alors nécessaires (perfusion, brassard à tension, scope, etc.) et on aboutit rapidement à une médicalisation « totale » de l'accouchement. Par ailleurs, son utilisation a d'autres conséquences, car elle impose une certaine immobilité. Sachant que le décubitus dorsal peut être iatrogène, les autres postures pouvant être adoptées se résume au décubitus latéral et à la position assise. Pourtant il existe un intérêt certain à la mobilisation et à l'utilisation de postures verticales pour faciliter la dilatation et l'engagement.

L'analgésie péridurale déambulatoire [30]: rarement pratiquée, ce type d'analgésie est plus compliqué à mettre en place pour des raisons de coût et d'organisation du service. Faiblement dosée, elle permet la déambulation des parturientes (sachant que la position debout facilite la descente fœtale). Les contractions utérines et le rythme cardiaque fœtal peuvent alors être enregistrés grâce à un capteur télémétrique (sans fil) posé sur le ventre. Cependant, d'après quelques études réalisées, l'analgésie déambulatoire n'a pas montré de réel bénéfice obstétrical, et il semble difficile de faire acheter du matériel télémétrique à une structure hospitalière pour mettre en pratique cette technique dont le bénéfice/ risque semble peu favorable. De plus, cette technique semble difficilement applicable dans des maternités de niveau II et III pour des raisons de disponibilité médicale (car nécessite la présence d'un tiers au cours de la déambulation). Ainsi, étant condamnée à être une technique mise en place ponctuellement et donc avec des équipes peu entraînées, son avenir semble restreint.

2.5.2. Pour faire face à la douleur sans analgésie

La sage-femme doit mettre à la disposition de la parturiente tous les outils disponibles pour qu'elle puisse bien vivre son accouchement. Ainsi, plusieurs méthodes ou approches peuvent être utilisées même si elles sont parfois qualifiées de « petits moyens » elles présentent souvent un intérêt qu'il ne faut pas négliger. C'est en partie ce qu'on va apprendre aux mères en séance de préparation à la naissance.

La respiration :

Il s'agit d'une respiration abdominale lente et profonde. Partant du principe que toute émotion a un impact sur la respiration, et inversement c'est aussi la fonction du corps qui a le plus de pouvoir sur les émotions. Il ne s'agit pas forcément de prendre de grandes inspirations, car c'est l'expiration qui va aider la femme à vider ses tensions, c'est donc surtout cette expiration qui doit être lente et profonde [31]. Elle ne demande pas un entraînement extraordinaire, mais plutôt une bonne compréhension. Quand on rejette du gaz carbonique, c'est en même temps le moment où l'oxygène se fixe aux cellules musculaires, c'est donc pour cela qu'il faut allonger l'expiration. [32]. En effet si la femme se met en apnée, elle prive le muscle d'oxygène et augmente ainsi l'intensité de sa douleur.

Les postures :

Un bébé qui n'est pas poussé dans la bonne direction par les contractions peut entraîner une douleur excessive. L'élément principal étant la « bascule du bassin » afin que la tête du bébé puisse s'accommoder au mieux dans l'excavation. Il faut que la femme bascule son bassin en arrière, remontant le pubis vers le haut afin d'ouvrir les diamètres et surtout d'atténuer la bosse formée par le sacrum et la dernière vertèbre lombaire (liée à une cambrure excessive). Pour se faire il est important de garder un angle plus petit que 90° entre la cuisse et le dos [31]. Il faut proposer à la patiente de bouger régulièrement même si elle doit vivre son travail avec un surcroît de contraintes médicales (monitoring, perfusion...) car c'est ce qui fera avancer plus rapidement le bébé. Et si elles ne bénéficient pas d'analgésie, il faut proposer aux femmes de marcher car ainsi elles souffrent moins. A savoir que si elles restent sur place elles sont plus concentrées sur la douleur. De cette manière Mme B. De Gasquet (Médecin, professeur de yoga, spécialisée dans l'accompagnement de la naissance) a mis en place des formations auprès des professionnels concernant les différentes positions à proposer aux mères

durant le travail et l'accouchement (méthode APOR Bernadette De Gasquet : Approche POsturo-Respiratoire)

Les massages :

Ils sont simples et assez efficaces. Il faut dans un premier temps trouver une position qui dégage le dos (sur le côté, accroupie...) et repérer les fossettes sacro-iliaques. Puis la personne qui masse va appuyer très fortement avec la paume de ses mains dans un mouvement circulaire comme pour écraser toute la zone douloureuse. C'est un élément de détente supplémentaire, surtout si la femme doit rester allongée [32].

D'autres méthodes d'accompagnement existent mais elles ne sont pas toujours pratiquées. Pour en citer :

L'acupuncture : C'est une branche de la médecine chinoise traditionnelle qui consiste à piquer avec des aiguilles en des points précis de la surface du corps afin de provoquer un effet analgésiant ou d'améliorer des situations problématiques.

L'homéopathie : C'est une méthode thérapeutique non agressive, non invasive et dépourvue de toute toxicité. Elle consiste à prescrire sous une forme fortement diluée et dynamisée, une substance capable de produire des troubles semblables à ceux que présente la patiente.

La réflexothérapie : Elle consiste en l'injection d'eau distillée ou de produits analgésiques locaux au niveau des zones douloureuses.

L'aromathérapie, la sophrologie ...

3. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA NAISSANCE

3.1. La relation sage-femme / parturientes

Accompagner c'est : « se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui » (Le Petit Robert).

L'accouchement est un moment où la femme risque le plus d'être anxieuse, du fait de l'importance de l'évènement dans sa vie, des difficultés de tout ordre qu'elle peut rencontrer à cette occasion, aussi bien que de son interrogation, toujours plus ou moins inquiète, sur ce que va être l'enfant dont la naissance est imminente. C'est aussi le moment où le corps médical risque d'être le plus pesant, où sa surveillance est la plus étroite et sa technologie la plus envahissante, rassurante mais parfois aussi inquiétante [33]. Nous devenons de plus en plus des techniciens, et l'activité de la sage-femme en salle de travail est de plus en plus accaparée par les « soins » à prodiguer aux machines et par la marée montante des « paperasses » à remplir. Il peut en résulter une moindre disponibilité et une certaine froideur technique. Il faut donc être très vigilant pour ne pas perdre cette fonction relationnelle qui fait partie du métier de sage-femme.

Le terme « accompagnement qualifié » est emprunté par plusieurs auteurs américains. Ce concept a été formulé à l'origine pour décrire la relation entre une infirmière et un patient. Pour ce faire une image est utilisée : celle d'un voyage durant lequel deux personnes se rencontrent fortuitement et se lient d'amitié, puis se séparent une fois arrivées à destination. Ainsi les quatre caractéristiques de la relation apparaissent [34]:

- l'accompagnement implique une présence physique et requiert de la sensibilité.
- l'accompagnement signifie aider l'autre à poursuivre son voyage en lui insufflant courage et espoir.
- l'accompagnement signifie avant tout « se tenir aux côtés du patient » et, dans une moindre mesure, « faire quelque chose pour lui ». Cette approche implique un sens de l'engagement personnel, même auprès de patients désagréables et difficiles.
- L'accompagnement implique un engagement limité dans le temps, sur la durée du voyage, étant entendu que les deux compagnons ont leur propre vie à mener.

En obstétrique, il s'agit d'accompagner la Maternité et la Naissance. C'est un travail qui commence pendant la grossesse (préparation à la naissance), se poursuit au cours de l'accouchement et du post-partum. Le terme de « prise en charge » est discutable dans le sens où il implique une certaine dépendance vis-à-vis du corps médical et une certaine passivité. Or la sage-femme se doit de soutenir et de guider la mère en l'amenant à puiser dans ses propres ressources et en préservant son autonomie.

3.2. L'émergence des Doulas

Les « doulas » nées aux Etats-Unis, où elles seraient environ 2400, disent représenter une nouvelle voie dans l'accompagnement de la naissance. Ces femmes, qui ont accouché et allaité au moins un enfant, exercent en libéral, facturant leur prestation 500 à 600 euros non pris en charge par la Sécurité sociale [35].

Le collège des sages-femmes et le collège des gynécologues obstétriciens se sont vivement élevés contre l'émergence des doulas dans le domaine de la naissance. Quant au Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, il s'est positionné officiellement avec les associations d'usagers contre l'exercice de ces « accompagnantes » à la naissance et est intervenu à plusieurs reprises auprès des services du ministère de la santé pour appeler leur attention sur les risques et les dérives de telles pratiques [36].

En juin 2008, le professeur Henrion de l'Académie de Médecine a rendu un rapport suite à l'audition de deux membres du conseil national. Considérant que « les sages-femmes, formées tant au plan médical que psychologique à l'écoute des couples, sont idéalement les « accompagnantes » de la maternité physiologique qui requiert une expérience médicale acquise au cours d'un enseignement de qualité ». Ainsi, il « met en garde contre toute reconnaissance officielle de la formation, que ce soit des « accompagnantes de la naissance » ou des « doulas ». De plus, il « souhaite que soient renforcés les effectifs de sages-femmes dans les structures hospitalières publiques ou privées et de sages-femmes libérales, pour leur donner plus de disponibilité et leur permettre de mieux accompagner les femmes au cours de la grossesse, du travail et dans les suites de couches » [37].

Partie 2 : Etude auprès de 60 accouchées

1. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

1.1. Problématique

La médicalisation de l'accouchement dans les maternités de type II b en Moselle correspond-elle aux attentes des parturientes ?

1.2. Objectif

Nous amener à réfléchir sur les pratiques actuelles. Essayer dans la mesure du possible, de mieux répondre aux attentes des parturientes, afin d'améliorer leur vécu de l'accouchement.

1.3. Hypothèses

1. La technicité (gestes, locaux et matériel), engendre de l'angoisse auprès de la parturiente.
2. L'hypermédicalisation de l'accouchement peut interférer de façon négative dans les échanges relationnels entre la sage-femme et la parturiente
3. Les informations préalables délivrées aux parturientes, sur leur prise en charge en salle de naissance, ont un effet rassurant.
4. La parturiente recherche le maximum de sécurité pour son accouchement, mais cette médicalisation n'est pas le résultat de sa demande.

1.4. Méthodologie

1.4.1. Population

L'étude portait sur 60 accouchées. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Les accouchées au **2^{ème} jour du post partum** (pour éviter les petits problèmes d'allaitement maternel)
- **Sans pathologie** (aucun élément nécessitant une prise en charge particulière à l'accouchement)
- **Travail spontané** (pour éviter les déclenchements qui engendrent une médicalisation accrue)
- Accouchements par **voie basse à terme** uniquement (entre 37 et 41 SA)

Ces critères étaient préalablement recherchés dans le dossier obstétrical de la patiente avant chaque entretien.

1.4.2. Entretiens avec questionnaire

J'ai choisi cette méthode afin d'entrer directement en contact avec les femmes et de pouvoir préciser le sens de certaines questions ou sigles. Les entretiens avaient lieu dans la chambre de la patiente.

1.4.3. Contraintes et limites

Cibler la population : j'avais dans un premier temps décidé d'interroger uniquement des primipares pensant que les multipares allaient comparer leurs accouchements. Mais j'ai finalement élargi ma population et j'ai trouvé intéressant d'avoir des vécus de femmes qui ont déjà eu une première expérience de l'accouchement.

Le facteur temps : il était difficile de trouver une plage horaire pendant laquelle les patientes étaient disponibles. Dans l'ensemble, je disposais principalement du matin après l'examen de la sage femme et du tout début d'après midi avant les visites de la famille. Parfois j'ai dû renoncer à

m'entretenir avec certaines patientes (car étant toujours accompagnées), mais dans l'ensemble aucune n'a refusé de répondre à mon étude.

J'ai également été limitée dans le temps par le fait d'avoir transformé de nombreuses fois mes hypothèses et mon questionnaire et de ce fait j'ai commencé tardivement mon enquête; et je n'ai donc pu interroger que 60 patientes.

L'élaboration des hypothèses et du questionnaire: J'ai dû simplifier au maximum mes hypothèses, sans quoi je n'aurais jamais pu les infirmer ou les confirmer. Et il a fallu que je réduise un bon nombre de questions afin de ne pas paraître redondante et aller à l'essentiel. En effet, je me suis rendue compte en testant ce questionnaire, que quand il est trop long, les femmes finissent vite par répondre au plus court et sans se justifier.

