

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de
Médecine Générale.

Par

Christiane JEANVOINE

Le 12 décembre 2003

**ANALYSE D'UNE PRATIQUE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL
DE LA MATERNITE PHYSIOLOGIQUE :
VERS LES «MAISONS DE NAISSANCE».**

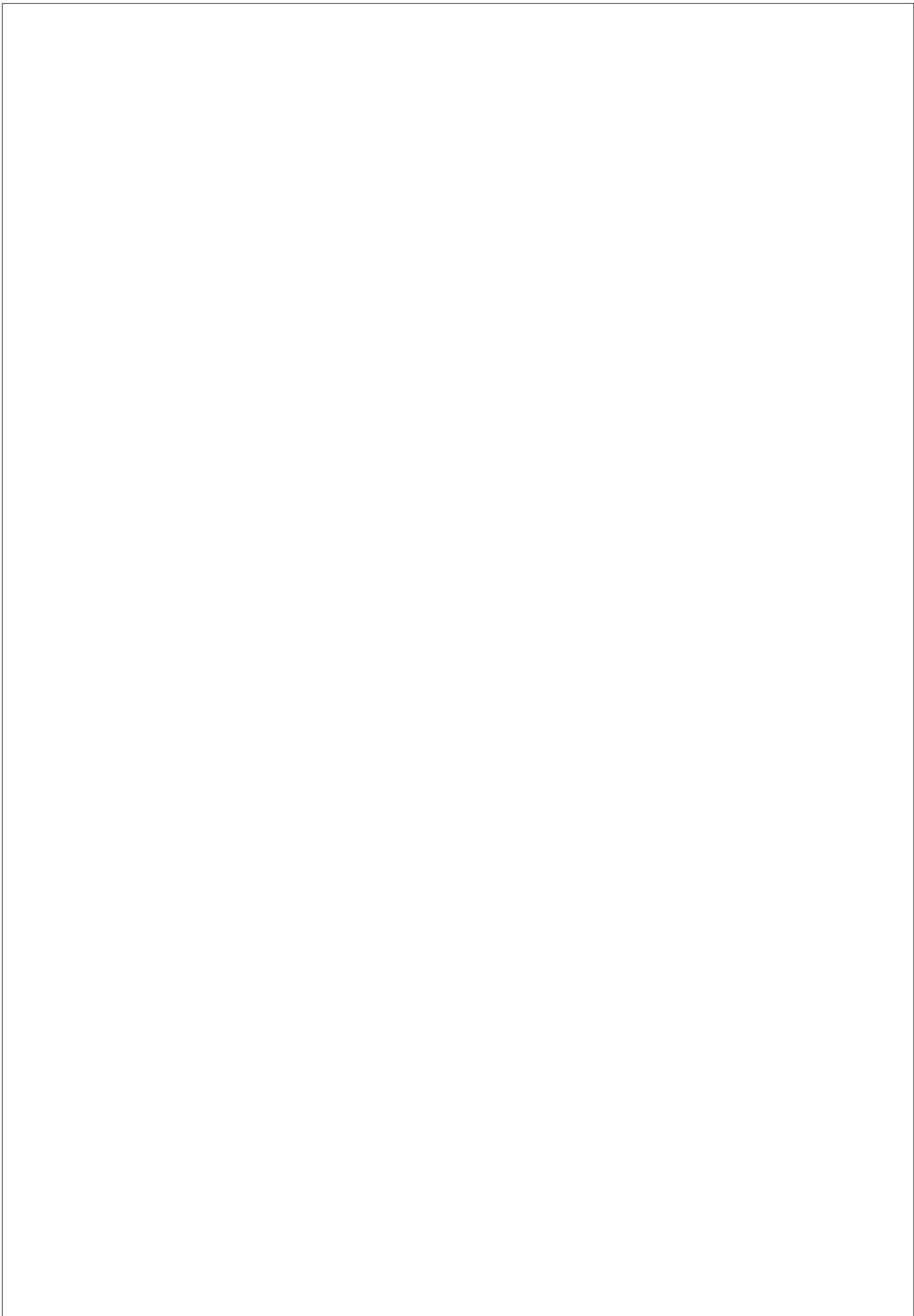
EXAMINATEURS de la THESE :

Monsieur
Monsieur
Monsieur
Madame
Madame

M. SCHWEITZER
J.P. DESCHAMPS
D. SIBERTIN-BLANC
C. GUIDAT
D. RICHARD

Professeur
Professeur
Professeur
Professeur

Président
Juge
Juge
Juge
Juge



UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Étienne LEGAIT - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER - Paul SAIXOUL - Raoul SENAULT - Marcel RIBON
Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTÉMANN - Emile de LAVERGNE
Augusta TRÉHUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHELLE - Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY - Jean Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Michel PIERSON - Jacques ROBERT
Gérard DEFRY - Georges GRIGNON - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS - Claude FERRIN - Jean PREVOT - Jean FLOQUET
Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES
Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Daniel ANTHOÏNE - Pierre GAUCHER - René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ - Jacques LECLÈRE - Francine NABET - Jacques BORRELLY
Michel RENARD - Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET - Marie-Claire LAXENAIRE - Adrien DUPREZ - Paul VERT
Philippe CANTON - Henri HEPNER - Bernard LEGRAS - Pierre MATHIEU - Jean-Marie POULU
Antoine RASPILLER - Gilbert THIBAUT - Michel WEBER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BÉRTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FÉLBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : *(Biologie cellulaire)*

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIIEWSKI

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Guy PÉTIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : *(Réanimation médicale)*

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : *(Thérapeutique)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-révéralogie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Étienne ALIOT – Professeur Yves JULLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BÉRROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNÉL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique))

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHIERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hebert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT
Professeur Adrien DUPRIEZ – Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Philippe CANTON – Professeur Henri HEPNER – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Manish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

REMERCIEMENTS

A Monsieur Michel SCHWEITZER

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et pour l'intérêt que vous avez témoigné à ce travail, malgré les divergences, je vous remercie très sincèrement. Soyez certain de ma considération et de mon respect.

A Monsieur Jean-Pierre DESCHAMPS

*Professeur Honoraire
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

Pour avoir accepté de diriger ce travail et pour l'avoir soutenu, je vous remercie. Pour avoir fait preuve à mon égard d'une grande écoute et d'une réelle disponibilité, veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde admiration.

A Monsieur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédo-Psychiatrie

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être juge dans ce jury de thèse, j'y ai été très sensible, puissiez-vous trouver ici le témoignage de mes plus profonds remerciements.

A Madame Claudine GUIDAT

Professeur en Génie de l'Innovation

Pour avoir accepté d'être parmi les juges de ce jury de thèse de médecine, j'en ai été très touchée. Pour m'avoir appris que pour le «marcheur il n'y a pas de chemin, seulement des sillages sur la mer», veuillez trouver ici les mots de ma reconnaissance et de mes très sincères remerciements.

A Madame Danielle RICHARD

Sage-Femme, Directrice de l'École de sages-femmes de Metz

Pour avoir donné votre accord pour être parmi les juges de cette thèse de médecine, j'en ai été très heureuse. Pour m'avoir enseigné l'art d'être sage-femme et m'avoir apporté votre soutien et votre confiance, veuillez trouver ici l'expression de ma très profonde gratitude.

A tous les enfants, nés entre 1985 et 1988...

Mina, Armelle, Marine, Lou, Bruno, Jonathan, Laurianne, Felize, Johann, Angela, Apolline, Aude, Laurianne, Emilie, Juliette, Pauline, Emmanuel, Léa, Bruno, Nouridine, Claire, Aurore, Emilie, Michaël, Guillaume, Benoît, Anaël, Younes, Juliane, Emma, Benoît, Charlotte, Anaïs, Estelle, Aurore, Angélique, Nejla, Marion, Simon, Rémi, Jonathan, Léo, Deborah, Mathieu, Valentin, Marianne, Anne-Catherine, Jules, Thibault, Coraline, Laetitia, Alicia, Pauline, Joëlle, Antonin, Johann, Alex, Rachel, Aimad, Marie, Ansam, Victor, Aline, Antonin, Jeffrey, Simon, Lucie-Anne, Danaë, Sana, Richard, Morgane, Caroline, Léo, Basile, Chloélie, Jonas, Manon, Simon, Anaïs, Lucile, Léo, Olivier, Léo, Julie, Quentin, Sabrina, Malo, Clémentine, Fanny, Claire, Julie, Thibaud, Amélie, Tristan, Emmanuel, Samuel, Simon, Jennifer, Audrey, Sandy, Maya, Gilles, Elise, Adèle, Camy, Romain, Guillaume, Basile, Pauline, Ariane, Alix, Stéphanie, Bérangère, Maxime, Lily, Lucile, Colin, Pierre, Alexine, Stéphane, Wilhelm, Aurore, Benjamin, Aurore, Séverine, Aurore, Youri, Constance, Fabien, Marie, Mireille, Johann, Marine, Morgane, Charlotte, Simon, Emeline, Cécile, Anne, Maxime, Yannick, Damien, Léo, Paul, Baptiste, Sammy, Louisa, Lise, Eline, Antonin, Arthur, Selim, Lucas, Emilien, Mélissa †, Arthur, Yann, Briene, Aurélien, Lou, Loïc, Lucie, Charles, Hélène, Yasmine, David, Marie, Arnaud, Mailys, Olivier, Julia, Léo, Cyprien, Jérôme, Clara, Cécile, Aladin, Julia, Lila, Noémie, Audrey, Lucie, Fanny, Chloé, Benjamin, Pierre, Claire, Cécilia, Aurélie

Pour ce qu'ils m'ont apporté de connaissance.

Ils ont grandi aujourd'hui, ils ont entre 15 et 18 ans. J'espère qu'ils sont des adolescents et des adultes heureux de vivre.

Je les remercie pour leurs sourires et leurs rires.

A leurs parents,

Pour la confiance qu'ils m'ont faite, qu'ils trouvent ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma très amicale sympathie.

Aux sages-femmes qui se sont associées à ce travail autour de la maternité et qui m'ont encouragée.

A la mémoire d'Anne Marie Gavillot mon amie, sage-femme libérale, trop tôt disparue en 1997.

Pour avoir échangé avec elle beaucoup de réflexions et d'espoirs je ne l'oublie pas.

A Jacqueline Bogenschütz comparse des premiers engagements.

Pour cette complicité professionnelle que je partage encore avec elle dans cette approche de la maternité, je lui confirme mon amitié.

A Marie-Thérèse Arcangelli, Odile Heymes, Virginie Canals, Clotilde Van Acker, Isabelle Brabant, Jacqueline Lavillonnière, Laurence Platel et bien d'autres,

Pour leur esprit critique et nos échanges, je les remercie

Aux médecins qui ont reconnu et accepté ma différence,

A Simone Arnaud, Marc Bohl, Patricia Cartigny-Crolette, Gérard Chenu, Etienne Chouvet, Blandine Colle, Virginie Darrow-Stark, Maxime Ganaye, Brigitte Houbiers, Martine Huot-Marchand, Catherine Jacques-Maso, Henri Lecoanet, Paul Lesourd, Josiane Lirou, Lydie Osnowicz, Philippe Plane, Françoise Rambour-Liberty, François Ramseyer, Michel Savonnet, Jean Claude Schifferling, Marie Noëlle Viaggi,

Pour leur esprit d'ouverture et leur tolérance, je les remercie.

A mes lectrices,

*Maryse Noël-Ganaye, Françoise Marion-Zanne, Josiane Lirou,
Martine Tani,*

Pour leur patience et leurs remarques, je les remercie.

*A celles et ceux qui m'ont fourni une aide précieuse dans les
traductions,*

Mike Rees, Elisabeth Mac Cormick, Béatrice Hesse d'Alzon,

Pour leur diligence, je les remercie.

*A cette collaboratrice informaticienne sans qui tout ce travail
n'aurait certainement pas abouti,*

Frédérique Nuyts,

*Pour sa persévérance et son intérêt à ce travail, qu'elle trouve ici
l'expression de ma reconnaissance amicale.*

*A ceux qui m'ont donné de leur temps pour le traitement des
données épidémiologiques,*

Carole Loos et Cédric Bauman,

Pour la clarté de leurs explications, je les remercie.

Aux étudiantes de l'Association Eclair,

Pour leur aide, je les remercie.

A celle qui m'a apporté un autre point de vue pour compléter mon travail,

Marie-Isabelle Freiria,

Pour sa participation ethno-sociologique qu'elle trouve ici mes sincères remerciements.

Bienvenue à son fils Matéo-Francisco né le 12 octobre 2003.

A tous les amis qui ont cru en mes espérances,

A Maryse Noël-Ganaye pour son amitié de toujours et son sens de la psychologie,

A Christian Zanne pour son aide et sa rigueur scientifique,

A Françoise et Roland Labrégère pour leur confiance et leur présence au fil du temps,

A Martine Tani pour sa complicité de femme et son soutien,

A Josiane Lirou pour son écoute bienveillante,

A Vincent Dietschy pour sa compréhension et son art,

A Etienne Chouvet pour son calme et son esprit de synthèse,

A Alexandra Marlier pour sa joie de vivre,

Pour leur présence et leur réconfort dans les moments joyeux et tristes de la vie, je leur témoigne mon amitié toujours vivante.

*A mes parents,
Ils m'ont donné la vie,
Ils ont toujours été à mes côtés avec leur tendresse et leur soutien.*

*A la mémoire de mon père,
Il nous a quitté si vite le 18 septembre 2003,
Il aurait été heureux de partager cet événement,
Pour ce qu'il m'a transmis, je le porte dans le secret de mon cœur.*

*A ma mère dont la tendresse est silencieuse,
Pour ce qu'elle m'a tant donné,
Je la remercie d'être là et je lui témoigne toute mon affection.*

SERMENT

«Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque».

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	31
GLOSSAIRE	33
SIGLES	41
1 INTRODUCTION	43
2 ETAT DE L'ART	49
2.1 SOUS LE SIGNE DU LIEN ET DE L'ATTACHEMENT	53
2.1.1 <i>Il était une fois... «l'infans»</i>	55
2.1.2 <i>L'attachement entre l'enfant et ses parents</i>	62
2.1.3 <i>«Le bébé est une personne»</i>	69
2.1.4 <i>Le nouveau-né, un être social</i>	84
2.2 DANS LE RESPECT DE LA PHYSIOLOGIE DE LA MATERNITE	95
2.2.1 <i>Définitions, éthique et philosophie</i>	97
2.2.2 <i>«La grossesse et l'accouchement ne sont pas des maladies»</i>	105
2.2.3 <i>La physiologie de la maternité, une connaissance en mouvement</i>	118
2.2.4 <i>Des perspectives pour une approche physiologique</i>	126
2.3 AVEC LE SOUCI DE LA «BIENTRAITANCE»	147
2.3.1 <i>De la maltraitance... à la «bientraitance»</i>	149
2.3.2 <i>Des réflexions à propos du suivi médical de la maternité</i>	155
2.3.3 <i>Les différents professionnels de santé et leurs missions</i>	163
2.3.4 <i>D'autres pratiques réfléchies pour accompagner la maternité</i>	178
2.3.5 <i>Des parents concernés et partenaires, dans le souci de la «bientraitance»</i>	196
3 ETAT DES LIEUX A PROPOS D'UNE EXPERIENCE	201
3.1 SAVOIR, SAVOIR-FAIRE, ETRE SAGE-FEMME	205
3.1.1 <i>Le regard d'une femme</i>	205
3.1.2 <i>... L'approche d'une sage-femme</i>	207
3.1.3 <i>Présentation d'une pratique de sage-femme libérale</i>	208
3.2 ANALYSE DESCRIPTIVE D'UNE PRATIQUE D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DE LA MATERNITE	225
3.2.1 <i>La méthodologie et les moyens utilisés pour cette étude</i>	227
3.2.2 <i>Les résultats pour les mères et les enfants</i>	228
3.2.3 <i>Les caractéristiques socio-démographiques des femmes rencontrées</i>	228
3.2.4 <i>Les données médicales antérieures</i>	232
3.2.5 <i>Les données médicales et relationnelles concernant la grossesse en cours</i>	239
3.2.6 <i>Les données concernant l'accouchement</i>	248
3.2.7 <i>Les caractéristiques concernant l'enfant et sa naissance</i>	262
3.2.8 <i>Les données du suivi post-natal pour la mère et l'enfant</i>	275
3.3 ANALYSE SOCIOLOGIQUE D'UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE	282
3.3.1 <i>La méthodologie</i>	284
3.3.2 <i>L'analyse sociologique et les résultats</i>	286
3.3.3 <i>Les perspectives de l'analyse sociologique</i>	295
4 DISCUSSION	298
4.1 DES CONNAISSANCES THEORIQUES	302
4.2 UNE INNOVATION CONCRETE	308
5 CONCLUSION	322

6	ANNEXES	324
6.1	RECOMMANDATIONS DE FORTALEZA (1985)	324
6.2	CHARTRE DES DROITS DE LA PARTURIENTE (1988)	326
6.3	LES SOINS LIES A UN ACCOUCHEMENT NORMAL (O.M.S. 1996)	330
6.4	CRITERES DE SELECTION DES FEMMES (PAYS-BAS, QUEBEC)	332
6.5	ETUDES DES PRATIQUES DE SAGES-FEMMES INDEPENDANTES	338
6.6	COURRIER ADRESSE AUX PARENTS (NANCY 2002)	340
6.7	CHARTRE DU C.I.A.N.E (COLLECTIF INTERASSOCIATIF AUTOUR DE LA NAISSANCE 2003)	342
6.8	DEFINITION DES MAISONS DE NAISSANCE (FRANCE 1999)	344
6.9	SYNTHESE DIAGRAMME DE PROCESSUS DE LA MAISON DE NAISSANCE A NANCY (2001-2002)	346
	BIBLIOGRAPHIE	362
	ICONOGRAPHIE	390
	SERMENT DE GENEVE ET PRIERE DE MAIMONIDE	392
	TITRE ET RESUME EN ANGLAIS	394

GLOSSAIRE

«Les mots sont les premiers instruments des démarches qualité» [Lecllet 00]. C'est pourquoi il paraît important de définir certains termes utilisés tout au long de ce travail, notamment en périnatalogie et dans le domaine de la psychologie développementale et cognitive.

Accompagnement Global de la Maternité

L'accompagnement global est une notion créée et défendue par l'Association Nationale des Sages Femmes Libérales (A.N.S.F.L.) depuis 1983.

Il s'inscrit comme l'élément fondamental du suivi de la maternité dans la charte de cette association, sur l'accouchement à domicile : «L'accouchement et le suivi post-natal doivent être pratiqués par la ou les sages-femmes ayant effectué le suivi de la grossesse (ou leur remplaçante désignée)». Il apparaît dans la définition établie par le Groupe National de Travail sur les Maisons de Naissances en 1999. «Le suivi des femmes répond à la notion d'accompagnement global de la naissance, qui associe une femme et une sage-femme référente, pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'après naissance».

Cet accompagnement est ainsi précisé par la présidente de l'A.N.S.F.L. lors du congrès de l'I.C.M. à Vienne (Autriche) : «Un seul praticien pour assurer la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, la préparation à la naissance, la surveillance et la responsabilité de l'accouchement, les soins postnatals de la mère et de l'enfant» [Lavillonnière 02].

Age de la grossesse

Pour préciser l'âge de la grossesse : si l'on compte en mois, on part de la date présumée de la fécondation, estimée au 14 ième jour d'un cycle normal ; si l'on compte en semaines, par une convention obstétricale internationale, on part de la date du premier jour des dernières règles normales. Il y a donc une différence de deux semaines entre les deux manières de compter [E. Herbinet].

Allaiter

Allaiter : nourrir de son lait (un nourrisson, un petit), donner le sein (XIIe s alaitier du bas latin allactare (Ve s Marcus Empiricus), il a signifié «téter» jusqu'au XVIe s)

Allaitement : 1375 R. de Presles [Robert 84].

Alternative

Alternance. Phénomènes ou états opposés se succédant régulièrement. Succession répétée dans l'espace ou dans le temps qui fait réapparaître tour à tour dans un ordre régulier les éléments d'une série [Robert 84].

Antisepsie

Ensemble des moyens employés pour combattre ou prévenir les infections [Rumeau-Rouquette 01].

Apgar

Cotation de 0 à 10 mise au point par un pédiatre américain (Virginia Apgar) à partir de l'observation des fonctions vitales du nouveau-né, à la première minute de vie et trois ou cinq minutes plus tard [Rumeau-Rouquette 01].

Attachement (Attachment)

J. Bowlby a appliqué les concepts éthologiques à la recherche sur le développement de l'enfant. Pour lui, le besoin de proximité du nouveau-né est identifié comme devant être assouvi par celle qui a porté et allaité : la mère. Les comportements d'attachement fondamentaux (pleurs, sourire, succion non nutritionnelle, étreinte, poursuite oculaire puis locomotrice) sont déterminés par un besoin primaire, autonome, non dérivé d'un autre besoin; ils sont au service de la protection du bébé, et sont dirigés vers « la figure maternelle » [Stern 97].

Cardiotocographe

Appareil destiné à enregistrer simultanément l'activité cardiaque fœtale et l'activité contractile de l'utérus [Médecine 01].

Client(e)

Selon la norme ISO 8402 : destinataire d'un produit par le fournisseur. Le terme client doit être considéré dans un sens large. Le client peut-être le consommateur et/ou l'utilisateur et/ou le bénéficiaire et/ou l'acheteur du produit ou du service. En santé, le client n'est pas seulement le consommateur des prestations de soins. Un établissement de santé a plusieurs types de clients à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement [Lecllet 00].

Détresse respiratoire

Insuffisance respiratoire aiguë et grave. Elle est généralement liée, chez le nouveau-né prématuré, à un défaut de maturité pulmonaire (maladie des membranes hyalines) [Rumeau-Rouquette 01].

Dystocie

Anomalie d'origine maternelle ou fœtale perturbant le déroulement de l'accouchement [Rumeau-Rouquette 01].

Echographie

Examen utilisant les ultrasons. Pendant la grossesse, il permet de visualiser le fœtus et de déceler certaines anomalies du développement [Rumeau-Rouquette 01].

Eclampsie

Pathologie grave de la femme enceinte, généralement caractérisée par une hypertension artérielle, des œdèmes et des convulsions. Elle représente la forme extrême de la toxémie gravidique et peut entraîner la mort fœtale et la mort maternelle [Rumeau-Rouquette 01].

Ecologie

(1874 du grec *oikos* «maison, habitat» et *logie*, d'après économie).

Etude des milieux où vivent et se reproduisent les êtres vivants ainsi que des rapports de ces êtres avec le milieu [Robert 84].

Essai contrôlé ou essai randomisé

Expérience destinée à comparer les effets positifs et négatifs de deux ou plusieurs thérapeutiques ou d'une thérapeutique et d'un placebo. Afin d'améliorer la comparabilité des

groupes, l'attribution des traitements est faite selon un protocole de tirage au sort [Rumeau-Rouquette 01].

Etablissement de santé

Organisme du dispositif hospitalier, public ou privé, responsable de la prise en charge des patients et organisé pour assurer cette mission. C'est un fournisseur de services de santé. Il peut être considéré dans sa globalité, ou en partie (services ou départements). C'est une organisation complexe d'unités de soins et de services logistiques, médico-techniques et administratifs de supports où de nombreux processus interagissent dans un cadre organisationnel commun [Lecllet 00].

Eutocie

(gr. eu : bon, bien ; tokos : accouchement) adj. eutocique. Déroulement harmonieux des différentes phases de l'accouchement [Médecine 01].

Gestation

(lat gestare : porter) [Médecine 01].

Holding (cf : Soutien)

[Stern 97].

Hypotrophie

Etat d'un enfant ayant un poids de naissance faible par rapport à l'âge gestationnel. Elle est définie à partir de courbes de référence. On admet généralement comme limite la courbe du 5^{ème} percentile qui isole les 5 % d'enfants ayant le poids le plus faible par rapport à leur âge gestationnel ou celle du 10^{ème} percentile [Rumeau-Rouquette 01].

Maison de Naissance

- Un lieu d'accueil accessible à tous

Une Maison de Naissance est un lieu d'accueil des femmes enceintes et de leur famille, dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. La Maison de Naissance doit être un lieu accessible à tous.

- Un Accompagnement Global de la Maternité

Le suivi des femmes répond à la notion d'Accompagnement Global de la Maternité qui associe une femme et une sage-femme référent, pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et la naissance puis la période postnatale pour la mère et l'enfant.

- Une structure autonome travaillant en réseau

Une Maison de Naissance n'est pas un établissement hospitalier. Tant que l'accouchement reste dans le cadre de la physiologie, c'est un acte naturel qui ne nécessite aucun équipement spécifique, si ce n'est celui dont la sage-femme a besoin. Conformément à leur compétence légale, les sages-femmes assument la responsabilité médicale en toute autonomie.

Afin de garantir la sécurité, une Maison de Naissance travaille impérativement en réseau avec l'ensemble du système hospitalier et des praticiens de santé.

- Un lieu respectant les besoins des parents

Une Maison de Naissance est un lieu convivial qui respecte la liberté et le besoin d'intimité des parents. Les parents participent au fonctionnement de la Maison.

- Des pratiques évaluées

La Maison de Naissance fera l'objet d'une évaluation qualitative et quantitative à la fois sur le court et le long terme [G.N.T./M.D.N. 03].

Maniement (Handling)

Le terme désigne pour D. W. Winnicott les soins physiques et utilitaires donnés à l'enfant (soins de toilette, habillement, etc.), mais aussi les soins affectifs et gratuits (caresses, contacts cutanés, etc.). La mère manie ou manipule le corps de l'enfant de sorte que ses besoins physiologiques soient satisfaits ce qui contribue à la construction chez l'enfant d'une intériorité et des limites corporelles [Stern 97].

Maternité

(Lat. maternitas, de mater, mère). Etat, qualité de mère. Fait de mettre un enfant au monde. Lien de droit entre une mère et son enfant. Etablissement, service d'un hôpital, d'une clinique où s'effectuent la surveillance médicale de la grossesse et l'accouchement. Œuvre d'art représentant une mère avec son enfant [Larousse 03].

Médecine

La médecine (1135 du latin *medicina*) est la science ayant pour objet la conservation et le rétablissement de la santé ; elle est l'art de prévenir et de soigner les maladies de l'homme, de la femme, de l'enfant [Robert 84].

Sciences des maladies et art de les guérir. Ainsi conçue dans une acceptation très large, la médecine qui vise à la conservation ou à la restitution de la santé, regroupe l'hygiène qui traite de ce qu'il faut faire pour se préserver des maladies et la thérapeutique qui traite des méthodes propres à combattre la maladie à partir des données de l'anatomopathologie, de la physiopathologie, de l'étiologie, de la sémiologie et de la pharmacologie. Il semble que malgré ses orientations de plus en plus techniques et le caractère de plus en plus scientifique de base de son exercice, la médecine ne puisse être assimilée à une science exacte et que la dimension de l'acte médical avec ses composantes individuelles, subjectives et psychologiques, ne puisse être réduite à l'application de formules ou de principes constants [Médecine 01].

Mortalité maternelle

Décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse, mais ni accidentelle ni fortuite [Rumeau-Rouquette 01].

Mort infantile, néonatale, périnatale, post-néonatale

Décès au cours d'une période définie précédemment [Rumeau-Rouquette 01].

Mort subite du nourrisson

Mort brutale d'un enfant de moins de un an, sans cause apparente. Longtemps attribuée à une asphyxie liée à un reflux d'aliments, sa cause doit être recherchée par autopsie. Lorsque celle-ci ne permet pas de la déterminer, on parle de mort subite inexplicquée [Rumeau-Rouquette 01].

Né vivant

Enfant né à partir de 22 semaines d'âge gestationnel ou pesant au moins 500 grammes à la naissance [Rumeau-Rouquette 01].

Parentalité

La parentalité correspond aux bouleversements fondamentaux qu'entraîne le passage d'adolescent ou d'adulte à celui de parents. La question de la transmission entre les

générations, l'acceptation de ses propres parents et de ses origines , les luttes entre générations, la redécouverte de soi dans son enfant, la fonction d'interprète des actes et paroles de leur enfant, le rôle de contenant auquel tout parent se trouve confronté... sont autant d'aspect de la vie dont la résonance psychique est considérable...[Beguier 01].

La naissance d'un enfant implique des remaniements psychologiques qui vont bouleverser le fonctionnement des parents : ce processus de maturation de la personnalité est désigné par le terme de «parentalité» et plus spécifiquement de maternalisé pour la mère et de paternalité pour le père [Benedekt 59]. Les parents vont avoir à cheminer pour faire une place tant physique que psychique à leur bébé et accompagner son développement.

La parentalité peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est à dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux :

Le corps (les soins nourriciers)

La vie affective

La vie psychique.

C'est un processus maturatif [M. Lamour 98].

Patient(e)

La déclaration OMS * sur la promotion des droits des patients en Europe (Amsterdam 30 mars 1994) définit le patient comme une personne malade ou non, qui s'adresse au système de santé pour bénéficier de ses prestations. Le texte final de la 5^e conférence des ministres de la santé des pays membres de l'Europe à Varsovie en 1996 précise que le patient doit être considéré comme étant à la fois un consommateur, un client, un usager et un citoyen. Au sens qualitatif du terme, le patient est un client bénéficiaire de soins [Lecllet 00].

Parturiente :

Femme qui accouche [Robert 84].

Périodes de la vie intra-utérine et de la première année après la naissance [Rumeau-Rouquette 01].

Périodes intra-utérines

- Âge gestationnel : délai qui s'écoule entre le premier jour des dernières règles et le jour de la naissance. En raison des imprécisions et des erreurs possibles, cet âge est corrigé en tenant compte des données des examens échographiques et de l'examen de l'enfant à la naissance.
- Période embryonnaire : 8 premières semaines de la grossesse.
- Période foetale : période allant de la fin de la période embryonnaire à l'accouchement.

Périodes après la naissance

- Période néonatale précoce : période allant du jour de la naissance à 7 jours révolus.
- Période néonatale tardive : période allant du 8^{ième} jour à 28 jours révolus.
- Période néonatale : ensemble des deux périodes précédentes.
- Période post-néonatale : période allant de la fin de la période néonatale à la fin de la première année de la vie.
- Période infantile : première année suivant la naissance.

Période périnatale (sa définition présente quelques fluctuations)

- Classiquement, c'est la période qui s'étend entre la 28^{ième} semaine d'âge gestationnel et la fin de la première semaine après la naissance.

- Pour les enfants nés vivant à partir de la 22^{ème} semaine d'âge gestationnel, la période périnatale commence dès la naissance.
- Il existe actuellement une tendance visant à inclure la période néonatale tardive dans la période périnatale.

Physiologie :

(gr. Physis : nature ; logos : science) Science qui étudie le fonctionnement des êtres vivants. Cette étude peut concerner l'ensemble de l'organisme (physiologie générale), un organe en particulier, une cellule ou un tissu. Le mot sous-entend d'ordinaire qu'il s'agit de l'étude du fonctionnement normal, au point que les auteurs francophones (mais non les anglophones) utilisent parfois l'adjectif «physiologique» pour exprimer la normalité. Dans le cas où l'on étudie le fonctionnement de l'organisme ou des organes malades, on emploie l'expression physiologie pathologique ou physiopathologie [Médecine 01].

Prématuré

Enfant ayant à la naissance un âge gestationnel inférieur à 37 semaines [Rumeau-Rouquette 01].

Prévention primaire

Ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence d'une pathologie, c'est-à-dire la fréquence des nouveaux cas [Rumeau-Rouquette 01].

Prévention secondaire

Ensemble des mesures destinées à diminuer la prévalence d'une maladie, c'est-à-dire la fréquence des cas présents [Rumeau-Rouquette 01].

Procédure

Selon la norme ISO 8402 : manière spécifiée d'accomplir une activité. C'est un ensemble de règles écrites propres à une activité. C'est également un document qualité intégré dans le système documentaire [Lecllet 00].

Préoccupation maternelle primaire (Primary maternal preoccupation)

Cette notion désigne pour D. W. Winnicott un état d'esprit particulier de la mère, au cours des semaines précédant et suivant la naissance de son enfant ; elle parvient à s'identifier à lui et à s'adapter à ses besoins, sans cependant se confondre avec lui. Winnicott qualifie la préoccupation maternelle primaire de « maladie normale », la mère déplace momentanément ses investissements objectaux et narcissiques sur l'enfant. Si elle est trop ou trop peu préoccupée par le nourrisson, la situation devient pathologique [Stern 97].

Primigeste

(lat primus : premier ; gestare : porter) femme enceinte pour la première fois [Médecine 01].

Primipare

(lat primus : premier ; parere : enfanter) femme qui accouche pour la première fois [Médecine 01].

Processus

Selon la norme ISO 8402 : ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants.

Ce sont les moyens à l'aide desquels l'organisation met en œuvre les compétences de son personnel pour produire des résultats.

On peut également le définir comme l'organisation rationnelle de personnes, matières, énergie, équipements et procédés d'activités conçues pour produire un résultat spécifié. L'enchaînement logique de ces activités et moyens reliés entre eux en étape successives aboutit à la réalisation d'une tâche ou d'un service et à l'obtention d'un résultat. Le processus peut être l'objet de contrôles. Il est destiné à répondre à un besoin d'un client (ou utilisateur). Un processus nécessite des ressources (en personnel, équipements, techniques, financières) [Lecllet 00].

Randomisation

Echantillonnage aléatoire destiné à réduire ou supprimer l'interférence de variables autres que celles qui sont étudiées [Robert 84].

Retard de croissance intra-utérin

Retard de la croissance du fœtus pouvant aboutir à la naissance d'un enfant hypotrophique [Rumeau-Rouquette 01].

Risque

Probabilité de survenue d'un événement en fonction d'un événement qui lui est antérieur. Exemple : une grossesse à haut risque de prématurité est une grossesse qui a une probabilité élevée de se terminer par une naissance prématurée en raison de certaines caractéristiques maternelles [Rumeau-Rouquette 01].

Santé

La santé est «un état de complet bien-être physique mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité» [Deschamps 96], la santé mentale étant une «aptitude parfaite à nouer des relations harmonieuses avec ses semblables» [Médecine 01].

Sevrer

Delaiter XVIe s : sevrer, ôter le lait au XIXe s

Sevrer : ôter à un enfant, à un animal le lait de sa nourrice pour lui donner une autre nourriture XVIe s séparer, XVIIe s séparer du sein d'où cesser de faire têter, du latin populaire seperare et du latin classique separare, XVIIe s sevrage [Robert 84].

Soutien (Holding)

Le terme désigne, pour D. W. Winnicott, au-delà du fait que l'enfant est tenu et porté par la mère, tous les moyens qui donnent un support psychique à son moi naissant. L'enfant s'appuie au départ totalement sur la présence de la mère («qui a l'enfant à l'esprit») et fait ainsi pratiquement partie de son fonctionnement psychique. Le soutien fourni par la mère comprend toute la routine des soins quotidiens adaptés à l'enfant, et a fondamentalement un rôle de protection (la mère en tant que pare-excitations) contre les expériences qui pourraient être angoissantes ou traumatisantes. Le soutien est principalement à la base de l'intégration du moi en un tout unifié [Stern 97].

Sociologie

Etude scientifique des sociétés humaines et des faits sociaux [Larousse 03].

Système qualité

Selon la norme ISO 8402 : ensemble de l'organisation, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité.

C'est l'ensemble des moyens mis en œuvre et utilisés par l'établissement de santé pour fournir des produits et des services conformes aux exigences spécifiées et pour obtenir la satisfaction

de ses clients. La nature des éléments qui composent le système qualité est variable : politique et planification de la qualité, descriptions des responsabilités, définitions de fonctions, documents qualité, indicateurs, ... [Lecllet 00].

Utopie

(lat.mod.*Utopia*, titre d'une œuvre de T. More, du grec *ou*, non, et *topos*, lieu) philos. Société idéale mais imaginaire telle que la conçoit et la décrit un auteur donné [Larousse 03].

SIGLES

A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
A.N.D.E.M. : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
A.N.S.F.L. : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
A.P.H.P. : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
A.U.D.I.P.O.G. : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie
C.E. : Conseil d'Evaluation des projets-pilotes. Ministère de la Santé et des Services Sociaux : Gouvernement du Québec
C.E.T.S. : Centre d'Evaluation des Technologies de la Santé Montréal
C.F.E.S. : Comité Français d'Education à la Santé
C.I.A.N. : Collectif Inter Associatif pour la Naissance
C.L.S.C. : Centre Local des Services Communautaires (Canada)
C.N.G.O.F. : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
C.N.U.D.E. : Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant
D.G.S. : Direction Générale de la Santé
D.O. : Dossiers de l'Obstétrique
D.R.A.S.S. : Direction Régionale d'Action Sanitaire et Sociale
D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques
E.N.S.G.S.I. : Ecole Nationale Supérieure en Génie des Systèmes Industriels
E.R.A.S.E. : Equipe de Recherche en Anthropologie et Sociologie de l'Expertise : laboratoire de l'Université de Metz.
E.R.P.I. : Equipe de Recherche sur les Processus Innovatifs : laboratoire de l'Institut National Polytechnique de Lorraine.
F.I.G.O. : Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens
G.N.T./M.D.N. : Groupe National de Travail des projets de Maison de Naissance
I.N.S.E.E. : Institut National des Statistiques
I.N.S.E.R.M. : Institut National de la Santé, de la Recherche Médicale
N.A.C.C. : National Association of Birth Centers (Association Nationale des Centres de Naissance)
O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
O.N.S.S.F. : Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes
P.M.I. : Protection Maternelle et Infantile
R.C.F. : Rythme cardiaque fœtal
S.A. : semaines d'aménorrhée
S.H.N. : Société d'Histoire de la Naissance
S.Y.N.G.O.F. : Syndicat des Gynécologues-Obstétriciens Français
U.L. : Université de Laval (Québec)
U.N.I.C.E.F. : United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
U.N.S.S.F. : Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes
V.I.L. : Verloskundige Indicatie List (Liste indicative des critères de sélection des femmes en Hollande)

1 INTRODUCTION

"Primum non nocere" ¹[Hippocrate]

*"La médecine demeure un art
où le savoir est efficient
comme le savoir-faire,
où le sens clinique prévaut
sur le goût de la preuve,
où la reconnaissance de l'autre
dans et depuis son altérité
s'érige en exigence absolue" [Lévy 98].*

Depuis sa constitution de 1946 l'Organisation Mondiale de la Santé, dans une approche positive et centrée sur les perceptions, conduit à définir la santé comme étant (article 1) un «état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» [Deschamps 96]. La santé mentale étant une «aptitude parfaite à nouer des relations harmonieuses avec ses semblables» [Médecine 01].

En 1986 la charte d'Ottawa enrichit cette définition : «La santé c'est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci. Elle est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques». Il est question de promouvoir la santé comme un «processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci» [OMS 86].

La santé n'est plus une lutte contre mais un état à promouvoir avec une attitude active, une implication de la personne au cœur de sa santé lui permettant de rechercher et de trouver ses propres solutions.

De plus, en attribuant à chacun la responsabilité dans un mouvement dynamique et évolutif, de sa propre santé, ces définitions invitent à penser la santé dans toute la complexité qui la compose. Cette approche tient compte, en effet, des aspects multiples contribuant à ce qu'une personne se sente et soit en bonne santé.

C'est peut-être le défi de ce siècle que de permettre à tout individu, où qu'il se trouve en ce monde, d'être ou d'avoir mais surtout de s'approprier - et d'être actif sur - son état de santé. Cependant ce qui participe à la santé de chaque être humain est différent selon les étapes de la vie, selon qu'il est un homme, une femme ou un enfant. Les éléments constitutifs de cet état

¹ "D'abord ne pas nuire" Hippocrate Ile de Cos v. 460 - Larissa, Thessalie, v. 377 av. J.C.

de bien-être sont différents dans les pays industrialisés et les pays en voie de développement.

Si la santé relève sans doute de la responsabilité des professionnels qui sont incités à prendre en compte toutes les dimensions mises en jeu, cela nécessite aussi une coopération avec chaque personne, et la recherche pour chaque individu, d'une implication personnelle au développement de sa propre santé. Encore faut-il que les professionnels acceptent ce partage et cet échange.

Depuis que le monde est monde, sur toute la planète terre, seul ou entouré, chaque enfant naît encore aujourd'hui d'une femme, depuis des milliers d'années et chacun au bout de son chemin est confronté à la mort. Ces moments de passages essentiels tout à fait particuliers pour chaque être humain dépendent du regard que chaque société pose sur ces instants et des représentations qu'elle s'en fait.

Et comme l'écrit J. Gélis à propos de la naissance : "*A sa manière d'accueillir le nouveau-né, une société révèle ses ressorts profonds, sa conscience de la vie*"²[Gélis 84].

Ainsi aujourd'hui encore, dans ce pays qui est le mien, un pays développé et civilisé, les enfants, pour la plupart, naissent dans des grands centres hospitaliers et les vieillards meurent solitaires à l'hôpital.

Dans la première moitié du siècle dernier, portées par les progrès considérables de la médecine, les sociétés occidentales ont développé des procédures de surveillance de la maternité et ont permis de diminuer la mortalité périnatale, infantile et maternelle. Les résultats furent extraordinaires puisque, par exemple la mortalité infantile évolue de 130 ‰ en 1920 à 4,8 ‰ en 1996 en France [Rumeau-Rouquette 01]. La nature exponentielle des progrès médicaux et technologiques a rapidement permis la prise en compte d'objectifs autres que la mortalité périnatale et maternelle, comme la maîtrise des risques, la diminution de la souffrance pour la mère et l'enfant au cours de l'accouchement et de la naissance, etc... Mais cette évolution ne s'est pas faite sans contre partie : une approche de la maternité centrée sur le risque, sur la pathologie, un environnement de plus en plus technique, avec une certaine déshumanisation. Cela a entraîné, pour les mères, la sensation d'être dépossédée de leurs accouchements et pour les parents, une absence de participation aux décisions prises, concernant les mères et leurs enfants, par les professionnels.

L'absence de participation, élément primordial de la santé de toute personne, le manque d'humanité qui va de pair avec la technicité croissante, ont pu un moment être justifiés par des résultats obtenus en terme de sécurité médicale de la naissance.

Et pourtant... la fascination entraînée par les progrès médicaux, notamment dans la seconde partie du XX^{ème} siècle, a aujourd'hui de quoi s'émousser.

*"L'évolution des indicateurs de santé est assez inquiétante. Les taux de mortalité périnatale diminuent peu de 1992 à 1996, avec de fortes différences entre les régions. La France occupe un rang médiocre pour les taux de mortalité foeto-infantile, mais la fréquence de la mort subite du nourrisson a fortement décru à la suite des campagnes de 1994 à 1996. Le taux de prématurité continue à croître malgré les résultats de l'enquête nationale de 1998. La stagnation de la mortalité maternelle autour de 11,5 pour 100 000 naissances vivantes se poursuit. Tous ces faits incitent à ne pas relâcher les efforts"*³[Rumeau-Rouquette 01].

² p 9 Gélis 84

³ p 110 Rumeau-Rouquette 01

Mais que peu aujourd'hui signifier ne pas relâcher les efforts ?

En 1998, dans la conférence de consensus sur la «prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque», organisée par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français en collaboration avec l'Ecole Nationale de Santé Publique, les auteurs font part d'une prise de conscience générale. Ils comparent la manière de surveiller la grossesse et l'accouchement en France (où ces événements sont considérés comme étant potentiellement dangereux) avec celles d'autres pays (où l'approche est plus physiologique). Leur constat et leur conclusion suggèrent que ce n'est pas une augmentation des moyens ou des techniques qui sera à l'origine de nouveaux progrès mais plutôt «une réorganisation nécessaire des structures et des pratiques médicales. L'objectif poursuivi sera la recherche de l'égalité dans l'accès aux soins ainsi que la participation active et informée des femmes et de leur famille à la prise en charge de la grossesse» [C.N.G.O.F. 99]. Ils proposent dans la question numéro cinq plusieurs voies de recherche et notamment l'ouverture de maisons de naissances.

Bien d'autres questions se posent également. Celle par exemple de la réalité du fondement scientifique de certaines pratiques.

Certaines vérités se sont révélées néfastes au fil du temps. Par exemple au début du siècle dernier jusqu'aux années soixante, la diète est recommandée voire imposée pendant quarante-huit heures, pour tous les nouveaux-nés dès la naissance [Delaisi de Parseval 01]. Actuellement, des pathologies, liées aux effets iatrogènes et anxiogènes des pratiques en cours autour de la maternité, surgissent. Les conséquences en demeurent encore pour certaines ignorées.

