

COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur F. Puech

EXTRAIT
des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique

Publié le 10 décembre 2010

Nota. Le « texte long » des recommandations pour la pratique clinique incluant les communications des experts et les références bibliographiques est publié dans un numéro spécial du Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Vol. 39 / suppl. 2 au n°8) sous la référence : J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342



—

TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 8-11 décembre 2010

Le point sur les maisons de naissance

I. NISAND *
(Strasbourg)

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Israël Nisand, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

En France, la pratique de l'accouchement à domicile ne concerne qu'1 % des naissances. Une récente méta-analyse de Joseph Wax de Portland publiée dans l'*American Journal of Obstetrics and Gynecology* cumule les résultats de 12 études portant sur 342 056 naissances prévues à domicile et 207 551 prévues à l'hôpital. La mortalité néonatale est 1,98 fois plus élevée pour les enfants nés à domicile par rapport à ceux nés à l'hôpital. Et si on ne prend en compte que les enfants qui ne présentent pas de dysmorphie, le taux de décès néonatal est multiplié

* CHU Strasbourg - 1 avenue Molière - 67098 Strasbourg

par 2,87 pour les enfants nés à domicile. Même si dans cette série la morbidité maternelle est plus basse à domicile, ceci se paie donc d'un triplement de la mortalité néonatale.

L'accouchement, moment naturel de la vie d'une femme, est communément étiqueté comme un heureux événement. Or les professionnels de l'obstétrique savent bien que des complications graves peuvent survenir et qu'elles seront d'autant plus mal acceptées qu'elles sont devenues exceptionnelles. Les contraintes médico-légales ont ajouté au tableau particulier de la naissance.

La parade médicale a été d'entourer la parturiente d'un luxe de précautions (dont certaines sont légitimes) qui se sont ajoutées les unes aux autres au fil du temps. Et ce « millefeuille sécuritaire » est devenu un standard qui s'appelle « Bonnes Pratiques ». On n'y touche plus, sauf pour y rajouter une nouvelle couche, un nouveau masque.

Dans ce mouvement de protection des patientes et des médecins, les femmes ont été dépossédées progressivement de leur accouchement. Comment ne pas s'incliner devant les contraintes de la sécurité ? Les sages-femmes, puis les médecins se sont appropriés la naissance. La disparition de la transmission mère-fille sur l'engendrement et la volonté de se confier à un corps médical très investi ont fait le reste : la culture de l'accouchement en France se résume désormais majoritairement à :

« Faites-le sortir, Docteur, en bon état et sans que j'aie à m'en mêler, de préférence le plus vite possible et sans que j'aie mal ».

Une autre voix se fait entendre aujourd'hui avec un peu de retard sur d'autres pays où les maisons de naissance ont constitué la réponse des femmes au pouvoir absolu des médecins.

Au devoir des médecins succède désormais le droit des patients qui exigent une obligation de résultat en matière de sécurité, mais aussi dans le domaine de l'information. Or la naissance ne peut pas se décider ou se refuser comme c'est le cas pour un acte chirurgical et l'information ne peut donc pas y être aussi exhaustive.

Redonner la maîtrise de l'accouchement aux femmes sans pour autant perdre en sécurité devrait constituer l'objectif collectif des professionnels de la naissance. Fixer les modalités de ce projet ensemble oblige médecins et sages-femmes à informer. Et oblige les femmes à opter, c'est-à-dire à montrer que l'information a été reçue puisqu'elles se sont positionnées sur les actes souhaités et sur ceux qu'elles préfèrent éviter.

Ceci permet de maintenir l'intégralité des mesures de sécurité (dont beaucoup resteront dans le placard à l'abri des regards), tout en rendant aux femmes qui le désirent la maîtrise de leur accouchement.

Pourquoi attendre que les associations d'usagers et autres « collectifs de la naissance » cherchent à imposer des modalités médicales que nous pouvons mettre en œuvre sans risque et tout de suite.

Une mauvaise pratique médicale serait de dire : « si ce que je vous propose ne vous convient pas, d'autres structures peuvent sûrement vous accueillir ».