- ✓ **DUREE** : 2 mois (décembre et janvier)
- ✓ **SITES**: Hôpital Maternité de Metz, Hôpital Bel Air

Les résultats de l'étude sont à considérer avec mesure, compte tenu du nombre limité de questionnaire. Une enquête similaire auprès d'un nombre plus conséquent de femmes, serait sans doute plus informative sur les besoins de la population.

Les résultats seront présentés en suivant les thèmes abordés lors des entretiens. Le nombre de patientes étant inférieur à 100, je n'ai pas pu transposer les résultats en pourcentage, nous parlerons donc en « nombre de cas ».

2. RESULTATS DE L'ETUDE

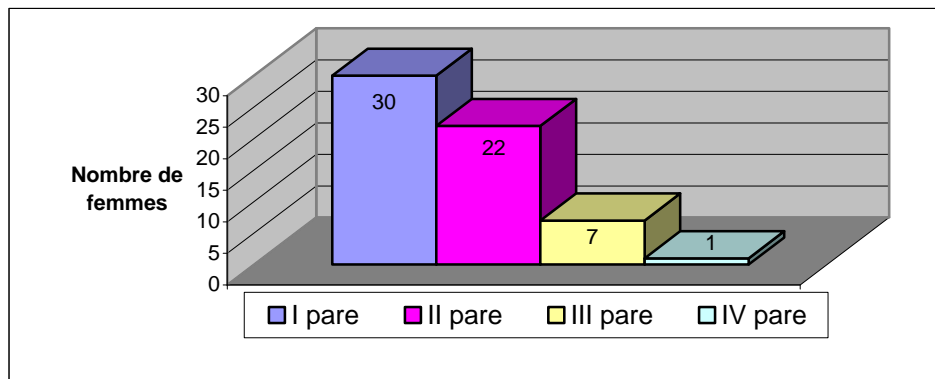
2.1. La population

2.1.1. Age

L'âge moyen de la population est de 27,96

Les patientes ont entre 19 et 41 ans

2.1.2. Parité



2.1.3. Origine

La grande majorité des patientes interrogées est d'**origine française** : 50 femmes

Une partie des patientes est d'**origine maghrébine** : 10 femmes

(4 marocaines, 3 tunisiennes et 3 algériennes)

2.1.4. Situation matrimoniale

- 3 femmes vivent **seules**
- 25 femmes vivent en **concubinage**
- 5 femmes sont **pacsées**
- 27 femmes sont **mariées**

2.1.5. Profession

- 2 femmes se trouvent dans la catégorie « **cadre supérieur, profession libérale** »
- 4 femmes se trouvent dans la catégorie « **cadre moyen** »
- 41 femmes se trouvent dans la catégorie « **employée** »
- 13 femmes sont « **sans profession** »

2.1.6. Conduite addictive

On retrouve **23 fumeuses** dont la plupart disent avoir réduit leur consommation et 5 affirment avoir arrêté complètement pendant la grossesse.

2.2. L'accouchement

2.2.1. Le degré de médicalisation dans la surveillance de l'accouchement

★ PENDANT LE TRAVAIL

- Matériel utilisé :

	<u>Nombre de femmes</u>	<u>Informations</u>
Perfusion	58 (dont 1 <u>après</u> un accouchement rapide et physiologique)	Raison de l'absence de perfusion : - un accouchement trop rapide - une absence de péridurale Ocytociques : 47 femmes sur 58
Monitoring	58 (en continu)	Raisons de l'absence : - 2 accouchements rapides
Brassard à tension	58 (très grande majorité en continu)	Raisons de l'absence : - 2 accouchements rapides (mais brassard après l'accouchement)
Scope	55 (en continu)	
Saturation en O2	23	Souvent de façon intermittente et si en continu alors mis au pied
Tocographe interne	0	
ECG direct	0	

- Actes réalisés :

	<u>Nombre de femmes</u>	<u>Informations</u>
Amniotomie	43	
Sondage évacuateur	44	23 une seule fois 20 deux fois 1 trois fois
Toucher vaginal	59 (en moyenne toute les heures)	Une seule patiente arrivée avec la tête à la vulve n'a pas eu d'examen Le nombre d'examens allant jusqu'à 8
PH au scalp	0	

- Anesthésie péridurale :

Elle est posée en moyenne à **3-4 cm**, et la femme la plus avancée dans le travail qui en a bénéficié était à 7 cm.

	<u>Choix de 1^{ère} intention</u>	<u>N'avait pas envisagé cela</u>
50 femmes avec Analgésie	Pour 45 des femmes	Pour 5 des femmes , motifs: « Douleur insupportable et pas de progression du bébé » « La sage-femme a dit que ça pouvait durer encore longtemps » « je ne supportais plus la douleur » (2 fois) « On m'a conseillée de la prendre, et j'avais tellement mal, j'ai accepté et j'étais contente »
10 femmes sans analgésie	Pour 6 femmes	Pour 4 femmes, motifs : -3 n'ont pas eu le temps car accouchements imminents -1 car l'anesthésiste n'a pas réussi la pose (4 tentatives)

➤ **Satisfaction :**

- **42 femmes** sur 50 étaient « entièrement satisfaites »

- **4 femmes** sur 50 étaient « moyennement satisfaites » :

« Je sentais plus du côté droit »

« Je n'ai rien senti de l'accouchement, c'est un peu décevant »

« Elle était un peu trop dosée sur la fin, j'avais du mal à pousser » (réinjection)

« J'ai tout ressenti sur la fin, ça ne faisait plus d'effet »

- **4 femmes** sur 50 n'étaient « pas satisfaites »

« Je n'avais pas de sensation au moment de pousser, j'étais frustrée »
« J'avais très mal au niveau du sacrum » Déception par rapport à ce qu'on lui avait dit
« Je ne sentais plus rien du tout, j'ai eu des nausées des vertiges » les professionnels ont dû faire une surveillance rapprochée et ont arrêté l'analgésie « après j'ai tout ressenti »
« Elle n'a pas eu le temps de faire effet car j'étais très vite à dilatation complète »

➤ **Analgésie et médicalisation :**

- **26 femmes** savaient que l'analgésie engendrerait une surveillance médicale plus accrue.

- **34 femmes** ne s'en doutaient pas.

Si elles devaient accoucher de nouveau :

- **53 femmes** souhaiteraient une analgésie (parmi elles les 4 femmes n'ayant pas pu l'avoir et qui la désiraient, et une femme qui voudrait essayer avec)

- **7 femmes** ne souhaiteraient pas l'analgésie (parmi elles 5 des femmes qui avaient tenu leur choix d'accoucher sans, et 2 femmes qui l'ont eu et voudraient essayer sans)

- Le jeûne hydrique :

55 femmes n'ont pas pu boire pendant le travail.

↳ Parmi elles :

- 23 disent que cela les a gêné (chaud, efforts, sensation de soif désagréable).
- 32 disent que cela n'était pas gênant (justifiant souvent qu'elles avaient un brumisateur pour apaiser la soif).

- Le personnel :

- Une femme n'a vu qu'une seule personne (la sage-femme).

- Les 59 autres femmes ont vu plusieurs personnes (anesthésiste, infirmière anesthésiste, sage-femme, gynécologue obstétricien, élève sage-femme, aide soignante)

Satisfaction :

Ce nombre de personnes rencontrées a :

convenu « entièrement » à 55 femmes.

convenu « partiellement » à 5 femmes car :

- Trop de personnes différentes lié au changement de garde : « J'aurais préféré être suivie par une seule sage-femme »
- « Moins on voit de personne et mieux c'est »
- « J'ai vu l'équipe de jour et l'équipe de nuit, cela fait beaucoup de personnes »
- « Ils étaient nombreux mais il y avait beaucoup de travail ce jour là »
- une femme ne s'est pas justifiée.

C'est la sage-femme qui suit le travail de façon générale :

- seule dans 26 cas
- avec un(e) élève dans 33 cas
- avec un médecin ou interne dans 1 cas

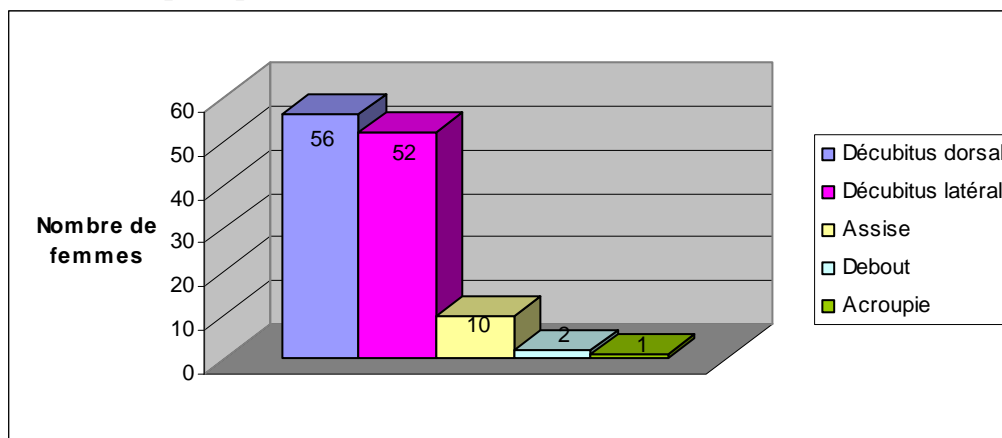
- La mobilité :

- 33 femmes se sont senties libres dans leurs mouvements.

- 27 femmes ne se sentaient pas libres dans leurs mouvements :

- . « On ne peut pas se lever avec la péridurale donc il est difficile de dire que l'on peut bouger comme on veut »
- . « Ce n'est pas possible de s'accrocher »
- . L'analgésie empêche la liberté de mouvement (5 fois)
- . « C'est moyen, on est légèrement attachée »
- . « J'étais obligée de rester allongée au lit car je ne sentais plus mes jambes, et parce que j'avais beaucoup de systèmes qui m'attachaient »
- . « A cause de la douleur on ne sait pas comment se mettre »
- . « Je faisais ce qu'on me disait »
- . L'analgésie « endort les jambes » ou « jambes lourdes » donc rester allongée (5 fois)
- . « On est harnachée »
- . « Rester allongée ce n'est pas de la liberté de mouvement »
- . « C'est contraignant de rester allongée mais je n'avais pas envie de bouger »
- . « On est attachée par tous ces fils » (2 fois) , « Perfusion empotée »
- . « Avec la perfusion et le monitoring il est difficile de bouger »
- . « On est restreint dans nos mouvements »
- . « Trop de branchements »

➤ **Positions adoptées pendant le travail:**



- 9 femmes étaient entièrement libres dans leurs choix

- Les 51 autres femmes étaient conseillées :

- « Parfois » dans 18 cas

- « Toujours » dans 33 cas

↳ Parmi ces 51 femmes, on en retrouve 6 qui se sentaient « contraintes » de garder la position (parce que les positions proposées étaient perçues comme les meilleures pour le bébé).