Certes des efforts notoires ont été réalisés en matière de prévention. Pourtant sur le plan psychique à court terme, mais aussi à long terme, il reste encore un long chemin à parcourir. D'autre part dans les interactions entre les aspects physique, psychique, familial, social et culturel, intimement intriqués, certains mystères demeurent.

Une autre question, majeure, émerge.

Dans ce XXI^{ème} siècle, la violence, habite toujours tragiquement la planète Terre et la France n'en est pas exempte. La maltraitance demeure une des préoccupations des professionnels, des citoyens et de certains responsables politiques.

Certaines formes de violences familiales puis sociales ne trouvent-elles pas en partie leur origine dans ces moments très particuliers de la vie que sont l'accouchement et la naissance ?

Et si des maltraitances professionnelles et institutionnelles, non reconnues comme telles, non voulues, mais inscrites dans des fonctionnements de routine induits par les conditions de travail, étaient des notions à prendre en compte plus sérieusement ? Des changements profonds dans les comportements et au niveau des organisations ne pourraient-ils contribuer à l'amélioration de l'état de santé des personnes ?

Ne pas relâcher les efforts, certes, mais un changement radical d'orientation, de réflexion, de conception et des innovations sont-elles possibles ?

Dans ce moment, passage de la vie, où naît un enfant, mais aussi une mère, un père, une famille, il existe une opportunité de changement. Mais comment développer un autre regard, une approche et un accompagnement différents pour favoriser les changements nécessaires ?

Comment introduire et générer la coopération, la compréhension, le respect de l'autre, la tendresse même, dans ces instants qui présentent intrinsèquement un degré de violence inhérente à la vie elle-même ?

Comment dépister les pathologies et éviter le cortège d'événements iatrogènes ?

Comment prévenir les maltraitances et instaurer la «bientraitance» ?

Il existe encore de nombreuses interrogations pour permettre à chaque acteur d'une maternité (enfant, mère et père) de se construire, de s'épanouir dans son identité et pour qu'il puisse vivre sa vie avec ses valeurs personnelles, familiales, sociales et culturelles.

Certains parents concernés par la naissance d'un enfant, loin d'être satisfaits par les services offerts sont en quête d'un autrement [Thomine 93], [Naissance et Libertés 93].

Et aujourd'hui de nombreux professionnels de santé ressentent un malaise et cherchent de nouvelles manières de donner des soins, de prendre soin, en respectant la globalité de chaque personne avec une offre de soins cohérents et une continue.

Ainsi dans les pays industrialisés, une gamme d'actes supposés améliorer l'issue d'une grossesse pour une mère et son nouveau-né est de plus en plus remise en question.

Devant cet état des lieux et conscientes de leurs responsabilités, quelques sages-femmes proposent des alternatives au suivi instrumentalisé qui est actuellement le modèle français. Elles offrent, sans exclure l'aspect médical, d'autres manières d'accompagner la maternité et la naissance.

Au cours des dernières décennies, des travaux référencés ultérieurement au cours de cette thèse, issus des différents domaines des sciences médicales et humaines, s'interrogent sur la nature, la qualité et la sécurité, de l'accompagnement médical autour de la maternité.

C'est à partir de théories diverses et complémentaires mais aussi d'une expérience professionnelle de sage-femme libérale, pratiquant un Accompagnement Global de la Maternité depuis l'année 1985 que s'élabore toute cette réflexion.

Sage-femme et aujourd'hui devenant, sage-femme/docteur en médecine, je souhaite que mon regard soit encore et toujours plein de cette compassion et de cette tendresse, pour celles et ceux que j'accompagne à ce début de la vie mais aussi parfois dans les instants d'une fin de vie. Que mes gestes soient empreints de la délicatesse auxquels ils ont droit. Je sais que là où est la vie, la mort est aussi présente indissociable de la première tout au long du chemin. Mon intérêt particulier et mon désir d'un autre accompagnement de la maternité m'incitent à présenter ce travail. Il est l'espérance d'un avenir meilleur et je souhaite qu'il participe à l'instauration d'une santé globale pour chaque être que je côtoie.

Cette thèse soutient que, si des conditions plus humaines, plus respectueuses des parents et de l'enfant considérés comme sujets, sont proposées lors de la mise au monde, elles seront peut-

être l'augure de moins de violences ultérieures.

Cependant ce moment de passage n'existe pas seul en soi. Il est le fruit d'un travail effectué en coopération avec des parents, en amont (pendant les consultations prénatales et les séances de préparation à la naissance) et poursuivi ensuite après l'accouchement et la naissance (pendant la période postnatale) lors des soins de maternage, donnés par la mère et le père ensemble avec le soutien de la sage-femme, qui les a accompagnés, tout au long de ce lent processus. Cette pratique de soins cohérents et continus avec une même professionnelle favorise sans doute les aspects physiologiques de la maternité.

Une préoccupation sous-tend donc cette thèse :

Comment un accompagnement médical de la maternité peut-il permettre à tout enfant de trouver en lui et autour de lui, les éléments nécessaires à sa construction, dès sa conception et dans les mois qui suivent sa naissance, pour devenir ensuite pleinement humain ?

Ainsi, la première partie de ce travail porte sur un état de l'art et trois interrogations guident cette recherche par les réflexions qu'elles suscitent.

- La genèse et la pérennité des liens d'attachement entre un enfant et ses parents puisent-elles leur source dans ces moments privilégiés de la maternité, de la naissance et dans les suites immédiates de ces événements ?
- Comment est-il possible de préserver le processus physiologique de la maternité pour protéger ainsi ces liens fondamentaux et comment éviter les comportements et les actes anxigènes, iatrogènes, souvent intrusifs, au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, puis dans le post-partum, sans augmenter les risques de pathologies pour la mère et l'enfant ?
- Que proposent les professionnels de santé dans un souci de «bientraitance» et notamment les sages-femmes dont c'est le métier, pour favoriser la physiologie de la maternité ?

La deuxième partie relate une expérience d'Accompagnement Global de la Maternité conduite par une sage-femme libérale avec une photographie sur une période ciblant les années 1985 à 1988.

- Elle expose la conception de cette approche médicale autour de la maternité.
- Elle comporte une analyse descriptive de cette pratique professionnelle.
- Elle apporte un point de vue sociologique au travers d'entretiens libres rétrospectifs.

La troisième partie est une discussion à partir de recherches dans la littérature et à partir des résultats des analyses évoquées précédemment. Cette partie aborde également les «utopies» avec notamment les projets de Maison de Naissances.

Ce travail, construit en chemin avec les liens tissés au cours de cette pratique d'accompagnement global de la maternité, au fil des rencontres avec des femmes, des hommes et leurs enfants, mais également avec d'autres professionnels, pose plus d'interrogations qu'il n'offre de certitudes.

Cette thèse se veut une ouverture vers des possibles encore ignorés.

Ainsi, comme l'écrit E. Morin : "*Pourrons-nous, sinon exclure, du moins réduire la cruauté ? Pourrons-nous développer la bonté et la compréhension ? Pourrons-nous développer les oasis heureuses dans l'insupportable réalité ? C'est cela qui vraiment pourrait s'appeler progrès*"⁴[Morin 01].

⁴ p 144 Morin 01

2 ETAT DE L'ART



Image 1

*"Mais durant les frêles minutes qui suivirent cette naissance,
et seulement durant ces minutes-là, on eût dit que chacun,
du fond de sa solitude,
du fond de sa douleur chantonait malgré tout quelque chose
et que ce chantonement représentait l'unique
et ultime contact entre les êtres humains,
entre la femme, l'enfant et les soldats" [Péju 98].*

Dans cet Etat de l'Art de l'accompagnement médical de la maternité des femmes, avant tout physiologique, les références ont été puisées dans des ouvrages et des articles pouvant contribuer à argumenter cette thèse.

Le travail présenté développe l'importance du lien en construction entre un enfant nouveau-né et ses parents. La compréhension de ce phénomène unique et constant (parfois défectueux ou

entravé) lors de chaque maternité aide à une prise de conscience essentielle. La genèse des liens de l'attachement prend sa source dans ce qui est vécu antérieurement et au cours de la grossesse. Au moment de l'accouchement et de la naissance, «quelque chose» se produit qui augure le devenir de toute relation ultérieure.

L'intérêt d'une recherche sur la physiologie montre ensuite que cette quête préserve et permet de façon plus adéquate le processus d'attachement et l'élaboration du lien. Le respect de l'autre et la vigilance professionnelle, pour privilégier les phénomènes spontanés à l'œuvre dans ce processus naturel, sont des valeurs qui contribuent certainement à l'établissement de cette relation particulière, entre la mère, l'enfant et le père.

L'accompagnement médical de ce processus physiologique de la maternité peut-être conduit dans un souci de «bienveillance». Dans les différentes pratiques actuelles, certaines permettent de penser qu'un suivi continu tenant compte de toutes les dimensions d'une personne (somatique, psychique, affective, familiale et sociale) effectué par un même professionnel de santé tout au long de la maternité (grossesse, accouchement et naissance, période postnatale) n'est pas préjudiciable pour l'enfant, la mère et le père. Mais cela rend indispensable l'intégration de chaque praticien dans un réseau de santé bien pensé où tous les acteurs professionnels se respectent, acceptent la différence et la mission de l'autre.

2.1 SOUS LE SIGNE DU LIEN ET DE L'ATTACHEMENT



Image 2

*"L'enfant a droit à l'amour
L'enfant a droit au respect
L'enfant a droit aux conditions les meilleures,
pour sa croissance et son développement" [Korczak cité in Lifton 89].*

Aujourd'hui encore, la naissance d'un enfant demeure un événement à la fois familial et social. Tout enfant qui naît est le fruit d'une histoire et d'une rencontre entre une femme et un homme.

Cet événement est soumis au regard des professionnels de la santé, puisqu'ils interviennent tout au long de la maternité : pendant la grossesse, lors de l'accouchement et de la naissance ainsi que dans la période postnatale. Le regard ainsi posé et les manières de faire au cours de ces différents moments de la maternité sont en interaction avec un couple et leur enfant dont ils conditionnent sans doute le devenir.

Un détour par l'histoire présente un intérêt certain. Il montre que les représentations et la place de l'enfant dès la naissance, autrefois vécue exclusivement en famille, ont considérablement changé au fil du temps.

La question de l'attachement entre l'enfant et ses parents est une notion récente et ouvre sur une compréhension des besoins du nouveau-né.

«Le bébé est une personne» et ses capacités propres l'inscrivent déjà dans le monde environnant.

Elles le prédisposent à une ouverture aux autres humains dès sa naissance, dans une société l'intégrant comme un être de communication.

2.1.1 Il était une fois... «l'infans»

Dans toutes les civilisations, les nouveaux-nés ou les nourrissons ont été abandonnés, vendus, tués ou sacrifiés.

De Sparte à la Chine, en passant par l'Europe, l'infanticide, l'exposition d'un enfant que le père n'accepte pas, ce qui le voue à une mort certaine, font partie de cette histoire soumise à la volonté des pères, au pouvoir des états, au grand désespoir des mères.

Dès 1204 à Rome, les parents peuvent abandonner de façon anonyme leur enfant en utilisant le «tour» et permettent ainsi de sauver celui-ci d'une mort quasi inévitable. En France, la première maison nommée Maison de la Couche est fondée en 1552 à Paris et le célèbre prêtre Saint Vincent de Paul crée en 1600 l'hôpital des Enfants Trouvés. L'infanticide reste cependant présent et très fréquent en Europe jusqu'au XIX^{ème} siècle [Thirion 86].

Actuellement il persiste encore bien des causes et des lieux de maltraitances. Ce sont sans doute essentiellement les conditions de vie, de travail, de guerre et de misère, mais aussi l'absence de connaissances et/ou du respect de celles-ci concernant les besoins de l'enfant qui induisent ce «massacre des innocents».

Dans les sociétés très anciennes, la conception et l'enfantement demeurent empreints de mystère. La science d'autrefois n'a pas les moyens de connaître la femme en état de gestation et le savoir populaire n'éclaire guère. Il existe de rares témoignages littéraires et pas de documents médicaux développant des théories à ce sujet.

La vision médicale ancienne depuis Hippocrate explique la génération comme le résultat du mélange des semences masculine et féminine lors du coït. Le cycle féminin est inconnu et il en est de même pour l'ovulation. Cette interprétation de l'origine du fœtus n'est nullement remise en question jusqu'au XVIII^{ème} siècle. Les appréciations et les hypothèses des hommes de l'art sont davantage le fruit de l'imagination que le résultat de l'observation et de l'expérimentation. Les explications sont imprécises. La «bonne grossesse», la vraie, est celle où le fœtus vivant croît et se conserve dans la «matrice» jusqu'au temps marqué par la «nature» pour sa sortie, sauf si un quelconque accident lui fait devancer le terme. Elle est mise en opposition à la «fausse grossesse» (quand une femme se croit grosse alors qu'elle ne l'est pas). Et enfin il existe la «mauvaise grossesse», celle où la nature engendre une masse informe au lieu d'un être vivant.

Bien que les connaissances aient évolué jusqu'aux siècles derniers, les femmes enceintes sont encore souvent considérées comme impressionnables, fabulatrices et anxieuses (et cette vision persiste encore aujourd'hui). Elles sont en proie à des «en... vies» pouvant avoir un retentissement néfaste sur l'enfant si elles ne sont pas satisfaites.

Ces croyances entraînent des directives particulières. Les conseils à l'égard des femmes sont multiples et souvent moralisateurs. Les mères doivent surtout être vertueuses. *"Ces devoirs commenceront avec la vie de vos enfants : ce sera donc dès que vous croirez que votre femme est grosse qu'il faudra veiller à la conservation de son fruit".* C'est ainsi que *"porter un enfant et l'amener à son terme est à la fois banal et difficile. Pourtant on aurait tort de ne retenir des couches d'autrefois qu'une impression de paniques et de souffrances. Dans leur grande majorité elles se déroulent bien. Les témoignages horribles d'accouchements que la femme paie de sa vie traduisent une réalité, mais ils ne sont pas toujours significatifs. Ce ne sont jamais les intéressées qui racontent ce qu'elles ont vécu, le mal enduré et la sérénité après*

l'accouchement. Les accoucheurs seuls donnent leur version" ⁵[Gélis 78].

En ce qui concerne la mise au monde, jusque la fin du XVII^{ème} siècle, les médecins accoucheurs sont d'avis de laisser faire la «nature». Ils sont en effet persuadés que l'accouchement ne dépend que de l'enfant. Celui-ci commande le travail quand il est à l'étroit dans la «matrice-prison». Cependant quand survient un accouchement contre-nature ou laborieux, les médecins et les chirurgiens doutent alors et cherchent la cause dans le comportement de la «matrice».

Mais que pensent et comment s'expriment alors les femmes à cette époque ? *"Des siècles de morale chrétienne lui ont appris à être réservé à l'égard des hommes de l'art ; surtout lorsqu'il s'agit des parties de la génération. Certes la difficulté est tournée puisque l'accoucheur opère sous le drap. Mais elle ressent l'opération du toucher, qui permet de reconnaître la position de l'enfant juste avant l'accouchement comme une véritable agression. Atteinte dans son corps, c'est par son corps que la femme réagit : parfois crises d'hystérie, convulsions laissent stupéfaits les accoucheurs qui s'interrogent sur leurs causes. Décidément la femme est bien un être à part au point de mourir de peur après avoir été accouché par un homme"* ⁶[Gélis 78]. Les médecins et les accoucheurs sont ainsi confortés dans l'idée que l'accouchement n'est pas un acte naturel. La femme en couches devient une malade qu'il faut soigner. *"C'est là un des aspects du processus de médicalisation qui, entre le XVIII^{ème} et le XIX^{ème} siècle, marque l'entrée dans la vie"* ⁷[Gélis 78].

C'est avec l'arrêt des guerres et la fin des crises démographiques au début du XX^{ème} siècle que la vie de la famille devient plus intime et plus protégée. Le nouveau sentiment de l'enfance émerge et trouve son expression notamment au travers des idées rousseauistes. Cependant ce sentiment se développe, avant tout, chez les élites urbaines possédant la culture et le confort.

L'étude réalisée à travers l'histoire, de la fin du Moyen Age et des premiers siècles de l'Epoque Moderne par P. Ariès, montre à quel point l'enfance n'est pas reconnue et n'est même pas représentée. Pendant toute cette époque, l'enfant est considéré comme un adulte en miniature. *"On pensera plutôt qu'il n'y avait pas de place pour l'enfance dans ce monde"* ⁸[Ariès 73]. L'enfant, perçu comme un être humain en réduction, est peu intéressant en lui-même. Il est protégé seulement pour l'espérance qu'il représente. Une sorte, de détachement et de fatalisme, se perpétue ainsi vis-à-vis des enfants qui meurent en grand nombre et très tôt dans les premières années de la vie. *"Faut-il insister, sur l'indifférence à l'égard du nourrisson qui ne prend une place réelle dans la famille que s'il survit ? L'enfance est par ailleurs absente de la littérature classique, ce n'est pas un thème noble. Au travers de la correspondance et des livres de raison, on relève peu de notations sur les enfants ; elles sont fugitives et marquent souvent une distance par rapport au bébé, distance qui s'accuse encore s'il s'agit d'une fille. Ce petit être sans personnalité est un jeu dans les mains des adultes. On le câline, on le mignote comme un petit animal"* ⁹[Gélis 78].

Cependant, traditionnellement et partout sur la planète, l'enfant est accueilli dès la naissance, dans un monde de femmes. Ainsi, depuis l'Antiquité les représentations populaires, les textes savants, insistent sur la continuité du lien charnel entre le nouveau-né et sa mère, de la grossesse à l'allaitement. Selon la théorie des humeurs de Galien, le lait est du sang «blanchi»,

⁵ pp 64-69 Gélis 78

⁶ p 88 Gélis 78

⁷ p 89 Gélis 78

⁸ p 53 Ariès 73

⁹ pp 35-36 Gélis 78

il remplace le sang comme mode de transmission. Et même si l'allaitement paraît naturel, l'enfant n'est pourtant pas mis au sein immédiatement pour ne pas mélanger les deux humeurs qui s'évacuent, le sang et le lait. Une nourrice est alors souvent mise à contribution. L'enfant est nourri par la mère seulement après cette période et le plus souvent à la demande. Cependant au XIX^{ème} siècle, en accord avec une idéologie érigeant l'ordre et la discipline comme vertus suprêmes, cette manière de faire sera corrigée, imposant la rigidité des horaires. Dans le même temps, l'allaitement mercenaire disparaît progressivement. Alors une attitude moralisatrice plus que scientifique se développe chez les puériculteurs français vis-à-vis des mères qui n'allaitent pas. Les causes de la mortalité des trois quarts des enfants vers 1928, sont en effet imputées, à l'utilisation du biberon. Ainsi en 1938, A. Pinard insiste sur le fait que «le lait appartient à l'enfant».

Les notions de naturel et d'artificiel s'affrontent alors. *"En réalité l'opposition, naturel ou artificiel n'est pas une opposition pertinente. Tous les auteurs qui la brandissent sont eux-mêmes manipulés par un système de valeurs dont ils ne sont pas conscients. Il s'agit seulement de l'antinomie nature/culture : rien n'est naturel en soi, tout comportement ou idée est repris à l'intérieur d'un système culturel qui y attache telle ou telle valeur positive ou négative. Comme le remarque justement le psychiatre G. Mendel : «Dans une société non industrielle, le seul mode d'alimentation du nourrisson est le sein. Mais la manière dont le sein sera donné est culturelle».* La nature n'existe pas, tout est culture" ¹⁰[Delaisi de Parceval 01].

Pendant très longtemps, le regard sur l'enfant est donc bien particulier.

En effet, le petit d'homme considéré comme une réduction adulte mais inachevé apparaît ainsi dans les représentations populaires et artistiques. Pour cette raison, dès sa venue au monde, il est soumis à de nombreuses pratiques contribuant à façonner son corps, pour qu'il ne demeure pas au stade animal, pour le rendre indépendant et lui apprendre la station debout. *"Le corps représente un tout dans sa représentation populaire ; l'aspect d'une partie visible témoigne de ce que l'on garde caché. C'est pourquoi au grand dam des médecins, les mères demandent souvent à la vieille femme qui assiste à l'accouchement de pétrir la tête de l'enfant, de lui pincer le nez"* ¹¹[Loux 79]. Pour que le corps soit maintenu droit et ne reste pas dans la position fœtale qui évoque encore l'animalité, il est emmaillotté avec des bandelettes serrées. Ce n'est qu'au contact de sa mère lors de l'allaitement qu'il découvre son propre corps dans la chaleur et la tendresse de celle-ci. «L'extravagante et barbare pratique du maillot», selon les termes de Rousseau, est difficilement abandonnée pour laisser le nouveau-né se développer librement et harmonieusement. Certains médecins de l'époque moderne recommandent même alors la pratique d'un bain tiède ou bien ils préconisent de laisser à l'enfant la position qu'il avait dans le sein de sa mère. Néanmoins, l'habitude de l'emmaillotement se retrouve encore jusqu'au début du XX^{ème} siècle dans les institutions de nombreuses régions de France.

Le nouveau-né s'endort ensuite le plus souvent dans le lit de ses parents. Mais cette manière de faire très répandue, déjà réprimée par l'Eglise depuis le Moyen-Âge, voit sa condamnation reprise par les médecins et par les sages-femmes au XVIII^{ème} siècle. L'interdiction du contact entre l'adulte et l'enfant, la nuit notamment, est alors très vive. Malgré cet interdit, de nombreux enfants sont pourtant couchés avec leur mère ou même avec leur nourrice qui est un relais fréquent auprès des mères.

La nourrice constitue en effet cette aide précieuse pour les mères qui ne souhaitent pas pour

¹⁰ p 108 Delaisi de Parceval 01

¹¹ p 62 Loux 79

diverses raisons s'occuper de leur enfant. La mise en nourrice très ancienne apparaît vers le XIII^{ème} siècle. Du fait des nombreuses grossesses des mères, elle est introduite surtout dans les milieux aisés au XVII^{ème} siècle. Au siècle suivant, cet usage gagne toutes les couches de la société urbaine y compris les plus populaires. Ainsi à Paris, un bureau des nourrices réglemente et permet de présenter de bonnes nourrices aux parents. Mais, dans d'autres régions, cela est différent. Par exemple, à Lyon, le plus grand désordre règne concernant cette activité. Les enfants ne sont pas surveillés, ils se perdent ou meurent. C'est seulement au XIX^{ème} que les nourrices sont accueillies dans les familles bourgeoises. *"Au début du siècle, la femme qui allaitait l'enfant n'était pas nécessairement la mère. Par nécessité ou par goût, les personnes de la ville engageaient de jeunes campagnardes comme nourrices"* ¹²[Delaisi de Parceval 01]. Le propre bébé de la nourrice est alors renvoyé dans son pays où il est nourri au biberon avec du lait de vache par une tante ou une grand-mère. La survie, de cet enfant-là, est alors très précaire.

Peu à peu, des évolutions de comportement à l'égard de la naissance et de la petite enfance se manifestent. C'est à la fin du XVIII^{ème} siècle et surtout au début du XIX^{ème} siècle que le changement apparaît. La prime éducation devient objet de savoir et d'études. La littérature est riche en témoignages et en critiques des pratiques maternelles. Des sources abondantes et cohérentes illustrent alors la prise en main des destinées de l'enfant par l'Etat, par les associations reconnues et le corps médical.

La rupture est visible à la fois dans le comportement de la société et dans l'attitude vis-à-vis de l'enfant qui devient sans doute un enjeu politique. Mais la raison d'état n'est certainement pas la seule. L'enfant représente aussi un moyen d'une reconquête religieuse. L'Eglise et l'Etat, au travers des médecins, tentent de se donner des moyens pour agir et sauver les nouveaux-nés et les nourrissons. *"Au-delà de son aspect humanitaire et populationniste une telle entreprise tend évidemment à établir un contrôle venu de la ville sur une population rurale aux pratiques thérapeutiques traditionnelles"* ¹³[Gélis 78].

La société dans son ensemble fortifie peu à peu le sentiment de la famille, source de toutes les vertus et de cette force nécessaire face à la misère et au désespoir. Les conditions de survie du petit enfant changent alors. Dès la fin du XIX^{ème}, les règles de puériculture et les découvertes de Pasteur donnent pour la première fois au savoir médical sur l'enfance, une cohérence et une efficacité exceptionnelle. La nation puéricultrice et pastorienne permet de repeupler la France décimée par la guerre précédente. Cependant, *"alors qu'apparaît, autour des berceaux une sensibilité beaucoup plus vive, de la part des parents en général et de la mère en particulier, l'enfant, pour son bien-être et sa santé, devient l'objet privilégié d'une médecine plus envahissante. La médicalisation progressive de la grossesse, de l'accouchement et des jeunes années transfère à des techniciens de la vie le savoir sur le corps. Le savoir traditionnel privilège des femmes est dévalorisé et peu à peu oublié"* ¹⁴[Gélis 78].

Pourtant F. Loux, qui s'appuie sur le matériel des observations retrouvées dans les savoirs et traditions de la société rurale de ce même XIX^{ème} siècle, note à travers les proverbes et les comptines tout un savoir sur le corps et notamment sur celui de l'enfant. C'est bien la mère qui demeure, après la naissance, l'élément central de la perception de l'enfant. *"Intuitivement, les mères n'ont-elles pas senti que le bercement, ce rythme régulier proposé de l'extérieur comme autrefois les mouvements maternels, calme l'enfant à l'entrée du sommeil, le rassure, renoue*

¹² p 95 Delaisi de Parceval 01

¹³ p 211 Gélis 78

¹⁴ p 231 Gélis 78

les liens avec l'univers fœtal. Confondue à cette sensation du corps et celle de la voix de la mère chantant une berceuse, cette voix est rythmée, elle suit le bercement, elle fredonne une chanson, une mélodie" ¹⁵[Loux in Herbinet 95].

Après cette longue évolution historique où les accidents d'accouchements et les phénomènes épidémiques sont maîtrisés, le nouveau-né vit, mais *"l'enfant demeure un être à éduquer, à canaliser, voir à mater et non pas un être à découvrir. Les intuitions de Gerson au XV^{ème} siècle ou de Rousseau au siècle des Lumières avaient peu de chance de déterminer un changement irréversible : dans une société dure qui se construit sur un rapport de force - au XIX^{ème} siècle plus encore qu'avant - l'enfant demeure toujours le plus faible et le plus silencieux"* ¹⁶[Gélis 78].

Ensuite peu à peu, la pédiatrie se développe et vers 1950 apparaît la pédiatrie néonatale. Le premier traité de médecine néonatale en langue française est rédigé par P. Vert et L. Stern en 1985. Les connaissances sur l'enfant malade se précisent et progressent de manière incroyable. L'utilisation, des techniques de plus en plus performantes (l'échographie, les explorations biochimiques et génétiques...), permet de mieux répondre aux pathologies rencontrées.

Des observations vont être ainsi menées par différentes équipes de recherche, éthologues notamment, psychiatres, psychanalystes, psychologues surtout, pédiatres, gynécologues-obstétriciens et quelques sages-femmes. Elles vont faire évoluer des notions autrefois érigées en vérités. Cependant ces études restent méconnues ou fréquemment inexploitées du fait de la persistance d'un cloisonnement entre les différents champs de connaissance. Elles n'en demeurent pas moins là, pouvant satisfaire la curiosité et l'intérêt de chacun.

Mais malgré tout, de nos jours, *"le grand inconnu reste le nouveau-né en bonne santé, celui qui naît à terme, après une grossesse normale ; l'enfant dans les bras de sa mère, dans son premier bain ; celui qui s'installe à la vie aérienne en modifiant son circuit cardio-circulatoire, qui cherche sa nourriture, qui régule sa température corporelle ; celui qui découvre l'espace et donc la liberté de se mouvoir, de s'étirer après de longues semaines de repli utérin ; celui qui regarde, écoute, perçoit les odeurs et les goûts, celui qui découvre les caresses, la tendresse et les mots"* ¹⁷[Thirion 86].

Aujourd'hui, la surveillance médicale prénatale, centrée avant tout sur des constantes physiques objectives, permet aux professionnels de santé de contrôler le bon déroulement de la gestation, de l'accouchement et de la naissance. Ces différents temps sont par ailleurs soumis à des protocoles relativement bien codifiés. La période post-natale pour la mère et pour l'enfant est également assujettie à une surveillance médicale. Mais au-delà de l'abord physique, les aspects psychiques, affectifs et émotionnels, les aspects sociaux sont souvent laissés de côté. Par ailleurs, les préoccupations, cantonnées dans une recherche de performance et de chiffres toujours plus satisfaisants, semblent souvent ignorer la recherche de la qualité d'un bien naître pour le nouveau-né et d'un bien-être notamment pour les mères et les enfants, dans un espace de liberté intime et personnalisé.

Les responsabilités incombent sans aucun doute en premier lieu aux parents et *"ces derniers sont en effet de plus en plus nombreux à s'intéresser aux problèmes du développement et de la*

¹⁵ pp 129-130 Loux in Herbinet 95

¹⁶ p 233 Gélis 78

¹⁷ p 22 Thirion 86

psychologie de leurs enfants. Ils prennent conscience que le monde moderne avec le travail nécessaire mais de plus en plus prenant des jeunes mères, n'est pas idéalement adapté aux besoins ni aux conditions minimales pour un bon développement du petit enfant." ¹⁸[Cohen-Solal 99]. Et si les parents ont des compétences qu'il convient de confirmer, les responsabilités sont attribuées également aux professionnels qui sont censés posséder et ont le savoir. Pourtant ceux-ci hésitent ou évitent de partager ce savoir. En effet cela n'est pas si simple : *"Qu'est-ce que cela veut dire de pénétrer dans ce territoire de l'autre ?... c'est maintenant l'occasion de dire l'importance que peut avoir le fait que, dans certains cas où on ne nous demande rien, nous n'avons pas à mettre notre grain de sel... C'est bien la difficulté. Comment sans le vouloir, nous allons répéter du «mauvais» là où nous voulons mettre du «bon» en croyant que nous sommes au clair avec une théorie. C'est aussi une question d'ordre philosophique au sens noble du terme : quel est le sens de ce que nous faisons ?"* ¹⁹[Visier 94].

Ce n'est donc que depuis une cinquantaine d'années que l'observation et la recherche ont pris leur essor dans ce domaine considéré comme exclusivement féminin et c'est encore plus récemment qu'il existe une inter-communication avec un échange de ces multiples connaissances.

Dans les années soixante, *"on pensait encore que le nourrisson était un être végétatif, un tube digestif qui nécessitait des soins, qu'il fallait nourrir, un être dont la conscience ne s'éveillait qu'au moment de l'apparition du langage. Commençait alors le travail d'éducation qui relevait plus du dressage d'animaux sauvages que d'une relation de personne à personne. On sait maintenant que, bien longtemps avant l'apparition du langage articulé, le bébé est dans le langage. Il est dès le départ sans doute un être de relation, de communication"* ²⁰[Martino 85].

Alors si la science ne s'est que très peu intéressée à l'enfant, avec un peu d'optimisme, il est acquis aujourd'hui quasi unanimement que, dès sa naissance et dans ses premiers âges, «le bébé est une personne». Et cette personne est une totalité complexe. *"C'est sans doute un être biologique dont le développement suit une dynamique génétiquement programmée, mais ses compétences tant préformées qu'acquises, en font une personne, en perpétuel apprentissage ; enfin il se révèle un individu social. Aucun aspect ne peut être négligé, non plus que les traits d'union qui lient les volets de la personnalité naissante : les dysharmonies des subtils liens qui se tissent entre phénomènes biologiques, états émotionnels, apprentissage, interactions sociales préparent tous les mauvais fonctionnements ultérieurs"* ²¹[Montagner 88].

Ainsi certains se sont penchés sur cette question de la naissance et sur le développement de l'enfant depuis le début du XX^{ème} siècle. Ces interrogations sont pourtant toujours d'actualité. C'est à la suite de S. Freud pour qui *"l'enfant apprend à aimer d'autres personnes... et cet amour se forme sur des rapports établis avec la mère pendant la période d'allaitement et en continuation avec ceux-ci"* ²²[Freud 42] que certains auteurs (M. Klein, A. Freud, R. Spitz notamment dans ses observations sur l'hospitalisme) et d'autres encore ont contribué au fondement théorique des réflexions qui permettent d'avoir un autre regard, une autre approche des relations qui s'établissent entre un enfant et sa mère, entre un enfant et ses parents, entre un enfant et les adultes qui vont prendre soins de lui dès sa naissance. Les recherches

¹⁸ p 10 Cohen-Solal 99

¹⁹ pp 12-20 Visier 94

²⁰ p 167 Martino 85

²¹ p 13 Montagner 88

²² p 133 Freud 42

conduites par M.D.S. Ainsworth et évoquant le concept de base de sécurité "*démontrent que l'attachement de l'enfant se développe en relation avec des figures significatives surtout la mère*" (l'interaction avec le père ayant moins été étudié). Le travail de S. Fraiberg "*a ouvert ce continent de l'univers parental aux prises avec son propre passé, avec ses carences affectives...*"²³[Gauthier in Cohen-Solal 99].

C'est une telle évidence qu'un enfant tout seul ne peut exister, pour survivre il a besoin de nourriture et aussi d'attachement dès qu'il naît [Winnicott 57].

La naissance est-elle donc à considérer comme étant la crise de l'existence la plus difficile à surmonter ? C'est ce que suppose M. Montessori quand elle écrit : "*l'embryon a grandi dans un lieu où il était à l'abri de tout heurt, de toute variation de température ; dans un liquide moelleux et uniforme créé spécialement pour son repos ; où ne l'a jamais atteint le moindre rayon de lumière, le plus léger bruit... et le voilà qui change d'ambiance pour venir brusquement à l'air.. Quand il arrive dans notre monde nous ne savons pas le recevoir*"²⁴[Montessori 36].

Le «traumatisme de la naissance» avec la douleur, l'angoisse et la violence est évoqué par quelques-uns et notamment par O. Rank [Rank 68]. Ce thème est d'ailleurs à la source d'une divergence avec S. Freud. Dans les années quatre-vingt, les interrogations scientifiques mêlées de poésie de certains médecins n'ont pas laissé indifférents et ont suscité de nombreuses réactions. "*Pensez-vous que les enfants soient heureux de venir au monde ?... Quand un enfant vient au monde, il commence par crier. Et ce cri réjouit l'assistance.... Ces cris des nouveaux-nés que disent-ils ? Que les réflexes sont normaux. Que la machine fonctionne. Les hommes sont-ils des machines ? Les cris ne disent-ils pas une souffrance ?... Naître serait-il douloureux autant qu'accoucher l'était, jadis, pour la mère ? Et s'il en est ainsi qui s'en soucie ? Personne, j'en ai peur, à voir le peu d'égards avec lequel on traite l'enfant quand il arrive. C'est une idée solide, un postulat bien ancré qu'un nouveau né, «ça» ne sent rien, «ça» n'entend pas, «ça» ne voit pas..., en somme c'est un objet. Et s'il n'en était rien ? Si d'aventure, c'était déjà une personne ?*"²⁵[Leboyer 80]. Cet auteur conscient de la violence de l'événement de la naissance invite à ne pas ajouter, au travers des pratiques professionnelles, une violence supplémentaire vis-à-vis du nouveau-né. C'est pourquoi il propose un accueil de celui-ci plus en douceur, plus chaleureux, plus respectueux d'un être humain venant au monde.

Par ailleurs, faisant suite à des études américaines affirmant curieusement l'absence d'interférence entre affectivité et intelligence, il apparaît de plus en plus que "*le développement affectif et le développement cognitif, sont étroitement liés. J'ai toujours considéré et je l'ai écrit, que le développement de l'enfant est une quête d'amour qui se fait dans l'angoisse. A propos de cette angoisse des premiers temps, qui va structurer l'enfant, Winnicott disait qu'elle est inimaginable et je partage absolument ce point de vue. Inimaginable bien sûr pour un adulte. J'ajouterais qu'affectivité et intelligence sont liées au point que la «bêtise» me paraît être une «névrose» !*"²⁶[Cohen-Solal 99].

Ainsi, la remarque de F. Dolto prend tout son sens quand elle écrit : "*Le sort qui est réservé aux enfants dépend de l'attitude des adultes. La cause des enfants ne sera pas sérieusement*

²³ pp 29-39 Gauthier in Cohen-Solal 99

²⁴ pp 17-18 Montessori 36

²⁵ pp 13-15 Leboyer 80

²⁶ p 20 Cohen-Solal 99

défendue tant que ne sera pas diagnostiqué le refus inconscient qui entraîne toute société à ne pas vouloir traiter l'enfant comme une personne dès sa naissance, vis-à-vis de qui chacun se comporte comme il aimerait qu'autrui le fasse à son égard" ²⁷[Dolto 85].

2.1.2 L'attachement entre l'enfant et ses parents

La reconnaissance et le respect de la compétence d'une mère d'abord puis d'un père également ont quelques difficultés à prendre corps. Le doute persiste sur leur savoir, savoir faire et savoir être. Pourtant seule la confiance dans leurs capacités et la confirmation de celles-ci permet une évolution vers le respect de chaque enfant qui naît.

Il est vrai que "le sujet - de la naissance - en effet n'est pas seulement scientifique, mais affectif, passionnel. La naissance soulève en chacun des passions, des émotions. Elle est le lieu de projections. Chacun de nous a, à sa manière, un projet pour l'enfant, imagine des dangers pour lui, souhaite des améliorations, voit quelque chose à corriger du côté des parents ou encore de la nature" ²⁸[Herbinet 78].

Ainsi le petit enfant, dès sa naissance, peut être considéré comme le récepteur muet et sans défense de toutes ces projections *"donnant ainsi la preuve que le monde, l'humanité et la société doivent toujours nécessairement être comme nous les avons connus dans notre passé"*, comme le remarque A. Miller dans son livre «L'Enfant sous terre». Par ailleurs *"dès que l'enfant peut être davantage que le simple porteur des projections parentales, il devient pour les parents une inépuisable source de savoir non déguisé sur la nature humaine. Il est dans sa nature de vouloir exprimer dès son plus jeune âge, la sensualité, le plaisir de son propre corps, le plaisir de la tendresse de l'autre, le besoin de parler, d'être entendu, vu, compris et respecté, de ne pas devoir réprimer la colère ni la fureur, et de pouvoir exprimer d'autres sentiments comme le deuil, l'angoisse, l'envie et la jalousie"* ²⁹[Miller 86].

Sans cesse évolutives et en mouvement, les connaissances anciennes et nouvelles obligent à repenser en permanence les pratiques autour de cet événement de la naissance pour qu'il soit l'augure d'un avenir confiant et d'une ouverture au monde en toute sécurité, physique, psychique, affectif pour l'enfant, pour la mère et le père.

Aujourd'hui la constitution des liens entre un bébé et ses parents apparaît bien comme un phénomène complexe qui évolue tout au long de la maternité, voir même bien avant. *"L'enfant ne va bien que si sa mère va bien. Et pour elle aller bien c'est pouvoir aimer (et haïr) sans détruire et sans être détruite. Donner sans (se)perdre. Une gageure, un pari essentiel que la femme ne peut gagner seule et dans lequel l'homme a son jeu à jouer, sa place à tenir, sa paternité à construire"* ³⁰[Revault d'Allonnes 94].

2.1.2.1 Être mère

En lisant, «L'histoire des mères du moyen-âge à nos jours», il semble que les hommes ont toujours cherché, à travers leurs discours (ecclésiastique, juridique, médical) à diriger les mères. Cependant, ils y parviennent de façon incertaine. Avant le XVIII^{ème} siècle, dans les

²⁷ p 189 Dolto 85

²⁸ pp 94-95 Herbinet 78

²⁹ pp 180-181 Miller 86

³⁰ p 105 Revault d'Allonnes 94

milieux ruraux en France où huit femmes sur dix sont des paysannes, le culte de la mère féconde et nourricière mettant au monde de nombreux enfants représente le centre et la source de toute la culture féminine. Puis à la révolution et avec l'avènement de l'industrialisation et du travail des femmes, les mères revendiquent et expriment leur désir de maîtriser leur fécondité. L'évolution est certaine et l'histoire continue de s'écrire. Actuellement, une compréhension différente de la maternité émerge ainsi peu à peu. *"Ce qui est nouveau, de notre temps c'est moins la liberté des mères que leur degré de conscience... Elles se demandent désormais si elles veulent un enfant et pourquoi elles le veulent, quand, où et comment elles le mettront au monde ; elles s'interrogent sur les sentiments qu'elles lui portent, sur la charge et la responsabilité qu'il représente, sur le pouvoir qu'elles exercent en l'aimant et en l'élevant, sur le rôle du père"*³¹[Knibiehler 80].

Dès la fin du XIX^{ème} siècle avec l'essor de la puériculture, des jugements concernant les mères ainsi que la qualité des soins qu'elles dispensent, apparaissent dans les manuels. *"Ils portent sur la qualité, voire sur l'existence de l'instinct maternel, thème important puisque la relation mère-médecin en est l'enjeu (si la femme possède le bon instinct, il va de soi que le recours au docteur est inutile ou secondaire). Mais d'entrée de jeu les cartes sont faussées : on dénie à la mère toute compétence spontanée, on la rabaisse au rang de sous-mammifère"*³²[Delaisi de Parseval 01].

Les définitions de l'instinct varient ainsi selon les dictionnaires. Dans le Larousse 1971, il est fait l'éloge de l'instinct maternel comme étant une «tendance primordiale qui crée chez toute femme normale un désir de maternité et qui une fois ce désir satisfait, incite la femme à veiller à la protection physique et morale des enfants». Le Petit Robert 1984 définit l'instinct comme étant une «impulsion qu'un être vivant doit à sa nature ; un comportement par lequel cette impulsion se manifeste ; une tendance innée et puissante commune à tous les individus d'une même espèce». Le renvoi au terme de libido fait référence à l'instinct maternel, c'est-à-dire au «désir» ; ainsi il est chez «Freud, une énergie psychique sous tendant les pulsions de vie, les pulsions sexuelles et chez Jung, toute forme d'énergie psychique, quel que soit son objet» [Robert 84]. Mais le débat à propos de l'instinct maternel demeure toujours d'actualité.

Pendant très longtemps en effet, en parcourant cette histoire des mères et de manière universelle, la croyance est que l'attitude maternelle relève de l'instinct.

Pourtant E. Badinter fait le constat que l'instinct maternel est un «mythe». Pour elle, l'amour maternel est un sentiment et comme tel il est voué à des variations. Cela lui fait écrire que *"l'amour maternel ne va pas de soi. Il est «en plus»"*³³[Badinter 80]. Elle n'est pas la seule à tenir ces propos. *"Longtemps le talent des mères a paru soumis à la force d'un instinct nous unissant au monde des vivants. La psychologie moderne est en mesure de réviser cette idée conforme au bon sens, d'un instinct maternel universel. La connaissance scientifique vient ainsi remettre en cause une sagesse populaire... La maternité n'est plus réductible à l'enfantement et ne va plus de soi. Elle peut être décrite, non comme un processus physiologique planifiable, mais comme une aventure vitale doublée d'une expérience intérieure unique. Aventure du psychisme, elle n'est pas non plus l'apanage du seul sexe féminin et l'empathie de beaucoup d'hommes, en particulier dans les gestes de soins aux bébés, y trouve son explication"*³⁴[Bydlowski 00]. De même pour D. Stern *"la constellation*

³¹ p 364 Knibiehler 80

³² p 46 Delaisi de Parseval 01

³³ p 369 Badinter 80

³⁴ p 11 Bydlowski 00

maternelle n'est pas universelle et elle n'est pas innée" ³⁵[Stern 95].

La réflexion pertinente de ce praticien le conduit à déterminer quatre thèmes composant cette constellation maternelle. *"S'agissant du premier thème, le thème de la croissance de la vie, la question primordiale est : «La mère peut-elle garder l'enfant vivant ?» Peut-elle assurer son développement et sa santé physiques ? Le second thème concerne l'engagement socio-émotionnel de la mère avec le bébé ; c'est le thème de la relation primaire. Les questions essentielles sont : la mère peut-elle aimer son bébé ? Peut-elle ressentir que le bébé l'aime ? Peut-elle reconnaître et croire qu'il est vraiment son bébé ? Le troisième thème concerne la nécessité pour la mère de créer, accepter et réguler un réseau de soutien protecteur et bienveillant, qui lui permette d'accomplir pleinement les deux premières tâches. Le thème de la matrice de soutien est inévitable, compte tenu des exigences énormes que l'enfant et la société imposent à la mère, sans pour autant la préparer, ni lui donner les moyens d'y répondre. Le quatrième thème concerne la nécessité pour la mère de transformer et de réorganiser son identité"* ³⁶[Stern 97].