Contre cet autisme médical qui n'est que l'expression d'un véritable abus du pouvoir médical (mais aussi d'un réel manque de vision sur la sociologie de l'accouchement dans notre pays), il y a une stratégie qui consiste à s'approprier les éléments d'autonomie de la parturiente en les proposant au travers d'un projet médical commun pour y déroger si nécessaire. Ce document s'appelle « le projet de naissance ».

L'ensemble des actes qui jalonnent un accouchement normal est alors examiné avec la sage-femme. Chaque fois qu'une option de faire différemment existe, elle est soumise au choix documenté du couple.

Ce travail, effectué par les sages-femmes, est tout simplement indispensable car il tient compte de l'évolution de la loi « droits des patients » de 2002 et en décline les conséquences dans le domaine obstétrical.

Il n'engage pas les médecins et les sages-femmes à être des prestataires de service puisqu'une demande prohibitive peut être refusée au nom de l'autonomie du corps médical qui conditionne celle des patientes.

Chaque maternité devrait offrir aux femmes qui ont une grossesse normale sans facteur de risque particulier la possibilité d'un accouchement démedicalisé. Cette option est grandement facilitée par la rédaction en commun d'un projet de naissance qui n'engage personne, mais éclaire chacun sur les choix du couple, juste avant ... l'heureux événement.

Repenser la naissance, c'est envisager le suivi de grossesse, l'accouchement, les suites de couches et le retour à domicile différemment sans y perdre en santé et en sécurité. C'est aussi s'inspirer des nouvelles analyses en matière de sociologie [1] de la naissance qui pourraient inspirer une réelle humanisation de nos pratiques [2].

LE SUIVI DE LA GROSSESSE

Établir une relation de confiance entre les professionnels et la future mère, lui permettre d'être suffisamment solide pour tenir le choc d'une éventuelle complication, c'est là l'enjeu. Cette relation se fonde avant tout sur la qualité de l'échange, sur l'écoute et sur la capacité des médecins et des sages-femmes de percevoir comment la grossesse s'intègre dans l'histoire toujours singulière du couple. Mettre au monde un enfant c'est bien plus qu'un simple évènement biologique, c'est une histoire de culture où se connecte largement le transgénérationnel. Deux grossesses successives ne sont pas forcément identiques de ce point de vue.

Ce qui est primordial tout au long de la grossesse, c'est que la femme perçoive qu'elle est partie prenante dans la totalité des décisions. Le corps médical propose et la femme dispose toujours, sauf dans l'urgence bien sûr. Cheminer ensemble pour trouver, pour cette femme-là à ce moment-là, la meilleure conduite à tenir. C'est donc une histoire à plusieurs où l'attachement se mêle à la compétence médicale pour aboutir à une vraie relation de confiance.

La pratique des médecins et des sages-femmes s'enrichit donc tout au long de leur vie de ce que leur disent les femmes, y compris et même surtout, quand ça s'est mal passé.

Notre pays a opté en 2006 pour la proposition large d'un entretien permettant de détecter les fragilités éventuelles et celles occasionnées par la nouvelle grossesse. Ce temps désormais disponible pour toutes les futures mères est un réel progrès. Moment privilégié au début de la grossesse, il donne une ouverture pour accepter l'aide dont elles peuvent avoir besoin. Une difficulté conjugale, la précarité sociale, la fragilité psychique ou une addiction peuvent être négligées ou ignorées au cours d'une grossesse. Les connaître et tenter de proposer à la femme des ressources professionnelles pour que le futur lien mère-enfant n'en soit pas obéré constitue l'un des enjeux de cet entretien. Car en effet, ce qui apparaît de plus en plus dans cette clinique prénatale, c'est le lien qui existe entre les événements de la grossesse et de la naissance et les conséquences ultérieures souvent imprévisibles sur la relation mère-enfant.