- Durée du travail :

Les durées de travail fluctuent entre 15 minutes à 10 heures avec une apogée de patientes qui ont accouché au bout de 5 heures

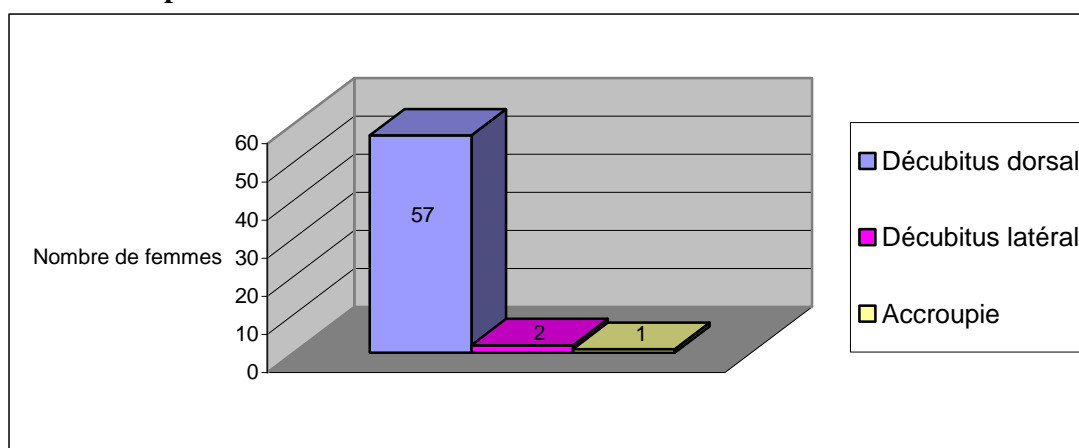
★ DURANT L'ACCOUCHEMENT

- Position d'accouchement:

➤ **Souhait avant l'accouchement :**

- 30 n'avaient aucune idée
- 22 désiraient accoucher en position gynécologique
- 6 auraient aimé accoucher en décubitus latéral
- 1 désirait accoucher assise
- 1 aurait voulu rester en position accroupie

➤ **Positions adoptées à l'accouchement:**



➤ **Explications aux 8 femmes qui n'ont pas pu accoucher dans la position souhaitée**

Position souhaitée	Position adoptée	Explication
Décubitus latéral	Gynécologique	« La sage-femme a dit que je poussais très bien sur le dos alors on n'a pas essayé sur le côté »
Décubitus latéral	Gynécologique	« J'ai entendu que les efforts expulsifs étaient inefficaces sur le côté »
Décubitus latéral	Gynécologique	« Je poussais mieux en position gynécologique selon la sage-femme » (2 fois)
Décubitus latéral	Gynécologique	« C'était personnel, je me sentais mieux sur le dos » « Mais la sage-femme était prête à faire l'accouchement sur le côté »
Gynécologique	Décubitus latéral	« La sage-femme me l'a proposé, j'étais très satisfaite »
Accroupie	Gynécologique	Pas d'explication : « c'était sûrement la manière de fonctionner de l'établissement »
Assise	Gynécologique	Pas d'explication : « Certainement par manque de temps »

- Actes réalisés :

- 14 **Episiotomies**
- 57 **Délivrances dirigées** (souvent la femme n'est pas au courant mais élément retrouvé dans le dossier)
- 10 **Expressions abdominales** pour l'expulsion (sachant que suite à la délivrance elles en ont toutes bénéficiées.)

Ce sont les sages-femmes qui ont dans 58 cas réalisé les accouchements (accompagnées ou non d'un(e) étudiant(e)).

Deux accouchements ont été réalisés par le médecin dont un avec ventouse.

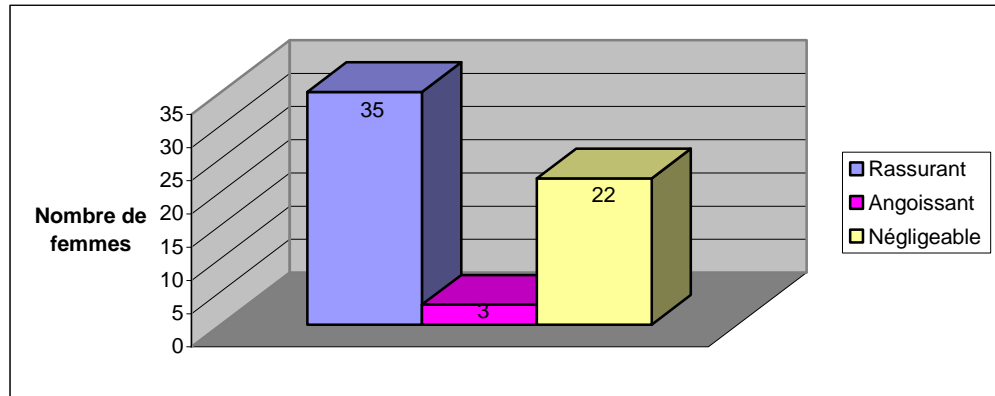
2.2.2. L'environnement matériel de la salle de naissance

➤ **La 1^{ère} impression :**

- 42 femmes imaginaient la salle de naissance ainsi
 - ↳ Parmi elles les femmes ayant déjà accouché et celle l'ayant visité avant
- 18 femmes imaginaient la salle de naissance différemment :

En positif	En négatif
« Moins impressionnant que ce que je pensais » « C'était plus grand que ce que je pensais » (4 fois) « Elle ressemble à une chambre c'est bien » ↳ 1 ^{er} accouchement sur chaise gynécologique « je m'attendais à quelque chose de plus médical et plus froid » « Je pensais que c'était moins agréable, plus froid » « Faisait moins hôpital, moins table d'opération » « Je pensais que la salle de naissance était plus impressionnante et finalement elle était assez chaleureuse » « J'étais surprise agréablement par la table d'accouchement car j'ai accouché 2 fois sur des chaises gynécologiques en alsace » « Plus confortable que pour le 1 ^{er} accouchement » « Accueillant, ne fait pas table d'opération » « Je n'ai pas vu les étriers, je ne savais pas que la table était ainsi transformable , c'est bien »	« La salle est froide et pas chaleureuse » « La table n'est pas confortable, c'est froid et trop lumineux » « Salle vétuste, petite pièce sans fenêtre » « Salle froide comme une salle opératoire » (2 fois) « Je n'ai pas vu de matériel pour le bébé »

➤ **Perception du matériel technologique utilisé:**



- « Angloissant » car branchée de partout, sonneries...
- « Négligeable » justifié par :
 - « Je l'ai oublié »
 - « Je n'ai pas pensé à cela »
 - « On ne fait pas attention quand on a mal »
 - « Le matériel c'est le dernier de mes soucis face à la douleur »

5 femmes ont été surprises par l'utilisation d'appareil(s) :

- « On ne s'imagine pas autant de surveillance »
- « La tige pour rompre la poche des eaux, c'est impressionnant »
- « La rupture de la poche des eaux, je ne m'attendais pas à cela »
- « Les nombreux branchements »
- « La ventouse, ça fait peur »

2.2.3. Avis et vécu concernant les gestes et techniques utilisés

➤ La **surveillance médicale** mise en place pour l'accouchement :

- correspondait aux attentes de **56 femmes**

- « Tout est mis en place pour la meilleure surveillance »
- « On est plus suivie que ce que je pensais »

- ne correspondait pas aux attentes de **4 femmes**

- « J'aurais souhaité savoir l'évolution du travail mais la sage-femme ne m'expliquait pas beaucoup »
- « La sage-femme m'a demandé de pousser alors qu'elle n'était pas présente, j'avais peur d'accoucher seule, c'était angoissant »
- « Je ne m'imaginai pas autant de surveillance »
- « J'ai eu un manque d'explication »

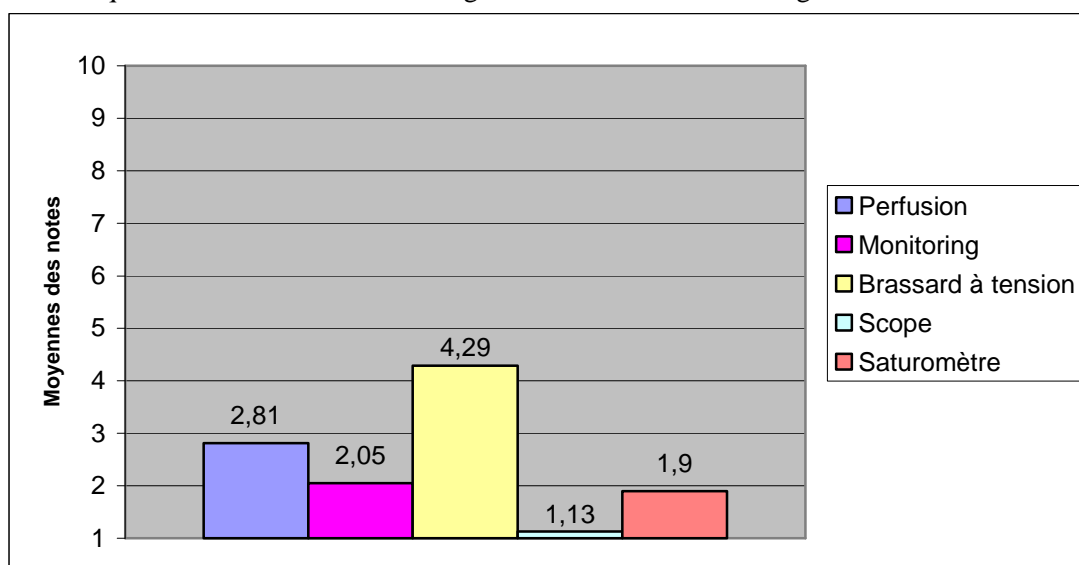
27 femmes n'ont été aucunement gênées par les éléments matériels.

33 femmes évoquent une gêne concernant :

- **Le brassard à tension** : « serre trop fort » « empêche de bouger » « fait mal » « engourdit les doigts » « prises trop rapprochées »...
- **La perfusion** : « pas libre de bouger » « peur de l'arracher » « avoir un corps étranger dans le bras c'est difficile psychologiquement »
- **Le monitoring** : « trop serré » « pas agréable avec les contractions »
- **Le saturomètre** : « ne tient pas »

➤ **Notation des éléments utilisés :**

Sachant que les notes vont de 1= « Pas gênant » à 10= « Extrêmement gênant »



➤ **Opinion générale sur l'accouchement à l'hôpital :**

- **53 femmes** se disent « entièrement satisfaites »

- **7 femmes** se disent « moyennement satisfaites » et se justifient ainsi :

- « Il y a un manque de temps certain du personnel et pas d'explication »
- « A cause de la souffrance physique »
- « Car l'analgésie péridurale n'étaient pas efficace »
- « Une durée de travail qui a semblée longue »
- « Une surveillance trop importante »
- « On n'est jamais entièrement satisfaite. Il y a eu des progrès depuis mon 1^{er} accouchement sur les positions et la prise en charge mais il faut peut être moins médicaliser...j'ai entendu parler des maisons de naissances et ça a l'air bien ».

2.2.4. Qualité de l'accompagnement / Vécu

➤ La présence des sages-femmes :

- **5 femmes** ont bénéficié d'une présence « permanente » (accouchements rapides)

- **55 femmes** qualifient cette présence comme « intermittente » précisant :

régulièrement 46 patientes

lorsqu'on l'appelle 10 patientes

pour l'examen 5 patientes

↳ Ces différents degrés de présence :

- Ont convenu à **57 femmes** (dont 3 femmes qui précisent que l'élève était en permanence dans la salle)

- N'ont pas convenu à **3 femmes** car :

« J'aurais eu besoin d'une présence permanente »

« Un manque de présence »

« Indisponibilité de la sage-femme : il faut toujours l'appeler »

➤ Satisfaction concernant l'accompagnement :

- **53 femmes** sont « entièrement satisfaites » de l'accompagnement proposé par la sage-femme lors du travail et de l'accouchement

- **7 femmes** se disent « partiellement satisfaites » de l'accompagnement car :

- Deux sages-femmes différentes à cause du changement de garde

- Une sage-femme pas très bavarde qui ne donne pas beaucoup d'information

- Une prise en charge difficile au début

- « J'aurais aimé avoir une sage-femme tout le temps auprès de moi, mais je suis consciente du travail »

- Manque de présence car beaucoup d'activité cette nuit là

- « Ce n'est pas normal de toujours devoir appeler »

- Relation : « la sage-femme a manqué un peu de tact parfois »

➤ Les attentes des parturientes en matière d'accompagnement :

- Les explications (14 fois)

- L'écoute et la gentillesse (7 fois)

- La présence (4 fois)

- Etre rassurée (3 fois)

- La disponibilité (2 fois)

- Pouvoir accoucher sur le côté (2 fois)

- « Qu'on m'accompagne » « Qu'on me soutienne » « Qu'on me parle » « Etre à mes côtés »

- « Essayer de me soulager au mieux » « m'encourager »

- L'amabilité

- Parler doucement (femme étrangère)

- « Dire la vérité » « Ne rien cacher »

- La présence du père

- « Etre attentionné »

- « Ne pas m'obliger à prendre la péridurale » « Ne pas louper la péridurale »