De toute évidence et si la glorification de la mère n'est plus de mise aujourd'hui, le comportement maternel est aussi affaire d'apprentissage. Néanmoins, tout le monde s'interroge et il reste un ensemble de questionnements. Les femmes elles-mêmes souhaitent mettre en avant les droits de l'enfant. *"C'est pour les mères la meilleure justification de leurs revendications, la plus haute glorification de leurs efforts ; c'est sur cette base qu'elles défendront le mieux leur dignité propre. A partir de leur expérience elles préciseront le détail de ces droits, elles veilleront à ce qu'ils soient respectés. Les hommes qui nous gouvernent oublient trop vite qu'ils sont pères"* ³⁷[Knibiehler 97].

2.1.2.2 Devenir père

Les pères, sont-ils dépourvus d'instinct... paternel ? La littérature et les définitions parlent peu de celui-ci. Le père est un grand absent. Cependant, eux aussi ont une histoire, même si *"ce n'est que depuis quelques années que certains ouvrages s'adressent à lui ouvertement comme géniteur à part entière, c'est-à-dire comme à quelqu'un que l'attente et la vie en commun avec un jeune enfant peuvent intéresser"* ³⁸[Delaisi de Parseval 01].

Dans «L'histoire des pères et de la paternité», la figure du père est placée sous des éclairages variés. Ainsi sont soulignés, les rapports qu'entretiennent les paternités d'un temps, avec le droit de filiation, avec les représentations diverses de l'autorité, des devoirs paternels, des notions de respect, en relation avec la hiérarchie des valeurs et des normes d'une époque, avec enfin un rapport à la famille et à l'enfance. La présence, invisible et incertaine des pères au temps des premiers actes de la vie, contraste avec l'éventail de leurs responsabilités. Il leur faut maintenir et intégrer, corriger et surtout éduquer. La déchirure existe entre les intérêts et le cœur. Mais l'apprentissage se fait avec lenteur. La puissance paternelle, considérée d'essence divine comme celle du roi, a suivi celui-ci dans sa chute et jusque dans sa mort. La place du père est en perpétuelle évolution au fil des changements sociaux et des transformations économiques. Le paterfamilias est mort. De révolution en évolution là aussi, la fonction paternelle est en plein bouleversement.

³⁵ p 226 Stern 95

³⁶ pp 228-34 Stern 97

³⁷ pp 358-359 Knibiehler 97

³⁸ p 52 Delaisi de Parseval 01

Désormais c'est le règne de l'autorité parentale. *"Le père partage tout avec les enfants - dont l'intérêt prime - avec les femmes dont le droit est heureusement reconnu. Les lois interrogent ainsi tout le reste, car «qu'est-ce qu'un père» qui n'a plus de puissance et qui n'est plus chef de famille ? Or cet effacement s'accompagne d'un mouvement en apparence contradictoire pour développer une plus grande charge affective et relationnelle entre les pères et les enfants. L'essentiel est qu'un nouveau style de relations permette de transmettre ce qui demeure indispensable, c'est-à-dire le sens de la filiation, donc celui de la différence. Tout le dilemme juridique de la paternité et de la filiation, - celle-ci étant aujourd'hui comme hier le résultat d'un phénomène biologique, celle-là relevant de la volonté - pourrait-il alors se résoudre ?"* ³⁹[Delumeau 90].

Alors comment vivre et assumer sa place de mère, de père, de parents ? Comment les professionnels peuvent-ils reconnaître et conforter chacun dans la place qui lui revient, mais qui reste encore à découvrir ?

2.1.2.3 Naître parents

Depuis quelques années, le terme de «parentalité» désigne le processus par lequel une mère et un père deviennent parents. En 1985, R. Clément est le premier à utiliser ce terme. Il est aussi question de «parentification» dans les propos de S. Stoléru. C'est à partir de ses propres travaux en 1961 que P.C. Racamier propose en évoquant le processus psychique à l'œuvre pour chaque femme devenant mère, le mot «maternalité». Par extension aux deux parents, le terme de parentalité est alors peu à peu employé. *"La «parentalité» peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est à dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : Le corps (les soins nourriciers). La vie affective. La vie psychique. C'est un processus maturatif. Par ailleurs la parentalisation est l'influence positive (création ou renforcement exercée par une personne (le bébé par exemple) sur le sentiment qu'a un adulte (le père par exemple) d'être parent. Elle fait donc référence au vécu de l'«identité parentale» et aussi au sentiment de compétence. La paternalisation est la parentalisation appliquée au père, la maternalisation à la mère"* ⁴⁰[Lamour 98].

De toute évidence, *"les femmes ne sont certes pas meilleures qu'eux (les hommes), mais elles ont en commun des expériences spécifiques qui orientent leurs regards et inspirent leurs actions : ce qu'elles ont à dire, aucun homme ne peut le dire"* ⁴¹[Knibiehler 97]. Peut-être, aujourd'hui, suffit-il d'entendre et d'écouter les femmes et les mères, comme elles en ont besoin ? Elles sont si proches de ce bébé en gestation dans leur ventre, leur utérus, leur giron. Leurs intuitions et leurs perceptions, leurs besoins, les autorisent et leur permettent de dire ce qui est essentiel, à condition que les professionnels entendent et respectent leurs paroles, acceptent de découvrir leur féminité et leur différence de sexe.

Certains auteurs éminents, tel D.W. Winnicott, l'ont bien senti. *"Il est d'une importance vitale que nous essayions de comprendre le rôle joué par les mères qui s'occupent de leurs nourrissons afin de pouvoir protéger la jeune mère de tout ce qui peut s'immiscer entre elle et son enfant. Les pères jouent également un rôle dans tout cela, non seulement parce qu'ils peuvent être de bonnes mères pendant des périodes de temps limitées mais aussi parce qu'ils*

³⁹ pp 444-445 Delumeau 90

⁴⁰ pp 26-28 Lamour 98

⁴¹ p 359 Knibiehler 97

peuvent aider à protéger la mère et le bébé contre tout ce qui tend à s'immiscer dans le lien existant entre eux, ce lien qui constitue l'essence et la nature même des soins maternels. Nous avons encore beaucoup à apprendre sur les nourrissons à leur début et seules les mères peuvent nous dire ce que nous désirons savoir" ⁴²[Winnicott 57].

Pour J. Bowlby, psychiatre, psychanalyste (consultant de 1942 à 1972 à la Tavistock Clinic et au Tavistock Institute of Human Relations), "le comportement des parents qui est la réciproque du comportement d'attachement des petits est appelé «comportement de soins»" ⁴³[Bowlby 78]. Il soutient par ailleurs que "le lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant par rapport à sa mère" ⁴⁴[Bowlby 78]. Il constate avec d'autres, que c'est "dans les sociétés humaines plus développées sur le plan économique et principalement dans les sociétés occidentales que les enfants sont couramment hors de contact avec la mère pendant de nombreuses heures du jour et souvent au cours de la nuit aussi" ⁴⁵[Bowlby 78].

Parallèlement aux travaux réalisés par Harlow qui publie en 1958 un article intitulé : "The nature of love", Bowlby cite : cinq systèmes affectifs qui "sont par ordre de développement. 1) Le système d'affectivité enfant-mère qui lie l'enfant à sa mère (appelé ici comportement d'attachement). 2) Le système d'affectivité mère-enfant ou maternel. 3) Le système affectif de nourrisson à nourrisson, entre contemporains ou entre pairs, par le biais duquel les nourrissons et les enfants établissent des interrelations et développent une affection persistante les uns pour les autres. 4) Le système affectif sexuel et hétérosexuel culminant dans la sexualité adolescente et finalement dans les comportements d'adultes conduisant à la procréation. 5) Le système affectif paternel, défini à peu près en termes de réactivité positive des adultes mâles envers les nourrissons, les jeunes et les autres membres de leurs groupes sociaux particuliers" ⁴⁶[Bowlby 78]. Toujours pour cet auteur, "le comportement d'attachement est compris comme étant distinct du comportement alimentaire et du comportement sexuel, et d'une signification au moins égale dans la vie humaine. Durant le cours du développement normal, le comportement d'attachement aboutit à la constitution des liens affectifs ou d'attachement, au début entre l'enfant et ses parents, et par la suite entre un adulte et un autre adulte. Les facteurs principaux déterminant le cheminement du comportement d'attachement d'un individu et la forme du modèle (pattern) qu'il prendra, sont constitués par ses expériences avec ses figures d'attachement durant ses années d'immaturité : la première enfance, l'enfance, et l'adolescence. De la manière dont le comportement d'attachement d'un individu s'organise dans le cadre de sa personnalité, dépend le modèle (pattern) des liens affectifs qu'il pourra organiser durant sa vie" ⁴⁷[Bowlby 84]. D'autre part R. Zazzo, dans le colloque imaginaire où il réunit les notes d'un groupe de praticiens sur la question de l'attachement, conclut ainsi : "le besoin d'autrui n'est pas secondaire au besoin de nourriture, la mère n'est pas «prime de plaisir» ajoutée au plaisir de se nourrir. L'allaitement est évidemment un besoin physiologique premier, mais il est aussi un moyen parmi d'autres de satisfaire le besoin inné d'autrui qui existe en chaque enfant" ⁴⁸[Zazzo 79].

Ainsi, le nouveau-né trouve son équilibre peu à peu, dans la satisfaction de ses besoins vitaux, la faim, le sommeil, le confort corporel et psychique, et surtout l'attachement. Il vit dans une relation symbiotique, avec une totale dépendance à sa mère dont sont tirées ses satisfactions.

⁴² p 12 Winnicott 57

⁴³ p 251 Bowlby 78

⁴⁴ p 247 Bowlby 78

⁴⁵ p 273 Bowlby 78

⁴⁶ p 314 Bowlby 78

⁴⁷ pp 58-61 Bowlby 84

⁴⁸ pp 223-224 Zazzo 79

"Plus proche du physiologique que du psychologique, le nouveau-né vit dans un univers corporel, nébuleuse psychosomatique, peut-on dire qui englobe la mère et d'où vont émerger une à une des activités organisées et les fonctions mentales. La vie du nouveau-né est scandée périodiquement par la cadence des contacts et des soins maternels, dans une discontinuité rythmée qui organise la relation" ⁴⁹[Herbinet 78].

De la solidité de l'attachement dépend son pouvoir «sécurisant-fortifiant». Certains praticiens parlent d'étayage, de sécurité de base. La perte de cette sécurité fortifiante crée probablement une certaine vulnérabilité qui oriente vers un développement fragile. Des études rétrospectives ont comparé des adultes qui ont été séparés précocement de leurs parents avec une autre population d'adultes qui ont bénéficié de cette sécurité fortifiante. Le constat d'un plus grand nombre (il est multiplié par dix) de dépressions chez ces adultes soumis à des séparations précoces est évident. *"Ainsi se trouve confirmée la notion éthologique de séparation précoce, de brisure d'attachement lors d'une période sensible du développement de l'enfant. Cette rupture crée un facteur de vulnérabilité qui s'exprimera peut-être vingt ou trente ans plus tard, provoquée par un événement banal de l'existence... L'organisme se fracture selon le trait de vulnérabilité mis en place très précocement"* ⁵⁰[Cyrulnik 89].

Il apparaît donc bien que les liens qui se tissent entre le bébé in-utero et sa mère, ainsi qu'avec son père, au cours de la grossesse, ensuite autour de la naissance et après, contribuent à l'évolution de l'enfant. *"Cette relation est déterminée, du côté des parents, par un passé riche et plein, et du côté du nourrisson, par un passé minimal en augmentation extrêmement rapide. En l'état actuel, nous ne savons pas encore dans quelle mesure la nature du psychisme de l'enfant est une construction de l'imaginaire parental (désirs des parents, leurs peurs, leurs projets, etc.) c'est-à-dire un produit de la relation elle-même. La mère (et peut-être le père) se trouve néanmoins dans une disposition psychologique particulière que je nomme constellation maternelle. La constellation maternelle est une organisation unique de la vie mentale, et elle est appropriée et adaptée à une réalité : celle d'avoir un enfant en bas âge auquel il faut prodiguer des soins. La relation entre le parent et l'enfant, exclusivement non verbale, use d'un registre largement pré-symbolique"* ⁵¹[Stern 97]. Pour cet auteur, il existe une nuance entre une interaction, (ce que font les deux partenaires en l'occurrence la mère et le bébé), et une relation qui est l'histoire mémorisée d'interactions antérieures. La relation est *"aussi déterminée par la façon dont chacun perçoit et interprète l'interaction à travers ses fantasmes, ses espoirs, ses peurs, ses traditions et ses mythes familiaux, ses expériences personnelles importantes, les pressions du moment et nombre d'autres facteurs"* ⁵²[Stern 97]. Il nomme cet ensemble d'histoire mémorisée et d'interprétation personnelle la représentation de l'interaction. Chacun a sa représentation, la mère, le père, et l'enfant impliqué dans la construction de son propre monde, qui sert à la fois de guide et d'interprète dans l'interaction. Autour, de ce noyau, la famille, les amis, les professionnels donneurs de soins, les réseaux sociaux et la société participent au devenir de l'enfant et ont également leurs propres représentations.

Des études plus récentes ont observé les processus de changement, de stabilisation ou de blocage au sein des systèmes complexes que sont les familles, dans la première année de la vie du nourrisson. Les chercheurs ont plus particulièrement été attentifs au développement du bébé, dans le contexte du triangle primaire constitué par la mère, le père et l'enfant en

⁴⁹ p 32 Herbinet 78

⁵⁰ pp 86-87 Cyrulnik 89

⁵¹ pp 11-13 Stern 97

⁵² p 22 Stern 97

s'appliquant à considérer la famille comme un tout dynamique en action. Leur objectif implique "*l'étude de la propriété systémique qui émerge des interactions d'une famille, autrement dit de l'alliance familiale*" ⁵³[Fivaz-Depeursinge 01]. Différents types d'alliance familiale ont été dégagés : les alliances familiales «coopératives et tendues» où les parents et le bébé collaborent, que ce soit pour celui-ci en s'opposant à eux ou en les aidant et les alliances «collusoires et désordonnées» où un parent semble œuvrer contre l'enfant ou son conjoint, même si ce n'est pas délibéré. Elles concluent que "*les premières apparaissent comme «suffisamment bonnes». Cela constitue pour l'adaptation de l'enfant un contexte favorable et protecteur. Les secondes sont problématiques et ce comportement engendre un contexte restreint et inapproprié qui met en danger l'adaptation socio-affective de l'enfant*" ⁵⁴[Fivaz-Depeursinge 01].

Ces alliances se mettent en place et se révèlent probablement déjà en cours de grossesse. C'est pourquoi il n'est pas vain de se demander si certains suivis médicaux, du processus de la maternité, ne pourraient pas favoriser ces alliances plus coopératives puisqu'ils sont eux aussi générateurs de relations et d'interactions ?

Si la relation triangulaire de l'enfant avec ses parents est un fait psychologique physiologique, elle est aussi une réalité sociale. C'est en fonction des besoins et des valeurs dominantes d'une société donnée que se déterminent les rôles respectifs du père, de la mère et de l'enfant. "*Selon que la société valorise ou déprécie la maternité, la femme sera plus ou moins une bonne mère*" ⁵⁵[Badinter 80].

Ainsi, autour de l'enfant, il est évidemment possible de distinguer plusieurs mondes écologiques. Pour chaque enfant, le premier monde écologique est constitué par le corps de sa mère (dans et hors de celui-ci). Le deuxième monde, c'est l'entour immédiat de la mère, avec le père, la famille, dans son réseau d'intimité. Le troisième qui est un peu plus à distance c'est celui des circuits sociaux, des institutions avec les professionnels notamment et celui des rôles assignés par la culture dans lequel l'enfant va grandir.

Pour D. Stern, les conditions socioculturelles semblent jouer un rôle important voir dominant sur les conditions de la mise en acte des influences psycho-biologiques. Pour lui, les conditions culturelles façonnent la forme définitive de la constellation maternelle. Elles incluent plusieurs facteurs. "*1) La société accorde une grande valeur aux bébés - à leur survie, leur bien-être et leur développement. 2) Le bébé est supposé être désiré. 3) La culture attribue une grande valeur au rôle maternel. 4) La responsabilité ultime des soins au bébé est attribuée à la mère. 5) On s'attend à ce que la mère aime son enfant. 6) On attend du père qu'il procure un contexte de soutien. 7) La famille, la société et la culture n'apportent pas à la nouvelle mère l'expérience, la formation, ou le soutien adéquat pour lui permettre de réaliser seule facilement ou irrécusablement son rôle maternel*" ⁵⁶[Stern 97].

Comprendre et évaluer les échanges entre l'enfant et les parents "*sont des temps essentiels de la prévention et des soins car c'est dans la matrice interactive que se font le développement de la parentalité, le développement de l'enfant et l'instauration des liens*" ⁵⁷[Lamour 98].

Ainsi pour chaque femme dans les sociétés occidentales, le processus de la maternité apparaît

⁵³ p 37 Fivaz-Depeursinge 01

⁵⁴ p 254 Fivaz-Depeursinge 01

⁵⁵ p 14 Badinter 80

⁵⁶ pp 226-227 Stern 97

⁵⁷ p 25 Lamour 98

comme un phénomène complexe où de multiples représentations, interactions, relations, sont mises en jeu, qui conditionnent le devenir de chaque enfant en lien avec sa mère et où chaque homme a une place à prendre. Mais, *"qu'est-ce qui est le propre de la mère ? Après tout, si c'est donner des soins et de l'amour, l'homme a sa partition à jouer. Lui aussi va être maternant, tendre, s'occupant des détails, de l'enfant, inaugurant le corps à corps avec le bébé. Ça aussi, ça fait éclater l'idée de comportement maternel. Mais il reste évidemment quelque chose d'indestructible, une femme n'est pas un homme ! Aimer un enfant comme une femme, ce n'est pas la même chose que de l'aimer comme un homme"* ⁵⁸[Badinter 98].

Et aujourd'hui de surcroît, avec la possibilité de la procréation médicalement assistée cela *"bouleverse des valeurs, des croyances et des représentations que certains jugeaient intangibles. Elle dissocie la sexualité de la reproduction, la conception de la filiation, la filiation biologique des liens affectifs et éducatifs, la mère biologique de la mère porteuse et de la mère éducatrice. Quelle est désormais l'image de la femme devenue médicalement assistée, de l'enfant en tant que produit de la science, du père social qui ne peut prétendre à être père biologique ? Que deviennent les liens de filiation, les relations entre les générations, la double référence parentale masculine et féminine ? Les enjeux de l'éthique biomédicale portent désormais sur les concepts de personne et de liberté ; ils engagent une certaine vision de l'homme et de la femme... Au-delà d'une vision réductrice du «corps de la femme médicalement assistée», de l'effacement du père, de l'éclatement de la famille légitime, craints par certains, c'est peut-être une recomposition du couple autour de l'enfant, d'un enfant «personne à part entière», qui est en train de se construire avec une autre signification et une autre distribution des rôles"* ⁵⁹[Costa-Lascoux in Thébault 02].

2.1.3 «Le bébé est une personne»

Faisant suite aux travaux de J. Bowlby et dans le cadre de ses recherches au Children's Hospital Medical Center à Boston, T.B. Brazelton et son équipe ont analysé les étapes du début de l'attachement. *"Nous avons découvert que l'enfant est un individu étonnamment bien organisé dès sa naissance, et d'emblée en mesure d'adresser des signaux à son entourage pour faire savoir s'il se sent bien ou moins bien. En lui répondant, les personnes qui le maternent lui procurent le contrôle nécessaire... ce qui encourage l'enfant à approfondir sa connaissance de soi"* ⁶⁰[Brazelton 81].

Comment s'élabore cette relation de l'enfant tout au long de la maternité ? Les capacités réceptives et communicantes du bébé sont effectives. Elles existent déjà pendant la grossesse. Elles persistent au cours de l'accouchement. Elles s'amplifient ensuite pendant la période postnatale, avec sa mère en premier lieu, puis avec son père, et enfin avec ceux qui vont prendre soin de lui ou qui sont les représentants de la société.

2.1.3.1 Les capacités sensorielles et interactionnelles du nouveau-né

La venue au monde de l'enfant n'est pas une césure signée par l'acte de naissance. Il existe une continuité sensorielle commencée dans le corps de la mère et qui se prolonge alors sur le corps de la mère, dans le contact avec celui-ci. L'enfant nouveau-né découvre et perçoit alors

⁵⁸ p 48 Badinter 98

⁵⁹ pp 718-719 Costa-Lascoux in Thébault 02

⁶⁰ p 16 Brazelton 81

l'entour de la mère. Celui-ci peu à peu n'est plus médiatisé par elle.

*Ainsi, "on découvre que le nourrisson, malgré l'immaturité du cerveau et des systèmes sensoriels, peut émettre et recevoir des messages, reconnaître êtres et choses. Dès la période qui suit la naissance, il sent, voit, écoute et réagit ; il apprend. Ce monde complexe de voix, d'odeurs, de chaleur, de présences qui est son premier acquis a été considéré jusqu'à une date récente comme de peu d'intérêt. Pourtant, il apparaît de plus en plus que, de ce réseau originel d'informations se tissent le premier attachement, étonnamment précoce, qui lie l'enfant et sa mère, puis l'ensemble du développement du bébé. Les capacités, d'apprentissage, de communication, de régulation biologique même, de l'enfant en dépendent"*⁶¹[Montagner 88].

Les années ne sont pas lointaines où le bébé est considéré par tout le monde y compris la communauté médicale, comme un tube digestif dénué de toutes sensations. Certains persistent encore dans cette idée, quand ils critiquent la réflexion autour de la naissance sans violence.

Les études de plusieurs équipes scientifiques ont montré en effet que les sens du fœtus sont très tôt en éveil. *"Chaque sens a son aube, moment flou que cherchent à préciser les physiologistes. Mais ce n'est pas la chronologie précise de l'apparition des comportements témoignant de l'apparition des perceptions qui nous dira à quel moment, à travers les sensations naissantes et éparses des différents sens, le monde s'organisera, prendra vie pour l'enfant. Car cette étape passe par l'intervention imprécise de la mémoire, apportant une espèce de cohésion, d'unification, quelque chose qu'on n'ose pas encore appeler conscience. Des mémoires pourraient-on dire. Certaines expériences prénatales laissent des traces qui auront leur rôle ; où s'inscrivent-elles ? L'intérêt porté à la mémoire et à la conscience transparait tout au long de ce numéro : tel auteur par le biais d'un conditionnement montre qu'il y a eu mémorisation prénatale ; tel autre se demande si telle capacité du nouveau-né que l'on croyait innée, ne serait pas acquise au cours d'un apprentissage prénatal. Les psychanalystes abordent de plein fouet la mémoire, fil central de leur travail. Les récits mythiques, les traditions, les coutumes et croyances l'évoquent elles aussi ; on en trouvera de nombreux exemples. Tous demandent inlassablement : Que sait-il, cet enfant qui naît ? "*⁶²[Herbinet 95].

Si le fœtus, le nouveau-né ne voit, ne sent, ni n'entend comme l'enfant et l'adulte, il est néanmoins capable de perceptions. Les stimulations diverses venant du monde extérieur ou de l'organisme sont nécessaires au développement de son cerveau.

C'est vers la fin du premier mois au cours de l'organogenèse que les cellules nerveuses jeunes se différencient. Du troisième mois au sixième mois, se mettent en place les neurones effecteurs ou moteurs, les neurones récepteurs et les neurones associatifs. L'histogenèse se poursuit pendant toute la fin de la phase fœtale mais également dans les deux ou trois premières années (ou plus) de la vie postnatale.

Après la naissance, la maturation cérébrale s'étale sur de longues années, jusqu'à une stabilisation vers la période pubertaire. Il s'agit d'une lente et délicate évolution structurale, biochimique, physiologique. *"Les perceptions du fœtus, du nouveau-né et du petit enfant dépendent ainsi de structures génétiquement déterminées dont la maturation paraît elle-même dépendre des stimulations extérieures transmises par les organes des sens. Il existerait donc*

⁶¹ p 7 Montagner 88

⁶² pp 16-17 Herbinet 95

une sorte de dialogue entre les structures initialement en place et le milieu, ce qui constitue un bel exemple de collaboration entre l'inné et l'environnement. L'acquis ne serait dès lors que le fruit de ce dialogue" ⁶³[Herbinet 95]. Si le patrimoine génétique prédétermine le devenir de chaque individu, des expérimentateurs s'intéressant à l'influence du milieu pré et postnatal sur la configuration des structures nerveuses rapportent que le rôle de la fonction agit sur le développement des aires corticales.

La fonction crée l'organe ! L'influence du milieu prénatal ou postnatal est donc capitale, pour chaque fœtus, pour chaque enfant.

En observant les enfants nouveaux-nés, dans le calme et le respect, il apparaît que pour le petit humain, *"la première des compétences, c'est de créer des liens, c'est d'obtenir que ses besoins fondamentaux soient assurés, besoins physiologiques, besoins de tendresse et besoins de relation"* ⁶⁴[Thirion 86]. Et c'est ainsi que toutes ses facultés latentes in-utero vont pouvoir se révéler et s'amplifier.

En premier lieu c'est le système cutané qui se met en place.

Ensuite, c'est le système olfactif puis le système gustatif.

Les systèmes vestibulaire, auditif et visuel s'organisent plus tardivement.

Le toucher

Le développement des récepteurs tactiles semble en place vers vingt semaines de gestation. *"Quelques études relatives au diagnostic de la souffrance fœtale ont montré que diverses stimulations tactiles au cours du travail entraînent une accélération significative du rythme cardiaque chez la majorité des fœtus proches du terme.."* ⁶⁵[Lecanuet in Papiernik 95].

La peau qui est le sens le plus souvent oublié par lequel chaque être humain s'ouvre au monde extérieur et entre en contact avec celui-ci. «La peau et le toucher. Un premier langage», comme le prétend A. Montagu dans l'intitulé de son livre. Cet auteur accompagne son étude sur l'importance de la peau et du toucher de nombreuses références sur les différences existant dans la manière de toucher suivant les cultures. Il met surtout en évidence le caractère fondamental du contact entre le nouveau-né et sa mère dès les premiers instants de la naissance [Montagu 79]. *"Lieu privilégié du moi-corps par lequel commence à s'articuler une ouverture structurante au monde extérieur, médiatisé par le moi-auxiliaire de la mère, la peau constituerait le premier contenant des émois de l'enfant supporté par une mère qui y imprègne concrètement et métaphoriquement ses propres émotions partagées : c'est le moi-peau selon la formule d'Anzieu, représentation aux multiples fonctions d'enveloppe protectrice, différenciatrice d'un intérieur-extérieur, de limite garantissant l'intégrité corporelle, régulatrice des échanges, reliant entre elles les différentes parties du corps en un «tout unificateur»"* ⁶⁶[Bouchart in Herbinet 95]. Déjà in-utero, le fœtus reçoit quantité d'informations au travers de sa surface cutanée. Le contact est permanent avec les parois de l'utérus de sa mère. Chaleur, bercement, alimentation et oxygénation ont une permanence si tout se passe physiologiquement dans une continuité permettant à la vie de se poursuivre. Pour le bébé, il se produit une alternance de vibrations, de mouvements et de repos qui baignent tout son corps selon les périodes de veille ou de sommeil de sa mère.

⁶³ p 41 Herbinet 95

⁶⁴ p 33 Thirion 86

⁶⁵ p 88 Lecanuet in Papiernik 95

⁶⁶ pp 265-266 Bouchart in Herbinet 95

Au moment de la naissance, il fait l'expérience d'une différenciation des corps (le sien et celui de sa mère) au travers des massages occasionnés par les contractions utérines et au moment de l'expulsion. Ensuite se produit l'arrivée dans l'air ambiant où l'adaptation cardio-respiratoire et thermique doivent s'opérer et où, après le premier cri comme signe de vie et d'appel, s'ouvre ainsi la bouche, lieu de la première satisfaction avec la mise au sein. Dans ce corps à corps avec elle, la mère le tient embrassé contre elle-même dans cette reconnaissance de son bébé. *"Ainsi, comme l'écrivait Anzieu, la peau serait ce qui permet au nourrisson de passer du «plaisir à la pensée», mais les plaisirs de peau se distinguent des plaisirs de bouche, se distinguent des plaisirs d'orifices ; la fonction du plaisir de peau réside dans son pouvoir de liaison des différents organes sensoriels et érogènes externes ; liaison amenant la construction d'une enveloppe sensible dont certains points localisés entretiennent des échanges rythmiques et intenses avec l'extérieur ; l'ouverture, résultat d'une motion interne désirante est suivie d'une fermeture laissant place au travail interne d'assimilation"*⁶⁷[Bouchart in Herbinet 95].

Dans ses réflexions et sa pratique, F. Veldman ré-introduit le toucher en lui donnant une dimension beaucoup plus large. Celui-ci n'est pas simplement limité au toucher comme sens. Ce praticien parle de contact psycho-tactile, de toucher mais aussi d'être touché, de sentir et de ressentir. Pour lui *"le toucher est sens de contact et de communication par excellence. Lorsqu'il est négligé, lorsque l'apprentissage du sentir et du percevoir se fait mal ou ne se fait pas, les difficultés de contact et de communication que l'on rencontre à un âge ultérieur sont la conséquence du mal développement de ces fonctions"*⁶⁸[Bastiaans 90]. L'haptonomie est ainsi définie comme une science humaine, *"celle de l'affectivité et du contact psychotactile. Elle repose sur une phénoménalité très précisément décrite par F. Veldman qui montre comment tout événement est à la fois psychique, affectif, musculaire, hormonal, ligamentaire, vasculaire et potentiellement symbolique. Son champ est celui des échanges inter humains dans leur ensemble"*⁶⁹[Dolto-Tolitch in Frydman 98].

Alors, quand ces notions sont prises en compte, toucher un enfant qui naît, c'est déjà le rencontrer, entrer en relation et en communication avec lui. Quelles inscriptions sont laissées sur son corps, sur sa peau au moment de sa naissance ? Cette peau qui est de façon privilégiée, le *"lieu d'échange de l'être qu'elle abrite avec le monde extérieur auquel elle est exposée. Elle s'adapte, incapable de se fermer, aux formidables transformations, fidèle, et maintient notre nécessaire illusion, depuis la naissance jusqu'à la mort, qu'elle est toujours la même malgré les inscriptions qui la marquent, elle à qui nous tenons et qui nous tient... notre peau sensible"*⁷⁰[Bouchart in Herbinet 95].

L'olfaction

Parmi les premières à se former ce sont les structures capables de détecter les molécules odorantes. Les récepteurs olfactifs et le système cérébral correspondant se différencient dès la huitième semaine de gestation. Dans le milieu aquatique où il grandit, le fœtus est baigné par les choix familiaux et culturels de sa mère. *"Il est possible que les molécules aromatiques les plus résistantes aux dégradations métaboliques maternelles et fœtales se retrouvent collectées dans le liquide amniotique et stimulent les chimiorécepteurs fœtaux"*⁷¹[Lecanuet in Papiernik 95].

⁶⁷ p 273 Bouchart in Herbinet 95

⁶⁸ p 180 Bastiaans 90

⁶⁹ p 104 Dolto-Tolitch in Frydman 98

⁷⁰ p 274 Bouchart in Herbinet 95

⁷¹ p 89 Lecanuet in Papiernik 95

A la naissance le nouveau-né reconnaît des odeurs de faible intensité et il se montre capable de discrimination. Dès l'âge de deux jours, il révèle ses capacités olfactives. Il peut alors distinguer deux odeurs proches et notamment l'odeur de sa mère de celle d'une autre mère. Les études menées conduisent à penser que "*l'olfaction facilite la recherche et la prise du sein maternel*" ⁷²[Lebovici 83]. Le réflexe de fouissement observable chez tout nouveau-né est sans doute le résultat de cette recherche spontanée par l'enfant de l'odeur de sa mère, de son sein, du lait. Il suffit de laisser le bébé trouver à son rythme le mamelon odorant quelques instants après la naissance et de le regarder téter. Il sait tout simplement.

La gustation

Elle se développe au cours de la vie intra-utérine (des observations lors d'échographie révèlent que l'absorption de liquide amniotique est plus importante en quantité suivant la saveur et le fœtus présente nettement une activité plus intense de la déglutition quand la substance est sucrée). Cette activité persiste de la même manière chez le nourrisson.

Cependant, "*les données comportementales concernant la réactivité gustative du fœtus sont peu nombreuses et inconsistantes*" ⁷³[Lecanuet in Papiernik 95]. Néanmoins, les bourgeons gustatifs se développent très précocement vers douze semaines. Les cellules gustatives tapissent toute la cavité buccale du nouveau-né.

Le nourrisson montre très rapidement ses capacités de discernement entre des saveurs différentes (salé, sucré, amer, acide). Il manifeste son plaisir ou son déplaisir par des mimiques très évocatrices. "*Les saveurs auxquelles l'enfant au sein est confronté dès la naissance ne sont peut-être pas nouvelles pour lui. Le liquide amniotique n'aurait-il pas aussi une saveur ?*" ⁷⁴[Barrois in Herbinet 95]. L'enfant en tétant retrouve sans doute dans le lait les saveurs du liquide amniotique éprouvées pendant sa vie intra-utérine.

Ces saveurs perçues préalablement jouent-elles un rôle dans la stimulation de l'appétit du bébé et déterminent-elles ses choix alimentaires ultérieurs ? Autant de questions qui peuvent intéresser les mères et les professionnels.

L'audition

Dans l'utérus maternel, l'enfant se trouve dans un environnement sonore très riche. Il perçoit les bruits internes provenant de sa mère mais aussi tous les sons en provenance de l'extérieur. Certaines données anatomiques font penser que l'appareil auditif humain peut fonctionner dès l'âge de vingt semaines. Les travaux de Querleu et de son équipe réalisées en France dans les années quatre-vingt ont mis en évidence la présence de réactions motrices et d'accélération cardiaques chez l'enfant, lors de stimulations auditives. Il existe probablement par ailleurs, une mémorisation des expériences sonores vécues in-utero. "*Des études épidémiologiques montrent que l'exposition de futures mères à des niveaux de bruit importants tout au long de leur grossesse (niveau moyen de 100 dB), produit des déficiences auditives chez les enfants*" ⁷⁵[Lecanuet in Papiernik 95].

Il semble pendant la gestation que les aigus soient moins perceptibles que les basses. Ce qui donne à la voix du père une place particulière. La voie maternelle est sans doute la mieux

⁷² p 100 Lebovici 83

⁷³ p 90 Lecanuet in Papiernik 95

⁷⁴ p 332 Barrois in Herbinet 95

⁷⁵ p 95 Lecanuet in Papiernik 95

reconnue, à la fois par des traits prosodiques comme le rythme et l'intonation de la voix alors que le timbre est transformé du fait de la disparition des aigus. Le nouveau-né est sensible à la voix de sa mère, cela est indéniable aujourd'hui. *"Premièrement, le bébé reconnaît préférentiellement la voix de sa mère : il manifeste qu'il «l'entend» mieux qu'il n'entend d'autres personnes. Deuxièmement, le bébé réagit plus quand la mère lui parle que quand elle parle à d'autres. Troisièmement le bébé comme le fœtus réagissent quand la mère pense à eux et communique avec eux...Quatrièmement, et là c'est un champ immense qui s'ouvre à nous : non seulement le bébé réagit beaucoup plus à une histoire ou une musique connue qu'à d'autres qu'il entend pour la première fois, mais il se manifeste d'autant plus que ce qu'on lui raconte est porteur d'émotions pour lui ou sa mère"* ⁷⁶[Szejer 97].

L'audition du nouveau-né montre qu'il a des réactions d'orientation suivant la position d'une source sonore. C'est ainsi que, dès sa naissance, le nouveau né tourne la tête quand sa mère parle et il reconnaît sa voix entre toutes les autres. *"En tant que femme, j'aime à penser que toutes les traditions, toutes les cultures qui préconisent pour les futures mères un environnement calme, harmonieux, rempli de musiques, de mélodies douces et rythmées et de chants adressés aux bébés sont sages et de bon conseil. En tant que scientifique, je dois avouer pour conclure que l'on ne sait presque rien des effets des stimuli sur le fœtus et le bébé, malgré les quelques progrès dans ce domaine"* ⁷⁷[Busnel in Herbinet 95].

La vision

C'est sans doute le sens le moins stimulé pendant toute la période de la vie intra-utérine. *"Les vésicules optiques apparaissent à trente, trente-deux jours. A la septième semaine le nerf optique commence à se former. A quatre mois et demi les cônes et les bâtonnets sont plus nombreux et mieux développés mais il faudra attendre la naissance.."* ⁷⁸[Lecanuet in Papiernik 95].

Pourtant, dès les premiers jours de vie, le bébé suit des yeux et déplace même la tête pour ne pas perdre la cible visuelle qui a retenu son attention. *"Le regard du bébé, dès la période néonatale, apparaît comme une manière dont le bébé peut développer la force du lien affectif entre sa mère et lui même"* ⁷⁹[Lebovici 83].

Il est possible de distinguer deux fonctions de la vision. Celles-ci sont intimement liées et cela dès la naissance. *"Le «regard-vision» concerne tous les aspects perceptifs liés au développement de l'acuité visuelle. Il a donné lieu aux travaux les plus nombreux des chercheurs expérimentalistes soucieux de connaître «les capacités sensorielles du nourrisson et les lois d'organisation de la perception visuelle». Le «regard sortilège» est un tout autre domaine puisqu'il s'agit déjà d'une activité de relation. On considère alors que l'on est dans le domaine de l'interaction : le regard de l'autre exerce une sorte d'emprise et on constate l'existence de phénomènes tels que la captation, l'appel ou la fuite du regard"* ⁸⁰[Robin in Herbinet 95].

Comment ne pas remarquer cette étonnante communication entre un enfant nouveau-né et sa mère, dès la naissance et dans les premiers jours, sinon en étant soi-même aveugle.

⁷⁶ p 104 Szejer 97

⁷⁷ p 180 Busnel in Herbinet 95

⁷⁸ p 95 Lecanuet in Papiernik 95

⁷⁹ p 98 Lebovici 83

⁸⁰ p 55 Robin in Herbinet 95

Le système vestibulaire

Celui-ci est mature précocement. "*L'appareil vestibulaire mûrit en parallèle avec l'appareil auditif et dérive comme lui de la vésicule optique*"⁸¹[Lecanuet in Papiernik 95]. Il commence à se mettre en place vers le vingtième jour après la fécondation mais ce n'est que vers cinq semaines environ que cette ébauche commence à s'organiser. Sa maturation va se poursuivre et s'achever au cours des semaines et des mois postnataux. Il fournit des informations sur la position et les déplacements de la tête. Les stimulations des récepteurs vestibulaires acquièrent peu à peu leurs caractéristiques adultes.

L'enfant bercé in-utero pendant toute la grossesse de sa mère, lorsqu'elle vaque à son quotidien, retrouve cette sensation dans les bras de ses parents après la naissance. Et "*il est possible que le bercement postnatal ajoute aux relations affectives entre la mère et l'enfant, un enrichissement sensoriel favorable au développement moteur de celui-ci*"⁸²[Lannoux in Herbinet 95].

Ainsi la connaissance du monde sensoriel permet de mieux comprendre le fœtus, puis le nouveau-né et surtout de mieux répondre aux besoins de chaque bébé, de chaque enfant. En effet, "*un enfant peut dans certaines situations reconnaître une comptine qui lui a été chantée pendant qu'il était dans le ventre de sa mère, alors qu'il est un enfant «accouché», un nouveau-né. On découvre petit à petit des choses très importantes : ce que l'on appelle une continuité trans-natale ; que la vie psychique et la vie de reconnaissance des sensations ne commencent pas seulement au moment de la naissance*"⁸³[Visier 94].

La capacité, du nouveau-né à sentir et à ressentir tous les sens ouverts, est donc présente dès la naissance. C'est pourquoi la perception de la douleur fait aussi partie de ses sensations qui vont l'assaillir dès la naissance.

La sensibilité à la douleur

Les structures nécessaires à la perception de la douleur existent dès le troisième trimestre de la vie fœtale comme le montrent des études publiées en 1987 et 1989 par Anand, Carr et Hickey. Actuellement, la prise en charge des nouveaux-nés bien portants, outre les manipulations à la naissance (comme l'aspiration naso-trachéale, l'examen morphologique...), comporte au moins une prise de sang dans les jours suivants sa naissance. Ces gestes entraînant très certainement des sensations douloureuses imposent la reconnaissance, l'évaluation et le traitement de la douleur pour des raisons humaines mais aussi pour préserver l'équilibre physiologique du nouveau-né.

Ce n'est que très récemment qu'il existe une réelle préoccupation concernant la douleur chez l'enfant et peu à peu aussi chez le bébé. Au cours d'émissions de télévision et dans son livre intitulé «Le bébé est un combat», dans les années quatre-vingt-dix, B. Martino interpelle tout le monde. "*A l'heure actuelle on ne sait pas où se situe l'apparition de la douleur ni où se situe l'apparition d'une forme embryonnaire de conscience. Tout ce que l'on sait comme me le faisait remarquer C. Eliacheff auteur d'un livre intitulé "A corps et à cris", c'est que ceux qui disent qu'un bébé n'a pas mal sont souvent ceux qui disent que ça ne sert à rien de parler à un*

⁸¹ p 88 Lecanuet in Papiernik 95

⁸² p 313 Lannoux in Herbinet 95

⁸³ p 14 Visier 94

bébé parce qu'il ne comprend pas le sens des mots que nous utilisons" ⁸⁴[Martino 95].

La définition de la douleur a évolué. De nouveaux concepts ont été définis. Il convient de les énoncer comme le proposent Anand et Craig en 1996 : *"1/ la perception de la douleur est une qualité inhérente à la vie présente chez tous les organismes vivants, sans nécessiter obligatoirement au départ d'expérience antérieure ; 2/ les modifications comportementales liées à la douleur représentent des équivalents précoces de la douleur et non des succédanés de douleur"* ⁸⁵[Feldmann 00].

L'effet délétère de l'impact de la douleur et du stress chez le nouveau-né n'est plus à démontrer aussi bien à court qu'à long terme, même dans des soins au départ non algiques. Le changement de couches ou la pesée par exemple, du fait de leur simple répétition produisant un inconfort, peut être perçu comme douloureux par le nouveau-né et peut entraîner l'installation d'un stress permanent. D'autres publications de Anand montrent que de tels états douloureux aggravent certaines lésions neurologiques et en tout cas modifient rapidement les paramètres physiologiques comme la fréquence cardiaque, la tension artérielle, le débit cérébral, l'oxygénation et la pression intracrânienne. *"Tout un champ de recherche se développe basé sur la survenue de modifications précoces survenant sur un cerveau immature soumis au stress et à la douleur. Il pourrait s'agir de destruction neuronale médiée par des phénomènes excitotoxiques sous l'effet de stress répétés avec pour conséquences à long terme, un certain nombre de troubles comportementaux (hyperactivité, anxiété, perturbation des réactions de stress, déficit de l'attention, comportement autodestructeur...)"* ⁸⁶[Feldmann 00].

Lors des soins à un nouveau-né, il s'agit de bien réfléchir à la nécessité de chaque acte qui lui est destiné surtout si cet acte est vecteur de sensations douloureuses. Dans ce cas, il importe de trouver comment pallier la douleur de tels stimulus. La diminution ou la suppression de ces conséquences peut s'obtenir soit par des médicaments mais aussi par des moyens antalgiques autres et par des mesures de réconfort.

Cela implique avant toute chose de pouvoir et de savoir évaluer la douleur présente chez un enfant, même nouveau-né. Plusieurs instruments de mesure sont disponibles sous forme d'échelles appréciant surtout les grimaces du visage, les mouvements du corps, les pleurs : N.F.C.S. (Neonatal Facial Coding System) ou D.A.N. (Douleur Aiguë du Nouveau-né) ou encore la plus récente E.D.I.N. (Echelle de Douleur, Inconfort du Nouveau-né). *"La douleur est sans doute l'émotion la plus fondamentale qui soit... et demeure un important avertissement aux personnes qui prennent soins qu'il y a un danger à éviter ou un besoin de réconfort à combler. Les pleurs sont une «sirène» afin d'alerter les personnes qui s'occupent du bébé et lorsque l'attention est vive, les grimaces du visage peuvent fournir les indications sur l'état de l'enfant"* ⁸⁷[Johnston 01].