La préparation à la naissance ainsi débutée par un entretien approfondi peut alors s'étendre dans la durée, tout au long de la grossesse et dès le 4^e mois. La relation de confiance nécessaire au bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement peut s'établir en

ouvrant à chaque séance un espace de parole collectif ou individuel. On n'est pas dans un temps médical, pas dans un examen clinique, pas chez le médecin. On est dans la transmission des affects et du vécu des femmes et des couples. Ce temps est aussi important que le suivi médical proprement dit, car les échanges très riches qui peuvent alors s'établir avec les sages-femmes structurent les liens ultérieurs avec les professionnels de la naissance. Connaître les pratiques d'une maternité et vivre l'esprit d'une maternité de l'intérieur, c'est un peu s'approprier le lieu de naissance, c'est un peu se pénétrer d'une ambiance et se mettre en confiance par rapport aux personnes qui y travaillent.

C'est aussi utile pour les futurs pères. Au travers de groupes de paroles qui leur sont dédiés, leurs craintes et leurs interrogations sur la complexité de leur paternité peut s'exprimer. Cette opportunité ne se retrouve pas dans les sociétés modernes où les transmissions traditionnelles ne se font plus. Les pères ont du mal à trouver leur place dans les maternités. Qui se préoccupe d'eux ? Laissés pour compte dans la grande révolution de la naissance moderne, ils cherchent leur place et souvent ne la trouvent pas. Les aider à formuler ce qu'ils souhaitent au regard de la grossesse et de l'accouchement constitue donc une véritable aide. Le père se sent très différent à ce moment précis où sa compagne vit la grossesse dans sa chair pendant que lui la vit dans sa tête.

La préparation à la naissance ne se termine pas le jour de l'accouchement. Elle se prolonge par des rencontres postnatales, reprenant le récit de la naissance pour mieux la comprendre et répondre aux préoccupations des jeunes mères. Par ailleurs ces rencontres donnent les moyens aux professionnels de parfaire leurs connaissances sur le vécu et les souhaits des femmes dans ces moments charnières de leurs vies.

Lutter contre le morcellement lié au suivi de la grossesse constitue un objectif important. En effet, la grossesse est marquée par de multiples examens. Les interlocuteurs sont nombreux (sages-femmes, obstétriciens, échographistes, préparation à la naissance, suivi de fin de grossesse et accouchement). Le repère dans ce morcellement devient plus souvent un endroit qu'une personne. Pour diminuer ce sentiment de morcellement, une solution consiste à assurer un suivi personnalisé par une équipe limitée de professionnels. Des exemples existent dans de grandes maternités d'un regroupement des femmes enceintes autour de quelques sages-femmes qui assurent entre elles les consultations prénatales, la préparation à la naissance et les accouchements. En effet, les institutions hospitalières publiques ont traité la demande de connaître préalablement son accoucheur comme une demande de

confort à la limite du superflu. Or, ce n'est pas un détail. Cette demande plus que légitime doit trouver une réponse qui convienne à l'organisation complexe du travail dans une maternité. Globaliser le suivi de grossesse et l'accouchement est un élément important de la modernisation des maternités où la taille des institutions fait aujourd'hui parler « d'usines à bébés ». Rencontrer un groupe de sages-femmes qui suivront le couple tout au long de la grossesse et pour l'accouchement constitue une avancée notable pour les femmes et pour les professionnels.

L'ACCOUCHEMENT

Offrir un choix éclairé sur les conditions de la naissance (une demande unanime des couples), c'est faire confiance aux femmes, c'est lâcher un peu de son pouvoir de professionnel. Redonner ses lettres de noblesse à la physiologie, sans renoncer aux avancées de la médecine, poser comme postulat que grossesse et accouchement sont des processus physiologiques qui ne nécessitent pas une surmédicalisation systématique, mais un accompagnement et une technicité repensée sont les bases d'une nouvelle approche de la naissance.

Toute naissance a une histoire, écrite par les parents et parfois même les grands-parents. L'art des soignants est de trouver les paroles, les gestes, les actes qui permettent à la femme, aux parents, de vivre l'accouchement le plus harmonieusement possible et en toute sécurité pour elle et son enfant. L'accouchement idéal est différent pour chaque femme, mais toutes ont besoin d'écoute, de respect, de compréhension et de participer aux décisions qui les concernent au premier chef.