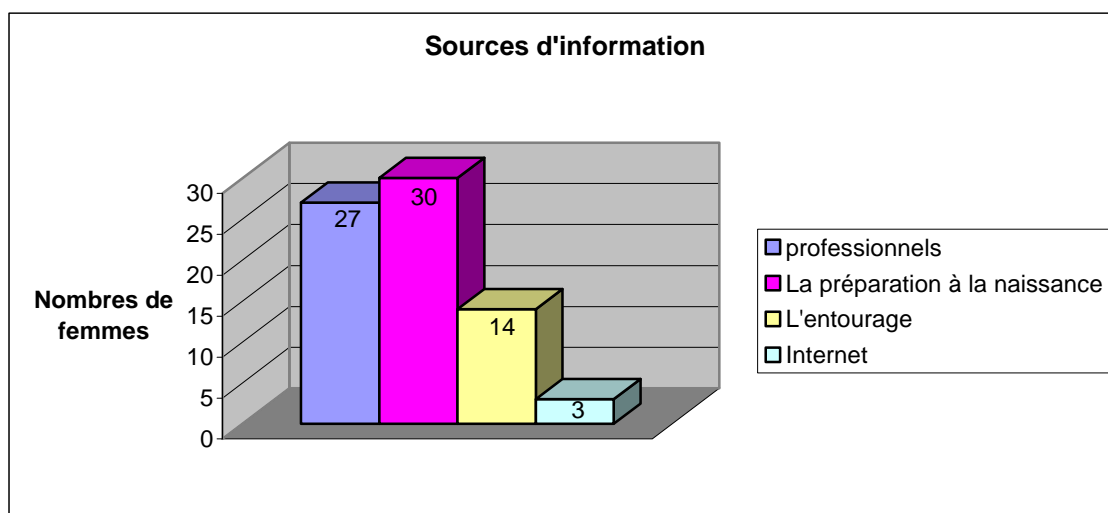
2.2.5. Connaissances préalables sur la prise en charge médicale en salle d'accouchement

➤ Le choix de l'hôpital s'est fait par rapport à :

- La proximité du domicile pour 33 femmes
- Les conseils / Réputation /connaissance personnelle pour 24 femmes
- Au suivi qui est fait par un gynécologue de l'hôpital pour 20 femmes
- Au bon vécu lors du 1^{er} accouchement dans l'hôpital pour 18 femmes
- A la sécurité pour 3 femmes
- Afin de bénéficier d'une analgésie facilement pour 2 femmes
- Autre : Transfert de maternité
Tour pédiatrique
Déménagement
Mauvaise expérience dans un autre hôpital

➤ Information préalable :

- **38 femmes** se sont informées sur la prise en charge dont elles allaient bénéficier lors de l'accouchement, et cela par différentes méthodes :



- **22 femmes** ne se sont pas du tout renseignées sur le déroulement de l'accouchement à l'hôpital. Les raisons étant les suivantes :

- **5 primipares :**

- « Je savais comment ça se passait » (infirmière)
- « Je n'avais pas le temps » (2 fois)
- « J'étais isolée : pas de permis, pas de bus »
- « Je ne sais pas pourquoi »

- **17 multipares :**

- « Ca ne sert à rien, c'est une perte de temps et je ne vois pas l'utilité »
- « Je ne me suis pas posé de question, on voit le moment venu »
 - ↳ ces 2 femmes n'ayant jamais fait de préparation à la naissance
- « C'est naturel, je ne me suis pas posé de question »
- « J'ai déjà fait de la préparation pour le 1^{er} accouchement » (15 fois)
- « Je ne suis pas angoissée, je prends les choses comme elles viennent »
- « Ça ne m'intéresse pas »
- « Je suis assez confiante »

➤ **Le projet de naissance :**

- **5 femmes** avaient élaboré un projet de naissance pour l'accouchement
 - 1 par écrit
 - 4 par oral

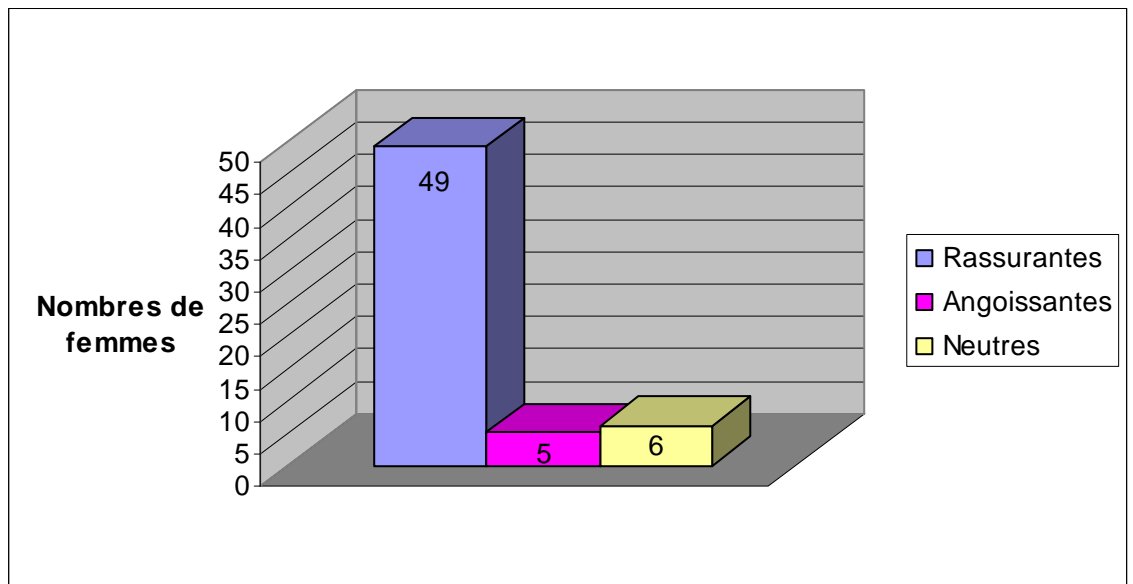
↳ Toutes sont parvenues à le réaliser entièrement ou en partie. Il s'agissait :
« Accoucher en décubitus latéral et ne pas avoir d'épisiotomie »
« Le peau à peau, l'allaitement précoce, le mari qui coupe le cordon »
« Sentir le passage du bébé »
« Ne pas m'obliger à prendre la péridurale et accoucher sur le côté »
« Attraper le bébé quand il sort, peau à peau et allaitement »

➤ **Le sentiment d'avoir été assez informé :**

- **56 femmes** pensent que les informations qui leur ont été données pendant la grossesse ou l'accouchement sont suffisantes

- **4 femmes** (dont 3 n'ayant pas fait de préparation) ne se sont pas senties assez informées : « Un manque d'explication à l'accouchement »
« Pas de liste de matériel donnée par les professionnels »
« J'ai accouché par voie basse mais on m'avait parlé de césarienne pour siège pendant la grossesse sans m'expliquer »
Une femme ne s'est pas justifiée

➤ **Répercussion des informations données :**



2.2.6. Avis sur la sécurité de l'accouchement à l'hôpital

- La **sécurité de la naissance** apparaît comme une « priorité » pour toutes les femmes.

- **Les critères qui évoquent la sécurité** : 2 axes principaux ressortent
 - ✓ Sur le plan humain : « Les professionnels »
 - **Par leur présence** = En nombre suffisant, à proximité, disponible, et ne pas être seule, pouvoir dialoguer.
 - **Par leurs services** = Etre bien encadrée ou suivie, être rassurée, bénéficier de soins, avoir des explications, être prise en charge en cas d'urgence (hémorragie, problème respiratoire du nouveau né), s'occuper de la mère et de l'enfant , avec des professionnels en néonatalogie à proximité.
 - **Par leur compétence** = L'expérience des professionnels, des personnes qui « maîtrisent » leur profession, qui sont « qualifiées », à qui l'on peut accorder notre confiance, et qui prennent en charge rapidement de façon « adaptée ».

 - ✓ Sur le plan matériel :
 - **Par l'équipement** = Du matériel adapté, le monitoring, un établissement bien équipé, les « appareils »
 - **Par l'environnement** = Clos, « porte fermée », le côté médical et l'hygiène, l'hôpital ça rassure.

- **Selon 7 critères donnés**

On retrouve de l'élément le plus sécurisant à l'élément qui n'évoque pas du tout la sécurité : - La proximité d'une unité de néonatalogie et d'un bloc opératoire.

 - La disponibilité de la sage-femme qui la suit.
 - La disponibilité du médecin qui la suit.
 - La prise en compte de leurs attentes par le personnel soignant.
 - L'abondance du matériel technologique utilisé.

- La grandeur de la structure.

➤ **L'hôpital semble :**

- « Entièrement » sécuritaire pour **52 femmes**
- « Moyennement » sécuritaire pour **8 femmes** :
 - « Il y a beaucoup d'activité et ce n'est pas toujours très sécurisant parce qu'il n'y a pas plus de professionnel quand l'activité augmente : Le professionnel est-il toujours aussi efficace ? »
 - « Il y a un nombre important de patientes par rapport au personnel »
 - « Personne n'est à l'abri d'une faute professionnelle, on entend tellement de chose...mais j'ai quand même confiance, tout s'est bien passé »
 - « Rien n'est parfait »
 - «A cause de la vétusté des locaux »
 - « Le médecin n'est pas toujours disponible »
 - « Un grand hôpital n'est pas plus rassurant qu'une petite structure »
 - « On est jamais à l'abri d'une erreur médicale ».

2.2.7. Ouverture :

➤ **Cette médicalisation de la naissance :**

- Fait partie des attentes de 57 femmes
 - ✓ Certaines nuancent leurs propos :
 - « Mais un minimum »
 - « Quand on ne connaît que ça »
 - « C'est quand même angoissant tout ce matériel »
 - « Mais il faut plus d'explications »
 - « Mais ça ne doit pas se voir de trop car il faut garder une part pour le relationnel »
 - ✓ Certaines se justifient :
 - « Je préfère être avec des spécialistes »
 - « C'est important pour moi de sentir que tout est sous contrôle »
 - « Oui, d'ailleurs j'avais très peur d'accoucher chez moi ou dans la voiture »
 - « Ca sécurise »
 - « Je ne souhaitais pas accoucher en maternité de niveau I »
 - ↳ Cette patiente précise qu'elle aurait voulu accoucher dans un niveau III car cela représente pour elle plus de sécurité
- Ne Fait pas partie des attentes de 3 femmes
 - « Je suis pour l'accouchement physiologique, car le côté humain est plus rassurant pour moi »
 - « Je n'ai pas le choix car il n'y a pas de maison de naissance et je ne prendrais quand même pas le risque d'accoucher à la maison »

« J'aimerais que ce soit plus physiologique, c'est mieux mais à l'exception de certains cas » (femme ayant un antécédent d'IVMG)

➤ **Remarques ou attentes pour un futur accouchement :**

Positif	Négatif
<p>« Je reviendrais » « C'était très bien » « J'étais très contente » « Que ça se passe de la même manière » « Très bonne disponibilité et mise en confiance » « La position sur le côté c'est très bien » « Hôpital très bien, personnel à l'écoute et qui renseigne » « Malgré le travail le personnel fait son maximum et ça se ressent »</p>	<p>« Une salle d'accouchement plus conviviale » « Etre prise en charge plus rapidement » « Accélérer l'accouchement » « Des lieux où l'accouchement pourrait se faire plus naturellement et moins médicalisé » « Avoir une sage-femme du début à la fin et la même, ne serais ce que pour l'intimité » « Moins de matériel environnant mais autant de personnel » « Plus de présence, d'écoute, et d'explications » « Une sage-femme de plus car elle avait l'air débordée la pauvre » « Il ne faut pas faire du travail à la chaîne, il faut que la personne reste sensible » « Poser la péridurale plus tôt » (6 cm)</p>

*Partie 3 : Discussion : Autour de la
médicalisation de la naissance*

1. UNE TECHNICITE ACCRUE POUR L'ACCOUCHEMENT D'UNE GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE

1.1. Quand un geste technique en appelle un autre

Comme on peut le constater fréquemment dans une garde, et décrit volontairement ici de façon un peu caricaturale (on retrouvera entre parenthèses les résultats de l'étude).