La nécessité de trouver des solutions pour apaiser cette douleur, lors des examens et des manipulations quotidiennes (examen morphologique initial, prises de sang veineux lors du test de Guthrie et du dosage de la bilirubinémie par exemple), a poussé certaines équipes à développer des moyens simples. C'est ainsi qu'elles proposent l'utilisation du saccharose, des solutions sucrées, de glucose, de lait, ou la succion d'une tétine, et elles mènent des études comparatives. Aucune publication n'étant trouvée dans Medline (depuis 1964) et portant sur

⁸⁴ p 62 Martino 95

⁸⁵ p 94 Feldmann 00

⁸⁶ p 95 Feldmann 00

⁸⁷ p 29 Johnston 01

l'effet analgésique de l'allaitement, une équipe a entrepris récemment cette analyse. Leur conclusion est que *"l'allaitement maternel procure un effet analgésique au nouveau-né lors d'une ponction veineuse. Cet effet est au moins aussi efficace que celui, obtenu avec l'administration d'une solution sucrée associée à la succion d'une tétine et dont on connaît la grande efficacité analgésique"* ⁸⁸[Carbajal 01]. Le contact avec la mère lors de prélèvements sanguins au talon permet d'atténuer la sensation douloureuse. Les auteurs concluent que ce contact avec la mère est une intervention ayant un effet puissant contre la douleur lors des ponctions chez le nouveau-né.

Par ailleurs, l'étude du «peau à peau» a été réalisée par d'autres équipes sensibilisées à cette pratique (en néonatalogie notamment lors de la prématurité de certains enfants). Le «peau à peau» s'intègre dans une démarche globale avec personnalisation des soins au tout petit. Outre son effet antalgique, *"il procure à l'enfant des périodes de calme, d'apaisement, il produit des stimulations sensorielles notamment tactiles positives, il développe les interactions mère-enfant"* ⁸⁹[Berlemont 01]. Mais aussi, *"il restaure le lien parent/enfant, il développe le sentiment de compétence maternelle, il favorise la montée laiteuse, il diminue les réactions de stress, améliore l'oxygénation, favorise l'endormissement du bébé et la relation parent/enfant/soignant"* ⁹⁰[Ledoux 01].

Ainsi, avant de s'incarner, l'enfant se construit dans une histoire, celle de ses parents.

2.1.3.2 L'enfant dans le «giron» de sa mère, dans la présence du père

"A partir du moment, où le désir d'enfant nous anime (consciemment ou non) nous sommes renvoyées à toute une série d'images qui parcourent nos rêves, nos pensées, à de multiples sensations et émotions et réactions corporelles" ⁹¹[Bergeret-Amselek 98].

Une femme enceinte

Une trame identique se tisse, qu'il s'agisse des grossesses idylliques ou de celles qui sont plus délicates, en écho à ces sentiments de bonheur et de complétude, ou au contraire à ceux de rejet ou d'inconfort permanent. Et, *"cet enfant qui est dans la tête sera relié à quelque chose de notre histoire et à des émotions qui y sont associées. Je pense que cette histoire d'enfant dans la tête est essentielle pour l'avenir, c'est un nid aussi important que le nid utérin"* ⁹²[Visier 94].

Il y a plus de trente ans, D. W. Winnicott note que, très tôt, dès le début de la grossesse, il apparaît chez la mère un état très particulier, très spécifique qui *"mérite un nom tel que préoccupation maternelle primaire... qui se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin ; qui dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant. Je ne pense pas qu'il soit possible de comprendre l'attitude de la mère au début de la vie du nourrisson, si nous n'admettons pas qu'elle soit capable d'atteindre ce stade d'hypersensibilité, pour s'en remettre ensuite... je parle, d'une mère «normalement dévouée à son enfant», de cette «maladie normale» qui leur permet de s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité..., c'est-à-dire, une adaptation vivante vis-à-vis des besoins de l'enfant"* ⁹³[Winnicott 69].

⁸⁸ p 40 Carbajal 01

⁸⁹ p 50 Berlemont 01

⁹⁰ p 55 Ledoux 01

⁹¹ p 29 Bergeret-Amselek 98

⁹² p 11 Visier 94

⁹³ p 170 Winnicott 69

La grossesse n'est pas une maladie, mais les modifications biologiques et psychiques indissociables ont une telle intensité que c'est un véritable remue ménage émotionnel (Bion emploie le terme de «turbulence»), une crise identitaire, à laquelle chaque femme est confrontée. Comme évoquée précédemment, la «maternalité», terme emprunté par C. Bergeret-Amselek à P.C. Racamier, est une condensation des mots maternel, maternité et natalité. *"La maternalité est une étape existentielle clef dans l'éclosion de l'identité d'une femme, sur le parcours de ce que j'oserais appeler sa «féminalité». Cette maternalité commence au désir d'enfant, réalisé ou non et se poursuit pendant la grossesse et après l'accouchement, elle s'estompe et s'arrête à la séparation de la mère et de l'enfant, cette «séparation psychique» pouvant avoir lieu à la fin de sa première année, mais le terme est variable"*⁹⁴[Bergeret-Amselek 98].

L'attente d'un enfant, commence donc très tôt dès le deuxième mois ou troisième mois de la grossesse d'une femme. Surtout il s'agit *"d'entretenir avec cet être à venir une relation exceptionnelle, biologique certes mais aussi affective, sensorielle, sensitive, psychologique qui va l'amener à devenir ce qu'il doit être dans les meilleures conditions possibles. Dès ce moment-là, l'enfant est un être à qui on peut parler"*⁹⁵[Relier 93]. Puis, *"tandis que le fœtus se développe et grandit dans l'utérus maternel, le bébé représenté poursuit un développement parallèle dans l'esprit de la mère. Les deux trajectoires de développement ne sont cependant pas vraiment parallèles, puisque les réseaux de schémas concernant le fœtus se développent tant sous l'influence de facteurs psychiques et sociaux que de facteurs biologiques. Ainsi vers le quatrième mois de gestation, il se produit un bond dans la richesse et la spécificité des représentations maternelles du fœtus-comme-enfant"*⁹⁶[Stern 97].

Ce moment correspond souvent aux premiers mouvements actifs du bébé, perçus par la mère et aussi à la vision déclenchée par l'image de l'échographie (auquel le père participe de plus en plus souvent). Ainsi la grossesse consiste réellement en un effort physique et une adaptation psychologique et *"une future mère passe bientôt la moitié de son temps de veille à rêver son nouveau rôle et à s'y préparer. Pour le père, la réalité est plus difficile à saisir... il ne peut qu'imaginer cet enfant que la femme sent en elle et auquel elle «répond»"*⁹⁷[Brazelton 81].

Un homme attend aussi un enfant

Déjà en 1916, G. Groddeck, cité dans «Préparons nous à te mettre au monde et à t'aimer», écrit : *"L'homme aussi a le souhait d'être enceint. Sans doute, il ne peut pas se représenter avec sa raison qu'il pourrait avoir un enfant. Mais il a ce sentiment de vide et le besoin de le combler. Il l'a jusqu'à un certain degré et chez lui aussi, on peut déceler, de manière très cachée la pulsion de concevoir un enfant"*⁹⁸[Galactéros 83].

C. Bergeret-Amselek faisant référence au livre de G. Delaisi Parseval «La part du père» note : *"Il n'y a pourtant rien d'absurde à supposer que si le père ne porte pas l'enfant dans son ventre, il peut tel Zeus pour sa fille Athéna, le porter dans sa tête"*⁹⁹[Bergeret 99]. Il s'agit bien d'une crise identitaire qui touche en effet aussi les hommes devenant père. *"Véritable crise intégrative, elle mobilise son passé et modifie ses relations réelles et fantasmatiques à son entourage. Il est donc nécessaire de préparer le futur père «à sa grossesse et à son*

⁹⁴ p 28 Bergeret-Amselek 98

⁹⁵ p 37 Relier 93

⁹⁶ p 35 Stern 97

⁹⁷ pp 30-31 Brazelton 81

⁹⁸ p 47 Galactéros 83

⁹⁹ p18 Bergeret 99

*accouchement», en donnant pour ainsi dire corps à son imaginaire, grâce au corps de sa compagne. Pour cette raison - il est invité - à participer à la préparation en couple, dès le diagnostic de la grossesse. Il faut bien tout ce temps pour soutenir son imaginaire"*¹⁰⁰[Galactéros 83].

Même si la couvade n'est plus reconnue en tant que telle, elle existe. L'accent mis sur le rôle institutionnel du père «le nom du père», «la loi», «l'autorité» ont masqué très souvent, son rôle procréateur. *"En effet, le vécu corporel des hommes pendant la gestation, la naissance, le post-partum est soit ignoré, soit complètement ridiculisé... le travail de reconnaissance de la couvade me semble très intéressant car cette évolution peut permettre de rendre à l'homme, au père, quelque chose sur la paternité"*¹⁰¹[Delaisi de Parseval 86].

Dans les années quatre-vingt également, le père accède, dans une plus grande proximité, au monde du bébé in-utero. L'attitude spontanée des pères, quand leurs compagnes les y invitent ou le permettent, est de chercher, d'établir un contact avec l'enfant in-utero. Et notamment avec l'haptonomie, le père est introduit dans la relation à l'enfant, s'il le souhaite, dès le quatrième mois de la grossesse. Le père peut ainsi établir une communication et un lien avec l'enfant, dans le giron de la mère. *"Alors au bout d'un certain temps, le ventre s'anime, l'enfant vient mettre sa base dans le creux de la paume paternelle. Vous le savez tout de suite car vous voyez les yeux du père, tout brillants. Il regarde sa femme, ils se regardent, quelque chose vit en eux. Maintenant, c'est la maman qui pose sa main, et le bébé, là encore, répond à cet appel. En procédant de la sorte, les parents créent un espace de liberté et de plaisir d'être là. Ainsi accueilli, l'enfant sait qu'il compte pour quelqu'un. C'est déjà engrammé !"*¹⁰²[Thiss 89].

2.1.3.3 Une mère accouche, un enfant naît, un père l'accueille

*"Cet enfant qui descend, c'est encore abstrait jusqu'à la dernière seconde, nous sommes en train de perdre une partie de nous-même, une partie de notre intégrité, une partie intégrante de nous-même, nous sommes en train de perdre la tête, et peut-être la vie"*¹⁰³[Bergeret-Amselek 98].

Une femme met au monde son enfant

Pour l'enfant qui quitte le lieu de sa vie intra-utérine, qui est séparé de son placenta lors de la coupure du cordon ombilical, la naissance est une séparation. L'enfant et son placenta cessent d'être ensemble, de former un tout. La séparation est ainsi posée et chacun porte cette trace sous la forme d'une cicatrice : l'ombilic. Mais ce moment est aussi le passage à travers le corps de la mère, pour être à l'air libre sans l'enveloppe protectrice et sécurisante de l'utérus maternel.

Il s'agit pour la mère d'accompagner cette séparation. Mais ni l'enfant ni la mère ne se perdent. Une autre relation se met en place, il se produit une rencontre, une reconnaissance réciproque, c'est le début de l'attachement.

Suite, à cette longue histoire symbiotique, comment se séparer à la fois d'un enfant et d'une

¹⁰⁰ p 48 Galactéros 83

¹⁰¹ p 105 Delaisi de Parseval 86

¹⁰² p 27 Thiss 89

¹⁰³ p 105 Bergeret-Amselek 98

grossesse vécue le plus souvent de manière heureuse ? Ces coupures nécessaires, s'éloigner pour se rencontrer, sont les inévitables lois des relations humaines dans leur durée. Ce moment de passage est un moment de grande vulnérabilité, de dépendance pour une femme, face au père du bébé et aux professionnels. *"L'approche de cette naissance vient faire rupture avec cette cohésion d'existence mutuelle pour la mère et l'enfant, la symbiose est menacée, cette naissance sera violence pour la mère et pour le bébé. La mère s'apprête à vivre une expérience extrême, un condensé de toute la crise de la maternalité se soldant par un détachement de l'enfant hors du corps"* ¹⁰⁴[Bergeret-Amselek 98].

Cette crise émotionnelle intense, terme ultime d'une évolution psychique et sexuelle commencée dans l'enfance, cette expérience si forte à laquelle toute femme est confrontée, en naissant mère, est chargée de contradiction ; il est nécessaire de lâcher prise, de tout relâcher pour que le bébé puisse descendre, et en même temps il y a aussi cette lutte contre la douleur qui ralentit la progression de l'enfant.

Ainsi, tout accouchement comporte une part de violence. Il y a la peur, l'angoisse, la douleur. La dilatation et l'effraction, créées par l'enfant qui parcourt son chemin et qui naît, représentent pour la femme une véritable commotion physique qui n'est que la partie somatique du phénomène dans son ensemble. L'expérience de l'accouchement permet le passage d'une relation symbiotique physique et psychique, à une relation entre deux êtres différenciés, c'est le début des liens postnataux.

La douleur, dont parle quasiment toutes les femmes, met un terme à l'imaginaire de façon brutale et le réel fait une irruption massive dans la relation de la mère à l'enfant. Chaque expérience douloureuse confronte la femme d'une manière inévitable à la réalité de son corps. A l'accouchement, «les douleurs» des contractions utérines semblent faire à la fois le lien et la séparation entre le corps de la mère et celui de son bébé, dans le rapport difficile et délicat qui les unit. *"La douleur physique et psychologique aide peut-être la mère à vivre très pleinement et réellement le processus de séparation, car le travail de séparation mentale, de reconnaissance de la séparation est encore à ses débuts. Le bébé, après la naissance, est encore largement un prolongement de soi aux yeux de la mère"* ¹⁰⁵[Lebovici 83]. La nouvelle accouchée *"doit faire le deuil de son état de grossesse et de l'enfant imaginaire... Ensuite elle doit faire le travail inverse : celui d'attacher à l'enfant nouveau-né des désirs, des espoirs, des sentiments"* ¹⁰⁶[Lebovici 83].

Ce travail de deuil et en même temps d'investissement du nouveau-né nécessite un changement dans la dynamique psychologique. Il s'agit de réorganiser le monde interne.

Certains auteurs se demandent sur quoi repose l'attachement inter humain ? *"La première idée qui surgit déjà présente dans les descriptions éthologiques est la nécessité de reconnaissance. Se reconnaître pour créer un lien. Mais qu'est-ce qui permet de reconnaître l'autre, et que reconnaît-on ? Nous sommes déjà là au cœur des processus identificatoires, fondés sur les premières capacités du nouveau-né à discriminer les stimulations d'origine humaine"* ¹⁰⁷[Molénat 94]. Même s'il est encore largement répandu que l'attachement est un phénomène instinctif ; *"il n'est ni instantané ni «automatique».* *Pour le percevoir dans toute sa complexité, il faut le voir comme un processus"*... et contrairement aux croyances idylliques, *"on apprend à devenir parents par un processus long et complexe"* ¹⁰⁸[Brazelton 81]. Il s'agit

¹⁰⁴ p 100 Bergeret-Amselek 98

¹⁰⁵ p 142 Lebovici 83

¹⁰⁶ p 145 Lebovici 83

¹⁰⁷ p 4 Molénat 94

¹⁰⁸ pp 13-14 Brazelton 81

bien d'une découverte et d'un apprentissage réciproque qui fait suite à la grossesse et à l'accouchement. Les premières heures suivant la naissance sont essentielles et doivent permettre cette rencontre, cette reconnaissance entre le bébé et sa mère lorsque la mère tend les mains vers son enfant et qu'il lui est laissé. La réalité du bébé s'éprouve dans ces instants qui sont constitutifs de la relation, du lien mère-bébé.

L'attachement et le maternage sont certes une question d'amour, mais, continuer à aimer son enfant est un apprentissage. Pour S. Lebovici, pour qui «la mère est investie avant d'être perçue», il est certain que des systèmes d'interaction et de communication peuvent être observés et mesurés entre le bébé et sa mère. L'éthologue H. Montagner qui s'est penché sur le comportement des mères et des enfants montre que de telles études "*ouvrent la voie à une compréhension objective des stimulations et des événements qui, au cours de la période prénatale ou postnatale, influencent vraiment le comportement et aussi la physiologie de l'enfant*" ¹⁰⁹[Montagner 88].

Pour S. Stoléru les interactions entre la mère et l'enfant sont soumises à l'influence de plusieurs facteurs : "*1) le fonctionnement psychique de la mère, et notamment le fonctionnement de sa maternalité, c'est-à-dire de l'ensemble organisé de ses représentations mentales, affects, désirs, et comportements en relation avec le nouveau-né; 2) l'état somatique de la mère (anesthésie obstétricale, complications obstétricales, etc.); 3) les caractéristiques comportementales du nouveau-né, elles-mêmes sous la dépendance de son état somatique; 4) le vécu de l'accouchement par la mère; 5) les relations de la mère avec son conjoint, et avec ses parents; 6) les réactions des enfants de la fratrie du nouveau-né; 7) le fonctionnement du service de la maternité*" ¹¹⁰[Stoléru 95]. Il fait référence à plusieurs études et notamment celles de Klaus et Kennel qui, en décrivant les liens qui unissent le bébé et sa mère dès les premières heures de la vie ont montré le danger affectant les enfants quand les mères les négligent. En effet selon ces auteurs, il existe chez la mère, dans les premières heures après l'accouchement, un état psychique et affectif particulier mais transitoire nommé «période sensible», au cours de laquelle l'établissement de la relation mère-nouveau-né ou «bonding» peut se faire de manière optimale. "*Le bonding est une relation spécifique et privilégiée qui est caractérisée du côté de la mère par la tendance à toucher, caresser, tenir, soigner, entrer en contact oeil à oeil avec son bébé*" ¹¹¹[Lebovici 83].

Si le lien mère-bébé ne peut se mettre en place, du fait par exemple de la séparation réelle du bébé et de sa mère, il peut néanmoins se produire plus tard, mais il est plus difficile et prend plus de temps. La prolongation des temps de contact dès les premières heures de vie de l'enfant et dans les tout premiers jours postnataux a des effets positifs plusieurs mois, voir même plusieurs années plus tard, sur la qualité de la relation mère-bébé et sur le développement de l'enfant. "*Parmi les effets, la concrétisation plus fréquente des projets d'allaiter au sein, une meilleure interaction pendant l'allaitement, ou encore l'observation selon laquelle les mères ayant eu un contact peau à peau prolongé avec leur nouveau-né adoptent davantage une position de face-à-face avec lui que des mères témoins*" [Leifer 72], [Kennel 74], [Grossmann 81].

Le contact précoce et prolongé a certainement des effets sur la relation entre le nouveau-né et sa mère et notamment en ce qui concerne la maltraitance ultérieure.

Une fréquence significativement moindre de mauvais traitements chez les nourrissons quand

¹⁰⁹ p 311 Montagner 88

¹¹⁰ pp 1495-1509 Stoléru 95

¹¹¹ p 69 Lebovici 83

la mère et le bébé partagent la même chambre a été mise en évidence dans un essai (au cours des deux premières années post-natales, 2 cas de mauvais traitements sur 143, contre 10 cas sur 158 cas témoins). *"A l'âge d'un an les mères - qui ont bénéficié de ce temps et de ce contact précoce avec leur nouveau-né - passaient un plus grand temps auprès de leur bébé. A treize mois, leur conduite maternelle est plus stable. A deux ans, leur conduite était encore notablement spécifique : par exemple, le dialogue verbal était plus riche. A cinq ans, le quotient intellectuel des enfants de ce groupe était meilleur et le langage des enfants plus développés"* ¹¹²[Lebovici 83].

L'accouchement et la période sensible scellent ainsi un lien absolu, sans médiation aucune *"le corps maternel se soude pour toujours au souvenir du nouveau-né"* ¹¹³[Bydlowski 00].

Cependant, une distance minimale doit s'instaurer pour qu'un lien d'altérité se crée. Et pour une mère, il s'agit d'établir la juste distance, d'aider son enfant à aller vers le père et d'aider cet homme à entrer en relation avec son enfant.

Un homme accueille son enfant

Si la présence du mari ou compagnon est souhaitée le plus souvent par la femme, au moment de l'enfantement, cette place pour le père est difficile à trouver au milieu des professionnels.

Lors de la naissance, le père est confronté à la part féminine de sa paternité. L'émotion est intense également pour lui et il est exposé à être assailli par de vives représentations. Le déroulement de la mise au monde d'un enfant est en effet très suggestif surtout au cours de la phase d'expulsion où la tête de l'enfant distend le périnée maternel. Tout dépend de la place donnée et prise par le père, mais aussi de sa préparation tout au long de la grossesse.

Certes la couvade a aujourd'hui disparu, mais elle a pris d'autres formes. Ainsi ce rite d'adoption et de substitution symbolique confirme la légitimité de la paternité. La femme n'a pas besoin de la reconnaissance sociale en tant que mère puisqu'elle connaît l'initiation sensorielle, mais le père lui, a besoin de celle-ci. *"L'homme lui, doit passer par cette couvade qui l'associe à sa femme pour en faire un père. Lors de la naissance, il sera baptisé «père» par la couvade sociale. Ce statut parolier n'interdit plus aux jeunes pères de manifester avec leurs bébés des interactions sensorielles directes, ces gestes paternels fondés sur leurs fantasmes"* ¹¹⁴[Cyrulnik 89].

Et si la couvade c'était la présence d'une voix, interroge B. Thiss. *"Si la voix paternelle est le pont qui assure à l'être la sécurité de l'avant dans l'après naissance, il importe socialement d'en tenir compte... le père pourrait ainsi s'occuper, avec sa femme, de l'enfant dès la sortie de la clinique"* ¹¹⁵[Thiss 80]. Et pourquoi pas dès les premiers instants après la naissance ? Ce n'est en effet, qu'à partir des années soixante-dix, que les éthologues ont observé les situations d'interactions entre les pères et leurs nouveaux-nés. Ainsi, l'attitude des pères semble influencée par la précocité des contacts avec l'enfant nouveau-né. *"Leurs soins pour leurs bébés étaient également favorisés s'ils avaient l'occasion de s'occuper d'eux une heure au cours des trois premiers jours de la vie (les déshabiller, rester avec eux...)"* ¹¹⁶[Lebovici 83].

¹¹² p 69 Lebovici 83

¹¹³ p109 Bydlowski 00

¹¹⁴ p 114 Cyrulnik 89

¹¹⁵ p 215 Thiss 80

¹¹⁶ p 134 Lebovici 83

Il apparaît que le père maternant modifie le développement de l'enfant. Il *"devient le médiateur de la séparation et le catalyseur de la sublimation de l'agressivité au moyen du jeu. Il semble que l'interaction directe de ces pères maternants donne à leurs bébés une plus grande facilité à explorer l'inconnu"* ¹¹⁷[Cyrulnik 89].

L'enfant arrive au monde avec un acquis constitué par sa mère avec laquelle il vient de vivre en symbiose pendant neuf mois. Si la relation, dans ce tête-à-tête incontournable est nécessaire à l'enfant comme à sa mère, elle peut aussi basculer dans l'autarcie et la folie. Et c'est pourquoi, *"le père est dû à son enfant, à qui par sa seule présence à la juste place, il peut offrir l'autre terme d'une dialectique qui le hissera hors du système dyadique aux bénéfices éprouvés, et lui offrira la possibilité de trouver sa place au milieu de ses semblables"* ¹¹⁸[Naouri 85].

2.1.3.4 L'accueil de l'enfant à sa naissance

La femme, nouvelle accouchée adopte pleinement ce nouvel être, si le temps lui en est laissé, passant ainsi de l'enfant imaginé à celui bien réel qu'elle prend dans ses bras. Et l'homme à ses côtés ne peut résister à l'invitation faite par cet enfant nouveau-né, de le reconnaître comme sien. *"La séparation de la naissance est la première. Si elle est bien vécue, elle permettra sans doute de vivre d'autres séparations au long de la vie de façon plus adéquate. Peut-être a-t-elle une valeur initiatique"* ¹¹⁹[Paccoud in Clerget 97].

C'est F. Leboyer qui a mis le premier l'accent sur l'importance de l'accueil du nouveau-né dans une atmosphère de calme, de respect, de chaleur et de tendresse. Le silence, la pénombre, le toucher délicat envers son corps que l'enfant lui-même découvre dans cette pesanteur nouvelle, l'odeur et la saveur de sa mère, qu'il retrouve autrement, sont autant d'attitudes respectueuses de ses sens en éveil. L'attention de l'entourage est à son comble, bienveillante et *"il ne s'agit pas de prouver mais d'éprouver le ressenti d'un accueil différent, d'une tendresse et d'un respect qui ne se chiffrent pas"* ¹²⁰[Rapoport in Bergeret-Amselek 99].

Du fait de nombreuses résistances culturelles, les mères ont souvent quelques difficultés à entrer en contact avec leur bébé qui vient de franchir les voies naturelles, les «parties honteuses» du corps. Mais *"en touchant son enfant c'est elle même que la femme a retrouvé"* ¹²¹[Leboyer 80]. La mère hésite et lentement caresse ce bébé qui est sur son ventre. Maladroite encore peut-être, elle le contemple, elle le touche et découvre son corps, son sexe. Puis elle reconnaît ce bébé comme le sien, l'embrasse, lui parle.

Puis, le cordon ombilical quand il a cessé de battre est alors coupé par le père, s'il le désire, séparant ainsi le nouveau-né de ce qui lui a permis de vivre durant neuf mois, le placenta.

Plus tard si un bain a été préparé à la température du corps de l'enfant et que doucement avec lenteur et délicatesse, le nouveau-né y est délicatement plongé, son corps retrouve une légèreté, celle de l'apesanteur utérine. Et si le père le souhaite là encore, c'est pour lui un instant privilégié de sa propre rencontre avec son enfant. *"Les mains qui soutiennent l'enfant dans le bain sentent le petit corps s'abandonner bientôt complètement. Ce qui pouvait*

¹¹⁷ p 116 Cyrulnik 89

¹¹⁸ p 318 Naouri 85

¹¹⁹ p 46 Paccoud in Clerget 97

¹²⁰ p 25 Rapoport in Bergeret-Amselek 99

¹²¹ p 106 Leboyer 80

subsister de crainte, de raideur, de tension, maintenant fond comme neige au soleil. Tout ce qui dans ce corps de bébé était encore anxieux, figé, bloqué, se met à vivre et à danser... l'enfant ouvre les yeux tout grands. Ce premier regard est inoubliable" ¹²²[Leboyer 80].

La séparation est ainsi réalisée et ce qui sépare, "*ce n'est donc pas la force physique d'un arrachement, d'un rapt ou d'une fracture, mais l'exigence même de ce qui réunit et fait pacte entre les humains : le symbole, l'élément qui nous ré-unit en nous séparant et qui nous sépare à l'intime de notre union"* ¹²³[Clerget 97].

Le bébé est là, nouvel être humain accueilli par ses semblables, ses parents et les professionnels qui sont présents, vigilants et respectueux.

2.1.4 Le nouveau-né, un être social

Si les événements de la naissance sont régulièrement source d'idéalisation, de spiritualisation, l'envie de donner naissance, ce désir d'être capable de création, à l'image des dieux, semble être partagé par la femme et l'homme. "*Donner naissance à un être vivant serait l'activité humaine par excellence et de toutes, la plus désirable - à ce titre elle se doit d'être représentée comme un parcours sans faute, comme une somme d'instantanés idéalisés. L'enfant à peine né, les souffrances qui peuvent l'avoir précédé sont oubliées et magnifiées"* ¹²⁴[Bydlowski 00]. C'est le «Mal joli» dont parle C. Revault d'Allonnes [Revault d'Allonnes 76]. Pour J. Gélis "*la naissance est un enracinement"* [Gelis 84], et c'est aussi l'«Heureux événement» [A.P.H.P. 95].

L'enfant vient de naître, et "*dans les bras des parents, l'enfant nouveau-né est aussi neuf et propre que s'il avait été déposé par la cigogne ou trouvé dans un jardin de roses. C'est un ange qui a été donné ! L'intense sexualisation des moments précédents s'efface rapidement. L'amnésie de la naissance s'installe. L'action du refoulement permet à la jeune mère de regarder son nouveau-né d'un regard teinté d'angélisme"* ¹²⁵[Bydlowski 00]. Ainsi, une famille vient de naître au milieu des professionnels de la maternité. Si les pères sont de plus en plus souvent présents (sous l'effet de la pression sociale actuelle) ils sont rarement intégrés par les professionnels. Quand aux autres membres de la famille ou de la société intime de la mère, ils n'ont guère accès à cet événement, seulement dans les jours suivants. Certaines femmes semblent pourtant avoir besoin de la présence de leur mère ou d'une amie proche, qui va les encourager et valider leur rôle de mère. "*Ce qu'elles veulent le plus, c'est en fait trouver la sécurité pour explorer elles-mêmes leur propre répertoire intuitif de parent"* ¹²⁶[Stern in Bergeret-Amselek 01].

C'est donc aussi l'environnement sociétal des parents qui accueille un enfant, un être humain en devenir, l'avenir d'une société.

2.1.4.1 Il est né... «le divin enfant»

Dans toutes les sociétés humaines dans le monde entier, le moment de la naissance est un

¹²² p 110 Leboyer 80

¹²³ p 71 Clerget 97

¹²⁴ pp 103-104 Bydlowski 00

¹²⁵ p 110 Bydlowski 00

¹²⁶ p 33 Stern in Bergeret-Amselek 01

moment très intense au niveau physique mais aussi symbolique, pour la mère, l'enfant et le père et aussi... pour la société tout entière.

C'est un des grands «rites de passage».

"Les rites de passage ont une portée à la fois individuelle et sociale. Rite de passage majeur pour l'enfant, dont c'est la venue au monde à la fois biologique et sociale. Mais aussi, en cas de première naissance dans un couple, rite de passage secondaire pour le père et la mère dans leur nouvelle fonction de parents" ¹²⁷[Rollet 00].

Quand l'enfant est attendu et accueilli, quand la grossesse est valorisée par le regard social, quand le bébé est annoncé par les paroles fières de la famille ou les gestes tendres de l'époux ou du compagnon, la jeune accouchée heureuse et sécurisée établit les premières interactions avec son bébé en privilégiant la fantasmagorie des gestes. Ces gestes sont plus fondés sur le plaisir du contact et créent ainsi pour le nouveau-né un monde sensoriel différent de celui, créé par des gestes strictement utilitaires.

Si la découverte et la reconnaissance des phénomènes interactifs entre l'enfant et sa mère et vice-versa sont très récentes, cette connaissance progressive des aspects de l'interaction mère-nourrisson, quand celle-ci se développe harmonieusement, est bénéfique pour les deux partenaires. *"L'interaction mère-nourrisson est aujourd'hui conçue comme un processus au cours duquel la mère entre en communication avec son bébé en lui adressant certains «messages», tandis que le nourrisson à son tour, «répond» à sa mère à l'aide de ses propres moyens. L'interaction mère-nourrisson apparaît comme le prototype primitif de toutes les formes ultérieures d'échanges. Dans cette «conversation» entre la mère et le bébé, les mots et les phrases sont remplacés souvent chez la mère, toujours chez le jeune nourrisson, par des messages extra-verbaux : gestes, vocalises, sourires etc..."* ¹²⁸[Lebovici 83].

La connaissance de tous les aspects physiologiques, physiques et psychiques, contribue ainsi à modifier les attitudes autour des mères et des nouveaux-nés. Les interactions réciproques entre les mères et les nouveaux-nés décrites par certaines études influencent elles aussi les comportements des équipes obstétricales. Les changements de regard et de représentation ouvrent les yeux, font prendre conscience de ce qui s'établit à la naissance entre la mère, le nouveau-né et le père.

C'est ainsi que C.E. Tourné propose la recherche d'un équilibre dans cet écosystème qui relie une mère et son bébé, au père et à la société environnante où chaque professionnel joue un rôle, son rôle par habitude parfois. *"La mère et son enfant constituent tout au long de la grossesse et de l'accouchement une sorte d'écosystème intégré dans un environnement où le père joue le premier rôle mais où trouve place la société au sens large... Les échanges permanents entre l'enfant et son environnement maternel seront à tout instant conditionnés en quantité et qualité par les échanges de la mère avec son environnement physique mais aussi social, culturel et affectif"* ¹²⁹[Tourné in Lévy 85].

Toutes ces réflexions commencent à s'étendre. *"La sécurité intérieure se conquiert dans les premiers mois de la relation avec la mère. On sait de plus en plus que le nouveau-né réagit immédiatement à l'environnement affectif dans lequel il baigne. Si cette relation est perturbée*

¹²⁷ p 35 Rollet 00

¹²⁸ p 95 Lebovici 83

¹²⁹ pp 171-172 Tourné in Lévy 85

quelle qu'en soit la cause, les conséquences peuvent parfois être, très graves immédiatement ou à plus long terme. Le nouveau-né peut manifester son mal être à qui sait le voir et l'entendre" ¹³⁰[Frydman 98].

Cela entraîne indéniablement des changements dans les attitudes, d'abord dans quelques lieux privilégiés et isolés, mais aussi peu à peu dans les autres structures. A l'occasion d'un colloque en Lorraine, en 1999, B. Maria écrit et dit alors : *"Il faut favoriser la survenue des interactions mère-nouveau-né et père-nouveau-né, dans la limite de ce que désirent les parents et de ce que le nouveau-né paraît rechercher et rendre possible les contacts visuels, tactiles et langagiers en salle d'accouchement et en maternité, pour permettre à la mère et au père de se familiariser avec leur bébé et d'apprendre les gestes concrets du maternage et du paternage"* ¹³¹[Maria 00].

Si vraiment la préoccupation des enfants est primordiale, alors il est important par ailleurs de s'inspirer des réflexions de E. Pikler, qui a fondé et dirigé l'Institut Loczy à Budapest depuis une trentaine d'années. Pour elle, *"outre la satisfaction de ses besoins corporels, le bon développement du jeune enfant dépendra des relations humaines adéquates, de la relation intime avec sa mère (ou avec la personne qui s'occupe de lui). Nous attribuons une importance fondamentale à ce que la mère (ou la nurse) établisse, pendant les soins, des contacts sereins et affectueux, au cours desquels les deux partenaires sont attentifs à l'autre, connaissent bien les significations des comportements de l'autre, se connaissent et s'aiment"* ¹³²[Pikler 79]. Quand la mère fait défaut quelle qu'en soit la raison, le respect et l'écoute de chaque enfant sont prépondérants. L'observation décrite dans l'ouvrage «Loczy ou le maternage insolite» suscite un intérêt et montre à quel point il est important de se soucier du comportement face aux tous petits, de penser la manière de structurer une organisation institutionnelle pour ne pas induire des traumatismes psychiques supplémentaires. L'objectif réussi, de cette institution est de «préserver la santé mentale» des enfants (à terme et en bonne santé), accueillis dès la naissance, pour éviter des carences graves et permettre à chaque enfant de se construire harmonieusement. Un certain nombre de principes guident l'action des adultes. *"Ces principes directeurs peuvent être formulés ainsi : valeur de l'activité autonome, valeur d'une relation affective privilégiée, nécessité de favoriser chez l'enfant la prise de conscience de lui-même et de son environnement, importance d'un bon état de santé physique qui sous-tend, mais aussi, pour partie, résulte de la bonne application des principes précédents. Ces quatre principes sont d'égale importance et c'est seulement si, ils sont simultanément respectés de façon constante que le système éducatif mis en place a de la valeur"* ¹³³[David 73].

Et il est évident maintenant que si, *"le développement du lien qui unit les parents à leur bébé est crucial, pour le bien-être de toute la famille, il est favorisé et soutenu ou inhibé et entravé par ce qui se passe à la maternité et au cours des quelques premières semaines à la maison"* ¹³⁴[Robertson 82]. L'aspect de la relation d'un nouveau-né avec sa mère, la qualité de l'environnement et des soins prodigués par d'autres, ne doivent pas être mis en opposition. *"A la lumière, de l'ensemble de toutes ses connaissances qui se complètent, nous pourrions construire la maternité de nos rêves : cette maternité utopique n'est pas encore totalement réalisée ; elle n'est peut-être pas totalement réalisable, mais elle est indispensable si on veut que le cerveau des prochaines générations garde une certaine habileté à sécréter le bonheur"*

¹³⁰ p 10 Frydman 98

¹³¹ p 32 Maria 00

¹³² p 18 Pikler 79

¹³³ pp 24-25 David 73

¹³⁴ p 34 Robertson 82

de vivre" [Odent 76].

2.1.4.2 «Naître et ensuite...»¹³⁵

"Le bébé est une personne certes..., mais à la naissance, il est encore plus que cela. Il est un initiateur, c'est-à-dire celui qui conduit à une autre naissance : naissance d'une femme à une mère, d'un homme à un père. Il est l'instrument du sens de la naissance pour ses parents et leur entourage, c'est la raison pour laquelle il nous faut le respecter" ¹³⁶[Caumel-Dauphin in Frydman 98].

L'enfant va se construire à partir des sensations qu'il va percevoir et cela dès sa naissance. Ainsi, D. Winnicott a le premier observé et mis l'accent sur l'importance des sensations perçues par l'enfant au travers des manipulations comme le «holding» (le maintien), le «handling» (le maniement) permettant à l'enfant de rester dans sa continuité d'être après tout ce temps in-utero où il est contenu, entouré dans l'utérus et le giron de sa mère.

Après sa naissance de quoi a-t-il besoin, si ce n'est du lait de sa mère, de son contact chaleureux, dans la présence du père et de paroles accueillantes.

Du lait maternel...

"Allaiter son enfant est un geste spontané, prolongement naturel d'une relation intime établie tout au long de la grossesse. C'est un acte d'amour source d'épanouissement et de plaisir mutuel, qui au fil des tétées permet à l'enfant et à la mère de se découvrir, de se comprendre, et de s'adapter l'un à l'autre. Le père, il peut surtout encourager la mère dans la décision d'allaiter l'enfant au sein " ¹³⁷[Info Allaitement 97].

Maintenant cela ne fait aucun doute, tout le monde s'accorde pour dire que le lait maternel est ce qu'il y a de mieux. Cependant si l'allaitement est promu à travers le monde entier, ce qui semble aller de soi ne l'est pas forcément. Une véritable catastrophe naturelle a eu lieu dont personne ne mesure vraiment les conséquences. *"Aussi longtemps qu'on ne savait pas quels étaient les avantages fantastiques du lait de femme, cela n'avait pas d'importance. Mais actuellement on fait des progrès considérables dans ce domaine ; les arguments sont nombreux et je trouve que c'est malhonnête de la part d'un médecin que de ne pas en parler aux femmes. Ensuite éclairées, elles pourront choisir"* ¹³⁸[Lestradet in Herbinet 80].

Chacun sait ou doit savoir que *"le lait est spécifique de chaque espèce animale... Le lait maternel évolue dans le temps en fonction des besoins de l'enfant. La première adaptation du lait de femme est quantitative. Le lait est sécrété exactement en fonction des besoins de l'enfant. Plus le bébé tète, plus la quantité de lait, produite par sa mère, est importante. La composition du lait varie considérablement tout au long de la première année de l'enfant"* ¹³⁹[Thirion 80] et pourtant aujourd'hui l'allaitement n'est pas si évident que cela.

Pour la petite fille, à la puberté, les seins sont les premiers à annoncer le passage de l'enfance à l'adolescence. Lors de la grossesse, il se produit également une modification du corps

¹³⁵ en réf. "Les cahiers du nouveau-né 1 et 2" 78

¹³⁶ p 16 Caumel-Dauphin in Frydman 98

¹³⁷ pp 1 et 5 Info Allaitement 97

¹³⁸ p 219 Lestradet in Herbinet 80

¹³⁹ pp 53-55 Thirion 80

féminin et les seins s'imposent à nouveau. Les seins, symboles de la féminité, scandent chacune des étapes de l'évolution sexuelle. Suivant leur acceptation dans leur volume et leur sensibilité, la femme voit ressurgir des questionnements qui l'inscrivent dans sa différence sexuelle. La diversité des représentations véhiculées dans l'esprit des femmes sont souvent en lien avec la nature et elles déterminent leur acceptation ou leur refus. "*Ces représentations auront une influence sur la jeune mère, elles existent tôt dans la vie de la jeune femme bien souvent dès l'adolescence, elles sont pour nous l'ennemi invisible*" ¹⁴⁰[Barroyer 99].

C'est donc bien longtemps avant l'accouchement, au cours de la grossesse que chaque femme se prépare à l'allaitement. "*La grossesse est une ouverture des sens de la femme qui la prépare ou peut, au contraire, la fermer à l'allaitement... Il est certain qu'un allaitement au sein bien vécu est l'idéal d'une nourriture sensorielle et affective. Le cordon lacté prend le relais du cordon ombilical. Le cordon imaginaire symbolisé par le lait permet à l'enfant de se séparer progressivement de sa mère à mesure qu'il engrange suffisamment de force affective et physique pour s'autonomiser. Ce cordon lacté prolonge donc le dialogue établi pendant la grossesse entre la mère et l'enfant*" ¹⁴¹[Linder in Frydman 98]. Dans ces moments émotionnels intenses autour de la naissance, la mère est à « fleur de peau », avec ses propres sensations vécues à l'aube de ses sens à elle et qui sont une mémoire inscrite dans son propre corps. D'autre part, tous les sens de l'enfant sont mis en jeu dès ce moment de la naissance. L'odorat, le goût, le toucher, l'ouïe, la vue sont pleinement ouverts et actifs. Ils permettent à l'enfant qui quitte l'enveloppe utérine de rester dans la continuité d'être dans ce contact « peau à peau » par le tout près du corps de sa mère. Il cherche et trouve le sein, avec ce regard vers sa mère, tenu dans des bras qui l'entourent de tendresse et le père est là attentif et ravi. L'enfant tète et "*le lait maternel devient le prolongement de la peau de la mère, d'où l'importance d'une qualité de présence à elle-même, et d'un allaitement bien vécu*" ¹⁴²[Linder in Frydman 98].

Mais si le choix des femmes, des mères est déterminant, le rôle des professionnels est indéniable par la compréhension qu'ils ont de ce qui se passe dans ce moment particulier, à chaque naissance.

Pour les professionnels, "*il faut donc composer avec l'ambivalence des mères, savoir décrypter leurs messages quand elles disent ne pas avoir de lait, avoir du mauvais lait, ne pas pouvoir allaiter*" ¹⁴³[Mabillon 99]. Par ailleurs, certaines études ont mis en évidence l'effet de certaines thérapeutiques mais aussi l'influence des séparations même courtes dans la difficulté de la mise en route de l'allaitement mais aussi sur la durée. "*Righard et Alade en 1990 relatent que chez les bébés nés d'un accouchement sans médicament et n'ayant pas été séparés de leur mère, 16 nouveaux-nés sur 17 ont bien tété. Chez les bébés nés d'un accouchement sans médicament et ayant été séparés de leur mère durant 20 minutes environ, pour être pesés et mesurés, seulement 7 nouveaux-nés sur 15 ont bien tété. Chez les bébés nés d'un accouchement avec médicaments et ayant été brièvement séparés de leur mère, aucun des 19 nouveaux-nés n'ont bien tété la première fois. D'autres études ont établi un lien entre la séparation de la mère et du bébé tôt après l'accouchement et une durée d'allaitement plus courte*" ¹⁴⁴[LLL 99].

Comment respecter et en même temps permettre cette mise en route de l'allaitement ? Bien

¹⁴⁰ p 6 Barroyer 99

¹⁴¹ p 26 Linder in Frydman 98

¹⁴² p 30 Linder in Frydman 98

¹⁴³ p 184 Mabillon 99

¹⁴⁴ p 25 LLL 99

qu'il existe des controverses sur l'intérêt de la tétée précoce, son effet sur le décollement placentaire est vraisemblable et d'autres découvertes sont à venir. Mais il n'est pas évident de déterminer si c'est le contact qui est le plus important dans ce qui se passe ensuite ou si cette tétée précoce modifie les suites de l'allaitement. Cependant certaines études montrent que des mères "suivies pendant 18 mois, (au terme desquels les chercheurs ont pu conclure) que les enfants ayant tété dans la première demi-heure suivant leur naissance avaient plus de chance d'être allaités longtemps" ¹⁴⁵[R.C. of Midwives 98]. Il apparaît d'autre part que l'allaitement exclusif jusque six mois et après convient parfaitement aux besoins du nourrisson pour son développement. "L'intérêt n'est pas exclusivement nutritionnel, mais aussi psychologique (rôle du corps à corps mère-enfant) et immunologique. C'est essentiellement aux professionnels de santé de promouvoir et de faire se maintenir l'allaitement maternel exclusif le plus longtemps possible" ¹⁴⁶[Montlouis-Eugénie 98].

Alors, dans ce moment juste après la naissance, il suffit simplement de ne pas interférer dans ce qui est en train de s'installer entre le bébé, sa mère et le père, et de veiller simplement avec une attention bienveillante, en témoin silencieux de cette rencontre.

Mais si "le concept de «l'asepsie verbale» chère aux pionniers de la PPO (la psychoprophylaxie obstétricale, «l'accouchement sans douleur») doit reprendre cours" ¹⁴⁷[Benoit 98], il y a aussi «des mots pour naître» [Sজেjer 97].