L'espace de la naissance a une complexité particulière car se retrouvent au même endroit des actes médicaux tout simples au cours d'un accouchement normal, et des actes sophistiqués quand une complication survient. Il s'agit donc de trouver une formulation des locaux qui juxtaposent dans ce même endroit tous les moyens nécessaires sans pour autant perturber l'accouchement normal. La création de salles dédiées à la physiologie est utile pour tous, patientes et sages-femmes. En cas de pathologie on quitte ces salles démedicalisées pour aller juste à côté mettre en œuvre des thérapeutiques plus ou moins lourdes. Cette disposition permet de ne rien abandonner sur le plan de la sécurité tout en respectant la physiologie de l'accouchement normal. Ceci revient en France à démedicaliser la naissance.

Tous les gestes habituels de la salle d'accouchement doivent être questionnés à l'aune de leur réelle utilité. On peut ainsi remettre en question le rasage, le sondage, la perfusion, l'absence de boisson pendant le travail, le lavement, le nombre de touchers vaginaux, le nombre d'examineurs, l'enregistrement systématique et continu du rythme cardiaque fœtal, la rupture artificielle des membranes et l'épisiotomie.

De même pour le nouveau-né, il faut se demander si l'aspiration, l'instillation, le passage d'une sonde nasale et la vérification de la perméabilité anale sont absolument nécessaires.

Les postures d'accouchement ont été modifiées à tort par le corps médical quand il s'est enfin intéressé à l'obstétrique. Là où déambulation pendant le travail et accouchement accroupi constituaient la norme avant l'aire moderne, l'arrivée des médecins a contraint les femmes de s'allonger et d'accoucher en décubitus dorsal sans aucun profit médical prouvé. La descente du fœtus ne profite plus de la force de gravité. Elle est plus longue et plus douloureuse. Les postures antalgiques qu'adoptaient les femmes de manière innée ont progressivement disparu. Redonner aux femmes la liberté de leurs mouvements, le choix des postures pendant le travail et pendant l'accouchement améliore la dynamique obstétricale et protège le périnée. La confrontation fœto-pelvienne se fait mieux, l'accommodation et la descente fœtale sont plus rapides. Mais pour changer les postures de la naissance, il faut avoir pu en imaginer d'autres pendant la grossesse et pendant la préparation à la naissance. Le rôle des sages-femmes est ici fondamental pour redonner aux femmes la maîtrise de leur corps au cours du futur accouchement.

Les moyens de traiter la douleur pourraient aussi être diversifiés. Après une période où la péridurale a acquis ses lettres de noblesse comme moyen souverain de lutte contre la douleur en obstétrique, une nouvelle époque commence où il est possible d'essayer autre chose, en se réservant la possibilité de la péridurale en cas d'échec. Ainsi le bain chaud, les postures antalgiques, l'acupuncture, la réflexothérapie, l'hypnose, les massages, l'homéopathie et la PCEA [3] ont leur place dans l'arsenal thérapeutique de la salle d'accouchement. Ces méthodes doivent être expliquées et les patientes doivent pouvoir opter en connaissance de cause et même pouvoir changer de choix en cours de route. Supprimer toute sensation pendant l'accouchement n'est pas forcément le souhait de toutes les femmes. Permettre de décider en cours de route de son analgésie accroît indubitablement la satisfaction.

Les femmes qui prennent la parole sur l'accouchement [4] demandent à ne pas être séparées de leur enfant après la naissance. Les

soins aux nouveau-nés peuvent être différés le plus souvent, et quand ils ont lieu, se dérouler sous les yeux des parents. Le peau à peau immédiat et prolongé permet au couple et à l'enfant de faire connaissance dans l'intimité. C'est le temps de la première rencontre, des mots d'accueil et des bercements. C'est aussi le temps de la première tétée pour les femmes qui souhaitent allaiter.