Une femme dont la grossesse fut entièrement physiologique se présente en salle de naissance. Après un début de travail spontané par des contractions utérines douloureuses et rapprochées efficaces sur le col (dilatation du col = 3 cm en moyenne) la sage-femme propose l'analgésie péridurale à la patiente. Même si ce n'était pas forcément pour certaines leur projet de départ pour l'accouchement (5 femmes sur 50), la proposition arrive dans un contexte où le moindre argument peut la faire changer d'avis. Dans les exemples déjà entendus on retrouve : l'anesthésiste qui est présent mais qui ne sera peut être pas libre dans une heure ; on ne pose pas la péridurale à dilatation complète donc après ce sera trop tard ; c'est la seule manière de vous soulager... En plus à ce moment de la journée l'accompagnement de la parturiente ne peut pas être personnalisé, même avec la meilleure volonté du monde, car ce jour là, la sage-femme a sous sa responsabilité 2 ou 3 femmes en travail en même temps. Ainsi la parturiente accepte et dans la majorité des cas en est satisfaite (42 femmes sur 50). Elle se retrouve alors liée par de multiples câbles et tubulures mais ne se plaint plus de la douleur. En passant, cette femme n'était pas forcément au courant que d'avoir une analgésie péridurale engendrerait plus de médicalisation (34 femmes sur 60 ne le savaient pas).

A peine l'analgésie posée et la femme soulagée, il vient à l'esprit de la sage-femme d'accélérer le travail afin d'éviter deux accouchements simultanés. L'amniotomie va donc rapidement être pratiquée (43 sur 60). Le fœtus devrait ainsi descendre plus vite dans le bassin et appuyer d'avantage sur le col de l'utérus. Il est vrai que c'est ce qui se produit dans la majorité des cas, mais parfois lorsque le geste est pratiqué trop tôt le col résiste. Afin d'accélérer encore un peu les choses, car on sait qu'après l'analgésie même bien dosée, la diminution de la dynamique utérine est

pratiquement constante, on va renforcer les contractions par des ocytociques (47 femmes sur 58 ayant eu une perfusion).

Suite à l'analgésie qui entraîne une vasodilatation des gros vaisseaux maternels, il y a nécessité d'apports hydriques suffisant « par perfusion », car on le rappelle il n'est pas possible pour la parturiente de boire (55 femmes sur 60 n'ont rien bu). Cet apport liquidien qui va augmenter de façon physiologique la filtration rénale va imposer un sondage vésical (44 femmes sur 60), au mieux juste avant l'accouchement, pour vider la vessie qui fait obstacle à la descente du mobile fœtal. Car sous analgésie la parturiente perd aussi la perception de la réplétion vésicale. Pour la plupart des femmes, il s'agit du premier sondage vésicale de leur vie, il est pourtant banalisé. Même si il est le plus souvent anodin, il peut entraîner parfois des infections urinaires car, faute de temps, l'asepsie peut être mal respectée.

Au bout d'un certain temps, la parturiente commence à ressentir de nouveau les contractions, mais à l'examen l'expulsion ne semble pas imminente alors on décide de rappeler l'anesthésiste qui va alors réinjecter un bolus analgésiant par l'intermédiaire du cathéter. Le soulagement est immédiat et pour preuve la patiente ne ressent plus rien du tout (4 cas sur 50). Du fait d'un dosage analgésique probablement inadéquate avec la durée restante du travail, on se retrouve au moment de l'accouchement avec des efforts expulsifs inefficaces. Parfois une expression abdominale sera tentée (10 sur 60) même si cela va à l'encontre des recommandations de la Haute autorité de santé. Ce temps d'expulsion qui s'allonge nous amène à une altération du rythme cardiaque fœtal, et la solution la plus rapide reste alors l'extraction instrumentale associée ou non à une épisiotomie (14 femmes sur 60 dont seulement 2 dans un contexte d'urgence). De plus, on prendra soin d'injecter un bolus d'ocytociques au moment du dégagement de l'épaule antérieure du fœtus afin de prévenir une éventuelle hémorragie de la délivrance (57 femmes sur 60).

C'est un tableau bien médicalisé de l'accouchement je l'avoue, et heureusement cela ne se passe pas toujours comme ça, mais il s'agit d'un concentré d'évènements rencontrés et ce genre d'histoire est encore trop présent à nos esprits. Nous sommes actuellement dans une sorte d'engrenage qui fait qu'un geste technique en appelle un autre mais qui au terme de ma formation de sage-femme me conduit à une réflexion sur les pratiques médicales de ma discipline. Un problème apparaît, nous sommes

confrontés à une « course contre le temps », et en réponse à la gestion d'un flux de patientes parfois trop important, on en vient à standardiser les accouchements en oubliant les particularités individuelles de chacune. Dans un autre contexte, avec des changements posturaux de la parturiente, une ambiance sans stress, un accompagnement personnalisé et une attente raisonnable, n'aurait on pas pu permettre un autre type de naissance ?

1.2. Et la physiologie...

La « physiologie » de la naissance existe t'elle dans notre pays ? Pour rappeler un peu sa définition, elle vient du terme grec « Phusis » qui signifie nature dans le sens de la « nature de l'être vivant », c'est-à-dire l'ensemble des caractères et propriétés qui définissent un être. Un accouchement « physiologique » est donc naturel, il appartient à la « nature de l'être » qui n'a pas été modifié ou altéré par l'homme [38]. Je pense que nous avons encore parfois tendance à le confondre avec l'accouchement « eutocique » qui lui est « normal », c'est-à-dire dépourvu de tout caractère exceptionnel, conforme au type le plus fréquent. Ainsi un accouchement sur le dos, accéléré artificiellement, avec une péridurale, peut être qualifié d'eutocique. Hors, accompagner la naissance dans la physiologie, c'est respecter l'accouchement de cette mère, dans la spécificité qui est la sienne. Il faut garder à l'esprit que la sage-femme acquière ses compétences en physiologie sur le terrain grâce à sa proximité humaine avec les femmes et je pense que cette technique qui nous « envahie » en obstétrique nous fait quelque part perdre notre bon sens clinique. En tant qu'étudiante de ma génération, je n'ai jamais connu la naissance autrement que très médicalisée. La solution de facilité serait pour moi de croire en tout ce qui existe dans les services comme ce qui peut être fait de mieux. Après tout pourquoi changerais t-on nos habitudes ? Avec une formation dont la pathologie reste la principale matière de fin d'étude, comment peut on ne pas être contaminés par l'idée que l'obstétrique peut devenir pathologique à n'importe qu'elle moment ? Ainsi il devient plus facile de rentrer dans une sorte de politique de « faire » dans le préventif pour éviter de devoir le faire dans l'urgence au moment ou cela est réellement nécessaire, plutôt que de « laisser faire » en restant vigilant et attentif.

Pourtant, le fait de suivre des parturientes en bonne santé, nous amène à repérer cliniquement ce qui s'en écarte. Et même si mes propos peuvent choquer, je crois qu'on

ne devrait pas avoir peur de surveiller un accouchement sans voie d'abord et sans touchers vaginaux répétitifs, avec une surveillance monitoring en discontinu pour que la patiente puisse déambuler dans le cas où elle ne souhaite pas d'analgésie. A savoir qu'en cas de complications on est dans une structure équipée et que si l'équipe est efficace et compétente elle pourra faire face à temps à une situation difficile. D'où l'importance de prendre le temps nécessaire avec chacune afin qu'elles nous révèlent leurs fragilités, leurs craintes, afin que l'on puisse les accompagner au plus près de leurs attentes et de leurs besoins, et que l'on arrive à déceler les situations à risques. Mais cela suppose de ne pas envisager le pire avant même de vivre l'expérience, et de ne pas douter de ses compétences car j'imagine que la peur peut dénaturer nos observations. Dans notre étude une seule sage-femme a eu si je puis dire le « courage » de ne pas perfuser une patiente car celle-ci ne souhaitait pas d'analgésie (alors que 6 femmes avaient fait ce même choix). Bien sûr la surveillance monitoring en continu et les touchers vaginaux toutes les heures ont été effectués; mais ce premier pas qui était de moins médicaliser l'accouchement n'est pas donné à tout le monde puisqu'une autre sage-femme a elle posé une voie d'abord après un accouchement eutocique sans complication ni risque prévisible, dans la seule peur je pense de l'hémorragie du post-partum. Alors est il possible pour les sages-femmes de se détacher de ces pratiques protocolaires ? Une position critique n'est pas nécessairement meilleure ou plus vraie, mais une chose est sûre, l'accouchement physiologique n'existe guère aujourd'hui.

1.3. Quand l'environnement matériel et les gestes rassurent

On se rend compte que la première hypothèse qui était de dire que « la technicité engendre de l'angoisse auprès de la parturiente » s'est avérée invalidée. En effet, les contraintes multiples posées sur le corps de la mère à la naissance sont tellement habituelles, routinières, qu'elles sont devenues invisibles pour la majeure partie des femmes occidentales. Ainsi quand on leur pose la question, on se rend compte que le matériel technologique n'a « angoissé » que 3 femmes et qu'il était dans la plupart des cas un élément « rassurant » (35 femmes) voire « négligeable » (22 femmes) car face à la douleur elles ne se préoccupaient pas de cela. De même l'environnement correspondait souvent à l'idée qu'elles se faisaient du lieu de naissance, et quand ce

n'était pas le cas, il se trouve qu'elles étaient plutôt surprises dans le bon sens : « plus confortable, moins impressionnant, accueillant... » (seules quelques femmes ont trouvé la salle « froide, vétuste, pas chaleureuse »). Donc cette technicité n'est plus considérée comme une contrainte mais simplement comme une surveillance standard et indispensable, (voir « la » meilleure manière de surveiller l'accouchement), celle que l'on ne peut pas refuser sous peine de se retrouver étiquetée « irresponsable ». Pour nous qui faisons partie de l'équipe médicale, nous pouvons voir cela d'un autre œil car ces contraintes que l'on impose aux parturientes font parties de notre quotidien. Ce sont des actions que l'on réalise de façon protocolaire et artificielle. C'est également sans doute une façon de nous protéger en pensant proposer des conditions optimales de sécurité.

Toutefois, il semble bon de rappeler que concernant la mobilité durant le travail presque la moitié des femmes (27) ne se sentaient pas libre de bouger comme elles le désiraient, car « contraintes de rester allongées, d'être réduites dans leurs mouvements du fait d'éléments qui les attachent...et de la péridurale qui les empêche de marcher ». Un élément m'a interpellé, j'ai l'impression que les femmes ne cessent de prendre pour « parole d'évangile » le discours médical. J'ai été étonné quand j'ai vu que 6 femmes se sont senties « contraintes » de garder une position, et donc de ne plus pouvoir bouger (à savoir qu'on leur a dit que la position était la meilleure pour le bébé) à croire que si elles bougeaient elles risquaient d'être une mauvaise mère car ne voulant pas le meilleur pour l'enfant.

On peut donc dire que la « prise en charge » actuelle a tendance à rassurer les mères même si elle doit être contraignante. Alors faut-il aller contre ce système ? Pourquoi ces femmes acceptent-elles finalement d'être « infantilisées » et « manipulées » au moment si important, où elles accèdent au statut de mère ? Est-ce de cette manière qu'on va les rendre responsables et autonomes avec leurs enfants ?

2. LA PLACE DES ECHANGES RELATIONNELS DANS L'HYPERMEDICALISATION

2.1. Un tableau plutôt flatteur

Si on reprend la deuxième hypothèse qui est de dire que « L'hyper-médicalisation de l'accouchement peut interférer de façon négative dans les échanges relationnels entre la sage-femme et la parturiente », on se rend compte qu'elle n'est pas réellement validée. En effet, 53 femmes sont « entièrement » satisfaites de l'accompagnement qui leur a été proposé par la sage-femme et cela dans un contexte de médicalisation comme on a pu le voir précédemment. Les sages-femmes ont su être à l'écoute, donner des explications, elles ont rassuré les mères par leur présence et leur disponibilité. Ainsi elles ont réussi à répondre en majeure partie aux attentes des parturientes. C'est rassurant de voir que la technologie n'a pas effacé complètement le côté humain de la profession.