... Et des paroles

En parlant de l'angoisse infantile, S. Freud relate l'histoire d'un petit enfant : "Il commence à avoir peur dès qu'il est laissé seul, c'est-à-dire sans une personne sur l'amour de qui il croit pouvoir compter... Un jour qu'il se trouvait dans une chambre sans lumière, je l'entendis crier : «Tante, dis-moi quelque chose, j'ai peur parce qu'il fait si noir». La tante lui répondit : «A quoi cela te servira-t-il, puisque tu ne peux pas me voir»... «Ça ne fait rien, répondit l'enfant, du moment que quelqu'un parle, il fait clair»" ¹⁴⁸[Freud 62].

Ainsi, "accueillir un enfant, c'est lui parler, s'adresser à lui, le reconnaître comme être de désir autant que de besoin !" ¹⁴⁹[This 82]. Dès sa naissance, et dans les jours qui vont suivre la parole, les mots, le langage vont accompagner et bercer l'enfant. "Nous voyons que ça fait de l'enfant humain si jeune soit-il un «parlant», en tout cas un communicant. Ce principe de communication conduit aux thèses à présent rebattues de F. Dolto, que l'on peut et que l'on doit même parler aux enfants si petits soient-ils, puisqu'ils ont cet entendement, si mystérieux soit-il, l'entendement des paroles qui leur sont dites. Autrement dit, l'enfant baigne d'emblée, quoi qu'il en soit de son état non verbal de communication, dans un bain communicationnel ; il est présent d'emblée dans un monde relationnel" ¹⁵⁰[Guillerault in Barral 99]. L'importance de la parole et des mots n'est donc plus à démontrer.

C'est une nécessité de parler à l'enfant, dès sa naissance. "Je crois, que le premier colloque du bébé dans les bras de sa mère est très important : «Tu vois, nous t'attendions. Tu es un petit garçon ; tu nous as peut-être entendu dire qu'on attendait une petite fille. Mais, nous sommes très contents, que tu sois un petit garçon». Je peux vous dire qu'il y a des enfants qui se

¹⁴⁵ p 20 R.C. of Midwives 98

¹⁴⁶ p 245 Montlouis-Eugénie 98

¹⁴⁷ p 178 Benoit 98

¹⁴⁸ pp 135 et 186 Freud 62

¹⁴⁹ p 246 This 82

¹⁵⁰ p 45 Guillerault in Barral 99

souviennent des toutes premières choses qui ont été dites autour d'eux... Alors je dis ceci non pas pour qu'on leur fasse de long discours, mais pour que l'on sache qu'on peut s'adresser à l'enfant dès sa naissance, et qu'il en a besoin. C'est comme ça que nous l'introduisons, dans notre monde à nous, en tant que futur homme ou future femme, et non pas en tant que petite chose, bébé, nounours. C'est un être humain" ¹⁵¹[Dolto 77].

La naissance c'est cet événement où la parole est séparatrice et créatrice. C'est la parole qui préside à chaque venue au monde et qui sépare. Mais *"une séparation n'est structurante que si elle produit de la distinction entre les êtres : mère/enfant/père. Et cette différenciation des sujets, est symboliquement promue par l'acte de la nomination"* ¹⁵²[Clerget 97]. Alors que le nom est acquis, donné légalement, ce sont les parents qui donnent ce prénom choisi et représentatif de leurs fantasmes, de leurs espoirs, de leurs rêves justement souvent à ce moment où le bébé est dans les bras de sa mère, sous le regard du père. Ainsi, *"dès que le bébé s'est individualisé et a pris du champ, le langage vise à rétablir un pont, mais en même temps, puisqu'il faut rétablir un pont, c'est qu'on s'est écarté, éloigné. Si bien que tout acte de parole, signifie à la fois : je me rattache, mais je me rattache parce que je me suis détaché"* ¹⁵³[Golse 99]. L'enfant se trouve ainsi relié par cette voix qui accompagne les soins quotidiens par la mère et/ou le père, dans les jours suivants la naissance et au fil de son évolution.

La parole des professionnels, elle, prend une tout autre place. Elle possède, elle aussi, un effet organisateur des comportements de la mère. En effet, les mots prononcés peuvent-être structurants ou ils ont au contraire des conséquences qui ne sont mesurées qu'ultérieurement.

Pour l'enfant qui naît, *"quand les fées parlent autour du berceau... «Les paroles qui ont été dites au-dessus d'un berceau de nouveau-né s'écrivent comme un destin» déclare F. Dolto lors d'un exposé... A ce moment, les paroles qui peuvent être prononcées par l'entourage deviennent pour eux des signifiants majeurs. Il les reçoit, comme on reçoit l'inéluctable d'un oracle délivrant la vérité d'un destin"* ¹⁵⁴[Canault 01]. Quand il y a nécessité d'un éloignement, du fait de certaines pathologies, il apparaît important que cette difficile et douloureuse séparation pour la mère et le bébé soit accompagnée de paroles. Le père peut être celui qui porte la parole, continuant ainsi à faire le lien entre la mère et l'enfant.

Ainsi les professionnels qui donnent des soins à l'enfant ont leurs mots à dire et ces mots peuvent eux aussi être porteur de vie. *"Parler ainsi à l'enfant, verbaliser, c'est lui redonner sa place de sujet et non d'objet, c'est lui confirmer qu'il a bien été entendu, c'est lui permettre, ainsi qu'à ses parents, de donner du sens à ce qu'ils vivent ensemble, c'est mettre des mots sur ce qu'il souffre. Et parce que l'adulte, son père, sa mère s'adresse à lui, parle, ose dire ce qu'il ressent, l'enfant apprendra en grandissant à dire aussi ; il parlera plus tôt et aura moins besoin de symptômes, de maladies ou de colères pour s'exprimer"* ¹⁵⁵[Huot-Marchand 95].

Il est donc évident que *"l'enfant en bas âge et ses parents se trouvent au cœur du processus de changement humain le plus important et le plus rapide que l'on connaisse : le développement normal précoce. Cette époque de la vie n'est pas simplement, une «crise» majeure potentiellement porteuse de changement. Sa fonction principale est, de réaliser et de rendre effectifs les changements, la maturation, le développement et la croissance"* ¹⁵⁶[Stern 97].

¹⁵¹ p 25 Dolto 77

¹⁵² p 70 Clerget 97

¹⁵³ p 223 Golse 99

¹⁵⁴ pp 55-57 Canault 01

¹⁵⁵ p 33 Huot-Marchand 95

¹⁵⁶ p 12 Stern 97

Ainsi la vie d'un enfant s'origine et prend corps, au creux du ventre des femmes. Mais avant d'être charnelle la conception d'un enfant est d'abord psychique. Alors, en évoquant les processus physiologiques à l'œuvre lors de la grossesse et de l'accouchement, cette idée fondamentale ne peut-être éludée, bien au contraire.

PRESERVER
LES LIENS MERE-ENFANT-PERE

2.2 DANS LE RESPECT DE LA PHYSIOLOGIE DE LA MATERNITE



Image 3

"Nous voulons simplement que, dans des lieux de convivialité, humanisés, elles - les techniques - soient mises au service de celles qui viennent «donner la vie» à ceux qui ouvriront les yeux sur le monde, pour naître comme «parlêtres», nommés, sexués, amicalement accueillis" [This 78].

La médecine : «(1135 du latin *medicina*), est la science ayant pour objet la conservation et le rétablissement de la santé ; elle est l'art de prévenir et de soigner les maladies de l'homme, de la femme, de l'enfant» [Robert 84]. Bien que sa vocation soit très large, la médecine, se préoccupe avant tout et essentiellement des maladies des êtres humains et de leurs thérapeutiques.

Certes, la médecine «(angl. *medicine*)» se définit comme étant «la science des maladies et l'art de les guérir. Ainsi conçue dans une acception très large, la médecine qui vise à la conservation ou à la restitution de la santé, regroupe l'hygiène qui traite de ce qu'il faut faire pour se préserver des maladies et la thérapeutique qui traite des méthodes propres à combattre la maladie à partir des données de l'anatomopathologie, de la physiopathologie, de l'étiologie, de la sémiologie et de la pharmacologie. Il semble que malgré ses orientations de plus en plus techniques et le caractère de plus en plus scientifique de base de son exercice, la médecine ne puisse être assimilée à une science exacte et que la dimension de l'acte médical avec ses composantes individuelles, subjectives et psychologiques, ne puisse être réduite à l'application de formules ou de principes constants» [Médecine 01].

La médecine demeure ainsi, encore aujourd'hui, un art au carrefour de plusieurs sciences, où toutes ont leur place, sans prédominance de l'une sur l'autre, mais plutôt dans le respect des unes et des autres.

La médecine est également : «le médicament ou le remède». Et le terme médical (qui concerne la médecine) signifie : «qui guérit» (en 1752) [Robert 84].

C'est récemment, depuis les années 1990, que la médecine basée sur la preuve, Evidence-Based Medicine (E.B.M.), se développe à l'échelon national et international. Les conférences de consensus s'organisent, de plus en plus. Les études, prospectives et randomisées, font leur apparition et deviennent plus crédibles. Des recommandations sont alors établies pour apporter une aide aux décisions thérapeutiques et pour permettre une amélioration des pratiques médicales. Mais ces études sont loin de traiter tous les aspects nécessaires à la santé de l'être humain.

Avec l'apport de définitions, dans une recherche éthique et philosophique en quête de sens, le concept de la physiologie, notamment dans le domaine de la maternité et de l'obstétrique, semble difficile à cerner. Le plus souvent la physiologie s'oppose à la pathologie et elle se définit souvent par exclusion de cette dernière.

Si la «grossesse et l'accouchement ne sont pas des maladies» comme l'écrit l'Organisation mondiale de la Santé, l'approche française actuelle, concernant la maternité, est fondée sur le risque permanent, pendant la grossesse et lors de l'accouchement. Mais le risque s'est imposé anticipant l'observation sécurisante, bienveillante, attentive, organisant ainsi la surveillance de la maternité.

Or la complexité de ce phénomène physiologique de la maternité incite à tenir compte des nombreux aspects indispensables à cette construction du vivant. La physiologie peut-elle alors se résumer à un risque ?

Faisant suite à la prise en compte de cette notion de risque mais notamment en considérant aussi les différents autres éléments de réflexion, l'exploration de certaines propositions respectant et favorisant la physiologie, fait l'objet de la poursuite de ce travail.

2.2.1 Définitions, éthique et philosophie

Même dans les sociétés occidentales les plus organisées, la prophylaxie et la prévention sont encore très peu développées. L'idée d'une éducation à la santé accessible pour chacun, reste encore un rêve, une utopie, du fait de nombreuses résistances sociales, politiques et y compris du monde médical lui-même. La santé de chaque personne se trouve au carrefour des aspects biologiques, organiques, psychologiques, affectifs, sociaux et culturels mais seuls les deux premiers sont essentiellement pris en considération par le monde médical.

La gynécologie-obstétrique (au travers notamment des sages-femmes et des médecins spécialistes gynécologues-obstétriciens) est la spécialité médicale qui traite des maladies des femmes enceintes, parturientes et accouchées. Les professionnels de santé ont pour mission d'accompagner et de prendre soins des femmes, de proposer des thérapeutiques en cas de nécessité. Cependant aujourd'hui, les femmes, soumises au suivi médicalisé et surtout hyper technicisé, semblent peu respectées et rassurées. Certaines sont même confrontées dans les suites de leur accouchement à des états de grande souffrance, qui entravent la relation à l'enfant.

L'enseignement apporté aux sages-femmes est en principe orienté vers la physiologie. Cependant une grande partie des cours est réservée à la pathologie de la mère et de l'enfant, afin qu'elles puissent dépister et prévenir les pathologies. Cette formation requiert ainsi l'intervention des médecins dont la vocation est de traiter les pathologies.

La spécialité médicale d'obstétrique enseigne aux médecins surtout les pathologies, le traitement des symptômes somatiques ou biologiques et la chirurgie. Elle aborde la question de la maternité, en premier lieu dans un aspect physique surtout mécaniste et biologique

probablement réducteur.

Les synonymes du mot physique renvoient à plusieurs termes et notamment : «organique, somatique, charnel, corporel, matériel, réel, naturel et physiologique» [Robert 83].

La physiologie quant à elle, se définit comme une science "(du grec *physis* : nature et *logos* : science) qui étudie le fonctionnement des êtres vivants. Cette étude peut concerner, l'ensemble de l'organisme (physiologie générale), un organe en particulier, une cellule ou un tissu. Le mot sous-entend d'ordinaire qu'il s'agit, de l'étude du fonctionnement normal, au point que les auteurs francophones (mais non les anglophones) utilisent parfois l'adjectif «physiologique» pour exprimer la normalité. Dans le cas où l'on étudie le fonctionnement de l'organisme ou des organes malades, on emploie l'expression physiologie pathologique ou physiopathologie" [Médecine 01].

Dans le langage courant, les termes physique, physiologique, normal et naturel semblent confondus.

Mais, la physiologie chez l'être humain se réduit-elle au seul domaine physique ou organique ? L'individu humain est sans doute autre chose qu'un système physique d'organes. La psychologie et la physiologie ne font-elles qu'un comme le prétend J. David (contemporain de Winnicott) ?

Alors comment appréhender le fonctionnement physiologique du vivant, dans toute sa complexité ?

2.2.1.1 Une certaine éthique

L'approche philosophique et la réflexion éthique ouvrent la compréhension de l'humain. "*Certes, la pensée scientifique moderne a su renoncer à l'emploi de l'idée d'âme mais elle se révèle incapable de décrire la réalité humaine d'une manière qui soit à la fois scientifiquement rationnelle et philosophiquement respectueuse de l'intégralité de son être*"¹⁵⁷[Misrahi 95].

L'influence de la pensée de Descartes, dissociant le corps de l'esprit a imprégné longtemps les manières d'aborder le sujet humain. Même si Spinoza a ouvert la voie pour proposer une doctrine unitaire pour parler du vivant, il n'en demeure pas moins que les médecins se présentent avant tout comme des «somaticiens» se préoccupant surtout de l'aspect organique. Par méconnaissance ou par peur, les aspects psychiques sont en effet le plus souvent délégués aux médecins de «l'âme» ou de l'esprit, aux psychiatres ou psychanalystes et aux psychologues. Les éléments émotionnels, affectifs et subjectifs, parfois déconcertants sont souvent négligés, niés et dévalorisés. Pourtant, les aspects psychiques font partie intégrante de chaque personne et jouent un rôle, vraisemblablement fondamental, dans le maintien de la physiologie.

Rares sont les spécialités médicales qui abordent la question de l'être humain malade et encore moins celle de l'individu sain, sous un angle à la fois somatique et psychique, sauf la médecine psychosomatique dont la place est réduite. Cette approche est peu ou voire pas du tout enseignée dans les facultés de médecine.

La prise en compte de l'unicité de la personne est loin d'être une réalité, puisqu'une "version

¹⁵⁷ p 16 Misrahi 95

moderne du dualisme n'oppose plus le corps à l'esprit ou à l'âme mais plus précisément au sujet lui-même". En effet, si "le corps des années soixante, incarnait la vérité du sujet, son être au monde, il n'est aujourd'hui qu'un artifice soumis au design permanent de la médecine ou de l'informatique. Il s'est autonomisé du sujet, cyborgisé. Autrefois, support de l'identité personnelle, son statut est souvent aujourd'hui, celui d'un accessoire". Et "la fabrication biochimique de l'intériorité, couplant le sujet et la molécule appropriée, fait du corps le terminal d'une programmation de l'humeur une forme inédite du cyborg c'est-à-dire de l'alliance irréductible de l'homme et de la technique incorporée" ¹⁵⁸[Le Breton 99].

Pourtant, "l'homme est indissolublement corps et esprit et celui-ci n'est rien d'autre que l'idée, c'est-à-dire la conscience du corps. Mais parce que cette analyse s'inscrit dans un système complexe (le monisme qui identifie «Dieu» et la Nature), elle n'a pas livré toute la richesse de ses implications" ¹⁵⁹[Misrahi 95].

Ainsi certaines perspectives se dessinent aujourd'hui. "La naissance d'un enfant n'est plus seulement le fait d'un désir avec les aléas d'une rencontre sexuelle entre deux partenaires échangeant du plaisir. L'existence ne commence plus seulement dans les profondeurs d'un corps de femme, mais aussi dans les éprouvettes de la fécondation in vitro, elle se prolongera peut-être un jour sous contrôle médical dans une couveuse artificielle excluant radicalement la femme" ¹⁶⁰[Le Breton 99]. Pendant longtemps, il a été considéré que "le progrès des connaissances, dans la grande mouvance des Lumières, ne pouvait être qu'un progrès pour l'homme. Mais aujourd'hui on sait que le progrès des connaissances et des techniques ne constitue pas nécessairement un progrès pour l'homme. Pour qu'il le soit nos sociétés doivent se donner les moyens de la maîtrise des outils qu'elles ont créés..." ¹⁶¹[Kahn 96].

Alors l'exercice médical "*devrait associer dans sa pratique au quotidien le savoir faire (technique et scientifique) et le savoir être (psychologique et éthique). Y aurait-il en effet deux médecines qui devraient s'affronter, celle du corps (celle du désordre somatique) et celle de l'être (celle du désordre psychique) ?*" [Sandre 96]. Ce questionnement rejoint alors l'interrogation posée lors des Rencontres Nancéennes en 1999 par B. Maria «Comment les femmes accoucheront-elles en l'an 2000 ? ». Celle-ci témoigne, d'une prise de conscience et d'un souci envers les femmes, de la part de certains professionnels de la maternité et de la naissance. "*L'accouchement physiologique n'est pas respecté, la dimension affective de la naissance est oubliée. Les moyens techniques employés sont discutables et contraignants, les professionnels ne communiquent pas entre eux... Accoucher naturellement dans un lieu agréable et confortable, sans contraintes médicales ou techniques, accompagnée par une sage-femme, semble être, en France, une idée incongrue*" ¹⁶²[Maria 00].

Ces interrogations concernant la pratique professionnelle, abordées d'un point de vue éthique introduisent "*précisément cet individu existant, concret, «personnalisé» et identique à soi, dans son propre sentiment de lui-même. Toutes ces formes de l'interrogation pratique portent leur attention, sur l'avenir d'un tel sujet humain, sur le sort d'un tel existant concret (personne, citoyen ou malade) et non sur le fonctionnement plus ou moins efficace d'une machine physico-chimique qu'on appellerait conventionnellement le «corps humain»*" ¹⁶³[Misrahi 95]. Et R. Misrahi, s'interrogeant sur la nature de l'individu humain et de sa place

¹⁵⁸ pp 23-42-62 Le Breton 99

¹⁵⁹ p 24 Misrahi 95

¹⁶⁰ p 63 Le Breton 99

¹⁶¹ p 55 Kahn 96

¹⁶² p 32 Maria 00

¹⁶³ p 25 Misrahi 95

dans la nature, note qu'il est "*un être de nature, issu de la Nature et de son évolution mais en tant que celle-ci produit un être nouveau. Parfaitement spécifique et caractérisé, à la fois par la conscience de soi et par le pouvoir d'initiative, cet être nouveau est le sujet : non pas pure raison mais, réflexion et désir, conscience et dynamisme, existence et personnalité*"¹⁶⁴[Misrahi 95].

Et pour apporter d'autres précisions, la définition de la Nature donnée par le dictionnaire est «l'ensemble des caractères, des propriétés qui définissent un être, généralement considéré comme constituant d'un genre» et d'autre part «ce qui est inné, spontané» mais aussi le «principe actif, souvent personnifié, qui anime, organise l'ensemble des choses existantes selon un certain ordre» [Robert 84].

Dans le dictionnaire historique, la Nature «vient du terme emprunté au latin nature, dérivé de natus, né participe passé de nasci (naître). Nature signifie «fait de naître», «action de faire naître» et de là, «origine, extraction, caractère inné, naturel». Plus largement «le mot désigne l'ordre des choses. En philosophie, ce terme désigne l'élément, la substance. Enfin il est employé par métonymie, pour désigner les organes de la génération» [Robert 98].

Le qualificatif «naturel» peut aussi signifier normal. Les termes, naturel, artificiel, tout comme inné et acquis, sont souvent mis en opposition. Objets très certainement d'enjeux profonds, ils sont alors rarement utilisés en complémentarité. Il n'est pas rare que le terme naturel évoque aujourd'hui quelque chose d'archaïque, un certain état d'esprit «écolo», voire même qu'il véhicule l'idée de retour à «l'âge des cavernes». Et pourtant, la notion «bio» pour biologique renvoie à une idée de qualité. Ainsi, tous ces termes utilisés demeurent vagues et peu explicites, mais non dénués d'un certain sens pour tous ceux qui y font référence.

En tout cas, il semble qu'il existe toujours un malaise face à la Nature, cette nature à laquelle la femme semble plus reliée. S'agit-il toujours d'un réflexe de défense devant cette inconnue qui fait peur ou dépasse ? S'agit-il encore d'un désir de maîtrise ou d'un désir de pouvoir, face à cette nature..., celle de la femme.

La maternité pourrait être envisagée comme une source d'épanouissement, de plaisir ou de puissance dont les femmes sont contraintes de garder le secret. Pour peu que les professionnels induisent la sérénité dans ces moments et que leurs angoisses n'envahissent pas et ne se projettent pas sur les femmes, celles-ci peuvent vivre de façon harmonieuse leur maternité.

Ainsi, certain éminent scientifique ose faire l'éloge de la nature et pour lui, "*la Nature c'est ce qui relie, articule, fait communiquer en profondeur l'anthropologie au biologique et au physique. Il nous faut donc retrouver la Nature pour retrouver notre Nature. Dès lors, nous voyons que la nature de ce qui nous éloigne de la Nature constitue un développement de la Nature, et nous rapproche au plus intime de la Nature de la Nature. Mais la Nature de la Nature ne saurait se refermer sur nous et nous engloutir*"¹⁶⁵[Morin 77],

¹⁶⁴ pp 37-38 Misrahi 95

¹⁶⁵ pp 373-374 Morin 77

2.2.1.2 «Le normal et le pathologique»¹⁶⁶

Dans son essai, (écrit pour une thèse de médecine présentée en 1943 et dont les réflexions ont été revues entre 1963 et 1966), G. Canguilhem, philosophe par ailleurs, soutient que "*les phénomènes pathologiques sont identiques aux phénomènes normaux correspondants, aux variations quantitatives près*"¹⁶⁷[Canguilhem 79]. Se référant à des auteurs précédents, il note que "*la physiologie et la pathologie - celles de l'esprit aussi bien que celles du corps - ne s'opposent pas l'une à l'autre, comme deux contraires, mais comme deux parties d'un même tout... La maladie est, en effet, une expérimentation de l'ordre le plus subtil, instituée par la nature elle-même dans des circonstances bien déterminées et avec des procédés dont l'art humain ne dispose pas : elle atteint l'inaccessible*"¹⁶⁸[Canguilhem 79]. Ainsi, l'idée soutenue est, qu'il existe une continuité entre le normal et le pathologique, comme il existe une continuité entre la vie et la mort. L'auteur cite alors C. Bernard, dont les travaux sur l'homéostasie sont bien connus et qui considère par ailleurs, que la médecine est la science des maladies et la physiologie la science de la vie. "*Si nous ne pouvons pas aujourd'hui, expliquer tous les phénomènes des maladies, c'est que la physiologie n'est pas encore assez avancée et qu'il y a encore une foule de fonctions normales qui nous sont inconnues*"¹⁶⁹[Canguilhem 79]. Il fait également référence à R. Leriche pour qui «la santé, c'est la vie dans le silence des organes» et la maladie un état authentiquement anormal. "*La maladie ne nous apparaît plus comme un parasite vivant sur l'homme et vivant de l'homme qu'elle épuise. Nous y voyons, la conséquence d'une déviation initialement minime, de l'ordre physiologique. Elle est en somme, un ordre physiologique nouveau, auquel la thérapeutique doit avoir pour but d'adapter l'homme malade*"¹⁷⁰[Canguilhem 79] et ainsi, "*la connaissance de l'état physiologique s'obtient par abstraction rétrospective de l'expérience clinique et thérapeutique*"¹⁷¹[Canguilhem 79].

La physiologie peut donc pour G. Canguilhem, se définir comme "*la science des fonctions et des allures de la vie, mais c'est la vie qui propose à l'exploration du physiologiste les allures dont il codifie les lois. La physiologie ne peut pas imposer à la vie les seules allures dont le mécanisme lui soit intelligible. Il en est, de la physiologie, comme de toute science, selon Aristote, elle procède de l'étonnement*"¹⁷²[Canguilhem 79].

Et dans sa première conclusion, il écrit ainsi que "*l'état physiologique est l'état sain, plus encore que l'état normal. C'est l'état qui peut admettre le passage à de nouvelles normes. L'homme est sain pour autant qu'il est normatif, relativement aux fluctuations de son milieu. Les constantes physiologiques, ont selon nous, parmi toutes les constantes vitales possibles une valeur propulsive. Au contraire, l'état pathologique, traduit la réduction des normes de vie tolérées par le vivant, la précarité du normal, établi par la maladie. Les constantes pathologiques ont valeur répulsive et strictement conservatrice. La guérison est la reconquête d'un état de stabilité, des normes physiologiques. Elle est d'autant plus voisine de la maladie ou de la santé, que cette stabilité est moins ou plus ouverte à des remaniements éventuels. Guérir, c'est se donner de nouvelles normes de vie parfois supérieures aux anciennes. Le concept de norme est un concept original qui ne se laisse pas, en physiologie plus qu'ailleurs, réduire à un concept objectivement déterminable par des méthodes scientifiques. Il n'y a donc*

¹⁶⁶ en réf. "Le normal et le pathologique" Canguilhem 79

¹⁶⁷ p 9 Canguilhem 79

¹⁶⁸ p 16 Canguilhem 79

¹⁶⁹ p 34 Canguilhem 79

¹⁷⁰ p 56 Canguilhem 79

¹⁷¹ p 58 Canguilhem 79

¹⁷² p 59 Canguilhem 79

pas à proprement parler, de science biologique du normal. Il y a une science des situations et des conditions biologiques dites normales. Cette science est la physiologie. Il en est, de la médecine, comme de toutes les techniques. Elle est une activité qui s'enracine, dans l'effort spontané du vivant, pour dominer le milieu et l'organiser selon ses valeurs de vivant. Voilà pourquoi, sans être elle même une science, la médecine utilise les résultats de toutes les sciences, au service des normes de la vie" ¹⁷³[Canguilhem 79].

Dans la révision de son essai, quelques années plus tard, G. Canguilhem précise encore à propos du normal que celui-ci *"n'est pas un concept statique ou pacifique mais un concept dynamique et polémique"*. S'inspirant de G. Bachelard, il explique, *"qu'une norme, une règle, c'est ce qui sert à faire droit, à dresser, à redresser. Normer, normaliser, c'est imposer une exigence à une existence, à un donné, dont la variété, la disparate s'offrent au regard de l'exigence comme un indéterminé hostile plus encore qu'étranger"* ¹⁷⁴[Canguilhem 79].

Et enfin, évoquant la «Sagesse du corps» de Cannon, il expose que cette sagesse, c'est de *"donner à entendre que le corps vivant est en état permanent d'équilibre contrôlé, de déséquilibre contrarié aussitôt qu'amorcé, de stabilité maintenue contre les influences perturbatrices d'origine externe, bref c'est-à-dire que la vie organique est un ordre de fonctions précaires et menacées mais constamment rétablies par un système de régulations"* ¹⁷⁵[Canguilhem 79].

Pour certains médecins contemporains comme M. Odent, *"le terme physiologique qualifie une référence dont il convient de ne pas trop s'éloigner. En s'éloignant, au-delà de certaines limites de cette référence, on s'expose à des effets secondaires pathologiques"* ¹⁷⁶[Odent 99]. Pour celui-ci, il est important par ailleurs, de faire une distinction entre normal et physiologique dans le sens où ce qui est normal à un endroit de la planète peut être différent dans un autre lieu.

Par ailleurs pour d'autres praticiens comme S. Mimoun, un abord différent de la gynécologie et de l'obstétrique plus particulièrement, offre un point de vue très intéressant. *"L'approche psychosomatique en gynécologie est une tendance, une orientation, une manière d'être pour appréhender la gynécologie tout entière. Quand une patiente consulte pour un syndrome gynécologique, se mêlent des éléments ayant trait à l'histoire du sujet (enfance, vie professionnelle, conjugale et sexuelle, deuils, rapports avec ses enfants, etc...) aux éléments recherchés par l'interrogatoire classique. Envisager la «gynécologie psychosomatique» c'est s'efforcer de dépasser les clivages entre l'organique et le psychologique. A tout moment, le domaine des échanges corps-esprit, fait partie de l'action psychosomatique et cela d'autant plus que ces échanges sont susceptibles de décrire une boucle de rétroaction au sein de laquelle l'état psychologique du malade va influencer à son tour le cours de la maladie"* ¹⁷⁷[Mimoun 99]. Cette approche l'amène à considérer que *"l'homme est constitué de trois éléments : soma, psyché et les interférences soma-psyché. La plupart des auteurs admettent aujourd'hui, qu'il n'y a pas de malades ni de maladie psychosomatique, mais une approche psychosomatique, c'est-à-dire une attitude, une écoute qui, avec l'examen clinique, peut aider la patiente à devenir «sujet» de sa demande, c'est à dire pouvoir exprimer en son nom propre ses difficultés au lieu de parler de son corps et de sa maladie comme d'un «objet» extérieur. Fondée sur la relation médecin malade, l'approche psychosomatique est capable d'influer sur*

¹⁷³ pp 155-156 Canguilhem 79

¹⁷⁴ p 177 Canguilhem 79

¹⁷⁵ p 194 Canguilhem 79

¹⁷⁶ p 50 Odent 99

¹⁷⁷ p 19 Mimoun 99

le cours de la maladie et sur son traitement" ¹⁷⁸[Mimoun 99].

Cet éclairage vient ainsi élargir la conception de la maladie et de la relation soignant-soigné, pour tous les praticiens, sages-femmes et médecins, mais aussi pour les personnes malades ou pour celles qui consultent pour un suivi médical institué. Cette attitude peut susciter un changement possible. "*L'«esprit psychosomatique» nous paraît souhaitable chez tout clinicien qui a à cœur de soigner l'être humain qu'il a en face de lui. C'est ainsi, que l'on découvrira que tout acte médical devrait comporter «consciemment» une attitude relationnelle à visée psychothérapique. Ce consciemment est toute la différence entre l'aspect qui se veut scientifique et l'aspect magique*" ¹⁷⁹[Mimoun 99]. Alors, la prise en compte de la subjectivité, fait entendre différemment les symptômes présentés par chaque sujet unique et différent. L'interrogatoire devient une conversation où la personne qui consulte peut s'exprimer. C'est alors que "*l'examen clinique et son «environnement de paroles» est à la base du contact avec la patiente ou la parturiente. Il tente de renforcer autant que possible le lien entre le corps et l'esprit*" ¹⁸⁰[Mimoun 99].

Pour C.E. Tourné, la notion de «normalité» est une "*notion absolument essentielle en médecine pour caractériser les situations pathologiques (objectivation du symptôme). C'est une notion statistique, où la courbe de Gauss décrit la distribution d'un phénomène biologique mesurable autour d'une médiane qui représente la caractéristique pour laquelle le nombre d'individus est maximum. Le plus souvent, on fixe les limites «normales» au 10^{ème} percentile et au 90^{ème} percentile de la distribution. Dans ces conditions, 20 % de la population normale se trouve en dehors des limites... Nombre de décisions thérapeutiques sont ou seront prises sur la base du franchissement des limites considérées comme normales*" ¹⁸¹[Tourné 02].

D'autre part, pour ce médecin également gynécologue-obstétricien, "*les organismes humains sont des organismes ¹⁸²psychosomatiques totaux dans lesquels l'unité du soma et de la psyché est une réalité systémique. Il existe donc une physiologie psychosomatique*" ¹⁸³[Tourné 02]. Il développe ainsi une vision prenant en compte différentes composantes de la physiologie. En premier lieu, il distingue une physiologie organique. "*C'est une physiologie touchant à un système organisé en niveaux qui s'englobent les uns dans les autres : organe cellulaire, englobé dans la cellule, englobée dans l'organe, englobé dans le système, dans l'appareil, englobé dans l'organisme. Entre les différents niveaux, existe une organisation déterminée par la structure, elle-même déterminée, par un certain type d'information génétiquement transmise*". Puis, il décrit une physiologie mécanique où "*les mouvements internes des organes les uns par rapport aux autres, les exigences de la statique verticale et les mouvements, que cela entraîne, constituent un autre élément de la physiologie. Ces mouvements sont partie intégrantes de la physiologie. Toute restriction de mobilité tant dans les systèmes assurant la locomotion et la statique que dans les relations des organes internes entre eux, va se traduire négativement dans le fonctionnement de l'ensemble*" ¹⁸⁴[Tourné 02]. Ensuite utilisant les connaissances de la médecine chinoise, il évoque une physiologie énergétique. "*Située en dehors, des structures organiques repérables, la circulation énergétique se fait, le long des méridiens. Les blocages de la circulation énergétique peuvent être les premières manifestations de la perte de la physiologie de l'ensemble. Les symptômes*

¹⁷⁸ p 19 Mimoun 99

¹⁷⁹ p 20 Mimoun 99

¹⁸⁰ p 24 Mimoun 99

¹⁸¹ p 167 Tourné 02

¹⁸² une typographie originale du mot psychosomatique s'est imposée à l'auteur pour évoquer visuellement l'unité fonctionnelle corps-esprit (cette typographie ne peut-être reproduite ici).

¹⁸³ p 17 Tourné 02

¹⁸⁴ pp 33-34 Tourné 02

sont alors des sensations sur des organes, sans que les investigations à ce niveau montrent de pathologie organique ou mécanique" ¹⁸⁵[Tourné 02].

Par ailleurs, toujours pour cet auteur, le psychisme est à intégrer dans la physiologie et il est relié au soma dans une dynamique globale. Ainsi, *"la description physiologie doit nécessairement intégrer la dimension psychique de l'organisme en relation avec le soma. Cette physiologie psychosomatique, c'est l'équilibre harmonieux entre le fonctionnement somatique (organique, mécanique, énergétique) et la conscience que l'on en a... En même temps, le psychisme constitue pour l'organisme total son mode de communication avec son environnement social... La physiologie psychosomatique de l'individu englobera, outre les physiologies touchant au fonctionnement de son soma, toute la somme des affects en provenance de son milieu et de son environnement physique et psychique, biosphérique et social"* ¹⁸⁶[Tourné 02].

D'autre part, il suggère que la physiologie ne soit pas seulement considérée dans un instantané. Il existe pour l'auteur une composante temporelle qu'il est nécessaire de prendre en compte. *"En effet, cette physiologie en permanence obligée de maintenir ses équilibres, se trouve en perpétuel mouvement"...* Il soutient également, que la pathologie peut-être considérée autrement, en s'inspirant notamment des travaux de H. Laborit. *"A côté de la composante physiologique, nous trouverons, une composante résultante des phénomènes agression/réponse à l'agression que je qualifierai de composante «pathologique». Il s'agit là de phénomènes qui se mettent en place chaque fois qu'une modification brutale des conditions de la survie oblige l'organisme à une adaptation très importante, d'une durée généralement courte, afin de maintenir coûte que coûte les conditions de cette survie"* ¹⁸⁷[Tourné 02].

Et enfin, il pense que la composante psychologique *"est la seule qui change authentiquement l'être car elle constitue en même temps le changement d'état et la conscience du changement d'état"* ¹⁸⁸[Tourné 02].

Aujourd'hui pourtant, le monde contemporain s'emploie à abolir la distance entre le corps et la machine. Cette réduction, fait du corps une «chose» parmi les choses. Mais, il est évident qu'à travers la question du corps c'est la question de l'homme qui est en cause. *"Car penser le corps c'est penser l'être humain. Nous verrons si le corps souffrant renvoie précisément à une analyse des dysfonctionnements, dysfonctionnements techniques sur lesquels le médecin pourrait intervenir comme un technicien ou bien si la vocation médicale n'est pas d'abord de traiter l'homme, c'est-à-dire, précisément, d'individualiser le corps humain"* ¹⁸⁹[Kessler 96]. Pourtant, *"le corps n'est plus l'obstacle qui sépare la pensée d'elle-même, ce qu'elle doit surmonter pour arriver à penser. C'est, au contraire, ce en quoi elle plonge, doit plonger pour atteindre l'impensé, c'est-à-dire à la vie. Non pas que le corps pense mais, obstiné, têtu, il force à penser ce qui se dérobe à la pensée c'est-à-dire la vie"* ¹⁹⁰[Deleuze in Kessler 96].

Et si le corps humain devient de plus en plus abstrait, dans le regard du professionnel qui le soigne, cela *"exprime un des problèmes les plus cruciaux de notre humanité : le risque de la mise hors champ d'une relation de soin, quand elle n'est pas instrumentalisée"* ¹⁹¹[Sicard 96]. Les bagages et les outils techniques, de la médecine actuelle, *"tiennent lieu d'écran à la*

¹⁸⁵ p 35 Tourné 02

¹⁸⁶ p 35 Tourné 02

¹⁸⁷ pp 35-36 Tourné 02

¹⁸⁸ p 37 Tourné 02

¹⁸⁹ p 16 Kessler 96

¹⁹⁰ p 13 Deleuze in Kessler 96

¹⁹¹ P 33 Sicard 96

médecine du corps, évitent surtout la rencontre avec un visage qui reste toujours un appel"¹⁹²[Sicard 96]. Et pourtant, lors d'une rencontre entre un soignant et un soigné, "*le visage me parle et par là m'invite à une relation sans commune mesure avec un pouvoir qui s'exerce, fût-il jouissance ou connaissance*" [Lévinas 71]. Ainsi, "*le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité, que celle-ci soit acceptée ou refusée, que l'on sache ou non comment l'assumer, que l'on puisse ou non faire quelque chose de concret pour autrui. Dire : me voici. Faire quelque chose pour un autre. Donner. Être esprit humain, c'est cela*" [Lévinas 82].

Malgré toutes ces invitations à la réflexion, les pratiques actuelles s'orientent, de plus en plus, vers la réification du corps humain. Quelques soient les spécialités médicales, celui-ci n'échappe pas à la suprématie technologique et surtout à l'instrumentalisation. Ceux des femmes et des bébés ne font pas exception. La clinique se perd peu à peu, face à la technologie croissante et toute puissante. Ce qui a du sens, c'est la dignité de toute personne. Et "*la main du médecin est là, pour redonner son unité à ce corps inquiet qui vous oblige, vous contraint à cette exigence d'humanité*"¹⁹³[Sicard 96].

Or la technique remplace peu à peu et souvent cette main, cette présence humaine. Et cette technique, c'est notamment «l'ensemble de procédés empiriques employés pour produire une œuvre et obtenir un résultat déterminé» ; mais c'est aussi, «l'ensemble des procédés méthodiques, fondés sur des connaissances scientifiques, employés à la production» ; et c'est également «l'ensemble des procédés ordonnés, scientifiquement mis au point qui sont employés à l'investigation et à la transformation de la nature» [Robert 84]. Les mots sont porteurs de sens, ils servent à la communication entre les humains, mais aussi à la circulation des idées, celles le plus souvent des idéologies dominantes. Ainsi peu à peu les progrès de l'humanité en sont réduits à une certaine technique instrumentale toute puissante, inscrivant celle-ci fortement dans une réalité médicale et sociale de plus en plus consumériste par ailleurs.

En matière d'obstétrique, le recours à la technicité devient une certitude croissante, voulant oublier que les femmes sont des êtres humains qui ressentent, pensent et transmettent à partir de leurs expériences de vie. La sensibilité «étant la propriété d'un être vivant d'être informé des modifications du milieu (extérieur ou intérieur), d'y réagir par des sensations et l'aptitude à détecter et à amplifier de faibles variations» [Robert 84].

Mais finalement, "*est-ce que l'utilisation plus grande de la technologie sauve davantage de vies de femmes enceintes et accouchantes ?*" [Marsden Wagner 01].

2.2.2 «La grossesse et l'accouchement ne sont pas des maladies»¹⁹⁴

Dans la réalité, "*la grossesse est le plus souvent normale (80 à 90 %)*" [ANDEM 96]. Les accouchements se déroulent, en majorité, sans interventions particulières, du moins nécessitées par des pathologies. Pourtant certains pensent qu'à l'heure actuelle il ne reste que 70 % d'accouchements physiologiques [Syngoff 03]. Mais en fait la peur semble exister de plus en plus devant cet événement. La peur qui peut-être celle de la souffrance de l'autre, de la mort également. Mais aussi et surtout c'est l'angoisse médico-légale qui est mise en avant. Celle-ci induit de profondes perturbations, avec des risques de plus en plus obsédants pour les

¹⁹² p 35 Sicard 96

¹⁹³ p 37 Sicard 96

¹⁹⁴ en réf. O.M.S. 85

professionnels, au point que ceux-ci en oublient de réfléchir et d'entendre les femmes. Les professionnels de la maternité (sages-femmes et gynécologies-obstétriciens) doivent bien évidemment assurer la sécurité physique et psychique des mères et des humains naissants. *"Mais la médicalisation systématique de l'accouchement... ne correspond pas à l'attente des femmes qui souhaitent un accouchement serein et intime. Rien ne justifie beaucoup de nos gestes techniques qui cachent trop souvent nos difficultés à entendre et à respecter les parturientes.*

Le rôle des sages-femmes et des obstétriciens est simple et délicat : surveiller, respecter la bonne évolution du travail, attendre et ne rien faire qui ne soit justifié, encourager et aider la femme en travail et lui permettre de découvrir et d'accueillir son enfant" ¹⁹⁵[Maria 00].

Certainement, la maternité des femmes nécessite et impose de prendre du temps avec chacune d'entre elles. Les professionnels doivent développer une vigilance très attentive et bienveillante pendant la grossesse, l'accouchement et la naissance, puis ensuite pendant la période postnatale. Une attention, avec des soins adaptés, soutenus et orientés vers la prophylaxie, la prévention physique et psychique tenant compte de toutes les dimensions de la maternité, sont à développer pour entourer ces moments de façon pertinente, afin que les femmes (mais les hommes aussi) et les enfants soient et se sentent dans une sécurité globale (somatique et psychique).

2.2.2.1 L'évolution de la mortalité, des enfants et des mères

Du fait de l'extrême rapidité des informations et des études, les connaissances et les pratiques se diffusent à toute la planète. Ainsi par exemple, aux Etats-Unis, certains auteurs, comme ce responsable, de la santé maternelle et infantile au bureau Europe de l'O.M.S. à Copenhague, note sans toutefois préciser à quelle population il se réfère, que *"les données scientifiques ne démontrent, durant les dix dernières années, aucune diminution du nombre de décès de femmes dans la période périnatale. En fait, les données récentes suggèrent une effroyable augmentation du nombre des femmes décédant durant la grossesse et l'accouchement, aux Etats-Unis. Il peut donc être possible que l'accroissement de l'utilisation de la technologie, en plus de ne pas sauver de vies maternelles, fasse en sorte que davantage de femmes décèdent. Cette possibilité a une explication scientifique raisonnable : la chirurgie césarienne et l'anesthésie péridurale, ont toutes deux été de plus en plus utilisées dans ce pays et nous savons qu'elles peuvent conduire à la mort. Nous ne devons pas être surpris de constater les faibles résultats des accouchements high-tech. Depuis plusieurs décennies, depuis le milieu du XX^{ème} siècle, le nombre de bébés décédant autour du moment de la naissance a diminué, cela sans être dû aux percées médicales mais principalement aux progrès sociaux comme la diminution de la pauvreté, une meilleure nutrition, de meilleures conditions sanitaires et, très important, à une meilleure planification des naissances ce qui diminue le nombre de femmes à grossesses et à accouchements multiples. Les soins médicaux sont également responsables pour une part, du déclin de la mortalité infantile, pas à cause des progrès technologiques mais plutôt à cause des progrès médicaux de base comme la découverte des antibiotiques"* ¹⁹⁶[Marsden Wagner 01].

La mortalité des enfants

Certes il y a un siècle en France en 1900, la mortalité infantile était de 142 ‰. Heureusement

¹⁹⁵ p 37 Maria 00

¹⁹⁶ p Marsden Wagner 01

la baisse de celle-ci s'observe peu à peu. Elle diminue, à 66 ‰ en 1938, avec le constat qu'elle est moins élevée en ville qu'à la campagne. Par contre à cette même époque, la mortalité infantile en Europe du Nord est déjà à 5 ‰ et aux Pays Bas à 36 ‰ [Knibiehler 95]. Très rapidement en moins de quarante ans, la mortalité infantile est plus que divisée par deux [Thebaud 86]. Il est à noter que les résultats continuent à évoluer en France, dans le bon sens, pour être en 1975 à 13,8 ‰ et en 1985 à 8,3 ‰ (source Insee).