Les soins à la mère dans cette période capitale de rencontre doivent se faire sur la « pointe des pieds » pour ne pas déranger ce moment unique dans la vie de la famille, où s'instaurent les premiers liens et probablement les plus importants. Priver une mère de ces moments d'intimité immédiate est toujours vécu très douloureusement. Il faut donc s'efforcer de les sauvegarder même en cas de pathologie ou de césarienne.

LES SUITES DE COUCHES

Repenser la naissance va de pair avec la réorganisation complète de l'hospitalisation postpartale. De nombreux pays ont pris l'option de ne plus hospitaliser les femmes au-delà de 24 heures après l'accouchement, confiant les suites de couches à un maillage éducatif et paramédical pendant une semaine. Ce maillage n'existe pas en France où l'habitude a été prise depuis longtemps d'effectuer ce temps d'éducation à l'hôpital. La justification de cette attitude plutôt coûteuse a été de permettre à la patiente un meilleur repos, mais aussi de détecter précocement une pathologie néonatale.

La sortie précoce demandée par certaines femmes, souvent multipares, ne peut s'envisager que dans un contexte bien précis qui sous-entend un relais correct à domicile. L'hospitalisation à domicile gérée par des sages-femmes et des puéricultrices constitue une alternative intéressante quand il n'y a aucune pathologie.

Les suites de couches sont un moment privilégié où les liens parents-enfants vont se renforcer. La valorisation des mères dans leurs compétences, l'accompagnement et l'éducation en sont les éléments phares. Pendant l'hospitalisation, sortir du schéma hospitalier classique avec soins à heures fixes et répondre avec souplesse et de manière adaptée aux besoins de chacune permet à la femme de ne pas se percevoir comme une « malade » et de se recentrer sur sa relation à son enfant. Des lieux de vie conviviaux comme la salle à manger, la pouponnière, la salle d'allaitement favorisent la socialisation et les

échanges entre mères. Les journées jalonnées par des temps de rencontre et d'échanges entre parents et professionnels et des moments d'intimité en famille créent une atmosphère sereine propice à l'instauration des liens.

Ces temps d'échanges sécurisants pour les femmes doivent pouvoir se poursuivre au-delà de l'hospitalisation. En effet, ces premiers jours sont souvent insuffisants pour sécuriser complètement la mère. La visite de professionnels peut alors réellement être bénéfique, mais un contact avec la maternité constitue une aide tutrice dans les moments de doute sur les soins ou sur l'allaitement.

La consultation postnatale est également importante pour maintenir un échange avec les professionnels sur des questions médicales mais aussi sur le réarrangement familial qui s'opère autour du nouveau-né.

EN CONCLUSION

Repenser la naissance, une démarche rendue nécessaire par la demande des couples qui aujourd'hui souhaitent, beaucoup plus qu'hier, être associés au déroulement de cet événement. L'effort principal touche les professionnels de la naissance qui doivent revoir leur copie alors qu'ils n'en voient pas toujours la nécessité. La dérive technicienne ne se justifie plus quand les moyens techniques sont maîtrisés, quand la prédiction du bas risque est réalisable et quand la proximité des lieux de soins permet à tous moments de changer le programme.

Après une période où la sécurité de la mère et de l'enfant a imposé ses règles qui ont structuré les salles de naissance telles que nous les connaissons, une nouvelle ère débute où les préoccupations communes s'orientent sur l'autonomie des parents. « Mothering the mother » disent les Anglais pour évoquer ce travail magique des sages-femmes qui font accéder la fille au statut de mère.

Le vrai passage, d'ailleurs le plus difficile aussi, n'est pas la naissance proprement dite, mais le fait de devenir parents et là, tout est beaucoup plus compliqué. Mais chacun le sait.

Bibliographie

- [1] Béatrice Jacques. Sociologie de l'accouchement, PUF (Paris), Partage du Savoir, ISBN 978 2 13 055832 1, Janvier 2007.
- [2] Yvonne Knibiehler. Accoucher, femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e siècle. Mai 2007. Éditions ENSP.
- [3] PCEA Patient control epidural analgesia.
- [4] Violence envers les femmes et pratiques obstétricales. Octobre 2003. <http://www.institutdesmamans.com>