Toutefois, on ressent quand même dans le discours des mères, ce manque de temps certain quand la sage-femme suit plusieurs patientes simultanément : « Elle était débordée la pauvre » « Il y avait beaucoup d'activité cette nuit là » « Je devais toujours l'appeler ». Ainsi en fonction de la charge de travail de la journée, l'accompagnement va pouvoir plus ou moins bien être personnalisé. Je trouve dommage que les parturientes ne puissent pas bénéficier toutes à l'identique du meilleur accompagnement qu'il soit. A quand le concept qui est de dire à « une femme, une sage-femme » ? (à l'image de ce qui se passe en Suisse ou en Allemagne dans les maisons de naissances par exemple).

Un autre problème qui apparaît est celui du changement de garde qui peut parfois déstabiliser certaines patientes. En effet, une confiance s'est installée et il faut alors passer la main... Une autre sage-femme, une autre élève... À savoir que chaque professionnel est différent et va plus ou moins bien satisfaire la parturiente. On retrouve par exemple certaines critiques « la sage-femme a manqué un peu de tact » « Elle n'était pas très bavarde » (chose qui aurait pu plaire à une autre patiente plus réservée).

Ainsi il est difficile de satisfaire toutes les femmes, et on se rend compte que ce ne sont pas les femmes qui ont accouché le plus facilement qui sont toujours le plus satisfaites.

2.2. Une variabilité interpersonnelle

Le problème pour la sage-femme (si l'on peut dire cela ainsi) est qu'elle va devoir accompagner les femmes en fonction des besoins et des nécessités de chacune, qui peuvent être des plus variables selon les cas et les individus.

Certaines femmes arrivent plus ou moins anxieuses, et le contact à l'arrivée est très important pour elles. D'ailleurs on se rend compte d'une patiente qui se plaint d'une « prise en charge difficile au début ». Je pense qu'il faut garder à l'esprit qu'un accueil chaleureux est souvent beaucoup plus efficace que l'administration d'un tranquillisant. Et pour preuve, les attentes des femmes sont principalement « les explications », « l'écoute », « la gentillesse », « l'amabilité » et c'est cet accueil qui va conditionner le reste de l'accompagnement.

En cours de travail certaines préfèrent rester seules avec leur mari ou leur compagnon. C'est alors à nous de savoir rester à distance et de ne pas encombrer d'une présence non souhaitable un couple qui s'adapte mieux tout seul à la situation. On a pu ainsi remarquer que la majorité des femmes avait bénéficié d'une présence « intermittente » et que ce degré de présence leur a convenu. De plus, quand on demande aux parturientes qu'elles étaient leurs attentes concernant l'accompagnement, l'une précise « la présence du père ». Il faut donc apprendre à s'effacer parfois.

D'autre au contraire, ont besoin d'une assistance étroite, et se sentent « perdues » dès qu'on s'éloigne. Il faut alors chercher à se rendre plus disponible, mais sans pour autant répondre à cette demande par un maternage excessif et infantilisant. Ainsi, j'ai pu entendre « ce n'est pas normal de toujours devoir appeler » ou « j'aurais eu besoin d'une présence permanente ». A savoir que l'activité débordante des grandes maternités ne permet pas toujours un accompagnement optimal, d'ailleurs une femme précise dans ses attentes qu'il faudrait « une sage-femme de plus ».

D'autres encore sont agressives, je pense que c'est ainsi une manière pour elles d'exprimer leur inquiétude ou leur angoisse. Il faut chercher à rétablir une confiance, ce qui n'est pas toujours évident.

Ainsi j'aurais plutôt tendance à préconiser aux grandes maternités de ne pas (compte tenu de la charge de travail de plus en plus lourde) uniformiser les pratiques mais au contraire de les diversifier car toutes les femmes sont différentes.

3. L'IMPORTANCE DES INFORMATIONS DELIVREES AUX FEMMES ENCEINTES

3.1. Un effet rassurant

La troisième hypothèse qui était de dire que « les informations préalables délivrées aux patientes sur leur prise en charge en salle de naissance ont un effet rassurant » a été en grande partie validée.

On se rend compte que d'une certaine façon toutes les femmes ont bénéficié d'informations que se soit durant leur grossesse (38 femmes) ou lors d'une précédente grossesse (15 femmes). Et pour celles qui ne s'étaient pas préparées, elles ont pu bénéficier d'informations durant le travail (7 femmes). Donc parmi ces 60 patientes, 49 ont trouvé les informations délivrées « rassurantes ».

De plus 56 femmes qualifient ces informations comme « suffisantes ». J'en viens à me poser une question : Ces informations sont elles suffisantes en quantité ou en qualité ? Je trouve quand même étonnant qu'un peu plus de la moitié des femmes ne savent pas que de bénéficier d'une analgésie péridurale, nous amène à devoir surveiller de façon plus accrue la femme ainsi que le fœtus. D'un autre côté, n'avons-nous pas tendance à médicaliser à l'identique dans le cas contraire (sans analgésie) ? Alors quel message faire passer ? Ainsi une quantité d'informations est délivrée, « rassurantes » certes, mais peut être pas toujours les bonnes. Il faut également prendre en considération que les femmes intègrent ce qu'elles veulent bien entendre et que le moment auquel est donné l'information va probablement jouer un rôle, (ainsi on ne va pas parler de la surveillance médicale de l'accouchement à une patiente enceinte de 2 mois de grossesse).

3.2. Des propositions pas toujours exploitées

Il y a exactement 7 femmes qui ne se sont jamais renseignées sur le déroulement de l'accouchement (dont 2 ayant déjà eu un enfant). Certaines pensent que « ça ne sert à rien », « c'est une perte de temps ». Pourtant même si elles ne veulent rien savoir de plus sur l'accouchement, je pense qu'il peut être intéressant pour elles de participer à

ces préparations, tout simplement pour qu'elles puissent exprimer leurs sensations, leurs angoisses, leurs peurs. De plus, il existe tellement de préparations différentes aujourd'hui qu'il est difficile de ne pas trouver quelque chose qui convient à chacune. Mais une chose est sûre, il n'est pas question d'obliger qui que ce soit à y participer.

Concernant le projet de naissance, (qui est apparu en France depuis une dizaine d'années) il permet au couple de choisir les modalités de leur accouchement, mais il ne semble pas être connu des femmes. La majorité des patientes étaient surprises quand je leur posais la question. Pourtant il reste un outil qui rend en partie son autonomie à la future mère. Toutefois je trouve encore souvent qu'on prépare les femmes à s'adapter à l'organisation du service plutôt que de les aider à concrétiser réellement leur projet de naissance. Le choix de la femme se limite la plupart du temps à ce qu'on lui offre.

On peut donc dire que malgré les propositions qui existent, et un investissement actuel de certaines sages-femmes pour améliorer la naissance (notamment avec l'ouverture des salles de pré travail) les femmes n'ont pas l'air très demandeuses. Il faudrait déjà qu'elles s'informent, qu'elles s'autonomisent et qu'elles acceptent de prendre leurs responsabilités, afin de pouvoir choisir ce qui leur convient...mais il faut également qu'elles trouvent des personnes qui les accompagnent comme elles le désirent.

4. L'ACCOUCHEMENT A L'HOPITAL : UN CHOIX « SATISFAISANT »

4.1. La sécurité de la naissance pour « priorité »

Les parturientes ont besoin pour accoucher de se sentir en sécurité. Si l'exigence qu'est la sécurité n'est pas toujours formulée, c'est qu'elle est souvent sous-entendue. Il suffit d'ailleurs tout simplement de poser directement la question aux mères pour se rendre compte que cette « sécurité » reste « la » priorité. L'idéologie du risque où « tout peut arriver » est non seulement dominante mais aussi efficace car personne ne peut dire le contraire. Les femmes voient ainsi en la médicalisation, la meilleure réponse à l'incertitude ou à la peur. D'ailleurs la majorité des femmes, en s'en remettant au corps médical pour la naissance de leurs enfants, ne font que partager l'opinion générale qui est que la médecine la plus technique est la plus sécuritaire et garantit la meilleure santé possible. Il est vrai que cette technologie médicale développée au cours des années a réussi à sauver des vies, et nous pouvons nous réjouir de vivre dans un pays où elle est accessible. Toutefois elle n'est pas responsable à elle seule de la sécurité. Dans notre étude on se rend bien compte d'ailleurs que c'est le côté « humain » qui ressort quand on demande aux femmes ce qui leur évoque la sécurité. Cette sensation de sécurité prend d'abord sa source dans la « confiance » que la femme a envers le professionnel. Une des femmes qui aurait souhaité un accouchement plus physiologique m'a dit clairement « le côté humain est plus rassurant pour moi ». Donc la sécurité réelle pourrait passer par un renforcement des effectifs, afin de renverser la tendance actuelle qui est de remplacer la surveillance humaine par des machines.

4.2. Une médicalisation qui semble répondre aux attentes

La médicalisation de la naissance semble être le produit des professionnels autant que des patientes. Cette étude m'a permis de comprendre que les femmes ne sont

jamais entièrement victime du pouvoir médical, ni réellement autonome. Leurs expériences sont vécues de façons très différentes, et leurs besoins et leurs intérêts sont très variables. Ainsi certaines femmes sont indifférentes, peu importe où et comment se passe la naissance pourvu qu'elles et leur bébé soient en bonne santé.

D'autres ont besoin (comme une femme a pu me dire) de « sentir que tout est sous contrôle ». Ces femmes vont être alors très demandeuses de cette médicalisation, certaines même dans l'excès, allant jusqu'à penser qu'une maternité de niveau III est plus sécurisante qu'une de niveau II.

Certaines autres, plutôt d'accord avec le principe de médicaliser, vont nuancer leurs propos en précisant « un minimum » ou « c'est quand même angoissant » et vont finalement s'accommoder à ce qu'on leur propose.

Et enfin, viennent les femmes qui s'opposent à cette médicalisation considérée excessive. Elles parlent alors d'un « accouchement plus physiologique » et veulent tenter de résister en refusant certains actes ou en négociant avec des projets de naissance.

Au final, même si la majorité des femmes de cette étude (57 femmes) prétendent que cette médicalisation fait partie de leurs attentes, les autres femmes qui ne partagent pas cette opinion sont en quelque sorte obligées de s'y résigner, car quelles autres propositions s'offrent à elles ?

4.3. Peut on réellement parler de « choix » ?

Parmi les « adeptes » de l'accouchement médicalisé, certaines le sont manifestement par défaut de choix. En effet une mère m'a dit « Quand on ne connaît que cela ». J'ai également recueilli le discours d'une mère pour qui la médicalisation de la naissance n'était pas une attente et qui m'a dit : « Il y a eu des progrès depuis mon 1^{er} accouchement en ce qui concerne les positions et la prise en charge, mais il faudrait peut être moins médicaliser... Je n'ai pas eu le choix pour accoucher car il n'y a pas de maison de naissance et je ne prendrais quand même pas le risque d'accoucher à la maison ». Il est vrai qu'à l'heure actuelle il n'existe pas de réelles alternatives à la structure hospitalière classique. Bien sûr l'accouchement à domicile existe (même si il reste un sujet tabou), certaines sages-femmes (une trentaine en France) le pratiquent,

mais il faut savoir qu'il n'est pas possible pour toutes les patientes et qu'il existe une sélection rigoureuse des femmes afin de prendre un minimum de risque. Concernant les maisons de naissances (où l'accouchement s'avèrerait moins coûteux pour l'Assurance Maladie), après de nombreuses hésitations la plupart des projets ont été mis au point mort faute de décrets. Les seules structures qui pourraient actuellement voir le jour compte tenu du cahier des charges seraient situées en intra muros. En effet cette « attenance » reste « la » condition pour un transfert rapide vers un plateau technique. Mais quelle proportion de couples serait réellement tentée par des alternatives comme les maisons de naissances ? (à savoir qu'une seule femme en a parlé). Toujours est-il que quand l'offre n'est pas visible, la demande reste cachée. Je n'irais pas jusqu'à dire que ces maisons de naissances sont 'la' solution, mais je pense qu'il faut que les hôpitaux se réhumanisent plutôt que de réserver cet accueil respectueux à la marge. Je tiens à préciser ici qu'il ressort de l'étude que le choix de l'hôpital se fait en grande partie par rapport à la proximité du domicile. Or on a pu constater la fermeture de nombreuses petites maternités depuis les décrets de 1998 sur la périnatalité. Il y a donc eu une restriction de l'offre de soins et une concentration des naissances dans les grandes structures amenant de nombreuses contraintes organisationnelles liées au manque de personnel. Donc, en plus de ne pas avoir le choix, certaines patientes sont contraintes de parcourir des distances toujours plus importantes pour accoucher, ce qui n'évoque pas pour elles la sécurité.