Pour évoquer certaines régions, la situation de la Meurthe et Moselle fait partie des départements où le chiffre de décès des enfants demeure cependant très élevé surtout dans les zones urbaines au début du XX^{ème} siècle. Ce n'est qu'avec l'essor de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) développée dès 1945, grâce à l'action de l'Office d'Hygiène Social (O.H.S.) en Lorraine que les taux se modifient et baissent de manière spectaculaire pour atteindre 62 ‰ en 1934 ¹⁹⁷[Hacquin 79]. Ensuite la mortalité infantile chute à 16,9 ‰ en 1975 et à 9,1 ‰ en 1985 (source Insee).

Plus récemment, pour l'année 1999, les données communiquées par l'Observatoire Régional de la Santé en Lorraine indiquent que la mortalité infantile est à 4,2 ‰ en Lorraine et à 4,3 ‰ en France (source Insee 02).

Pour la mortalité périnatale en France, elle est encore à 8,2 ‰ en 1991 et se situe légèrement au-dessous du taux moyen de l'Europe des douze pays de l'époque. Les chiffres relevés en Grande-Bretagne, au Danemark, au Luxembourg et en Allemagne sont cependant inférieurs, montrant la possibilité d'une amélioration [A.N.D.E.M. 96].

"En ce qui concerne la mortalité périnatale, les chiffres en Lorraine et en Meurthe Moselle, sont respectivement de 11,66 ‰ et 11,53 ‰ en 1984" ¹⁹⁸[Houbiers 84]. Mais heureusement, la mortalité périnatale continue de décroître. Pour l'année 1999, elle baisse encore en Lorraine à 6,6 ‰ et en France à 6,5 ‰ (source Insee 02).

Cependant, si des améliorations notoires sont constatées en France dans un premier temps avec les mesures prises, il s'avère que *"entre 1981 et 1998, le taux de prématurité augmente passant de 5,6 ‰ à 6,8 ‰. Le pourcentage d'enfants pesant moins de 2500 g augmente également. Le problème des grands prématurés prend une importance majeure. D'après l'enquête nationale de 1998, 2,1 ‰ des enfants ont un âge gestationnel inférieur à 34 semaines, pour 1,6 ‰ en 1995"* ¹⁹⁹[Rumeau-Rouquette 01].

Si la mortalité des enfants a été bien étudiée, durant toutes ces dernières années, celle des mères a peut-être cependant été laissée de côté.

La mortalité des mères

La reconstitution historique de la décroissance des ratios de mortalité maternelle dans les pays occidentaux évolue en deux périodes avec des différences notoires.

Dans l'ensemble, vers les années 1870 les niveaux de ces ratios étaient en moyenne supérieurs à 600 pour 100 000 naissances vivantes que ce soit en Suède, en Angleterre, aux Etats-Unis. Seule la Suède montre une décroissance nette entre 1870 et 1900, avec une stabilisation du nombre des morts maternelles autour de 250 à 300. Entre 1900 et 1937, les niveaux n'ont plus guère évolué. Puis une décroissance rapide vient, conduisant les ratios de mortalité maternelle

¹⁹⁷ p 238 Hacquin 79

¹⁹⁸ p 86 Houbiers 84

¹⁹⁹ pp 130-131 Rumeau-Rouquette 01

à des chiffres très bas autour de 5 à 10 pour 100 000 [De Brouwere 98].

La mortalité maternelle, *"au XX^{ème} siècle est assez bien mesurée dans les hôpitaux parisiens, où elle a fortement décru entre 1870 à 1900, passant de 6 ou 10 % à environ à 1%"*²⁰⁰[Rumeau-Rouquette 01]. Par ailleurs, il y a dans ce début de siècle, une césarienne pour 1000 naissances. A Paris, la mortalité maternelle se stabilise vers 1931, aux environs de 200 à 300 puis 140 pour 100 000 naissances en 1938 [Knibiehler 95]. *"Les données nationales disponibles, seulement au XX^{ème} siècle, sont exprimées pour 100 000 naissances. En 1925, la mortalité maternelle est de l'ordre de 297, alors qu'elle était trois fois plus élevée dans les zones rurales au XV^{ème} siècle. Aux environs des années 1930 les taux français sont relativement bas, comparés aux taux étrangers. La France se situe, au niveau des Pays-Bas"*²⁰¹[Rumeau-Rouquette 01].

Dans ces dernières années et plus particulièrement pour l'année 1996, la mortalité maternelle en France, est de 13 pour 100 000 avec un taux national de césariennes de 20 % [A.U.D.I.P.O.G. 98]. En 1999, le taux national chute de façon notable à 7,4 et, en Lorraine, à 2 pour 100 000 naissances (source I.N.S.E.R.M.).

Les causes des décès maternels en France sont pourtant pour certaines évitables. Actuellement elles se répartissent de la manière suivante : *"Les hémorragies obstétricales, tout particulièrement celles qui surviennent au moment de la délivrance et du post-partum immédiat représentent la première cause de mort maternelle. L'expertise des dossiers a permis d'établir que plus des trois quarts de ces morts par hémorragie auraient pu être évitées si des soins adéquats avaient été délivrés alors que le délai trop important apporté au diagnostic et au traitement, l'insuffisance de surveillance, la mésestimation de l'importance de l'hémorragie, ont été soulignés par les experts. Les complications sévères de l'hypertension (pré éclampsie, éclampsies ou Help syndrome) aboutissent à des décès évitables dans 65 % des cas et représentent la deuxième cause de mortalité maternelle. Les embolies amniotiques qui constituent la troisième cause sont jugées inévitables"*²⁰²[Levy 03]. Deux questions se posent alors face à ce constat. La première concerne la surveillance immédiate après l'accouchement et aussi la manière dont s'est déroulé le travail avant l'accouchement. Et la deuxième doit s'inquiéter de l'efficacité de la surveillance prénatale.

Si la préoccupation de la mortalité maternelle est évidente, d'autres analyses doivent être conduites devant le nombre des césariennes qui continue son ascension inexorable, ainsi que celui des accouchements sous anesthésies péridurales qui deviennent la norme. Le nombre d'accouchements avec césariennes est aujourd'hui de 18,1 %, dont 88,9 % sous anesthésie péridurale et celui des accouchements sans césarienne avec anesthésie péridurale est de 73,7 % en Meurthe et Moselle (source D.R.A.S.S. août 2002). Ce qui correspond actuellement à un taux de 91,8 % accouchements, avec des interventions techniques instrumentales.

2.2.2.2 L'évaluation récente des pratiques obstétricales

Les enquêtes nationales sur les naissances, conduites par l'Institut National de la Santé, de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.) et par la Direction Générale de la Santé (D.G.S.) sont menées en 1981, 1995 et 1998. Mise en place et évoluant ainsi depuis 1982, l'Association des

²⁰⁰ p 39 Rumeau-Rouquette 01

²⁰¹ p 39 Rumeau-Rouquette 01

²⁰² p 3 Levy 03

Utilisateurs des Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie (A.U.D.I.P.O.G.), permet de développer un dossier médical commun et de rassembler un certain nombre de données. *"Un réseau se constitue peu à peu"* ²⁰³[Rumeau-Rouquette 01]. L'évaluation et l'information se développent de plus en plus avec l'implication des épidémiologistes. Les essais randomisés contrôlés ont de plus en plus cours et sont publiés. Les conférences de consensus permettent de faire le point sur les connaissances et apportent une aide à la décision médicale.

Faisant suite au rapport du Haut Conseil de la population et de la famille sur les conditions de la naissance en France en 1994 naît au cours de cette même année, sous l'impulsion de professionnels volontaires, le Réseau Sentinelle A.U.D.I.P.O.G., structure unique et novatrice. Ce réseau fournit annuellement une description des indicateurs de santé périnatale en France. *"La confrontation de ces indicateurs à ceux, obtenus à partir des enquêtes nationales ponctuelles D.G.S./I.N.S.E.R.M. de 1995 et 1998, a montré la grande proximité des estimations fournies par ces deux sources, renforçant la fiabilité de ce système de surveillance et d'alerte"* [A.U.D.I.P.O.G. 02].

Ainsi dans son avis en 1997 sur les conditions de naissance en France, le Haut Conseil de la population et de la famille *"estime devoir attirer l'attention sur les menaces pesant sur la qualité de la surveillance de la grossesse, des accouchements et de la période néonatales et par conséquent sur la santé physique et psychique des mères et de leurs enfants. Ces menaces risquent de conduire dans peu d'années, à une situation critique. La grossesse, l'accouchement et les premières semaines de la vie de l'enfant, constituent dans la vie d'un couple une période très particulière, durant laquelle se produisent d'importants phénomènes émotionnels, relationnels, culturels... la qualité de l'environnement de la naissance est donc capitale non seulement pour l'image de la maternité dans la société mais aussi pour la prévention des dérèglements affectifs, cognitifs et psychosomatiques"* [Haut Conseil 97]. Et c'est alors qu'en mars 2002, l'A.U.D.I.P.O.G. publie un rapport alarmant sur l'année 2001. *"Le Réseau Sentinelle joue ce rôle d'alerte et devrait permettre aux politiques de réagir vite, devant des situations préoccupantes. Or aujourd'hui la santé périnatale est en péril"* [A.U.D.I.P.O.G. 02]. Actuellement un nombre non négligeable de multipares présentent un antécédent obstétrical (césarienne, accouchement prématuré, etc.). D'autre part, certaines grossesses sont compliquées d'une pathologie (menace d'accouchement prématuré, hypertension artérielle, et autres).

Pourtant, les pratiques médicales se modifient très lentement en France. Mais dans tous les pays, les procédures d'accompagnement de la maternité s'appuient souvent sur des attitudes intuitives mais aussi passionnelles, nécessitant de valider les observations. Il semble que, les *"politiques de surveillance prénatale se sont mises en place progressivement dans chaque pays sans s'appuyer sur des bases scientifiques. On a longtemps considéré que les prises en charge adaptées pour les femmes présentant des facteurs de risque ou des complications représentaient, dans une certaine mesure, un optimum pour les femmes à bas risque. Actuellement cependant, d'autres orientations se dessinent, dans le sens d'une meilleure adaptation des soins au niveau de risque et d'un intérêt plus grand porté aux soins réalisés par des sages-femmes ou des généralistes. Cette évolution s'est faite, dans un souci général de réduction de la médicalisation. Elle répond à des préoccupations d'importance différente selon les pays. Certaines prennent leur origine dans le système de santé même, en raison du manque de spécialistes et pour diminuer les dépenses médicales. D'autres préoccupations*

²⁰³ p 89 Rumeau-Rouquette 01

sont liées à la santé, un grand nombre d'examens de routine pouvant entraîner des actes inutiles et des effets secondaires inattendus. Par ailleurs, les femmes se plaignent des conditions dans lesquelles sont organisés les soins (grandes maternités surchargées, multiplicité des intervenants, médicalisation de l'accouchement...), et ceci particulièrement quand la grossesse se passe bien" ²⁰⁴[Blondel 98].

Comment procéder alors, à la sélection des femmes enceintes pour les orienter au mieux suivant leurs besoins et ceux de leurs enfants ?

2.2.2.3 La notion de risque pour les grossesses, les accouchements et les naissances

Le risque se définit comme un «danger éventuel plus ou moins prévisible» [Robert 84]. Médicalement, *"le risque désigne ensuite, la probabilité d'un événement en fonction d'un événement qui lui est antérieur"* ²⁰⁵[Rumeau-Rouquette 01]. Une des applications de l'épidémiologie est de déterminer des indicateurs de risque. Comme dans leur recherche explicative des causes des pathologies les épidémiologistes n'ont pas réussi à déterminer les moyens d'une prévention primaire efficace de ces pathologies, ils se sont alors orientés vers, *"une approche plus pragmatique, en étudiant les indicateurs qui permettent d'isoler des groupes à haut risque, afin de leur appliquer une prévention renforcée. Celle-ci peut-être de type primaire si elle conduit à diminuer l'incidence de la maladie, ou de type secondaire si elle permet de la traiter à un stade précoce où elle est encore curable. Cette dernière est fondée, sur le dépistage"* ²⁰⁶[Rumeau-Rouquette 01].

Cependant, les éléments dépistés ou considérés s'en tiennent généralement aux seuls signes objectifs, biologiques ou mécaniques en oubliant de prendre en compte toute la dimension globale d'une femme comme cela peut être envisagé dans des approches différentes. *"Ce qui est connu comme l'approche fondée sur les risques est à la base des décisions prises depuis des décennies concernant l'accouchement, le lieu où il se déroule, son type et la personne qui dispense les soins. Le problème avec beaucoup de ces systèmes est qu'un nombre disproportionné de femmes sont classées comme «à risque», d'où le risque qui s'ensuit d'un niveau élevé d'interventions à l'accouchement"* ²⁰⁷[O.M.S. 97].

Pourtant, c'est la connaissance du fonctionnement du vivant de chaque personne unique, considérée dans toutes ses composantes : somatique, psychique, affective et émotionnelle, dans son environnement familial, sociétal et culturel, qui peut permettre un regard et une approche différente.

C'est sans doute seulement à cette condition, que les comportements et les techniques peuvent s'orienter vers une éducation à la santé, une véritable prophylaxie, puis un dépistage et une prévention avant d'aboutir en dernier recours à un traitement adapté des pathologies. Ces étapes se succèdent, si besoin, au fur et à mesure. *"La prophylaxie c'est la mise en œuvre de comportements permettant d'éviter que ne se constituent les conditions d'une pathologie. Le dépistage des pathologies c'est la possibilité de repérer les premiers signes de certains désordres avant que la pathologie ne soit avérée et ne devienne un danger imminent. La prévention interviendra, chaque fois que la prophylaxie n'a pu être mise en œuvre ou que des conditions particulières en ont diminué l'efficacité. C'est l'ensemble des mesures de nature à*

²⁰⁴ p 8 Blondel 98

²⁰⁵ p 117 Rumeau-Rouquette 01

²⁰⁶ p 117 Rumeau-Rouquette 01

²⁰⁷ p 3 O.M.S. 97

éviter qu'une pathologie imminente ne se mette en place, malgré tout. Le traitement sera mis en œuvre lorsqu'on n'aura pu faire, ni la prophylaxie, ni la prévention" ²⁰⁸[Tourné 02].

Cette démarche considère les situations bien en amont, avant que des facteurs de risque ne soient pointés, dépistés, ceux-ci engageant souvent une logique par elle-même iatrogène. Mais il convient pour cela de développer les moyens d'information vis-à-vis des femmes, de les responsabiliser et de leur faire confiance.

Les indicateurs médicaux de risque au cours de la grossesse

Alors que les indicateurs de risque en périnatalité sont connus depuis longtemps en France, c'est vers 1970, qu'apparaît en obstétrique, une prise en charge de la grossesse qui s'appuie sur la notion de facteurs de risque.

Ayant fait l'objet d'un consensus, dont la prise en compte n'a pas soulevé de difficultés, une brochure est réalisée à cette époque, à l'usage des médecins et leur est adressée.

Une réglementation est associée à ce nouveau suivi de la maternité. Ainsi la surveillance pré et postnatale des grossesses à «haut risque» doit être confiée, notamment pour les examens prénataux ultérieurs au premier examen, à un «médecin qualifié en obstétrique» dès qu'un examen prénatal décèle un facteur de risque médical ou obstétrical.

"Ces facteurs de risque sont classés sous les rubriques suivantes :

- *Les hémorragies de la première moitié de la grossesse, dont les causes sont notamment la grossesse extra-utérine, la menace d'avortement et la grossesse molaire ;*
- *Les anomalies de développement de l'œuf : hydramnios, grossesse gémellaire, hypotrophie fœtale, menace d'accouchement prématuré, grossesse prolongée, rétention fœtale ;*
- *Les éléments obstétricaux défavorables : présentation transversale, présentation du siège, rétrécissement pelvien, utérus cicatriciel ;*
- *Les maladies particulières à la grossesse : hémorragies des derniers mois, syndromes vasculo-rénaux, incompatibilité sanguine de type Rhésus ;*
- *Les maladies coexistant avec la grossesse : infections de type rubéole, toxoplasmose, endocrinopathies (diabète, maladie d'Adison, affections thyroïdiennes), affections cardio-vasculaires et pulmonaires, hémopathies.*

Cette brochure insiste enfin, sur le risque médicamenteux tératogène au début de la grossesse et sur le risque toxique" ²⁰⁹[Rumeau-Rouquette 01].

Cependant d'autres facteurs sont loin de faire l'objet d'un consensus et sont souvent ignorés, considérés par les médecins, en dehors des solutions médicales. Il s'agit notamment, du *"rôle des facteurs socio-culturels connu depuis longtemps. Mais il est difficile de définir clairement des indicateurs de risque. Certaines nuisances constituent des agressions, pour la mère ou le fœtus... L'action du tabac et de l'alcool est enfin soulignée"* ²¹⁰[Rumeau-Rouquette 01]. D'autres facteurs plus subtils ne font l'objet d'aucune recherche tant ils sont délicats à repérer. Ce sont tous les aspects perçus et exprimés par les femmes. Ils font partie des éléments plus

²⁰⁸ p 81 Tourné 02

²⁰⁹ pp 118-119 Rumeau-Rouquette 01

²¹⁰ p 120 Rumeau-Rouquette 01

subjectifs qu'objectifs et pour cette raison sont souvent passés sous silence ou ignorés par les professionnels.

Il s'ensuit une généralisation, des mesures préconisées pour les grossesses à «haut risque» qui se développe rapidement, à la fois dans un souci d'égalité mais aussi parce que l'identification des femmes à «haut risque» comporte des limites. En effet, la pertinence des facteurs de risque est variable et grossesses à «haut risque» et grossesses à «bas risque» se différencient mal l'une de l'autre.

L'acmé de l'évolution de toutes ces connaissances survient dans les années 1980 à 1990, en France. Les facteurs de risque sont alors mieux cernés et plus spécifiques. Avec l'utilisation de l'échographie, le diagnostic prénatal progresse. La médecine anténatale prédictive apparaît et remplace le dépistage. La prévention primaire est supplantée par la prévention secondaire. Mais, toutes ces techniques de dépistage et d'investigation augmentent l'anxiété des femmes au lieu de leur apporter la sécurité dont elles ont besoin et l'escalade des procédures tente vainement de les rassurer. Cette inquiétude, cette angoisse, modifient certainement la physiologie maternelle et le développement fœtal. La peur s'installe au lieu de la confiance, de la sérénité et de la sécurité.

Par ailleurs, les facteurs socioculturels se modifient avec le travail des femmes de plus en plus fréquent et aussi avec le chômage et la précarité. L'âge maternel à la première maternité augmente également. La parité des femmes et surtout la grande parité qui est elle-même un facteur de risque, diminue.

D'autre part, il faut ajouter à la notion de grossesse à «haut risque», la notion d'accouchement à «haut risque». *"Et bien entendu la notion d'accouchement à haut risque qui lui est corollaire induit par elle-même des dysfonctionnements psychosomatiques. Ceux-ci ne peuvent que venir compliquer la cause initiale du haut risque... ceci explique et justifie aussi les interventions, les surveillances, et justifie qu'à aucun moment les attitudes adoptées à cette occasion ne soient remises en cause"* ²¹¹[Tourné 96]. Or certaines femmes dont la grossesse ne pose apparemment aucun problème présentent un accouchement difficile, tandis que d'autres femmes, dont la grossesse est définie à «haut risque», accouchent sans incidents.

Même si la notion de grossesse à «bas risque» s'impose de plus en plus, la définition de cette dernière reste difficile à cerner. *"Une grossesse est à haut risque si l'environnement maternel ou les antécédents obstétricaux présentent un risque significatif pour l'état de santé de la mère ou du fœtus. A l'opposé, peut-être considérée comme à bas risque, toute grossesse qui n'est pas à haut risque. La définition du bas risque est donc, une définition d'exclusion. Elle recouvre des situations très différentes et n'exclut pas formellement la survenue de toute complication mais permet d'identifier un ensemble de patientes auxquelles on peut appliquer des conduites à tenir relativement homogènes"* ²¹²[Granjean 98].

De nombreuses méthodes ont été utilisées dans différents pays pour opérer la sélection des grossesses à «bas risque». Certains des systèmes s'avèrent, lourds. *"En revanche une liste nationale des complications à ne pas prendre en charge, comme aux Pays-Bas, ou une liste établie par les sages-femmes et les obstétriciens de l'hôpital auxquels les femmes sont référées, correspondent à un système plus clairement orienté vers une prise en charge indépendante par des généralistes et des sages-femmes"* ²¹³[Blondel 98]. La Verloskundige

²¹¹ p 158 Tourné 96

²¹² p 21 Granjean 98

²¹³ p 17 Blondel 98

Indicatie List (V.I.L.) (annexe) est en effet utilisée, par les sages-femmes aux Pays-Bas dès 1941. *"Ce document fait l'inventaire d'un certain nombre de maladies ou de troubles divers, qui peuvent faire partie du passé médical ou obstétrical de la femme enceinte, ou qui sont susceptibles de se déclarer lors de la présente grossesse, lors de l'accouchement ou en post-partum"* ²¹⁴[Akrich 96].

Les femmes y sont classées en trois groupes (A, B, C). Le groupe A correspond au plus faible risque et il est confié aux sages-femmes, C est le risque plus élevé, il est obligatoirement de la responsabilité du gynécologue-obstétricien. En 1960 aux Pays-Bas, grâce à Kloosterman à Amsterdam, cette liste devient une procédure institutionnalisée et officielle qui permet ainsi d'opérer la sélection des femmes enceintes. Ce qui est fondamental, c'est que cette pratique est basée, sur la prééminence de la physiologie.

En France, beaucoup de grossesses, d'accouchements sont normaux et ne justifient pas toujours tout l'arsenal technique utilisé [Blondel 98]. La fréquence estimée des femmes à «bas risque» est encore de 32 % pour les primipares et de 25 % pour les multipares. Et enfin, 70 % des femmes accouchent normalement [A.U.D.I.P.O.G. 98]. Alors, comme le suggère B. Maria *"pourquoi n'avons nous plus confiance en nous, en la capacité des parturientes et de leurs enfants ? La sécurité périnatale peut-être assurée, sans débauche technique"* ²¹⁵[Maria 00].

En France, la philosophie qui sous-tend aujourd'hui la pratique obstétricale est simple, elle considère l'accouchement comme une situation à risque qui justifie la nécessité d'un environnement médicalisé.

Ainsi dans sa réflexion sociologique, M. Akrich cite I. Nisand, pour qui, *"un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance. Certaines complications (certes 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 vingt-quatre heures sur vingt-quatre 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"* ²¹⁶[Akrich 98]. Cette affirmation paraît évidente, surtout quand la surveillance en amont présente de nombreuses ruptures et se résume à une prise en compte des seuls facteurs organiques, comme c'est le cas le plus fréquemment.

Pourtant, comparées à celles d'autres pays européens, les performances périnatales françaises sont médiocres, bien que les accouchements soient pris en charge de manière systématique en milieu hospitalier avec le développement de techniques nouvelles toujours plus sophistiquées entraînant un niveau élevé des dépenses de santé.

L'accouchement à l'hôpital s'accompagne donc de pratiques systématiques qui sont pensées nécessaires pour la sécurité de la mère et de l'enfant. Cependant, *"les impératifs de sécurité ne doivent pas justifier des comportements rigides, mais des prises en charge rationnelles et personnalisées. Cela devrait rester compatible avec le confort et l'intimité de la parturiente. Ces pratiques systématiques, ces techniques actuelles en obstétrique sont souvent le fruit d'affirmations, appliquées consciencieusement, et non d'évaluations"* ²¹⁷[Maria 00].

²¹⁴ p 34 Akrich 96

²¹⁵ p 32 Maria 00

²¹⁶ p 199 Akrich 98

²¹⁷ p 32 Maria 00

Pourtant, *"en procédant à une évaluation initiale et continue des chances qu'a une femme d'accoucher normalement, il est néanmoins possible de prévenir et/ou de déceler l'apparition de complications et de prendre les décisions nécessaires concernant les soins appropriés"*²¹⁸[O.M.S. 97].

Mais en France et depuis plusieurs décennies, quasiment toutes les grossesses sont qualifiées à «haut risque» et cet état d'esprit oriente les soins périnataux.

L'organisation des soins périnataux en fonction du niveau de risque

En France, la politique de santé périnatale, s'appuie ainsi dès 1994 essentiellement sur cette notion du risque. Et *"elle va plus loin définissant une classification des établissements et leur fonctionnement en réseau. Elle prévoit le transfert in utero, vers les établissements de haute technologie en cas de risque élevé"*. Les établissements, les secteurs et les femmes, sont étiquetés. Il semble pour ces dernières que certaines *"études montrent qu'elles se sont assez bien accommodées de la médicalisation de la grossesse et des examens répétés, ce qui n'exclut pas une certaine angoisse"*²¹⁹[Rumeau-Rouquette 01]. Mais, des données concernant le vécu des femmes manquent vraisemblablement.

En 1998, les nouveaux décrets de périnatalité impulsent alors une nouvelle organisation des maternités et de la néonatalogie. Une conférence de consensus est organisée dans les mois qui suivent ces décrets, par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (C.N.G.O.F.) en collaboration avec l'Ecole Nationale de Santé Publique. Elle porte sur la prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque. Le constat est évident pour la France : *"la grossesse et l'accouchement sont considérés par les professionnels comme des événements potentiellement dangereux, justifiant une prise en charge de type médical, un recours large aux moyens techniques et l'emploi d'un même schéma de prise en charge pour toutes les grossesses. La prise en compte, du versant social et psychologique et économique de la grossesse est négligée. Les femmes enceintes sont des patientes, plus que des partenaires"*²²⁰[C.N.G.O.F. 99].

Les «niveaux» des établissements sont alors établis, pour permettre la prise en charge des femmes enceintes et des parturientes selon le niveau de risque de l'unité «mère-fœtus». Ils deviennent réglementaires.

Leurs définitions est la suivante.

- Maternité de niveau I : Unité d'obstétrique sans unité de néonatalogie associée qui accueille les femmes dont la grossesse est normale et dont les nouveaux-nés ne présentent pas de problèmes particuliers.
- Maternité de niveau II : Unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie ou de soins intensifs néonataux située à proximité qui permet d'assurer tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux-nés à risque et ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance, qu'ils soient ou non nés dans l'établissement.
- Maternité de niveau III : Unité d'obstétrique associée à une unité de réanimation néonatale située à proximité qui permet d'assurer tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux-nés qui présentent des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant des

²¹⁸ p 3 O.M.S. 97

²¹⁹ p 127 Rumeau-Rouquette 01

²²⁰ p 39 C.N.G.O.F. 99

soins de réanimation. Les enfants sont accueillis, qu'ils soient ou non nés dans l'établissement.

- Le critère de proximité étant la possibilité de transfert du nouveau-né, dans l'unité néonatale sans recours à un véhicule sanitaire. ²²¹[D.O. 98] ²²²[C.N.G.O.F. 99].

La notion de «réseaux» de santé se développent alors dans le même temps.

Le terme de réseau prend son origine au XII^{ème} dans le mot *resel*, un «filet pour prendre certains animaux». C'est également, un «tissu à mailles très larges» et encore un «ensemble permanent ou accidentels de lignes, de bandes, etc... entrelacées ou entrecroisées plus ou moins régulièrement» mais aussi un «ensemble des lignes, des voix de communication qui desservent une même unité géographique, dépendent de la même compagnie» et une «répartition des éléments d'une organisation en différents points» [Robert 84].

Plus récemment, les «réseaux» sont définis par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.). *"La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins. Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective, apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal, aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d'acteurs : professionnels des champs, sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau de santé est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement, la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être, mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation à la santé.*

La définition des filières proposée ci-dessous vise à clarifier les différences et les complémentarités avec le concept des réseaux de santé.

Une filière peut-être de santé ou de soins. Une filière est une description de trajectoires : elle peut être définie, a posteriori ou a priori. Une filière définie a posteriori résulte d'une observation des trajectoires des patients dans le système de soins. Une filière définie a priori résulte soit d'une logique de travail en réseau, soit d'une logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire. Les éléments de caractérisation d'une filière sont : les «lieux de passage», la quantité d'aide et de soins apportés, à chaque niveau, le temps de passage à chaque niveau, les coûts associés.

Dans le cadre d'un travail en réseau, la définition d'une filière a priori repose notamment sur l'élaboration de règles communes, de pratiques de mécanismes de coordination dont l'observance semble pouvoir garantir une prise en charge optimale.

Ce travail d'élaboration suppose une explicitation préalable des compétences, des tâches et des responsabilités de chacun des membres du réseau" ²²³[A.N.A.E.S. 99].

Les objectifs sont précisés par ailleurs.

"Les réseaux de santé peuvent avoir un ou le plus souvent plusieurs objectifs généraux suivants.

- *Optimiser l'accès aux soins de l'ensemble de la population ciblée ;*

²²¹ pp 29-38 D.O. 98

²²² p 39 C.N.G.O.F. 99

²²³ pp 20-21 A.N.A.E.S. 99

- *Prendre en charge les personnes dans le respect de certains principes tels que la continuité, la cohérence, la globalité, l'interactivité, la réactivité, l'adaptabilité, la transversalité, la multidisciplinarité... cette liste n'est pas limitative ;*
- *Accroître la compétence individuelle et collective des intervenants et des partenaires du réseau. Cet objectif inclut la mise en place de nouveaux modes de transmission de l'information, des échanges au niveau des pratiques, l'élaboration et l'appropriation de référentiels par les acteurs et le développement de la coopération entre acteurs. Le réseau peut être un lieu d'apprentissage à partir de la redistribution de l'expérience accumulé et du regard collectif porté sur les pratiques,*
- *Reconnaître et améliorer les compétences et respecter les préférences des personnes prises en charge. Ceci inclut les objectifs d'information et d'orientation des usagers, celui d'amélioration de leurs trajectoires ;*
- *Améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge ;*
- *Être un lieu d'observation (par exemple pour repérer, mieux comprendre et prendre en charge les problèmes émergents au sein de la population cible) ;*
- *Être un lieu d'évaluation (pour tester par exemple différentes stratégies de mise en œuvre de référentiels, de délivrance des soins)²²⁴[A.N.A.E.S. 99].*

Alors pour certains professionnels, "le réseau - est - une occasion de redéfinir, la grossesse et l'accouchement, «normaux»" ²²⁵[Akrich 98]. Pour d'autres, "les professionnels doivent en quelque sorte parier sur un changement obligatoire des mentalités, lequel permettrait une évolution des pratiques comportant trois points d'orgue :

- *L'enfant ne peut plus être considéré comme la propriété d'une équipe en général ou d'un professionnel en particulier ;*
- *La grossesse normale n'est plus une maladie et une médicalisation excessive doit-être au maximum évitée ;*
- *Enfin, la sécurité reste une nécessité, impérieuse. Elle concerne les soins médicaux certes, mais aussi l'écologie du couple parents-enfants afin que transfert ne rime plus avec rupture et mise à mal des liens futurs parents-enfant..."²²⁶[Marciano 00].*

Ainsi la création des réseaux ne va pas sans espoirs et craintes de la part des différents partenaires et notamment pour les professionnels de santé (sages-femmes et médecins spécialisés ou non que ce soit dans le secteur public ou libéral). En tout cas, "il s'agit d'une véritable révolution culturelle médicale qui de toute manière est et sera rendue obligatoire par la diminution du nombre des obstétriciens. Il s'agit en fait, de faire évoluer la mentalité actuelle des médecins, des sages-femmes et des parents, pour passer d'une vision tragique de la grossesse et de l'accouchement comme systématiquement à risques et selon laquelle toutes les grossesses doivent être prises en charge dans la «forteresse» maternité (cf. rapport Pontonnier-Papiernik) à une vision de type «hollandais» et trier le risque de façon optimale, dynamique et continue tout au long de la grossesse. Une telle politique de santé, ne peut-être menée que par l'intermédiaire de réseaux..."²²⁷[Eglin 00].

²²⁴ p 21 A.N.A.E.S. 99

²²⁵ p 197 Akrich 98

²²⁶ p 14 Marciano 00

²²⁷ p 51 Eglin 00

De toute évidence, la pathologie, en confrontant les médecins à des problèmes vitaux, nécessite la recherche et la mise en place de thérapeutiques, de dispositifs organisationnels qui permettent sans doute d'avancer sur les connaissances de ces pathologies et des traitements nécessaires à celles-ci.

De ce fait, l'appréhension de la physiologie progresse aussi. Cependant cette dernière connaissance n'est pas une priorité et encore moins la préservation de celle-ci par un ensemble de moyens de prévention primaire qui nécessitent une approche beaucoup plus holistique. La physiologie demeure le parent pauvre de la recherche à tous les niveaux. La prévention ne semble pas une préoccupation majeure du monde médical et des pouvoirs publics, tant il existe de préoccupations en matière de santé. Pourtant ce sont des choix de santé et de politique indéniablement... pour le long terme.

Ainsi en ce qui concerne les connaissances physiologiques, elles sont pour un grand nombre encore dans l'ombre et présentent des incertitudes, des inconnues probables. Ceci se retrouve tant au niveau de la grossesse (avec l'adaptation de l'organisme maternel au fœtus et du développement du fœtus en fonction de l'adaptation maternelle à ce processus) que des mécanismes intimes qui concourent à l'accouchement d'une femme et la naissance d'un enfant et aussi à la naissance d'une mère, d'un père et d'une famille. Si certains points sont plus développés que d'autres, ceux-ci n'en demeurent pas moins fragmentaires et hypothétiques.

C'est ainsi qu'actuellement, même quand la grossesse est normale, de nombreuses interventions techniques anxigènes et/ou iatrogènes, viennent en perturber le déroulement, inhibant le déroulement physiologique de celle-ci.

La physiologie de l'accouchement est très peu respectée, puisque la priorité est de ne pas passer à côté des innombrables pathologies connues et potentielles. Il s'ensuit une quête de techniques de plus en plus envahissantes pour les femmes, utilisées pour parer à toutes ces éventualités. Les actes ne sont néanmoins pas toujours justifiés par des indications thérapeutiques. Ils peuvent même entraîner des effets préjudiciables, pour un processus qui est à priori sain et spontané. Ils deviennent ainsi anxigènes et iatrogènes pour les femmes et ont un effet inverse, entravant la physiologie de ce processus.

De même, dans les suites postnatales, beaucoup de questions émergent et l'attitude des professionnels n'est pas toujours rassurante vis-à-vis des parents au sujet de leur enfant. Il s'ensuit de nombreux doutes chez les femmes quant à leurs compétences réelles à être «bonne mère» et de ce fait là, des comportements inadaptés des mères vis-à-vis des nouveaux-nés et des nourrissons.

Le rôle des professionnels tout au long de ce processus, trouve pourtant du sens dans cette confirmation et cette réassurance de parents souvent totalement isolés dans leurs interrogations.

Mais alors comment préserver ce dynamisme physiologique de la vie, ce mystère, car cela en est un encore, sans doute très mal compris, tellement complexe dans tout ce qu'il met en jeu ?

Et comment ensuite, favoriser cette physiologie de la grossesse, de l'accouchement ?

2.2.3 La physiologie de la maternité, une connaissance en mouvement

Depuis les années 1985 l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) déclare : «Grossesse et accouchement ne sont pas des maladies» [O.M.S. 85a].

Faisant suite à cet énoncé, des études sont menées et impulsées sur le plan international par cette institution mondiale de référence. Par ailleurs, les professionnels de santé s'investissent de plus en plus dans des recherches crédibles et font des publications en tenant compte de ces remarques. Ainsi, une progression se dessine vers une approche différente, tenant compte des différents points de vue y compris ceux des femmes et des parents.

2.2.3.1 Les recommandations de l'O.M.S.

Dès 1985 en effet l'O.M.S. insiste sur le fait que les femmes ont un rôle central à jouer dans le processus de la maternité et qu'elles ont droit à des soins appropriés. Cette organisation définit une grossesse normale *"comme une grossesse dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet, entre les 37^{ème} et 42^{ème} semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien"*. Elle affirme que, dans ce cas, *"il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel"* ²²⁸[O.M.S. 97]. De plus, l'Organisation Mondiale de la Santé soulève un certain nombre de problèmes : *"On ne sait plus ce qu'est une naissance normale c'est-à-dire, «non médicalisée». La naissance a été médicalisée et la technologie utilisée a elle-même, donné naissance à un nombre de plus en plus grand d'interventions technologiques. De nombreux mécanismes biologiques fondamentaux de la grossesse et de l'accouchement sont encore mal compris scientifiquement. Les femmes ont rarement la possibilité de choisir ce qu'on va leur faire ou ce qu'on va faire à leur enfant"* ²²⁹[O.M.S. 88]. L'O.M.S. précise enfin que *"la prise de bonnes décisions pour un accouchement, sans laquelle les soins risquent de ne pas être satisfaisants, repose nécessairement sur une évaluation des besoins et de ce qu'on pourrait appeler la capacité d'une femme à accoucher"* ²³⁰[O.M.S. 97].

Cette organisation édite par ailleurs, des recommandations, dans les suites de la Conférence Interrégionale Conjointe sur la Technologie appropriée à la Naissance [O.M.S. 85b] et d'autres ensuite, notamment dans les «soins essentiels au nouveau-né» [O.M.S. 96] et «les soins liés à un accouchement normal, guide pratique» [O.M.S. 97].

Plus récemment, réalisée par cette même institution, il existe une liste (annexe) de la *"classification des pratiques utilisées pendant un accouchement normal* et dont quelques points retiennent plus particulièrement l'attention :

- Catégorie A : pratiques dont l'utilité peut-être démontrée et qu'il convient d'encourager.*
- 2.Évaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et réévaluation à chaque contact avec le système de santé et au moment du premier contact avec le dispensateur de soins pendant le travail, et jusqu'à la fin du travail.*
 - 3.Surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de la naissance.*

²²⁸ pp 4-5 O.M.S. 97

²²⁹ p 1 O.M.S. 88

²³⁰ p 3 O.M.S. 97

- 8. *Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement.*
- 9. *Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement.*
- 21. *Contact dermatique précoce entre la mère et l'enfant et encouragement à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein.*

Catégorie B : pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer.

- 2. *Rasage systématique du pubis.*
- 5. *Utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail.*
- 9. *Utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail.*
- 10. *Efforts de poussée soutenus et dirigés (manœuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail.*

Catégorie C : pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent.

- 2. *Amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail.*
- 3. *Pression sur le fond utérin pendant le travail.*
- 4. *Manœuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement.*
- 5. *Manipulation active du fœtus au moment de la naissance.*
- 7. *Clampage précoce du cordon ombilical.*

Catégorie D : pratiques fréquemment utilisées à tort.

- 1. *Interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail.*
- 3. *Traitement de la douleur par l'analgésie épidurale.*
- 4. *Monitoring électronique du fœtus.*
- 5. *Port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement.*
- 6. *Touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins.*
- 7. *Accélération par l'ocytocine.*
- 10. *Encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser.*
- 11. *Observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse.*
- 12. *Extraction instrumentale.*
- 13. *Utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie" ²³¹[O.M.S. 97].*

D'autre part les textes dans de nombreux ouvrages évoluent eux aussi.

2.2.3.2 L'évolution des connaissances et des discours

L'exploitation de différents traités d'obstétrique apportent des ébauches de réponses sur le processus physiologique de la maternité. La progression est intéressante à noter dans les développements et les propos tenus dans ces documents de taille.

Dans l'ouvrage classique et de référence, le «Précis d'Obstétrique» de Merger, volume de 741

²³¹ pp 40-43 O.M.S. 97

pages, la première partie est intitulée : «anatomie, physiologie, pathologies obstétricales». Le développement de l'anatomie et la physiologie se résume pendant 85 pages, surtout à l'embryogenèse et au développement de l'œuf jusqu'au fœtus à terme, et aux modifications de l'organisme maternel d'un point de vue biologique, puis à l'étude clinique de la grossesse normale. Ensuite 36 pages sont réservées à l'accouchement normal et aux suites de couches physiologiques. Dans la quatrième partie, sur «le nouveau-né», 20 pages sont consacrées au nouveau-né normal. Tout le reste de ce livre hormis une vingtaine de pages, est consacré aux explorations instrumentales, aux pathologies (de la mère et de l'enfant) et aux thérapeutiques. Il n'apparaît pas encore de notions psychologiques et encore moins de données environnementales influençant le processus de la maternité [Merger 79].

«Le traité d'Obstétrique» de Vokaer comporte trois volumes, dont le premier de 739 pages traite «la grossesse normale et l'accouchement eutocique». L'ensemble évoque quasi uniquement la physiologie d'un point de vue organique (embryologique, anatomique, biologique) et mécanique. Les techniques utilisées sont développées pendant une quarantaine de pages. Des notions de psychologie sont abordées très brièvement. Un chapitre de trois pages est consacré à l'accouchement «naturel» dit «sans violence» mais où il est fait le procès de cette manière d'aborder l'accouchement et la naissance, de manière très virulente. Avec la même vindicte, la conclusion est donnée. *"Accoucher est dangereux pour la mère mais surtout pour le fœtus"*. Et pour appuyer la réflexion des auteurs pour qui la nature n'est bonne, ni pour l'espèce, ni pour l'individu, *"l'Homme, de tout temps aux prises avec la nature agressive, s'est battu pour éviter ses lois"*²³²[Vokaer 83].

Dans «Obstétrique pour le praticien» qui s'adresse plus particulièrement aux médecins généralistes, le chapitre sur la «grossesse normale», consacre une vingtaine de pages à l'histoire naturelle de la grossesse, la suite étant réservée aux techniques d'exploration de la grossesse (cliniques, biologiques, échographiques, radiologiques, instrumentales). Le chapitre sur «l'accouchement et les suites de couches», traite essentiellement de la conduite à tenir quand celui-ci arrive de manière inopinée à domicile. L'accouchement normal est réduit à l'expulsion, avec les indications techniques surtout (épisiotomie, manœuvres diverses). La physiologie de la lactation est développée sous le titre «la lactation et sa pathologie». L'ensemble de la physiologie est expliqué dans 157 pages sur l'ensemble de ce volume de 417 pages [Lansac 90].

La physiologie est étudiée dans 300 pages environ sur 1584 pages dans le plus récent ouvrage d'«Obstétrique» dirigé par E. Papiernick. Ce sont surtout les aspects biologiques, immunologiques, anatomiques qui sont les plus abordés. Il s'agit d'abord de l'étude du «développement de l'unité fœto-placentaire», de l'«adaptation maternelle» et de la «parturition». Les aspects psychiques de la grossesse sont évoqués et une approche haptonomique est envisagée. «L'accouchement» expliqué dans un soixantaine de pages est abordé du point de vue de la «mécanique obstétricale». La notion d'environnement apparaît avec «l'architecture et l'organisation en salle de naissance». Le «post-partum» est étudié du côté de l'enfant mais une seule page évoque l'adaptation physiologique de celui-ci à la naissance et du côté de la mère, les «suites de couches normales et pathologiques» sont confondues. Cependant l'étude des «interactions mère-nouveau-né» est présentée de façon explicite [Papiernick 95].

L'intérêt d'une recherche dans le sens de la physiologie permet peut-être d'adopter une autre

²³² p 646 Vokaer 83

attitude plus confiante envers le processus de la maternité mais aussi envers les femmes, les mères et leurs bébés.

Certaines pistes de réflexion empruntées à la littérature et qui ont déjà fait l'objet d'études sont développées notamment sur des points précis pour servir d'exemples dans ce travail. Mais d'autres points connus encore sont indispensables pour le compléter. Elles ouvrent sur des questionnements plutôt que de donner des réponses figées et dogmatiques. Aucune vérité érigée à un moment, n'est en effet immuable.

La grossesse

L'ouvrage intitulé «Physiologie de la grossesse» *"permet de faire le point sur l'ensemble du processus physiologique"* [Tournaire 91]. Cet ensemble de la physiologie de la maternité considère les phénomènes histologiques du début de la grossesse, le développement du fœtus, son environnement, les modifications maternelles biochimiques, hormonales, l'accouchement et le nouveau-né, en précisant toutes les incertitudes. Cet ouvrage révèle que de nombreuses inconnues sont encore à découvrir.

En ce qui concerne la mère, *"la grossesse est caractérisée par d'importants ajustements physiologiques de tous les systèmes. Les modifications se placent souvent sur une échelle inconnue de l'adulte sain et transforment pratiquement la femme enceinte en une autre espèce. Ces nouvelles caractéristiques du milieu intérieur ne sont pas toujours à l'avantage de la mère : elles permettent vraisemblablement l'efficacité maximale de la croissance et du métabolisme du fœtus. C'est le fœtus lui-même qui par l'intermédiaire des hormones placentaires déversées dans la circulation maternelle manipule les mécanismes homéostatiques de la mère. Il est utile de connaître les résultantes des modifications physiologiques de la grossesse, pour ne pas les considérer comme pathologiques et ne pas les traiter"* ²³³[Tchobroustsky in Tournaire 91].