On peut donc dire que le « 1er choix » qui est donné aux femmes reste la structure hospitalière car c'est celui qui semble le plus normal et qui satisfait majoritairement le système. A savoir qu'il n'existe pas de réel autre choix. Ce qui nous manque ce n'est pas l'opposé, mais une médicalisation « appropriée » à chaque situation.

5. FAUT-IL CHERCHER A MOINS MEDICALISER ?

5.1. La péridurale en question

La péridurale est souvent instaurée systématiquement et elle fait partie de ces actes médicaux qui paraissent abusifs. Parfois le souhait de la parturiente n'est pas respecté, voir même on ne lui demande pas son avis (en dehors des indications médicales vraies). De cette façon elle peut suppléer une insuffisance, voire une absence totale de préparation à la naissance. Il est vrai que beaucoup de professionnels prétendent que les parturientes la demandent, mais est-ce que nous proposons réellement d'autres alternatives ? Sachant que quand il y a beaucoup d'activité il est tellement plus agréable de ne pas entendre crier dans tous les sens. En effet la péridurale est présentée dans la presse ou par certains praticiens comme le seul élément analgésique efficace contre la douleur. On signale peu souvent ses inconvénients, même légers, et on insiste surtout sur son innocuité. Je trouve qu'on omet trop souvent de dire aux patientes qu'il n'est pas forcément agréable de rester « clouée » au lit dans la même position pendant des heures avec un cathéter dans le dos et un surcroît de surveillance, alors qu'elles pourraient marcher et être libres dans leurs mouvements (ce qui n'est pas négligeable puisqu'elles se plaignent de ne pas pouvoir bouger comme elles le désirent : 27 cas). Certes, j'ai déjà abordé la formule d'analgésie péridurale qui serait plus déambulatoire, mais, à notre connaissance, elle n'est pas encore très réaliste. Ce qui ressort de l'étude, c'est que même après avoir informé les patientes de ce surplus de médicalisation lié au geste médical, elles restent dans l'objectif d'une péridurale pour un futur accouchement (seules 2 femmes aimeraient essayer sans analgésie). Pourtant on peut comprendre que si la femme a choisi dès le départ d'accoucher sous péridurale, son accouchement devient hypermédicalisé et il peut difficilement en être autrement.

Donc, pour pouvoir diminuer la médicalisation, il faudrait déjà que les femmes acceptent de ne pas avoir recours à la péridurale. Cette dernière devrait seulement être une alternative en cas d'impossibilité de se préparer à la naissance et dans certaines indications médicales vraies.

5.2. Entre savoir, vouloir et pouvoir

Ce que l'on sait c'est qu'il existe une médicalisation accrue des naissances et que l'on manque de sage-femme sur le terrain pour permettre un autre type d'accompagnement. De plus, on sait que les patientes ont des droits et les professionnels des devoirs envers leur profession.

Ainsi d'après le code de déontologie : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas » et il faut pouvoir apporter la preuve de ce consentement et donc ne pas hésiter à multiplier les écrits et les signatures. De plus, « il faut nécessairement fournir à la patiente et/ou son conjoint une information complète et appropriée » car le défaut d'information pèse lourdement sur les contentieux médicaux.

D'après le code de santé public (Art L1111-4) « Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». « Le professionnel se doit de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de son choix. Si la volonté de cette personne de refuser tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ».

Mais demandons nous réellement l'avis de la patiente en salle de naissance ? Car notre pratique très répandue aujourd'hui consiste simplement à dire ce que l'on va faire et non pas à demander si l'on peut faire : « Je vais vous poser une perfusion » « On va faire un enregistrement du rythme cardiaque du bébé ». Mais, quelle réponse doit on donner (hors contexte d'extrême urgence) devant le refus d'une perfusion ou l'utilisation d'un monitoring en continu ?

L'information la plus complète aux femmes leur donne un savoir et leur permet de mieux comprendre la situation et donc de s'exprimer, de choisir ou de contester. Ainsi, on rend à la femme son autonomie, sa liberté de choix et on lui laisse sa responsabilité si toutefois elle le désire car encore une fois chaque femme est différente.

Ce que l'on voudrait c'est se donner les moyens de pouvoir moins médicaliser même en milieu hospitalier, c'est-à-dire de « prendre en charge » les femmes de façon plus adaptée aux différentes situations. Et pour se faire il faudrait augmenter les effectifs de sage-femme pour pouvoir personnaliser chaque accouchement. Car comme le dit

Bernard Seguy [39] (Ancien chef de clinique obstétricale, expert honoraire près de la Cour d'Appel d'Aix et obstétricien Conseil national des compagnies d'assurance) « Il n'est pas tolérable qu'une sage-femme soit 'débordée' et doive s'occuper seule de plusieurs femmes en travail. La direction de l'établissement doit impérativement prévoir un 'plan Orsec' pour mobiliser très rapidement une autre sage-femme de renfort. »

Ce que l'on peut faire ce serait de donner facilement accès aux statistiques des maternités relatives au degré de médicalisation. Ainsi les femmes orienteraient peut être différemment leur choix vers une structure. Cela pourrait inciter les hôpitaux à un usage plus modéré des interventions.

De plus la sage-femme peut accompagner comme elle le désire sa patiente. A savoir que si le vœu de la parturiente est pris en considération, c'est la sage-femme qui prend alors en quelque sorte les risques puisque en cas de problème la patiente reste sous sa responsabilité et les faits lui seront reprochés.

On a pu voir qu'avec une analgésie on peut difficilement moins médicaliser (quoiqu'il est bon de noter que de plus en plus d'anesthésistes laissent boire leur patientes).

Voyons pour les 2 principaux éléments qui attachent la parturiente dans le cas où la patiente ne réclame pas d'analgésie :

- **La perfusion** et le monitoring maternel : dans un protocole (mis à jour le 3 mars 2009) concernant la prévention des hémorragies du post partum, il convient de mettre en place une voie d'abord veineuse de bon calibre (18 ou 16 G) et une surveillance par scope et tensiomètre régulière.
 - ↳ Une alternative serait d'utiliser un cathéter hépariné pour garder une voie d'abord, (qui pourrait être difficile à piquer si la femme fait un collapsus) afin que la patiente ne soit pas encombrée d'une potence et puisse déambuler sans contrainte. A savoir que la tension pourrait être prise occasionnellement sans pour autant devoir laisser le brassard au bras de la patiente.
- **Le monitoring** : selon les recommandations du CNGOF, la surveillance du rythme cardiaque fœtal en discontinu ne peut se concevoir que pour les patientes à bas risque, et elle nécessite la présence d'une sage-femme par parturiente. Ainsi, compte tenu des pratiques obstétricales actuelles et du personnel disponible en salle de naissance, il est recommandé d'utiliser la surveillance continue en phase active du travail.

↳ Une alternative serait d'utiliser la télémétrie qui permet la surveillance continue du rythme cardiaque fœtal pendant le travail en autorisant la déambulation des patientes.

Ainsi il faut apporter aux patientes une information claire et adaptée sur leur droit et il faut le plus possible respecter leur volonté. Cela convient de leur demander leur autorisation avant tout acte médical. Le but étant de proposer une nouvelle offre de soins, adaptée à chacune, sachant que la naissance ne doit pas être contrôlée mais accompagnée.

Conclusion

La médicalisation de l'accouchement des grossesses physiologiques reste très accrue dans notre pays. Je n'aurais rien démontré de particulier à ce niveau. Nous avons pu voir les nombreux actes systématisés dits « protocolisés » qui font partie de nos pratiques. Au nom du risque et face à un manque d'effectif certain, on a tendance à médicaliser toutes les naissances, alors que seules 5 à 10% d'entre elles posent un problème d'ordre médical. Cependant, on ne peut pas négliger la part de médicalisation liée à l'analgésie péridurale dont le pourcentage ne cesse de croître.

Notre étude montre que contrairement aux discours actuels, la majorité des usagers des maternités de niveau II B en Moselle n'attendent pas une naissance moins médicalisée. La principale demande des couples est d'apporter une sécurité maximale pour la naissance de leur enfant. Sécurité qui passe selon eux majoritairement par une approche humaine, avec la présence des professionnels, leur disponibilité et leurs compétences. La sécurité matérielle arrivant au second plan.

De façon générale la médicalisation de la naissance semble correspondre aux attentes des parturientes à différents niveaux. On a pu voir que l'environnement matériel des salles d'accouchements et les gestes médicaux sont en majorité « rassurants ». D'autre part cette médicalisation n'interfère pas négativement dans les échanges entre la sage-femme et la parturiente, puisque ces dernières se disent « entièrement » satisfaites de l'accompagnement prodigué par la sage-femme. Toutefois, il semble difficile de satisfaire tout le monde. De plus, les femmes qui n'exploitent pas forcément toutes les propositions qui leurs sont faites, semblent quand même intégrer les informations délivrées, qu'elles trouvent dans l'ensemble « rassurantes » et « suffisantes ».

La question majeure des années à venir est celle de la possibilité d'offrir à la population un système de soins garantissant la sécurité médicale tout en permettant aux femmes et aux couples de se réapproprier la naissance dont ils ont envie. Une chose est sûre, c'est que du point de vue médical ce sont les patientes qui choisissent, car elles ont des droits et peuvent refuser les actes en toute connaissance de cause. Mais il convient à chaque sage-femme d'accompagner les parturientes comme elles le désirent, sachant que se sont elles, en temps que professionnelles, qui prennent des risques face aux situations imprévues que peuvent présenter un accouchement.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. **B.Gail Thomas**
« Médicalisation » In : Le nouvel art de la sage-femme
Paris Ed Elsevier 2004 - p 178
- [2]. Dictionnaire « **Petit Larousse** » Ed 2000
- [3]. **Dictionnaire encyclopédie Larousse** [en ligne] Disponible sur :
<http://www.larousse.fr> consulté le 20.07.08
- [4]. **Oakley A.**
« The limits of professional imagination » In : Beatties A, Gott M, Jones L, Sidell m, Ed. Health and well-being : a reader. Basingstoke :
McMillan ; 1993.
- [5]. **J. Gélis**
« L'arbre et le fruit . La naissance dans l'occident moderne 16^{ème} 19^{ème} siècle » Ed Fayard, 1984, 611p
- [6]. **Musée de l'assistance publique, hôpitaux de Paris :**
« L'heureux évènement : Naître du 17^{ème} siècle à nos jours, une histoire de l'accouchement » Assistance publique hôpitaux de Paris,
1995, 180 p
- [7]. **Knibiehler Y.**
« La révolution maternelle depuis 1945 » Ed Perrin 2002 p 59.
ISBN : 2-262-01194-X
- [8]. **Merger R, Levy J.**
« Précis d'obstétrique » Masson 6^{ème} Ed, 2003 , 597 p
- [9]. **Brucker G.**
« Rapport du Comité national d'expert sur la mortalité maternelle »
[en ligne] Disponible sur : <http://ist.inserm.fr/basisrapports>
- [10]. **Bergougnian C.**
La mortalité maternelle en France depuis 1945.
In : « La population de la France » tome II. Ed Cuped 2005 ; 373-384

- [11]. « Santé maternelle et périnatale. Mortalité périnatale »
[en ligne]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>
- [12]. **Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes**
« Arrêt de la cour de cassation » In : Contact Sages-femmes
(Informations générales) N°15 avril 2008
- [13]. **Seguin. S, Racinet . C**
« La prévention du risque médico-légal dans l'exercice de la profession de sage-femme ». In : Les Dossiers de l'Obstétrique
N°368 Février 2008 p 12
- [14]. **Desjardins. S**
« Le risque de naître ». In : Les Dossiers de l'Obstétrique
N°349 Mai 2006
- [15]. « Plan périnatalité 2005-2007 » In : Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité. Collection « grands sujets »
Les Dossiers de l'Obstétrique. Ed E.L.P.E.A p 329.
ISBN : 2-9514224-1-5.
- [16]. **Molénat. F**
« Comment organiser l'accompagnement périnatal ? ».
In :36^{ème} Journée Nationale de Médecine Périnatale ,Biarritz
octobre 2006 p139-140
- [17]. **Nissand. I**
« Démédicaliser ou humaniser ? ».In : Les Dossiers de l'Obstétrique
N°213. 1994, p15
- [18]. **Merger.R, Lévy.J, Melchior.J,**
« Le Précis d'obstétrique » 6^{ème} Ed MASSON 597p.
ISBN :2-294-00897-9
- [19]. **Thaker. SB, Stroup DF, Peterson. HB.**
« Efficacy and safety of intrapartum electronic fetal monitoring: an update. »In : Obstet Gynecol, 1995 86, 613-620.
- [20]. **Maria. B**
« Accoucher et naître en l'an 2000 ». In : 9^{ème} Rencontre Nancéennes
en Gynécologie Obstétrique. Le 8 octobre 1999
- [21]. Dictionnaire « **Larousse Médical** » Ed 2003, p 1048 .ISBN : 2-03-560265-3

- [22]. **CNGOF**
« Infections cervico-vaginales au cours de la grossesse »
In : Encyclopédie Médical Chirurgical, Gynécologie/Obstétrique
5-047-G-30 (1999)
- [23]. **Birman . C**
« La démedicalisation» (Journée E.P.U Poissy 22/10/1993)
In : Les Dossier de l'Obstétrique n°213, 2000.
- [24]. **Fraser. W, Venditelli. F, Krauss. I, Breart. G.**
« Effects of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women : a méta-analysis»
In: Brit J Obstet Gynaecol 1998 105, 189-194
- [25]. **Johnson. C, Keirse MJNC, Enkin. M, Chalmers. I.**
« Nutrition and hydratation in labour ».
In: Effective care in pregnancy and chidbirth. Oxford University Press 1989.
- [26]. **Ouahrani. C**
« Les naissances de plus en plus médicalisées. » Extrait de l'enquête nationale périnatale 2003. In : Profession Sage-Femme 2005 ; N°120 p10.
- [27]. **Fremiot. E**
« Le jeune hydrique du per-partum. Vers de nouvelles pratiques ? »
Mémoire de Sage-femme. In : La Revue Sage-femme Décembre 2007 Vol.6 N°5. Ed. Elsevier Masson. ISSN : 1637-4088
- [28]. **Cornillot. F**
« La douleur et sa prise en charge pendant le travail et l'accouchement »
Intervention aux XXVIIes Assises Nationales des sages-femmes
Du 19 au 21 mai 1999, à Deauville
- [29]. **Bergeret. S, Bosson. JL, Loffredo. P, Payen. JF.**
« Enquêtes sur les alternatives à l'analgésie péridurale au cours du travail. » 32^{ème} réunion du CARO, St Malo, 1999
- [30]. **Karraz. M**
« Démarrage difficile pour l'analgésie péridurale déambulatoire chez la parturiente en France ». In : Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2003 (lettre à la rédaction)

- [31]. **Barbant I**
 « Vivre sa grossesse et son accouchement : une naissance heureuse »
 Comprendre les personnes. Ed : Chronique sociale. ISBN : 2-85008-510-3
- [32]. **De Gasquet B**
 « Bien être et maternité ». 6^{ème} Edition Implex (2002). ISBN : 2-9510398-0-8
- [33]. **Maternité Fernand-Lamaze**
 « Les relations soignants-soignés au travers de la psycho prophylaxie ». In : Les Dossiers de l'Obstétrique n°55
 Août Sept 1979
- [34]. **Ann Page. L, Cooke. P, Percival. P**
 « Pour une pratique individualisée et enrichissante »
 In : Le nouvel art de la sage-femme Paris Ed Elsevier 2004 – p 123
- [35]. **Derrien. E**
 « l'accompagnement des naissances à l'heure de « doulas » »
 In : Vocation Sage-femme. Ed Elsevier Masson. Novembre 2007
 ISSN : 1634-0760
- [36]. **Keller. MJ**
 « Les doulas » In : Contact Sages-femmes (Informations générales)
 N°14 janvier 2008
- [37]. **Henrion**
 « Les Doulas : une profession émergente ? »
 In : Contact Sages-femmes (Informations générales) N°16 juillet 2008
- [38]. **Poitel. B**
 « Accouchement physiologique : paradoxes, recherche et conclusions provisoire » In : Les Dossiers de l'Obstétrique n°325 mars 2004
- [39]. **Seguy. B**
 « Prévenir le risque juridique en obstétrique » Ed Masson 2006
 Collection de périnatalité. ISBN :2-294-06250-7

Images et photos :

- | | |
|--|--|
| [A]. http://www.materielmedical.fr | [E]. http://www.medicargus.fr |
| [B]. http://www.radio-canada.ca | [F]. http://www.med.univ-rennes1.fr |
| [C]. http://www.mediclick.co.uk | [G]. http://www.nzdl.sadl.uleth.ca |
| [D]. http://www.eurotechmed.com | [H]. http://www.educol.net |

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

► GENERALITES

- Age :
- Origine :
- Situation matrimoniale : vit seule concubinage séparée
 mariée pacsée divorcée
- Profession :
- Conduite addictive : tabac alcool
drogue
 médicament

► L'ACCOUCHEMENT

1. *Le degré de médicalisation dans la surveillance de l'accouchement*

★ PENDANT LE TRAVAIL

- Matériel utilisé :

	oui	non	cristalloïde	ocytocique	autres
Perfusion					

	oui	non	continu	intermittent
Monitoring :				
Brassard à tension :				
Scope :				
Saturation en O2 :				
Tocographe interne				
ECG direct :				

- Actes réalisés :

	oui	non	
RAPE :			
Sondage :			Nombre de fois :
Toucher vaginal :			Nombre de fois :
PH au scalp :			

- Pose anesthésie péridurale : oui non
- Choix personnel : oui non
- ↳ Si oui, a quel moment : Dilatation =
- Etiez vous satisfaite : oui non
- Pourquoi :

. Saviez vous qu'en ayant une APD cela allait engendrer une médicalisation plus accrue de l'accouchement ? oui non

. Si vous deviez accoucher de nouveau souhaiteriez vous l'APD ? oui non

- Le jeûne hydrique : oui non
↳ Si oui, cela vous a-t-il gêné oui non

- Le personnel :
⇒ Avez-vous rencontré plusieurs professionnels ? oui non
Cela vous a-t-il convenu ? Entirement
 Partiellement
 Non, pas du tout
 Indifférente

Pourquoi :

⇒ Qui a suivi le travail :

- La mobilité :

⇒ Vous êtes-vous sentie libre dans vos mouvements ?
 oui non pourquoi :

⇒ Concernant les positions que vous avez prises pendant le travail :
-Quelle(s) position(s) utilisée(s) : Décubitus dorsal
 Décubitus latéral
 Assise
 Autres :

- Vous étiez :

→ Libre dans votre choix

→ Conseillée parfois
 Toujours

↳ Vous aviez l'impression de :
 pouvoir changer de position comme bon vous
semble d'être contrainte de garder une position

- Durée du travail :

★ DURANT L'ACCOUCHEMENT

- Position adoptée :

⇒ Dans quelle position souhaitiez-vous accoucher ?
 Gynécologique DL Autre :
 Aucune idée

⇒ Dans quelle position avez-vous accouché ?
 Gynécologique DL Autre :

↳ Si la position adoptée est différente de la position souhaitée :
Vous a-t-on expliqué la raison : oui non

Pourquoi :

- Pouvez vous me donner une opinion générale sur votre accouchement à l'hôpital :
 - entièrement satisfaite
 - moyennement satisfaite
 - peu satisfaite
 - pas du tout satisfaite

Pourquoi :

4. *Qualité de l'accompagnement/Vécu*

- La sage-femme était elle auprès de vous de façon :
 - Permanente
 - Intermittente :
 - régulièrement
 - pour les examens
 - lorsque vous l'appeliez
- ↳ Cela vous a-t-il convenu :
 - oui
 - non
- Avez vous été satisfaite de l'accompagnement proposé par la sage-femme ?
 - entièrement satisfaite
 - partiellement satisfaite
 - pas du tout satisfaite
- Quelles étaient vos attentes concernant cet accompagnement ?

pourquoi :

pourquoi :

5. *Connaissances préalables sur la prise en charge médicale en salle d'accouchement*

- Pourquoi avez-vous choisit d'accoucher dans cet hôpital ?
 - Suivi par un gynécologue de l'hôpital
 - Proximité de votre domicile
 - Sécurité
 - Bénéficiaire d'une APD facilement (un anesthésiste présent en permanence)
 - Conseil / Réputation / connaissance personnelle
 - Bon vécu lors du 1^{er} accouchement dans l'hôpital
 - Autre :
- Vous êtes vous renseignée avant l'accouchement sur la prise en charge médicale dont vous alliez bénéficier
 - oui
 - non
- ↳ Si oui, par quel(s) moyen(s) :
 - Professionnels (Médecin, Sage-femme...)
 - SPN
 - Presse
 - Internet
 - Entourage
- ↳ Si non, pourquoi ?
- Aviez vous élaboré un projet de naissance ? oui (écrit ou oral) non
 - ↳ Si oui, avez-vous pu réaliser ce projet : oui non
 - Pourquoi :

Vous êtes vous sentie assez informé ?

oui non En quoi :

- Les informations données par les professionnels durant la grossesse et pendant le travail ont été :
 - Rassurantes (permettent de mieux vivre cet évènement)
 - Angoissantes (font prendre conscience des risques de l'accouchement)
 - Neutres (informent sans conséquence sur le vécu)

6. *Avis sur la sécurité de l'accouchement à l'hôpital*

- La sécurité de la naissance est elle une priorité pour vous ?
 oui non pourquoi :

- Quels critères évoquent pour vous la sécurité de la naissance ?

- Concernant les critères suivants
(Échelle de 1 à 5 : 1 = très sécurisant ; 5 = ne détermine pas la sécurité de la naissance pour vous)

. La disponibilité de la sage-femme qui vous suit médicalement	1 2 3 4 5
. La disponibilité du médecin qui vous suit médicalement	1 2 3 4 5
. L'abondance du matériel technologique utilisé	1 2 3 4 5
. La proximité d'une unité de néonatalogie	1 2 3 4 5
. La proximité d'un bloc opératoire pour un transfert rapide si nécessaire	1 2 3 4 5
. La grandeur de la structure	1 2 3 4 5
. La prise en compte de vos attentes par le personnel soignant	1 2 3 4 5

- Du point de vue sécuritaire, l'hôpital vous semble être :
 - entièrement sécurisant
 - moyennement pourquoi :
 - peu
 - pas du tout

7. *Ouverture :*

- Cette « Médicalisation de l'accouchement » fait-elle partie de vos attentes concernant la naissance ?
 oui non pourquoi :

- Remarque(s) ou attente(s) particulière(s) pour un futur accouchement :

La naissance est devenue un évènement de vie largement médicalisé. La technique s'est beaucoup développée et les sages-femmes sont amenées à multiplier les actes médicaux de façon protocolaire, ce qui leur permet de se protéger au niveau médico-légal. On « infantilise » ainsi les futures mères et on les amène de cette façon à désinvestir leur accouchement.

Pourtant en Moselle, les patientes semblent se conforter majoritairement dans l'accouchement proposé par l'hôpital. Elles cultivent une confiance accrue en la médecine, qui leur semble la plus sécuritaire. « Faut-il ? » et « Peut-on ? » changer les pratiques actuelles ? Les femmes sont elles prêtes à se passer de l'analgésie ?

Alors qu'il semblerait que l'on soit arrivé à l'apogée de la médicalisation de la naissance, il convient de s'interroger sur cette « dérive » sécuritaire. Les patientes ont-elles d'autres choix qui s'offrent à elles ?