Par exemple, la masse sanguine chez la mère augmente progressivement au cours de la grossesse. La diminution de la concentration des globules rouges et du taux d'hémoglobine entraîne souvent une anémie par une carence martiale, appelée anémie physiologique de la grossesse. Il existe une hyper leucocytose avec polynucléaires au cours de la grossesse et la vitesse de sédimentation est accélérée.

Les lipides totaux, les triglycérides et le cholestérol, les phospholipides et les acides gras libres augmentent considérablement. De même, les enzymes comme les phosphatases alcalines augmentent progressivement et certaines peptidases comme l'ocytocinase, sont très augmentées en cours de grossesse.

Très tôt au cours de la grossesse apparaît une augmentation du débit cardiaque maternel, de la fréquence cardiaque. Il existe une baisse significative de la pression artérielle diastolique surtout dans les deux premiers trimestres de la grossesse, une baisse plus modérée de la systolique. La pression veineuse augmente considérablement aux membres inférieurs.

La femme enceinte hyper-ventile entraînant une hypocapnie. *"Cette hypocapnie induite par l'action de la progestérone sur les centres respiratoires est indiscutablement bénéfique pour*

²³³ p 183 Tchobroustsky in Tournaire 91

le fœtus"²³⁴[Tchobroustsky in Tournaire 91].

La fonction rénale est modifiée et doit tenir compte surtout de l'existence d'un espace mort au niveau des voies excrétrices. Le flux plasmatique rénal et la filtration glomérulaire augmentent. Les fonctions tubulaires sont modifiées. L'apparition d'une glycosurie peut-être expliquée par la modification de la filtration glomérulaire.

Les oedèmes souvent en relation avec une néphropathie gravidique peuvent être isolés chez des femmes par ailleurs normales (35% des femmes). "*Dans ce groupe les stocks lipidiques sont moindres, le taux de prématurité est plus bas et le poids des nouveaux-nés plus élevé que chez les femmes qui n'ont pas d'oedèmes. Il est donc inutile de leur opposer des traitements agressifs : la surveillance doit vérifier que ces oedèmes restent isolés*"²³⁵[Tchobroustsky in Tournaire 91].

La prise de poids, obsédante parfois pour les femmes, est de 12,5 kg en moyenne. Cette prise de poids est due au développement de tissus nouveaux (fœtus, placenta, liquide amniotique) et aux autres tissus qui augmentent nécessairement de volume et de poids (utérus, seins). "*S'y ajoutent, 4 kg de dépôts lipidiques qui se forment au cours du 2^{ième} trimestre. Ceci est une constante dans la grossesse des mammifères vraisemblablement pour que l'organisme y puise des ressources pour l'allaitement. Ces chiffres moyens de prise de poids ne doivent pas faire oublier le fait que des grossesses normales donnant naissance à des enfants normaux, de poids normal, peuvent se voir depuis des prises de poids nulles jusqu'à des prises de poids supérieures à 20 kg*"²³⁶[Tchobroustsky in Tournaire 91].

En ce qui concerne la nutrition il convient de veiller à une alimentation équilibrée. "*En fait des études récentes ont montré : 1. qu'une supplémentation calorique était inutile, car les changements métaboliques (même s'ils sont mal compris) permettent des économies énergétiques ; 2. qu'en dessous d'un apport calorique de 1500 Kcall/jour il existait un retentissement sur le poids fœtal*"²³⁷[Tchobroustsky in Tournaire 91].

Entre la mère et l'enfant une coexistence s'installe. En ce qui concerne la fécondation "*la plupart de nos connaissances sur ces questions ont été acquises en recourant à la fécondation in vitro et sont encore hypothétiques et fragmentaires*"²³⁸[Testard in Tournaire 91]. Pour l'implantation de l'embryon c'est surtout "*la chronologie des événements chez la femme qui a été étudiée par Hertig en 1975. L'implantation de l'embryon dans l'utérus est un phénomène complexe. L'importance de tous ces mécanismes reste cependant à déterminer puisqu'un embryon est tout à fait capable de s'implanter dans des localisations extra-utérines*"²³⁹[Demoulin in Tournaire 91].

Le placenta constitue "*un modèle de recherche sur lequel biochimistes, endocrinologues, immunologistes, pharmacologistes, histo-embryologistes, généticiens, cancérologues se penchent avec intérêt au point que, depuis 1980 une revue lui est entièrement consacrée (placenta, W.-B. Suanders company LTD)*"²⁴⁰[Nessmann in Tournaire 91]. Il est actuellement considéré comme un filtre voire un amplificateur plus que comme une barrière.

²³⁴ p 183 Tchobroustsky in Tournaire 91

²³⁵ p 186 Tchobroustsky in Tournaire 91

²³⁶ p 187 Tchobroustsky in Tournaire 91

²³⁷ p 187 Tchobroustsky in Tournaire 91

²³⁸ p 29 Testard in Tournaire 91

²³⁹ p 50 Demoulin in Tournaire 91

²⁴⁰ p 55 Nessmann in Tournaire 91

L'observation effectuée après la naissance doit comporter une inspection minutieuse du placenta lui-même, des membranes, du cordon et la pesée, apportent des révélations sur certains événements qui ont marqué la gestation mais aussi sur l'enfant à la naissance, l'unité fœto-placentaire étant reconnue comme indissociable jusqu'au moment de la naissance. Ces éléments doivent-êtré consignés après coup, dans le dossier médical de la mère et de l'enfant.

Si pendant longtemps les circulations maternelles et fœtales ont été considérées en continuité, puis ensuite indépendantes avec une «barrière placentaire», aujourd'hui cette notion de membrane semi-perméable ne suffit plus à expliquer les connaissances actuelles. Le passage d'une substance à travers le placenta dans le sens materno-fœtal peut se faire par trois mécanismes : par simple diffusion, par transfert facilité, par transfert actif. *"Le concept de barrière placentaire est très relatif, il s'agit plus d'un filtre que d'une barrière. Plus les substrats passent facilement le placenta et plus le seul facteur limitant devient la vascularisation du placenta et la circulation fœtale. Toute circonstance affectant la vascularisation aura très rapidement une conséquence sur le transfert transplacentaire des substrats"* ²⁴¹[Dumez in Tournaire 91].

Pour l'enfant, dans l'utérus de sa mère, le liquide amniotique est un compartiment liquidien en relation étroite avec le fœtus et les membranes amniochoriales. *"Les connaissances sur sa physiologie sont encore fragmentaires. La biologie du liquide amniotique, bien connue au troisième trimestre de la gestation, s'est enrichie récemment des études au cours du deuxième trimestre en raison du diagnostic prénatal précoce... A la lumière, des travaux actuels le rôle du fœtus apparaît de plus en plus essentiel dans la régulation du volume du liquide amniotique"* ²⁴²[Codaccioni in Tournaire 91].

Au cours de la vie fœtale, le système immunitaire s'organise. A la fin de la gestation l'ensemble des éléments est en place. Pourtant, si à la naissance ce système n'est pas complètement fonctionnel, la maturation définitive est déclenchée par le contact avec le milieu antigénique extérieur. L'étude de la réactivité immunitaire de la femme enceinte envers son fœtus *"est beaucoup moins avancée que chez l'animal, les données commencent à devenir nombreuses et concordent assez avec celles de l'expérimentation... Ces données de l'immunologie de la gestation constituent le meilleur exemple d'une réaction immunitaire fortement régulée où une réaction de rejet est inhibée et contrecarrée par les agents immuns d'une réaction de facilitation, stimulant ainsi (ou définissant) un état de tolérance"* ²⁴³[Voisin in Tournaire 91].

En ce qui concerne l'endocrinologie du fœtus et du nouveau-né, les travaux récents *"ont démontré que de nombreux systèmes fonctionnent pendant la vie fœtale et que, bien qu'ils n'aient pas acquis la maturité des systèmes adultes, ils assurent une grande autonomie au fœtus dans la deuxième moitié de la gestation"* ²⁴⁴[Czernichow in Tournaire 91].

"Le système cardio-vasculaire fœtal diffère fonctionnellement de celui de l'adulte parce que le débit cardiaque et la fréquence cardiaque sont élevés, la pression artérielle est basse. Les résistances périphériques sont donc basses. De plus fait remarquable, le débit cardiaque fœtal varie uniquement en fonction de la fréquence cardiaque : contrairement à l'adulte, les ventricules fœtaux sont incapables d'augmenter leur volume d'éjection systolique devant une

²⁴¹ p 143 Dumez in Tournaire 91

²⁴² p 77 Codaccioni in Tournaire 91

²⁴³ p 118 Voisin in Tournaire 91

²⁴⁴ p 121 Czernichow in Tournaire 91

bradycardie, qui entraîne automatiquement une chute du débit cardiaque. A l'inverse une tachycardie entraîne une augmentation du débit cardiaque. La possibilité de varier le tonus vasomoteur, la fréquence cardiaque et la contractilité myocardique est présente tout au long de la grossesse mais le développement des différents systèmes de régulation se mature progressivement et cette maturation n'est pas terminée à terme" ²⁴⁵[Tchobroustsky in Tournaire 91].

Pendant la grossesse, l'équilibre acido-basique maternel se modifie. Il existe des modifications ventilatoires maternelles surtout par une augmentation du volume courant et du débit de la ventilation. *"Dans un premier temps, on observe une alcalose respiratoire liée à l'hyperventilation puis une compensation par une acidose métabolique liée à la fuite rénale des bicarbonates... Depuis longtemps, (dans les données de l'expérimentation animale) on sait que le sang fœtal est plus acide. Malgré cela le fœtus qui a pourtant un métabolisme actif et une forte consommation d'oxygène n'est pas en acidose lactique et ce, grâce à son fort taux d'hémoglobine et à l'affinité plus grande de son hémoglobine pour l'oxygène. Dans l'espèce humaine, le pH fœtal est stable au cours de la grossesse"* ²⁴⁶[Dommergues in Tournaire 91].

"Le poumon fœtal est sans doute l'organe du fœtus dont la mise en fonction à la naissance est la plus spectaculaire, mais aussi la plus importante. C'est en effet la qualité immédiate de l'aération pulmonaire qui conditionne la perfection de l'échange alvéolo-capillaire et de l'adaptation circulatoire de ce fœtus qui, ainsi, devient nouveau-né. Cette mise en condition en quelques courtes secondes n'est rendue possible que grâce à une croissance harmonieuse au cours de la vie fœtale des différents mécanismes de développement anatomique, biochimique, hormonal et enzymatique" ²⁴⁷[Relier in Tournaire 91].

"On sait depuis longtemps qu'il existe au cours de la grossesse humaine une production très abondante d'hormones stéroïdes et protéiques, largement utilisée pour son diagnostic et sa surveillance. La signification et le rôle physiologique des hormones stéroïdes et protéiques produites par l'unité foeto-placentaire sont souvent difficiles à préciser, mais elles jouent certainement un rôle dans le maintien de la gestation, dans la croissance et le développement du fœtus, ou dans le mécanisme de déclenchement de la parturition à terme. Le haut degré d'autonomie de l'unité foeto-placentaire vis-à-vis de la mère nécessite la présence de mécanismes auto-régulateurs encore très mal connus gouvernant les processus de synthèse hormonale.

De plus les hormones produites par le fœtus et surtout par le placenta peuvent avoir une influence métabolique sur la mère qui a en outre la charge de les éliminer par voie urinaire ou intestinale, d'où la complexité évidente de physiopathologie endocrinienne de la gestation" ²⁴⁸[Cedard in Tournaire 91].

Dans l'exposé de sa réflexion, développée dans «Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle» C.E. Tourné donne un autre point de vue de la compréhension de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement. Il parle de la «dynamique gravidique maternelle et ovulaire». Dans cette terminologie, il intègre plusieurs notions. Les aspects mécaniques de la statique générale maternelle, les phénomènes métaboliques (en développant plus particulièrement la tolérance aux hydrates de carbone qui décroît au cours de la grossesse), les phénomènes circulatoires, la coagulabilité sanguine qui augmente du début à la

²⁴⁵ p 133 Tchobroustsky in Tournaire 91

²⁴⁶ pp 147-149 Dommergues in Tournaire 91

²⁴⁷ p 157 Relier in Tournaire 91

²⁴⁸ p 171 Cedard in Tournaire 91

fin de la gestation, et l'activité contractile utérine qui "*augmente progressivement au cours de la grossesse normale*".

Enfin pour cet auteur, la tolérance psychosomatique est le "*paramètre le plus difficile à représenter*". Le développement du bébé, du placenta et le vieillissement placentaire sont étudiés ensuite. Pour ce praticien, "*la grossesse est un processus dynamique complexe et les perturbations à chaque étape ne sauraient être traitées, indépendamment de cette dynamique... les pathologies spécifiques de la grossesse sont le résultat d'une perturbation de l'évolution des phénomènes normaux de la gestation*" ²⁴⁹[Tourné 02]. C'est cette conception qui lui permet de définir ensuite la prophylaxie, le dépistage et la prévention au cours de la grossesse.

Ainsi, si la grossesse est «normale» il y a plus de chances que l'accouchement soit «naturel». Pour l'O.M.S., l'évaluation continue durant toute la grossesse et pendant le travail, permet une orientation adaptée à l'apparition des pathologies et rien ne peut remplacer une surveillance adéquate de la mère et de l'enfant.

Mais comment favoriser la physiologique pour que la grossesse reste normale ?

Certainement pas en infligeant quotidiennement le stress et la peur aux femmes mais au contraire en les écoutant, en préparant avec elles cet événement de la naissance de leur enfant et en leur donnant les informations nécessaires, indispensables à la compréhension de cet événement, pour les rassurer et surtout pour qu'elles se sentent en confiance.

L'accouchement

"*L'accouchement est dit naturel, lorsque l'enfant vient au terme de neuf mois, que la sortie n'est précédée d'aucun accident fâcheux, que la tête se présente la première et toute seule, et que les eaux s'écoulent quelques moments avant la sortie*" [O.N.S.S.F. 99]. C'est ce rappel de la définition de l'accouchement, donnée en 1773 par A. Le Boursier du Coudray, une des plus éminentes sages-femmes de l'obstétrique française, qui annonce l'ouverture du «Forum Naissance» en 1999, lors des Etats Généraux de la Santé.

Le temps a passé mais le mécanisme exact du déclenchement spontané de l'accouchement reste aujourd'hui encore inconnu. "*Une meilleure connaissance de la physiologie du déclenchement devrait permettre de mieux contrôler la parturition, qu'il s'agisse d'éviter un accouchement prématuré ou de déclencher artificiellement le travail*" ²⁵⁰[Tournaire 91].

Pourtant une évidence devrait-être retenue par tous ceux qui interviennent lors de la maternité et de la naissance : "*Ce sont les parents qui font les enfants, pas les médecins, ce sont les mères qui accouchent, pas les accoucheurs, ce sont les enfants qui naissent et leur naissance est action*" ²⁵¹[Tourné 02].

Mais la question qui hante les esprits de nombreux professionnels de la naissance, c'est sans doute celle de la vitalité de l'enfant. Le risque de la mort ou des séquelles est sans cesse présent, de manière inévitable et obsédante.

Pendant la grossesse, la vitalité des enfants ne peut en effet être appréhendée que par l'intermédiaire des mères, à moins que ne soient utilisés des outils permettant d'apprécier

²⁴⁹ p 171 Tourné 02

²⁵⁰ p 240 Tournaire 91

²⁵¹ p 406 Tourné 02

directement comment vit ce fœtus, cet enfant, au travers du corps de la mère, parfois en oubliant l'existence celle-ci.

Ce besoin de savoir a suscité le développement et l'abondance d'appareils et de techniques, utilisés lors des accouchements. Ainsi sont apparus les appareils à échographies et les enregistrements cardiotocographiques, dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix. Les examens rassurent certainement les professionnels et en principe les assurent d'un point de vue médico-légal. Mais tout cela se fait au détriment de l'écoute des femmes, de ce qu'elles ressentent et vivent pourtant déjà dans la préoccupation de leur enfant.

2.2.4 Des perspectives pour une approche physiologique

Si les protocoles sont nécessaires dans des situations définies et précisées quand les risques sont repérés préalablement, l'approche est différente dans un grand nombre de grossesses qui se déroulent normalement. En considérant les femmes comme des partenaires responsables, en partant de leurs besoins et en les prenant en compte, il est probable qu'une autre dynamique s'instaure entre les mères et les professionnels, au bénéfice des mères et des enfants. Des protocoles tenant compte de ces aspects sont souhaitables et doivent être élaborés.

2.2.4.1 L'évaluation du bien-être de l'enfant pendant la grossesse et lors de l'accouchement

Les outils techniques déjà utilisés lors de la grossesse, surtout en ce qui concernent les échographies, sont des contraintes auxquelles les femmes se sont soumises dans l'intérêt de leurs enfants. Et pourtant... "*aucune méthode de surveillance fœtale ne peut prévenir toutes les morts in-utero. Hors à l'interrogatoire - des mères - , on retrouve souvent une perte soudaine de la perception des mouvements précédant le décès fœtal*" ²⁵²[Sautière in Schaal 98]. Ainsi, les femmes savent souvent comment se portent et vivent leurs bébés in-utero.

Les mouvements fœtaux perçus par la mère

Le comptage maternel des mouvements fœtaux est la plus ancienne, la plus simple des méthodes de surveillance de la vitalité fœtale. Dès la deuxième moitié de la grossesse, la perception maternelle offre une acuité, une sensibilité indéniable. Plusieurs méthodes ont été utilisées de Pearson en 1976, à Moore en 1989, le comptage des mouvements fœtaux perçus, pendant des durées définies, présente l'intérêt de dépister une diminution de l'activité fœtale. "*Les mouvements fœtaux sont un reflet indirect de l'intégrité et du fonctionnement du système nerveux central d'où leur intérêt dans l'évaluation du bien-être fœtal*" ²⁵³[Sautière in Schaal 98]. Cette surveillance présente des avantages certains. Elle est simple, quotidienne, peu coûteuse. Mais il est nécessaire de faire confiance aux mères et de ne pas mettre en doute leur compliance.

Encore faut-il s'être assuré qu'elles font bien la différence entre les mouvements fœtaux de leur enfant et les contractions utérines, surtout quand il s'agit d'un premier enfant.

²⁵² p 76 Sautière in Schaal 98

²⁵³ p 74 Sautière in Schaal 98

La mère perçoit 63 à 73 % des mouvements fœtaux si c'est tout le corps de son bébé qui bouge et 84 % si ces mouvements durent plus de 3 secondes [Sautière in Schaal 98]. D'autre part il existe une corrélation entre activité motrice et activité cardiaque fœtale "*les mouvements fœtaux sont en effet coordonnés et synchrones aux accélérations du rythme cardiaque fœtal (R.C.F.)*" ²⁵⁴[Sautière in Schaal 98].

Le partage d'information entre les professionnels et les mères nécessite un apprentissage des uns et des autres, mais surtout une confiance réciproque. Cette méthode peut être complémentaire d'autres techniques plus sophistiquées utilisées surtout lors de l'accouchement et de la naissance de l'enfant, quand cela s'avère réellement nécessaire.

La surveillance électronique du rythme cardiaque fœtal

La surveillance électronique (avec un enregistrement sur papier de préférence à un simple Doppler) du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines dès le début et pendant toute la durée du travail, est devenue systématique. Le stéthoscope de Pinard est relégué aux oubliettes (mais il demeure un outil permettant d'écouter les bruits du cœur d'un bébé par une oreille exercée).

Il est évident que "*l'auscultation est aléatoire, alors que le monitoring du rythme cardiaque fœtal est objectif et continu, d'où son intérêt médico-légal*" [Maria 99]. La surveillance continue "*visait à dépister la survenue d'une «souffrance fœtale», terme utilisé pour décrire une combinaison d'hypoxie et d'acidose fœtale dont on pensait, dans les années 70, qu'elle était la cause de l'infirmité motrice cérébrale*" ²⁵⁵[Thoulon 95]. Or malgré la généralisation du monitoring fœtal, la prévalence de l'infirmité motrice cérébrale n'a pas varié, restant aux environs de 1 ‰ des naissances [Bréart 95]. La plupart de ces cas ne sont pas liés à une hypoxie en cours de travail, et encore moins à des anomalies du rythme cardiaque fœtal. "*Si la valeur prédictive d'un rythme cardiaque fœtal normal est excellente témoignant d'un fœtus en bonne santé, la valeur prédictive d'un rythme cardiaque fœtal anormal est médiocre*" ²⁵⁶[Thoulon 95].

L'utilisation habituelle du monitoring du rythme cardiaque fœtal n'a aucun effet mesurable sur la morbidité et la mortalité fœtale. Par contre, la complication la plus sérieuse du monitoring est l'augmentation du taux de césarienne et des extractions instrumentales. La fréquence des césariennes pour «souffrance fœtale» a en effet augmenté, du fait de la détection d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. La diffusion de cette technique s'est faite en oubliant les effets adverses éventuels. En fait, le monitoring fœtal s'est largement répandu en pratique clinique sans avoir démontré réellement son efficacité ou sa sécurité.

Une méta-analyse publiée par Thaker en 1995 regroupe douze essais randomisés et diverses études dont celle de Dublin. Ces études ne montrent pas de différences significatives entre le monitoring du rythme cardiaque fœtal et l'auscultation itérative régulière. "*Des études cliniques randomisées contrôlées ont comparé directement l'auscultation intermittente au monitoring cardiotocographique continu. Parmi les 10 études réalisées, 2 seulement ont sélectionné une population à faible risque (les autres correspondant à une population sélectionnée à risque élevé, ou non sélectionnée). Les données cliniques n'ont pas permis de mettre en évidence de différence entre les deux techniques sur la mortalité périnatale ou sur*

²⁵⁴ p 75 Sautière in Schaal 98

²⁵⁵ p Thoulon 95

²⁵⁶ p Thoulon 95

la survenue de séquelles neurologiques à long terme. Une diminution de la fréquence des convulsions néonatales a été cependant notée sous surveillance cardiotocographique par rapport à l'auscultation intermittente. Cette différence a été principalement observée dans le cas d'utilisation d'ocytocique ou de travail prolongé. Une augmentation du risque de recours aux actes invasifs (césariennes, extractions instrumentales) a été retrouvée dans le cas de la surveillance cardiotocographique par rapport à l'auscultation intermittente. La cardiotocographie semble accroître le taux de faux positif et donc de gestes invasifs pour la mère, réalisés à tort" ²⁵⁷[A.N.A.E.S. 02].

L'interprétation des anomalies du rythme cardiaque fœtal est difficile et la tendance contemporaine est d'adopter une attitude de sécurité. Cependant, "*pour éviter d'inutiles césariennes, il faut analyser avec rigueur les anomalies du rythme cardiaque fœtal, et utiliser d'autres moyens lorsque les conclusions ne sont pas univoques"* ²⁵⁸[Thoulon 95].

"Les résultats des grands essais et l'organisation du système d'encadrement des centres d'obstétrique en Angleterre, aux États-Unis et au Canada ont conduit ces pays à émettre des recommandations pour la surveillance des femmes au cours de l'accouchement. Ces recommandations sont en faveur d'une surveillance par auscultation intermittente chez les femmes à risque faible et de la cardiotocographie chez les femmes à risque élevé ou quand les conditions locales ne permettent pas la pratique sans risque de l'auscultation intermittente. Le recours aux ocytociques, la notion de travail prolongé, constituent des contre-indications à la pratique de l'auscultation intermittente.

Sur la base des données publiées à ce jour, aucune différence n'est montrée en conditions expérimentales entre les deux techniques en terme, de mortalité ou de séquelles neurologiques. En l'absence de recommandations ciblées sur les conditions de pratique de l'auscultation intermittente, le choix des centres d'obstétrique en France se porte aujourd'hui quasi exclusivement sur l'enregistrement cardiotocographique du fait des avantages qu'il procure en terme, d'utilisation des ressources et de traçabilité des événements.

1. Il apparaît souhaitable que ce travail soit suivi de l'élaboration de recommandations plus larges concernant la surveillance de l'accouchement. Le cadre d'utilisation de chaque mode de surveillance serait défini, avec en particulier :

Pour l'auscultation intermittente :

- *Critères de sélection des populations (population à faible risque pour l'auscultation intermittente) ;*
- *Règles et modalités de surveillance de l'auscultation intermittente (fréquence, personnel disponible et formé, report écrit dans le partogramme) ;*
- *Modalités d'intervention et de décision en cas de détection d'anomalies du RCF ;*
- *Modalités de transfert (dans le cas d'anomalies détectées).*

Pour l'enregistrement cardiotocographique :

- *Modalités d'utilisation, règles de lecture et d'interprétation ;*
- *Modalités et indications d'utilisation en discontinu ;*
- *Règles de décisions et d'interventions en cas d'anomalies du RCF.*

Il apparaît nécessaire de prendre aussi en compte les examens de deuxième ligne en définissant leur place ainsi que leurs règles d'utilisation.

²⁵⁷ pp 5-6 A.N.A.E.S. 02

²⁵⁸ p Thoulon 95

2. La réalisation au préalable d'une enquête de pratique des modes de surveillance serait particulièrement utile pour fournir des données actuellement manquantes sur la situation actuelle (en particulier sur les définitions et classifications utilisées en pratique pour la lecture des tracés cardiotocographiques), pour aider à l'élaboration de recommandations, pour identifier les efforts de formation à accomplir. Cet état des lieux pourrait ensuite servir de référence lors de la mesure d'impact de la recommandation" ²⁵⁹[A.N.A.E.S. 02].

Le monitoring systématique en continu du rythme cardiaque fœtal oblige de surcroît, les femmes à rester allongées le plus souvent.

Cela entraîne certainement des situations là encore, par elles-mêmes iatrogènes, induites par ces pratiques professionnelles.

2.2.4.2 La recherche du bien-être des mères lors de la mise au monde de l'enfant

De tout temps quand le travail de l'accouchement se déclenche, les femmes sollicitent elles-mêmes les personnes dont elles sont susceptibles d'obtenir des soins (que ce soit directement la personne qui a effectué le suivi durant la grossesse ou en s'adressant à une structure de soins). Quand les femmes demandent des soins, la qualité de l'accueil qui leur est réservé est le premier élément qui permet d'établir ou de poursuivre une relation de confiance.

La première évaluation faite par les professionnels porte sur le bien-être physique et émotionnel des femmes. C'est ainsi qu'il "*convient de mesurer la température, le pouls et la tension artérielle, de contrôler l'apport liquidien et la production d'urine, d'évaluer la douleur et le besoin de soutien. Cette surveillance doit-être poursuivie jusqu'à la conclusion de l'accouchement. L'évaluation du bien-être de la femme consiste aussi à protéger son intimité pendant le travail, à respecter le choix de ses compagnons...*" ²⁶⁰[O.M.S. 97].

Cette évaluation nécessite d'abord l'observation et une certaine écoute des femmes. Pourtant la préoccupation première des professionnels est souvent centrée sur les gestes techniques qui sont programmés par les protocoles établis et se préoccupe peu de l'aspect relationnel.

La systématisation de certains gestes

Si la propreté doit être primordiale, quel que soit le lieu où se déroule l'accouchement, "*il n'est pas nécessaire d'observer le même degré de stérilité que celui qui est couramment appliqué dans une salle d'opération... Il convient de veiller à l'hygiène personnelle des parturientes et des personnels présents ainsi qu'à la propreté de l'environnement et de tout le matériel utilisé, pendant l'accouchement. Dans certains pays, il est d'usage de porter des masques et des blouses stériles pour protéger la femme qui accouche de toute infection. A cette fin, ces protections sont inutiles*" ²⁶¹[O.M.S. 97].

Si certains gestes techniques s'avèrent nécessaires, d'autres, comme les lavements et le rasage du pubis peuvent-être écartés car ils "*sont considérés depuis longtemps comme superflus et ils ne devraient être effectués qu'à la demande de la femme*" ²⁶²[O.M.S. 97].

²⁵⁹ p 6 A.N.A.E.S. 02

²⁶⁰ p 9 O.M.S. 97

²⁶¹ p 22 O.M.S. 97

²⁶² p 10 O.M.S. 97

La nutrition et l'hydratation au cours du travail d'accouchement

Pendant le travail, de nouveaux facteurs interviennent qui sont responsables d'une tendance maternelle à l'acidose métabolique. *"L'augmentation de l'acide lactique est notable pendant le travail. Elle peut devenir importante en cas de travail prolongé. La cétose est rapide, en cas de jeûne chez la femme enceinte, en particulier pendant le travail. L'origine de l'acidose lactique n'est pas univoque. On pourrait penser, que son origine, est directement liée à la contraction utérine. En réalité, le stress ainsi que l'hyperventilation et le travail musculaire squelettique, associés, jouent un rôle important dans la genèse de cette tendance à l'acidose. Les muscles squelettiques, en cas de douleur, peuvent augmenter leur production de lactates dans des proportions très variables. La production de catécholamines, due à la peur peut également jouer un rôle. Lors de l'expulsion, la composante respiratoire - les efforts expulsifs modifient le rythme respiratoire, avec une succession d'apnées pendant les contractions utérines et une hyper ventilation entre les contractions et la composante métabolique - le travail musculaire est beaucoup plus important et augmente considérablement la production et l'accumulation de lactates"* ²⁶³[Dommergues in Tournaire 91].

Or, dans quasiment toutes les maternités, il est interdit aux parturientes de manger ou de boire pendant le travail et l'accouchement. Les femmes ont rarement faim, mais elles ont souvent soif. Il est évident que la dépense énergétique au cours du travail et de l'accouchement lui-même peut se comparer à celle d'une épreuve sportive intense (à la fois physique et psychique). Actuellement, la santé des femmes (sauf dans certains milieux défavorisés) est satisfaisante. Même si la durée du travail n'est pas excessive, une déshydratation ou une acidocétose, peut être à craindre puisqu'il ne faut ni boire, ni manger. Les interdictions, peu nuancées, de manger et de boire, en milieu hospitalier, ont généré la pratique systématique d'une perfusion intraveineuse de sérum glucosé qui est très répandue. La raison avancée pour justifier cette règle du jeûne, est d'éviter le risque de régurgitation bronchique ou syndrome de Mendelson dont la gravité est connue, bien que ce risque soit exclusivement associé à l'anesthésie générale et que son incidence soit actuellement rare [Johnson 89]. Or celle-ci est exceptionnelle de nos jours dans la parturition depuis l'utilisation des anesthésies péridurales. D'autre part, de toute manière, toute femme enceinte est considérée, par les anesthésistes, dans les situations non programmées et en urgence, comme «un estomac plein». Par ailleurs, *"ce jeûne liquidien n'est pas logique, car l'estomac à jeun secrète 50 cc de liquide gastrique par heure alors que les liquides ingérés quittent rapidement l'estomac des sujets en bonne santé, avec la disparition de la moitié du liquide dans les vingt minutes"* ²⁶⁴[Lemaire 97].

Ainsi, la mise en place d'une perfusion sert de vecteur, ou de prétexte, à diverses thérapeutiques pendant le travail le plus souvent sans que les femmes soient informées des substances utilisées et injectées. Et la contrainte occasionnée par la pose de perfusion n'est pas toujours anodine, du fait de l'apport de liquide, par la voie intraveineuse, même pour l'enfant. Et elle oblige là encore à une certaine immobilité. *"Pourrait-on éviter, des perfusions inutiles pour les accouchements eutociques ? Autoriser quelques boissons, pour hydrater et apaiser la soif lors du travail eutocique, semble possible ; le confort des parturientes y gagnerait sans altérer leur sécurité"* ²⁶⁵[Maria 95].

²⁶³ pp 147-148 Dommergues in Tournaire 91

²⁶⁴ p 923 Lemaire 97

²⁶⁵ p 1076 Maria 95

La déambulation lors du travail d'accouchement et les positions à la naissance

Alors que pendant des millénaires, les femmes utilisent des positions verticales (debout, accroupie avec une aide, à genoux ou à quatre pattes, avec ou sans siège d'accouchement : chaise ou tabouret), le décubitus dorsal est imposé progressivement pendant le travail, parallèlement à la technicisation des accouchements et des naissances. *"La mobilité est quasi universelle, surtout pendant le travail. On ne retrouve jamais décrite la position de lithotomie, ni la position assise adossée, bassin retroversé... Beaucoup de balancements, soit en quadrupédie, soit à genoux, assise penchée en avant ou accroupie sont retrouvés. Les positions asymétriques sont fréquentes. On remarque souvent une aide, un soutien physique dans ces positionnements. C'est le plus souvent une femme, parfois deux, parfois un homme, qui permettent une suspension, ou qui aident à l'étirement"* ²⁶⁶[Gasquet 99].

C'est à partir du XVII^{ème} siècle, que F. Mauriceau imagine l'installation des parturientes en décubitus dorsal pour les accoucher, afin de faciliter pour les médecins, les explorations et les manipulations instrumentales. Cependant dans son traité intitulé «Des maladies des femmes grosses et accouchées» en 1668, il préconise néanmoins la nécessité de les laisser marcher pendant toute la période du travail avec des intervalles de repos allongé courts.

Limitée à l'origine à la surveillance du périnée pendant l'expulsion, cette position allongée sur le dos s'est étendue à toute la durée du travail. Pourtant aujourd'hui, il est bien connu que cette position a des inconvénients majeurs. Elle entraîne la compression des gros vaisseaux qui est la cause d'hypotension maternelle et de diminution du débit utérin. Elle provoque également une baisse de l'intensité des contractions utérines et une augmentation de leur fréquence. Par ailleurs des études montrent que la déambulation réduit la durée du travail et ne présente aucun risque fœtal [Lupe 86].

Les positions verticales *"sont celles, dans lesquelles une ligne reliant le centre de la troisième et de la cinquième vertèbre lombaire est plus proche de la verticale que de l'horizontal. On distingue donc 4 positions verticales : debout, assise, accroupie et à genoux"* ²⁶⁷[Venditelli 98]. Au contraire du décubitus dorsal, la position verticale semble s'accompagner d'une augmentation de l'intensité des contractions utérines, la douleur peut-être atténuée par la recherche de positions antalgiques trouvées par la femme elle-même. Les besoins en analgésie en sont donc forcément réduits.

L'intérêt de la déambulation et des positions verticales autres que le décubitus dorsal ou sur le côté ou la position gynécologique, concerne la mère mais aussi l'enfant. En effet *"pour naître par les voies naturelles, le fœtus doit parcourir la filière pelvienne ou canal pelvi-génital"* ²⁶⁸[Barthelet in Schaal 98]. Si au cours de la grossesse, la lordose lombaire physiologique plus ou moins accentuée est caractéristique de la femme enceinte, *"cette lordose associée à une cyphose dorsale et à une lordose cervicale est la résultante de l'adaptation à la station bipodale. Tout ceci a un rôle fondamental dans le positionnement et la présentation du mobile fœtal"* ²⁶⁹[Barthelet in Schaal 98]. La connaissance anatomique de la filière pelvienne, constituée d'un cadre osseux et des parties molles, est essentielle pour la compréhension de la progression du «mobile fœtal» dans ce canal pelvien maternel. Il existe des variations anatomiques dans les limites physiologiques dûes aux origines ethniques et au mode de vie. Des adaptations mécaniques (spontanées) modifiant les dimensions de cette filière osseuse et

²⁶⁶ p 55 Gasquet 99

²⁶⁷ p 167 Venditelli 98

²⁶⁸ p 15 Barthelet in Schaal 98

²⁶⁹ p 16 Barthelet in Schaal 98

musculaire permettent une progression de l'enfant dans le bassin maternel. *"Au cours de la grossesse, toutes les articulations subissent l'imbibition aqueuse des parties molles due à l'imprégnation hormonale gravidique. Les ligaments perdent leur tonicité et libèrent les articulations de leurs étreintes : c'est la préparation gravidique qui entraîne une augmentation de l'amplitude des mouvements de toutes les articulations"* ²⁷⁰[Schaal 98]. Les phénomènes de nutation et contre-nutation du sacrum et l'intérêt de la mobilité des articulations du bassin maternel sont connus depuis quelques années déjà. *"Les articulations du bassin sont pratiquement toutes des amphiarthroses permettant des mouvements limités : glissement au niveau de la symphyse pubienne, mouvement de nutation et contre nutation au niveau des articulations sacro-sciatiques. Toutefois ces possibilités de mouvements et leur amplitude ont leur importance. En effet l'hyper-extension ou au contraire l'hyperflexion des cuisses est capable soit dans le premier cas d'augmenter la lordose lombaire soit dans le deuxième cas de la diminuer donc d'ouvrir ou de fermer l'angle promonto-sus-pubien"* ²⁷¹[Barthelet in Schaal 98]. Cependant les mouvements de ces différentes parties osseuses sont rarement exploitées.

Alors le choix de la position pour les femmes en travail d'accouchement doit s'imposer à l'équipe obstétricale. Celle-ci peut elle-même inciter à la déambulation verticale, à la position assise et au décubitus latéral. Toutes les positions antalgiques sont en effet préférables au décubitus dorsal permanent [Lupe 86]. Ainsi *"le décubitus dorsal doit être remplacé par une plus grande liberté de position pendant le travail"* ²⁷²[Maria 00].

Depuis plus d'une dizaine années, certaines sages-femmes s'interrogent sur le bien fondé des positions imposées aux femmes lors de la parturition et de la naissance de l'enfant. Elles mènent alors des travaux dans leurs mémoires de fin d'études, sur ces questions préoccupantes à leurs yeux, ayant réellement l'impression que quelque chose ne va pas, dans la conception et l'approche physiologique de la mise au monde des enfants.

En partant de l'analyse historique et avec le constat que c'est depuis deux siècles environ que les femmes sont allongées pour la mise au monde de leurs enfants, elles font des propositions de préparation possible avant l'accouchement, pour inciter les femmes à une prise de conscience corporelle. *"L'image inconsciemment intégrée par les femmes occidentales est celle de la passivité, de la position couchée pour le travail et gynécologique pour la naissance. Il faut souvent avoir préparé les choses au cours de la grossesse, avoir familiarisé les femmes avec les lieux, le matériel, les possibles"* ²⁷³[Gasquet 00]. Actuellement, *"la position accroupie n'est pas une attitude prise spontanément par la femme occidentale"* ²⁷⁴[Rodriguez 89] mais elle peut-être proposée par l'équipe obstétricale. Enseignée aux femmes enceintes lors des séances de préparation à l'accouchement, celles-ci peuvent l'utiliser si elles le souhaitent lors de la parturition. C'est ainsi que le choix entre la verticalité ou la lithotomie lors de la naissance de l'enfant peut exister pour les femmes qui mettent au monde leur enfant.

Là encore certains travaux des sages-femmes font surgir un ensemble d'interrogations qui ouvrent des perspectives d'études. C'est le cas de l'étude rétrospective menée par D. Salagnad à partir de 200 dossiers. Elle compare des accouchements en position accroupie à Pithiviers et en position allongée sur le dos à Limoges, pendant l'année 1982. Les résultats sont

²⁷⁰ p 33 Schaal 98

²⁷¹ pp 19-20 Barthelet in Schaal 98

²⁷² p 33 Maria 00

²⁷³ p 25 Gasquet 00

²⁷⁴ p 38 Rodriguez 89

intéressants sur l'état des enfants à la naissance (l'état néonatal est satisfaisant quelle que soit la position), sur l'état du périnée des femmes (avec la conséquence et le vécu des déchirures simples et des épisiotomies systématiques). Mais ce sont surtout les questions posées qui peuvent orienter vers l'approfondissement de la physiologie de l'accouchement et la modification d'attitudes professionnelles. *"L'accouchement en position accroupie permet-il à la femme de participer de manière plus active ? Quel est l'effet de l'accroupissement pendant le travail sur la correction des dystocias de démarrage et des dystocias dynamiques ? L'accouchement en position accroupie, implique-t-il, une diminution des douleurs de la parturition ? Quelle est la proportion d'extractions instrumentales, dans le cas d'accouchements accroupis ? La position accroupie, au moment de l'accouchement, permet-elle un établissement plus facile et spontané de la relation mère-enfant ? "*²⁷⁵[Salagnad 94].

L'accouchement est en effet soumis aux lois de la physique. La naissance d'un nouveau-né respecte les phénomènes procédant de ces lois. La venue au monde d'un enfant se concrétise par son passage, au terme de la grossesse, par les voies naturelles. *"Une des conditions du bon développement de ce processus est, la position de la mère, au cours de la deuxième phase du travail. Celle-ci cependant est davantage fonction, d'un comportement culturo-héréditaire"*²⁷⁶[Atwood 80]. La physiologie de la statique maternelle incite donc à la *"mobilisation active de la parturiente pendant l'accouchement qui du fait de l'alternative des mouvements de nutation et contre-nutation peut favoriser une situation bloquée si on favorise une position fixe (qui est trop souvent le décubitus dorsal)"*²⁷⁷[Schaal 98].

Faisant suite aux travaux de M. Paciornik, dont le livre : «Apprenez l'accouchement accroupi...» [Paciornik 82] est relativement connu, B. Navé lors de sa thèse de médecine, réalise une étude théorique et pratique, sur la «deuxième phase de l'accouchement ou expulsion en position accroupie».

Sa conclusion est en faveur de l'utilisation d'autres positions que la lithotomie. *"Une position verticale d'accouchement autorise des efforts expulsifs spontanés ; celle-ci associée au respect de la poche des eaux et à une médication réduite chez la mère est à l'origine d'excellents résultats néonataux même pour des durées d'expulsion classiquement prolongées ; dans cette position, la pression partielle d'oxygène sur le sang du cordon ombilical est significativement plus élevée que lors de l'accouchement en décubitus"*²⁷⁸[Navé 86]. Dans son observation certes réduite, il constate moins de déchirures périnéales. Cette conclusion envisagée, à l'époque de ce travail, est confirmée par des études plus récentes.

Notamment celle de De Jong qui *"conclut que les femmes qui ont adopté une position accroupie ont moins de douleurs, moins de traumatisme périnéal et nécessitent moins d'épisiotomie"*²⁷⁹[Racinet 99]. Ainsi, *"l'accouchement en position verticale semble présenter un avantage, comparé à la position classique en décubitus, du fait d'une diminution des déchirures du 3^e degré et une diminution des douleurs ressenties par les femmes au moment des contractions utérines"*²⁸⁰[Venditelli 98].

Mais, *"l'effet positif de la position verticale dépend pour une large part des capacités de l'accoucheur/accoucheuse et de son expérience de positions autres que la position dorsale."*

²⁷⁵ p 62 Salagnad 94

²⁷⁶ p 74 Atwood 80

²⁷⁷ p 37 Schaal 98

²⁷⁸ p 99 Navé 86

²⁷⁹ p 53 Racinet 99

²⁸⁰ p 175 Venditelli 98

Une certaine connaissance des avantages et la volonté d'aider les femmes dans diverses positions peuvent modifier le travail du tout au tout" ²⁸¹[O.M.S. 97].

D'autres notions contribuent, également à la remise en cause, de certaines pratiques injustifiées parfois mutilantes et angoissantes pour les femmes, comme l'épisiotomie qui est devenue systématique.

Le respect de l'intégrité des femmes lors de l'accouchement

La préoccupation de l'intégrité physique des femmes est un souci permanent des professionnels, pour que les parturientes puissent se sentir en confiance et disponibles pour leur enfant. La douleur ressentie, à la suite de gestes présentés comme nécessaires, laisse souvent des traces mortifères pour les femmes. L'épisiotomie systématique est devenue un geste banal alors qu'elle demeure une blessure profonde pour beaucoup de femmes. Celles-ci se taisent, puisque cela leur est présenté comme étant indispensable dans leur intérêt et surtout celui de leur enfant, le plus souvent. La parole se libère pourtant peu à peu quand les femmes sentent une écoute chaleureuse. Elles expriment leurs maux par des mots qui traduisent le traumatisme et la détresse.

Certes cette épisiotomie est effectuée, dans le souci louable de protéger les femmes de déchirures périnéales importantes ou d'incontinences ultérieures, pour réduire la durée de la phase d'expulsion lors de l'accouchement et permettre une issue plus rapide de l'accouchement.

Ce geste aussi banal et fréquent, variant suivant les pays (puisque 15 à 95 % des primipares et 15 à 70 % des multipares l'ont subis), est actuellement remis en question [Magnin 97].

La périnéotomie réglée a été proposée pour la première fois, semble-t-il, par un homme sage-femme F. Ould en 1742 à Dublin. Cette pratique s'est ensuite imposée au cours du temps, sur des affirmations diverses, sans qu'une évaluation rigoureuse ne soit menée. Recommandée pour éviter certaines complications obstétricales : déchirures périnéales graves (atteinte du sphincter anal et/ou de la muqueuse rectale), relâchement pelvien et incontinence urinaire, voir souffrance fœtale au cours de l'expulsion, elle peut être médiane ou médio-latérale.

Mais l'épisiotomie n'est pas dénuée d'inconvénient. Les premières revues de la littérature sur cette question, apparaissent vers 1983 et "*au cours d'une réunion franco-allemande en 1988, nous affirmons discrètement qu'il n'est pas prouvé que l'épisiotomie si banale en obstétrique ne mette à l'abri des dégâts pelvi-périnéaux de l'accouchement et qu'en particulier, elle prévienne les troubles de la statique pelvienne et l'incontinence urinaire de la femme*" ²⁸²[Jacquetin 97]. B. Jacquetin cite la revue de Woolley qui porte sur 32 études où il apparaît que le nombre, des déchirures du 3^{ème} degré, se rencontre dans 1/10 étude sans épisiotomie, 2/10 études avec une épisiotomie médio-latérale, 4/10 études avec une épisiotomie non spécifiée et 6/10 études avec une épisiotomie médiane. Il conclut "*qu'aucune étude de méthodologie adéquate n'a pu démontrer que la pratique de l'épisiotomie réduise le risque de déchirure du troisième degré, que ce soit l'épisiotomie médiane ou médio-latérale, pour les nullipares ou les multipares, pour les accouchements spontanés ou instrumentaux*" ²⁸³[Jacquetin 97].

²⁸¹ p 31 O.M.S. 97

²⁸² p 216 Jaquetin 97

²⁸³ p 218 Jacquetin 97

Le risque est majeur avec l'épisiotomie médiane qui accroît le risque de lésions du sphincter anal. La situation est moins préoccupante, pour l'épisiotomie médio-latérale qui, au mieux, ne prévient pas les déchirures périnéales graves. Mais, la controverse existe et une seule étude fait dire qu'il est possible *"que l'épisiotomie médio-latérale protège du périnée complet"*²⁸⁴[Fritel 97]. Plusieurs équipes ont étudié les capacités contractiles du périnée [Lede 96]. Une seule étude porte sur le rôle de l'épisiotomie, comparée aux paramètres uro-dynamiques qui *"ne sont pas modifiés huit semaines après l'accouchement par la réalisation d'une épisiotomie médio-latérale"*. Une seule étude limitée à 100 nullipares réalisée en Turquie, envisage différents groupes avec ou sans épisiotomie et avec ou sans les exercices à la manière de Kegel (qui est une prise de conscience du périnée et une préparation périnéale avec des exercices réalisés pendant la grossesse). *"L'étude tourne à l'avantage de ce dernier groupe de 20 patientes - épisiotomie plus Kegel ante partum - en ce qui concerne, non seulement l'état périnéal, mais aussi la prévention du prolapsus et de l'incontinence urinaire"*²⁸⁵[Jacquetin 97].

Par ailleurs *"il est admis que pour 10% des patientes, subissant une épisiotomie, la perte sanguine est augmentée de 300 cc voire plus. L'étude la plus importante est celle de Combs qui a utilisé des critères objectifs de mesure. L'hémorragie est statistiquement corrélée, à l'usage de l'ocytocine, l'extraction instrumentale, l'anesthésie péridurale et l'épisiotomie"*²⁸⁶[Jacquetin 97].

La réalisation de l'épisiotomie est aussi proposée, pour raccourcir la durée de l'expulsion de l'enfant, mais cette hypothèse n'a jamais été objectivement mesurée. *"Il est maintenant bien établi, qu'en l'absence de souffrance fœtale, il n'y a aucun intérêt à accélérer l'expulsion ; il n'est plus de mise de donner une durée maxima et tout au contraire, il semble que retarder au maximum les efforts expulsifs soit plus favorable au fœtus et aux muscles du plancher pelvien"*²⁸⁷[Jacquetin 97].

Existe-t-il donc un avantage, à remplacer une hypothétique déchirure périnéale, par une incision chirurgicale, l'épisiotomie qui est l'équivalent d'une déchirure du 2^{ème} degré ? Les femmes se plaignent en effet, fréquemment des suites douloureuses de ce geste alors que les déchirures spontanées semblent les faire moins souffrir. Avoir une épisiotomie est vécue par les femmes, comme un traumatisme parfois difficile à réparer. L'épisiotomie fait plus que doubler la notion «d'insatisfaction» des femmes, au décours de leur accouchement. Les conséquences, sur la qualité de la vie sexuelle, sont sans doute plus marquées, mais malheureusement sont peu prises en compte par les professionnels de santé [Glazener 97]. *"Lors de l'accouchement, l'épisiotomie est plus douloureuse que la déchirure spontanée. Dans les premiers jours du post-partum, l'épisiotomie médiane et a fortiori médio-latérale est plus douloureuse que les déchirures spontanées ; il ne semble pas que l'épisiotomie soit moins douloureuse à 3 semaines du post-partum que la déchirure spontanée. Il apparaît que la reprise de l'activité sexuelle est plus précoce en cas de déchirure spontanée, mais il n'y a pas de différence majeure dans les taux de dyspareunie à long terme ; l'épisiotomie médio-latérale pose plus de problèmes de cicatrisation que la déchirure spontanée..."*²⁸⁸[Jacquetin 97].

Le bilan ne semble donc pas en faveur de l'épisiotomie. Et dans l'état actuel des

²⁸⁴ p 213 Fritel 97

²⁸⁵ p 223 Jacquetin 97

²⁸⁶ pp 225-226 Jacquetin 97

²⁸⁷ p 224 Jacquetin 97

²⁸⁸ p 221 Jacquetin 97

connaissances, la réduction des épisiotomies doit être recommandée. Mais ce changement de pratique est sans doute difficile, pour certains. "*Plusieurs études ont montré que les sages-femmes qui réalisent «spontanément» moins d'épisiotomies que les médecins généralistes, et a fortiori les spécialistes en ayant autant voire plus de périnéés intacts ont moins de difficulté à en réduire*" ²⁸⁹[Jacquetin 97].

D'autre part fréquemment, les séances de préparation à la naissance, réalisées par les sages-femmes vont inclure des propositions de prise de conscience du périnée pendant le cours de la grossesse. "*Cette prise de conscience du périnée ne peut être que graduelle. La sage-femme pourra s'enquérir du stade où se trouve la femme, au moment du toucher vaginal qu'elle effectuera au moment des consultations prénatales*" ²⁹⁰[Rodriguez 89].

Une recherche récente menée par M. Labrecque, sur 1500 femmes québécoises, montre que les femmes qui massent leur périnée pendant les semaines précédant la naissance de leur premier enfant courent un peu moins le risque de subir une déchirure au moment de l'accouchement [Labrecque 99].

Ce qui est certain c'est que de nombreuses femmes appréhendent avec inquiétude ce geste devenu systématique, augmentant de ce fait leur inquiétude, leur peur face à l'accouchement.

Mais d'autres pratiques viennent encore également perturber l'adaptation physiologique lors de la parturition.

Le travail spontané suivi avec attention

Au moment de l'accouchement, l'ouverture du col de l'utérus est possible, si le col est mature, si le segment inférieur est amplifié autour du pôle inférieur de l'œuf et si le muscle utérin se contracte. "*L'accouchement est naturel s'il se déroule selon sa propre physiologie, sans aucune thérapeutique. Il est eutocique, si son déroulement est optimal jusqu'à la naissance ; il est dystocique en cas d'anomalies*" ²⁹¹[Maria 95].

La surveillance du travail indispensable permet de noter l'évolution progressive qui n'excède pas un temps donné en fonction de la parité. Cela aboutit à une annotation suivie sur le partogramme où sont inscrits les résultats de l'évolution de la dilatation du col de l'utérus et celle de la descente de la présentation de l'enfant naissant.

Ce diagramme "*permet une vision synthétique du déroulement du travail ; l'allure de la courbe de dilatation est comparée à la courbe idéale, ce qui permet au clinicien d'en repérer les anomalies d'évolution ou de suivre l'effet des traitements entrepris. L'aspect général du partogramme reproduit les courbes de Friedmann, avec la fameuse courbe sigmoïde de la dilatation*" ²⁹²[Maria 95].

L'O.M.S. ainsi que les membres du groupe de travail de l'A.N.A.E.S., sur "*le partogramme, recommandent de commencer celui-ci :*

- *A partir, de 3 centimètres (phase active du travail) ;*

²⁸⁹ p 229 Jacquetin 97

²⁹⁰ p 42 Rodriguez 89

²⁹¹ p 1067 Maria 95

²⁹² p 1077 Maria 95

- *Ou au début, du déclenchement artificiel du travail (rupture artificielle de la poche des eaux, ocytociques) ;*
- *Ou au début, de l'analgésie péridurale.*

La mise en route du partogramme implique, que le diagnostic même du travail soit établi. Ce diagnostic est certes difficile, mais il est primordial car il conditionne les prises de décisions médicales ultérieures. Le début du travail se caractérise, par l'apparition de contractions utérines régulières et douloureuses (deux par périodes de dix minutes) et par des modifications cervicales. La majorité des auteurs s'accorde, pour ne pas inclure la phase de latence sur le partogramme, car cela entraînerait des interventions intempestives des professionnels. La partie purement graphique du partogramme se compose de deux courbes : une ascendante, décrivant la dilatation cervicale, l'autre descendante, illustrant la progression du mobile fœtal dans le bassin maternel. La courbe de dilatation cervicale a en abscisse, la durée du travail et les horaires d'examen, et en ordonnée, la dilatation du col (en centimètres). La deuxième courbe représente le niveau de la présentation fœtale, en fonction de l'heure. L'axe vertical du graphique, repère cette fois le niveau de la présentation dans la filière génitale" ²⁹³[A.N.A.E.S. 00].

La dystocie, ou anomalie de la dilatation et de la progression du fœtus, est une des principales causes, de césarienne en cours de travail. La conduite classique est de diagnostiquer les anomalies de la dilatation pour les traiter. Lacomme, dans les années soixante, écrit «il faut atténuer la douleur et agir sur la contractilité utérine pour obtenir une progression régulière au minimum de puissance».

Mais peu à peu, une prise en charge systématique avec direction du travail est proposée à toutes les parturientes. La direction du travail codifiée par l'école de Dublin concerne les parturientes en travail spontané [Brisson-Carroll 96], [Fraser 98].

Le premier temps consiste en une rupture artificielle précoce des membranes, dans l'heure suivant l'admission, pour obtenir une progression régulière de la dilatation supérieure à un centimètre par heure. Si cette vitesse de dilatation n'est pas obtenue, une perfusion d'ocytocine est ajoutée pour obtenir une contractilité efficace et une progression de la dilatation.

Des études rétrospectives ont étudié ces pratiques.

La première méta-analyse concerne l'utilisation de la rupture artificielle précoce des membranes lors du travail spontané [Brisson-Carroll 96].

Les essais rapportés montrent une réduction de la durée du travail, une tendance à l'augmentation des césariennes et aucun effet sur la fréquence des extractions instrumentales. L'amniotomie précoce réduit la fréquence des scores d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes et est sans effet particulier sur les autres indicateurs de la morbidité néonatale. La rupture artificielle précoce des membranes qui est proposée pour réduire la fréquence des césariennes ne répond donc pas à cet objectif [Brisson-Carroll 96].

"On ne peut pas en conclure que l'amniotomie précoce soit nettement préférable au traitement symptomatique, ni l'inverse. Aussi en cas de travail normal, faut-il une raison valable pour modifier la survenue spontanée de la rupture des membranes" ²⁹⁴[O.M.S. 97]. Ainsi, l'amniotomie doit-être réservée à la résolution des anomalies diagnostiquées de la

²⁹³ p 15 A.N.A.E.S. 00

²⁹⁴ p 26 O.M.S. 97

progression du travail [Brisson-Carroll 96].

La seconde méta-analyse étudie la direction du travail avec l'association d'une rupture précoce des membranes et d'une perfusion d'ocytocine, pour réduire les taux de césarienne [Fraser 98].

Ces essais confirment que la direction du travail entraîne une réduction de la durée du travail et particulièrement de la fréquence du travail prolongé (supérieur à neuf ou douze heures). Mais, il n'est pas observé de réduction du taux global de césariennes, ni de modification du taux d'extractions instrumentales. Il n'existe aucune différence entre les groupes concernant la morbidité et la mortalité néonatale. Ainsi, la politique de direction précoce du travail appliquée aux nullipares en travail spontané n'est pas associée à une réduction significative du taux de césariennes. Le seul bénéfice observé concerne les patientes présentant une dystocie confirmée, pour lesquelles le taux de césarienne est sensiblement réduit [Fraser 98].

"L'accélération par l'ocytocine est une intervention majeure qui nécessite une justification valable. Il en est de même de la variante moderne de l'accélération par les prostaglandines et du travail provoqué au moyen de ces substances" ²⁹⁵[O.M.S. 97].

La direction précoce du travail ne semble pas apporter les bénéfices attendus puisque dans le cadre du travail spontané elle ne réduit pas la fréquence des césariennes. Par contre, une telle pratique obstétricale est contraignante pour les parturientes. *"La majorité (des femmes) a déclaré que la méthode de l'accélération était déplaisante. Plus de 80 % ont estimé que l'accélération avait augmenté leurs douleurs"* ²⁹⁶[O.M.S. 97]. Ainsi, dès leur arrivée en salle de travail une prise en charge technique par la surveillance électronique du rythme cardiaque fœtal et par la perfusion d'ocytocine s'accompagne souvent d'une analgésie péridurale qui est devenue indispensable au détriment d'un certain degré de liberté pendant le travail.

Puisque la douleur constatée lors du travail dirigé est toujours augmentée, et que les femmes ont une moindre satisfaction du vécu de leur accouchement, cette pratique rend quasiment inéluctable la nécessité de l'anesthésie péridurale qui est largement proposée, voir imposée puisqu'il n'y a pas d'autre alternative.

Les réponses des professionnels face à la douleur de la parturition

La douleur est intime, subjective et dépend de l'histoire personnelle de chacun. Selon la condition sociale et la culture, la manière de réagir face à une blessure ou à une affection est différente. L'attitude à l'égard de la douleur n'est jamais figée, elle peut révéler des résistances insoupçonnées ou au contraire des faiblesses inattendues. L'anatomie et la physiologie ne suffisent pas à expliquer ces variations sociales, culturelles, personnelles. La relation intime à la douleur dépend de la signification que celle-ci revêt au moment où elle touche chaque personne. Pour D. Le Breton, la douleur est d'abord un fait de situation. L'expérience montre l'importance de l'entourage, même purement professionnel. Celui-ci a un rôle dans le soulagement et l'apaisement de la douleur. Une parole amicale ou une main sur un front, la présence au chevet de celui qui souffre sont les plus efficaces des antalgiques, même s'ils ne suffisent pas. *"La douleur est intime certes, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit d'une éducation. Elle n'échappe pas au lien social. La douleur est ainsi un fait d'existence. Ce n'est pas le corps qui souffre mais l'individu dans son*

²⁹⁵ p 27 O.M.S. 97

²⁹⁶ p 27 O.M.S. 97

entier" ²⁹⁷[Le Breton 95].

Lors du travail de l'accouchement, les expressions des femmes sont variées et variables, allant du silence, en apparence presque stoïque mais qui traduit aussi l'intériorité nécessaire pour cette phase, aux cris les plus horribles pour l'entourage, en passant par des gémissements et des pleurs. Sans doute les professionnels ont-ils quelques difficultés à gérer toutes ces émotions.

Aujourd'hui, l'anesthésie péridurale est un droit pour toute femme qui le souhaite. Elle présente des avantages, dans des situations bien précises. Elle est préférable, notamment dans les cas de césariennes, à l'anesthésie générale source de complications pour la mère et l'enfant, et elle évite surtout un «blanc», dans l'histoire de l'accouchement d'une femme.

Il est évident qu'elle dédramatise l'accouchement et supprime des douleurs intolérables, des états de souffrance insurmontables et réels. Elle permet, en cas de pathologies maternelles, de réaliser le travail avec le minimum de stress. Elle est indiquée dans des situations où une intervention instrumentale est programmée ainsi que dans les déclenchements d'indication médicale.

Mais cette pratique qui s'est généralisée depuis les années 1990 ne va pas sans poser des questions fondamentales. Si les professionnels sont soucieux de préserver le lien mère-enfant dès la naissance, évitant ainsi des maltraitances ultérieures, la péridurale de confort vient créer de toute pièce une rupture. Certes, le silence règne aujourd'hui dans les lieux d'accouchement. Et aujourd'hui les femmes viennent à la maternité pour une péridurale au lieu de venir là, pour mettre au monde leur enfant.

En 1998 en France, le taux de l'analgésie péridurale obstétricale est déjà de 58 %. Actuellement, il atteint pratiquement 60 à 70 % pour des accouchements sans césarienne, dans la région Lorraine par exemple (source D.R.A.S.S. 02).

Dans une étude de la littérature et à partir d'une expérience personnelle en région parisienne portant sur quatre années d'activité S. Bizieau constate dans son service une augmentation de la demande de ce type d'analgésie depuis 1991. Il exprime ses inquiétudes. "*Nous avons constaté comme dans la littérature des effets sur le rythme cardiaque fœtal dès l'installation de l'analgésie, associés ou non à une chute de la pression artérielle de la mère, une diminution des taux d'Apgar à une minute, une nette diminution des allaitements maternels après analgésie péridurale obstétricale (A.P.O.) et une très légère augmentation des transferts en service de néonatalogie des enfants nés sous A.P.O. ; enfin concernant la pratique obstétricale, nous avons observé une nette augmentation des césariennes décidées en cours de travail ainsi que huit fois plus d'extractions instrumentales et trois fois plus d'épisiotomies*" ²⁹⁸[Bizieau 95].

Les conditions de la naissance ont des répercussions même à long terme et des questionnements émergent peu à peu, sans donner de certitudes quand aux réponses. En effet certaines études sur les performances neurologiques des nourrissons nés sous A.P.O. montrent des résultats moins bons aux épreuves d'orientation et de motricité. D'autres évoquent des corrélations entre les toxicomanies de l'adolescence et l'administration de drogues à la mère pendant l'accouchement [Jacobson 90]. Certain mode de suicides semble corrélé à des

²⁹⁷ p Le Breton 95

²⁹⁸ p 248 Bizieau 95

conditions de naissance (étude scandinave de 1978 à 1984). Des comportements autistes semblent liés à des anesthésies générales (étude japonaise entre 1975 et 1984). Des comportements violents semblent être en relation, avec des situations obstétricales difficiles (Los Angeles Archives of General Psychiatry 1994).

Si le souhait légitime de toute femme enceinte est de traverser la douleur de l'accouchement par n'importe quel moyen, il convient de proposer un éventail de solutions différentes.

La recherche d'autres moyens simples (déambulation, massages, bain, etc...), rendant l'accouchement plus facile, est cependant peu développée. Ainsi, l'acupuncture et la réflexothérapie lombaire [Rambour-Liberty 88] sont autant de moyens inoffensifs qui peuvent être des relais apaisants.

Si les femmes sont laissés libres de leurs mouvements lors du travail de l'enfantement, elles restent volontiers debout, marchent, cherchent des positions qui soulagent la douleur éventuelle des contractions utérines. *"Une étude spécifique extrêmement solide, randomisée et prospective a été réalisée par Melzack. La majorité des parturientes se plaint de douleurs abdominales antérieures au cours des contractions, un peu moins de la moitié se plaint de douleurs postérieures continues. Chaque patiente incluse dans l'essai a expérimenté alternativement les positions verticale ou horizontale. Le score de douleur est significativement abaissé en position verticale"* ²⁹⁹[Racinet 99].

Mais l'accompagnement empathique et rassurant est sans doute la première des thérapeutiques. L'accompagnement humain de qualité associé à une vigilance très attentive, le soutien psychologique continu, la confiance, l'intimité chaleureuse préservée, la liberté de mouvement, la déambulation et les positions antalgiques, l'utilisation de bain chaud pendant le travail, permettent un réel soulagement des sensations douloureuses. *"Les rapports et les essais contrôlés randomisés sur le soutien apporté pendant le travail par une seule personne, une «doula», une sage-femme ou une infirmière, ont montré qu'un soutien empathique et physique continu pendant l'accouchement s'assortissaient de nombreux avantages, y compris un travail plus court, une diminution sensible de la médication et de l'analgésie épidurale, un nombre réduit de scores d'Apgar inférieurs à 7 et moins d'accouchements nécessitant une extraction instrumentale"* ³⁰⁰[O.M.S. 97]. Quelle que soit la méthode, la préparation physique et psychique alliée à une relation de confiance avec un professionnel accompagnant, offre une véritable prophylaxie permettant à toute femme d'accueillir son enfant, dans la sérénité et la sécurité.

2.2.4.3 L'accueil du nouveau-né sain, respectueux d'un nouvel être humain

Après ce voyage néanmoins délicat et difficile parfois, l'enfant nouveau né arrive à l'air libre, entouré de ses parents et des professionnels.

Les modifications biologiques et physiques que subit chaque nouveau-né sont conséquentes. *"L'équilibre acido-basique du fœtus, pendant le travail et l'accouchement a été étudié. Au cours du travail, la tendance est à une baisse progressive du pH, associée à un certain degré d'hypoxie et d'hypercapnie"* ³⁰¹[Dommergues in Tournaire 91]. *"La qualité et la rapidité de*

²⁹⁹ p 52 Racinet 99

³⁰⁰ p 14 O.M.S. 97

³⁰¹ p 149 Dommergues in Tournaire 91

*l'aération pulmonaire conditionnent la perfection de l'adaptation cardio respiratoire "*³⁰²[Relier in Tournaire 91]. *"Le passage de l'oxygénation placentaire à l'oxygénation pulmonaire requiert une élimination rapide du liquide des voies aériennes. Cette étape permet l'acquisition d'une capacité résiduelle fonctionnelle et la constitution d'échanges gazeux alvéolo-capillaires. A la naissance, les résistances vasculaires pulmonaires chutent, le débit sanguin pulmonaire est multiplié par huit ou dix, entraînant une augmentation du retour veineux pulmonaire dans l'oreillette gauche et la fermeture du foramen ovale. Le shunt droit-gauche à travers le canal artériel s'inverse avec leur chute et l'augmentation des résistances vasculaires systémiques"*³⁰³[Storme 02]. L'arrivée à l'air libre se fait donc avec des bouleversements intenses.

Ainsi la naissance d'un enfant présente une certaine violence intrinsèque liée à la condition humaine pour que cette adaptation se réalise normalement. Les gestes des professionnels liés à l'accueil du nouveau-né sont à réfléchir pour permettre que ce phénomène adaptatif se déroule dans de bonnes conditions.

Ainsi l'O.M.S. précise les soins nécessaires à l'enfant, dans plusieurs de ses publications : *"Directement après la naissance, il convient de veiller à l'état du nouveau-né. L'attention accordée fait partie intégrante des soins dans le cadre d'une naissance normale, et l'O.M.S. souligne l'importance d'une approche unifiée des soins à la mère et au bébé (WHO 1994c). Les soins immédiats consistent à s'assurer que les voies respiratoires sont dégagées, à prendre les mesures pour maintenir la température corporelle, à clamber et couper le cordon et à faire téter le bébé dès que possible.*

*Chacun de ces éléments a fait l'objet d'abondantes recherches et de nombreux débats, mais le présent groupe de travail technique sur l'accouchement normal a l'avantage de pouvoir se reporter aux travaux et aux recommandations du groupe de travail technique sur les soins essentiels au nouveau-né (O.M.S. 1996). Dans le présent rapport, seuls quelques aspects des soins immédiats au nouveau-né seront mentionnés brièvement. Immédiatement après la naissance, le bébé doit être séché dans des serviettes ou des linges chauds, et placé sur le ventre ou dans les bras de la mère. L'état du bébé est évalué et on s'assure simultanément de l'aération des voies respiratoires"*³⁰⁴[O.M.S. 97].

Le moment du clampage du cordon ombilical est fréquemment une source de controverse. Il est clampé par les professionnels (éventuellement par le père) soit immédiatement ou un peu plus tard. *"Le choix du moment où le cordon est clampé ne semble avoir aucun effet significatif sur l'incidence de l'hémorragie de la délivrance ou sur la transfusion fœto-maternelle. Le clampage tardif (voire l'absence de clampage) est le moyen physiologique de traiter le cordon, et le clampage précoce est une intervention qui nécessite une justification"*³⁰⁵[O.M.S. 97].

En ce qui concerne l'accueil de l'enfant à la naissance, des attitudes très différentes se dessinent selon les points de vue et la sensibilité des professionnels.

Lors de la naissance du nouveau-né sain, *"seule la sérénité de l'équipe obstétricale permet aux deux parents d'accueillir leur enfant nouveau-né dans la joie et la tranquillité. La naissance normale n'ayant que rarement lieu en présence du pédiatre, celui-ci aura en accord avec les obstétriciens et les sages-femmes, préétabli un protocole d'accueil comportant*

³⁰² p 167 Relier in Tournaire 91

³⁰³ pp 69-70 Storme 02

³⁰⁴ p 38 O.M.S. 97

³⁰⁵ p 37 O.M.S. 97

l'ensemble des gestes à faire. Dès l'expulsion, on procède au séchage du corps et de la tête de l'enfant pour éviter les pertes thermiques par évaporation. La désobstruction nasopharyngée, atraumatique et non contaminante, peut-être effectuée sur le ventre maternel (pas de ventilation au masque systématique). On apprécie la vitalité par la cotation du score d'Apgar à la fin de la première minute, puis à trois, cinq et dix minutes. Si l'enfant va parfaitement bien on peut le laisser tranquille en décubitus ventral sur sa mère (où le réflexe de foussement peut l'amener à téter rapidement le sein, à condition de le surveiller en permanence et d'éviter tout risque d'hypothermie. Dans ce cas, on peut retarder la pratique de gestes qui sont, de toute façon, indispensables : vérification de la perméabilité des choanes, de l'œsophage (test à la seringue), de l'anus et du vagin chez la petite fille ; mensurations : poids, taille, périmètres, crânien et thoracique, diamètre bi pariétal ; désinfection oculaire par collyre antibiotique ou antiseptique ; administration de 5 mg de vitamine K1 par injection intramusculaire faite à la face antérieure de la cuisse, dans le vaste externe ; ou par voie orale, 5 gouttes à renouveler dans les 12 premières heures ; soins du cordon avec désinfection à l'alcool iodé suivi de la déterision à l'alcool (ou autre antiseptique) de la base du cordon puis de la tranche de section au bistouri stérile, et du pansement stérile maintenu par une gaine tubulaire poly extensible ; vérification du nombre des vaisseaux ombilicaux ; mise en place de bracelets d'identification.

Tous ces soins seront pratiqués avec douceur, dans le calme et le respect des précautions d'hygiène, sans éclairage agressif. Ils sont complétés par l'examen médical initial qui a pour but à cet âge de la vie de dépister une anomalie.

Un cahier de surveillance du nouveau-né est alors débuté. Il sera tenu pendant tout le séjour de l'enfant en maternité... On ne saurait sans risque soustraire l'enfant à l'ensemble de ces mesures qui permettent sans violence, d'assurer la sécurité de la naissance.

En revanche rien n'interdit d'y ajouter d'autres gestes tels que le bain à l'enfant ou l'accouchement dans une semi-pénombre, pour peu que toutes les précautions précédemment citée soient respectées, et que l'on sache revenir, sans délai à des méthodes plus classiques au moindre signe anormal"³⁰⁶[Grandsenne in Francoual 89].

Même si les différents auteurs sont généralement unanimes sur certains points dans le savoir-faire et la manière d'accueillir un nouveau-né, il existe des nuances. "La prise en charge d'un nouveau-né sain est habituellement effectuée par les sages-femmes selon un protocole établi par les pédiatres de maternité et les obstétriciens. Elle est dictée par trois règles élémentaires : sérénité de l'équipe, sécurité, aseptie.

A la naissance l'enfant est posé sur le ventre de sa mère et le cordon est clampé et sectionné. La vitalité est cotée selon le score d'Apgar. Puis l'enfant est séché et réchauffé. S'il respire normalement ou s'il crie, s'il est rose et bien réactif, et si la fréquence cardiaque est supérieure à 100/mn, il est placé dans les bras de sa mère en décubitus ventral. Puis il est habillé et replacé dans les bras de sa mère.

Dans un deuxième temps, l'enfant est placé sur la table de réanimation préalablement chauffée. Plusieurs gestes y sont effectués : vérification de la perméabilité des choanes et de l'œsophage à l'aide d'une sonde d'aspiration. Après du contenu gastrique, l'injection rapide de 5 ml d'air provoque un bruit aérien perceptible par auscultation du creux épigastrique. En cas de test à la sonde négatif, il faut penser à l'atrésie de l'œsophage ; vérification de la perméabilité de l'anus ; soins de cordon : désinfection de la base du cordon, pose d'un clamp ombilical 2 cm au dessus de la base cutanée, section au bistouri, désinfection de la tranche de

³⁰⁶ pp 325-326 Grandsenne in Francoual 89

section, vérification du nombre des vaisseaux ; mensurations de l'enfant (poids, périmètre crânien et taille) ; une goutte de collyre antiseptique par œil ; 2 mg de vitamine K1 (solution orale)" ³⁰⁷[Storme 02].

Pour d'autres professionnels encore, il existe des variations dans cette attitude très technicisée d'un corps-objet instrumentalisé de chaque nouveau-né. L'enfant est immédiatement séché avec des draps préchauffés et placé sur le ventre de sa mère. *"Il n'est pas nécessaire d'aspirer chaque enfant. On peut renoncer à aspirer l'oro-pharynx lorsque le nouveau-né sain respire dans les 60 premières secondes de vie, qu'il développe un bon tonus musculaire et que le liquide amniotique est clair. Une aspiration inutile est désagréable pour l'enfant, peut conduire à des lésions des muqueuses et causer accidentellement des bradycardies et des apnées réflexes. Le score d'Apgar est noté à 1, 5 et 10 minutes de vie. L'enfant est mis au sein peu après la naissance. Dans le cas idéal, un contact continu peau à peau entre l'enfant et sa mère sera facilité durant les premières 2 heures de vie, pour le moins jusqu'après avoir mis le nouveau-né au sein. Les mesures de routine et les soins du nouveau-né ne seront effectués qu'après cette période de 2 heures ou au plus tôt après avoir mis l'enfant au sein. L'enfant est alors examiné une première fois par la sage-femme, l'obstétricien ou le pédiatre (néonatalogue). Ces gestes sont faits sur une table à langer, sous une lampe chauffante et dans de bonnes conditions d'éclairage.*

Lors du premier examen, l'adaptation néonatale est évaluée ; le poids, la taille et le périmètre crânien sont mesurés et des malformations congénitales recherchées.

- *Mesures corporelles : poids, taille et périmètre crânien (les comparer aux percentiles normaux)*
- *Respiration : fréquence respiratoire (normale 30-60/min.)*
- *Circulation : fréquence cardiaque (normale 100-160/min.)*
- *Thermorégulation : température rectale (normale 36.0° - 37.5°C).*

En mesurant la température rectale, on peut diagnostiquer précocement une atrésie anale.

Malformations congénitales : extrémités, organes génitaux, dos, palais.

Un sondage de l'estomac pour exclure une atrésie oesophagienne ou une obstruction gastro-intestinale haute n'est indiqué qu'en présence d'un polyhydramnios, d'une salivation mousseuse ou d'un trouble de la respiration. Il faut également renoncer à un sondage systématique des narines dans le but d'exclure une atrésie des choanes.

Les observations et les mesures sont consignées sur les feuilles de surveillance pour nouveau-nés.

La peau est nettoyée du sang et du méconium dans un bain à une température de 37° - 38°C, sans enlever complètement le vernix caséux.

La prophylaxie par vitamine K et lorsque indiquée, la vaccination passive et active contre l'hépatite B sont administrées selon les directives en cours. Une prophylaxie contre la gonorrhée avec du nitrate d'argent ou tout autre collyre désinfectant n'est plus recommandée" [Néonatalogie 00].

Dans l'ensemble de ces « protocoles » établis, il apparaît néanmoins une attitude commune qui est de privilégier le contact immédiat entre la mère et son bébé, d'une durée variable selon la tolérance et la patience des équipes.

³⁰⁷ pp 73-74 Storme 02

Cela rejoint les recommandations toutes récentes de l'A.N.A.E.S. à propos de l'allaitement maternel, où il est rappelé l'intérêt, du contact peau à peau entre la mère et l'enfant mais aussi de la tétée précoce du nouveau-né.

Ces recommandations concernent les femmes ayant mis au monde un enfant sain et né à terme. *"A la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de sa mère. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité (grade C). Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongé et ininterrompu. Ces soins et les pratiques habituelles de surveillance devraient être définies pour favoriser le contact mère-enfant et l'allaitement maternel tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant. Après la naissance, la première tétée est favorisée par ce contact intime. L'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion, mais ne modifie pas la mise en route de l'allaitement . Si la première tétée est retardée, il est recommandé d'apporter davantage d'aide et de soutien à la mère"* ³⁰⁸[A.N.A.E.S. 02].

D'autres exemples, concernant la grossesse et l'accouchement, la naissance, proposant d'autres manières de faire, sont nombreux. (C'est le cas de la poussée bloquée en apnée lors de «l'expulsion» de l'enfant, de la délivrance du placenta réalisé le plus fréquemment en appuyant sur le ventre des femmes par exemple, qui peuvent être appréhendées autrement. C'est le cas de l'accueil du nouveau-né réalisé dans des conditions plus chaleureuses et respectueuses). Mais ces points de vue ne sont pas forcément en accord avec la pensée dominante. La difficulté réside dans le fait que cette dernière est érigée en vérité incontestable ne laissant que très peu de place aux recherches alternatives, à leur reconnaissance et à leurs validations, notamment quand elles sont menées par des sages-femmes. Mais ce long travail de recherche, dans la littérature, privilégie des points qui sont repris dans l'étude ultérieure.

Pourtant, comment justifier toutes ces pratiques qui existent encore aujourd'hui, dans les maternités réalisant plus de 3000 naissances dont l'augmentation actuelle est envisagée par les instances politiques (au détriment des petites maternités de proximité).

Est-ce la routine et/ou la fatigue d'un personnel souvent insuffisant et débordé ?

Est-ce l'organisation du système de soins pendant la maternité qui ne respecte pas les compétences et les places des parents et des différents professionnels de santé en fonction de leurs missions ?

Est-ce la méconnaissance des politiques eux-mêmes qui imposent des décisions qui ne répondent pas aux besoins des femmes et des enfants ?

L'être humain a droit à un autre respect, à une autre attention sans négliger toutes ces questions. Une attitude bienveillante, un soutien réel et constant, un suivi et des soins respectueux de la physiologie, sont sans doute encore à chercher, à trouver.

³⁰⁸ p 15 A.N.A.E.S. 02

RESPECTER LA PHYSIOLOGIE
PRESERVE LES LIENS MERE-ENFANT-PERE

2.3 AVEC LE SOUCI DE LA «BIENTRAITANCE»



Image 4

"Est violence institutionnelle toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et, ou entrave son évolution ultérieure" [Tomkiewicz 97].

Aujourd'hui il est souhaitable que la maternité soit une priorité de la politique de santé et notamment une priorité de santé publique.

Si, à la naissance de chaque enfant les différentes définitions de la santé, évoquées en introduction, sont prises en compte, elles contribuent à développer toutes les dimensions nécessaires à la construction d'un individu humain. Il n'en est pas moins vrai que cela est un pari difficile, face à la multitude des intervenants qui ont des difficultés de communiquer entre eux et mènent difficilement des réflexions convergentes dans leurs interventions autour des mères et des enfants.

En effet, suivant les représentations de la maternité, (de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et des suites postnatales) et les points de vue, véhiculés par chaque professionnel, l'attitude adoptée vis-à-vis des femmes enceintes, parturientes ou accouchées est très différente. De ce simple fait là, il en découle des pratiques parfois divergentes s'appuyant fréquemment sur des comportements issus des us et coutumes ou de la tradition. Malgré des études scientifiques rigoureuses et validées, les réflexions fondamentales sur l'accompagnement de la maternité restent rares faute de motivations, de convictions, de temps. Ce temps pourtant indispensable à prendre pour trouver et donner du sens à toute pratique professionnelle, dans l'intérêt des femmes et des enfants.

Par ailleurs les choix politiques s'orientent vers une politique surtout comptable qui oublie les besoins des femmes, des enfants et des hommes, ainsi que ceux des professionnels pour accomplir correctement leurs missions respectives. Pourtant sur le long terme et d'un point de vue économique, il est probable qu'une réduction des pathologies (organiques et

relationnelles) puisse s'observer.

Actuellement dans le système français, les résultats périnataux abordés précédemment, sont bien moins satisfaisants que dans les autres pays de l'Europe et du Monde. D'autre part toujours en France, certaines femmes se plaignent des conditions de l'accouchement et de la naissance. De plus en plus de mères après leurs accouchements et la naissance de leur enfant osent dire ce qu'elles ont vécu et ressenti. Les récits n'ont jamais été aussi nombreux, de ces femmes qui sortent mortifiées, meurtries, voire anéanties à la suite de ces événements. Elles s'interrogent aujourd'hui sur la manière dont sont organisés les soins périnataux, surtout quand la grossesse et l'accouchement se déroulent bien. Bien que les femmes soient au centre de la scène dans l'accueil d'un enfant, leur point de vue est très rarement sollicité. Même s'il l'est, il est honnêtement le plus souvent considéré comme un simple avis de femmes qui n'ont pas les connaissances nécessaires. Le savoir appartient aux professionnels. Enfin, également en France, des professionnels, et particulièrement des sages-femmes réfléchissent à leur pratique. Certaines d'entre-elles, conscientes de leur responsabilité, de leurs missions auprès des femmes ne sont pas non plus totalement satisfaites des protocoles imposés. Elles appliquent ces manières de faire sans qu'il leur soit laissé une autonomie réelle. Elles peuvent rarement user de leur propre jugement et de leur savoir-faire, qui sont pourtant très différents de celui des médecins.

Pourtant pour être dans la «bientraitance» vis-à-vis de l'enfant ne faut-il pas commencer par respecter les parents et les femmes ?

Alors la première des nombreuses interrogations qui émergent à l'esprit des professionnels de la maternité peut se formuler ainsi : quels sont les besoins des enfants, quels sont les besoins et les demandes des femmes ? Puis en réponse, quels soutiens, quelles aides, leur sont proposés de façon adéquate tout au long de ce processus de la maternité pour que celle-ci reste dans la physiologie ? Comment les praticiens (que ce soient les sages-femmes ou les médecins) prennent-ils soins de ceux qui se confient à eux ?

Quels professionnels jouent un rôle auprès des femmes et de leurs enfants ? Comment se répartissent les missions et les places de chacun ? Et enfin quelle importance a, dans le déroulement de la maternité des femmes, le respect du rôle de chacun des professionnels dans ses propres compétences ?

Des expériences différentes sont menées en Europe et dans le Monde, avec des pratiques évaluées et validées. Là, la reconnaissance du rôle des parents, le respect de leurs points de vue, de leurs responsabilités sont acceptés. Dans le même temps, la reconnaissance et le respect des missions de chaque professionnel, la coopération, entre les différents professionnels intervenants autour de la maternité, sont plus tangibles. Les partenariats réellement développés rendent ces études pertinentes et intéressantes. Ces études montrent que les sages-femmes jouent un rôle important, auprès des femmes et de leurs enfants. Ces publications donnent des résultats plutôt satisfaisants de ces types de pratique de l'accompagnement de la maternité. Elles indiquent que l'éclosion des centres ou des maisons de naissances est la conséquence et le fruit de choix politiques soucieux de l'intérêt des femmes. Elles contribuent à cette réflexion pour mieux répondre aux attentes des femmes.

2.3.1 De la maltraitance... à la «bientraitance»

La Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant (C.N.U.D.E.) a été signée et ratifiée depuis une dizaine d'années en 1990 notamment par la France [C.F.E.S. 96] alors que la Déclaration des Droits de l'Enfant date de 1959. Cette convention sert actuellement de

plus en plus de référentiel, pour définir des dénis de droit.

Les Droits de l'Enfant dans la Déclaration initiale évoquent dans les Principes 4 et 6 des notions qui, bien que générales, insistent sur des aspects essentiels.

Principe 4 :

«L'enfant... doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine ; ... une aide et une protection spéciale doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit ... à des soins médicaux adéquats».

Principe 6 :

«L'enfant... doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et la responsabilité de ses parents et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle ; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère».

Dans la Convention des Droits de l'Enfant, les textes sont plus précis et notamment deux des articles retiennent l'attention.

Article 18 :

«La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents... Les Etats parties assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants ...»

Article 19 :

«Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements... pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié».

De l'accueil aux soins, l'enfant, personne à part entière, ni adulte en miniature, ni sujet immature, a des caractéristiques propres, des besoins spécifiques pour que son développement soit harmonieux. Ainsi son accueil a lieu *"d'abord et surtout dans une famille : nucléaire parfois monoparentale, mais qui gagne à s'élargir aux générations précédentes pour inscrire un nouveau venu dans une lignée. Dans une proximité où doit pouvoir s'exercer une solidarité de voisinage, dans une communauté, car l'isolement d'une famille refermée sur elle-même, à fortiori quand elle se résume à la mère et à son enfant est source de souffrance et potentiellement pathogène. Puis l'accueil s'exerce dans des lieux autres, souvent professionnalisés, qui doivent coopérer aux efforts éducatifs de la famille et non les déprécier et les saper : accueil partagé, participant à cette première socialisation qui, de nos jours, touche de plus en plus tôt et pour des périodes de plus en plus longues des enfants de plus en plus nombreux"*³⁰⁹[Manciaux 98].

Si le mot «violence» dérive du latin vis et signifie la «force en action» et plus particulièrement la «force exercée contre quelqu'un», la définition la plus courante dans les dictionnaires est celle de «force brutale exercée contre quelqu'un». Elle évoque, l'abus de force pour contraindre, soumettre l'autre à faire quelque chose [Robert 84].

La notion de maltraitance est d'apparition plus récente. Issu en 1550 de maltraiter «traiter durement» ce terme s'emploie couramment pour signifier «traiter avec violence» [Robert 84].

³⁰⁹ p 31 Manciaux 98

La maltraitance ou les mauvais traitements ont été surtout d'abord étudié dans le champ familial.

Mais les différentes formes de la maltraitance se retrouvent également au niveau des institutions. Car *"le fait de s'occuper d'enfants, de personnes adultes vulnérables (les femmes enceintes ou parturientes le sont particulièrement) met en jeu une dimension émotionnelle particulière chez le professionnel. Celui-ci va devoir négocier entre sa position de professionnel et son implication affective renforcée par la souffrance et la dépendance de la personne accueillie"* ³¹⁰[Créoff 00].

Dans une étude conduite actuellement par une chercheuse canadienne sur la violence infligée aux femmes lors des accouchements, l'auteur relate des situations courantes et note des cas de violence insidieuse (douleur réelle physique, dénigrement entraînant une souffrance psychologique etc.). Elle explique que *"la violence envers les femmes pendant l'accouchement peut souvent prendre diverses formes, mais elle n'est pas nécessairement reconnue comme telle, ni par les femmes... Il y a des choses qu'elles n'ont pas aimées mais sans nécessairement y appliquer le langage de la violence. Cette violence n'est souvent pas reconnue par les professionnels qui s'occupent des femmes en travail. Les intervenant(e)s n'ont pas de mauvaises intentions, ils croient bien faire, ils croient que leurs pratiques sont pertinentes, que c'est comme cela qu'il faut faire. Je me demande, - dit-elle - étant donné le résultat de mes observations dans cet hôpital québécois, reconnu pour être parmi les plus avancés en termes d'humanisation des pratiques, ce qui pourrait être observé ailleurs, là où la médicalisation est plus importante, là où il y a plus d'accouchements, de technologie, de médecins en résidence"* ³¹¹[Vadeboncoeur 03]. Cette violence subie par les femmes modifie très certainement les comportements ultérieurs des mères vis-à-vis de leur enfant.

Mais la maltraitance n'est pas uniquement physique, elle fait aussi référence à la gravité de la maltraitance psychologique.

Ainsi l'étude de l'enfance maltraitée, de la maltraitance dans les familles a débouché ensuite sur celle des violences institutionnelles. Celle-ci a été mise en lumière dès 1982 par S. Tomkiewicz. Même si les acteurs ont des intentions qui peuvent paradoxalement leur paraître les meilleures ou guidées dans l'intérêt de l'enfant, elles peuvent conduire à des actions qui font violence à l'autre, à l'enfant, à la femme, aux parents. *" Dans la suite des travaux, il nous est apparu que devait s'imposer une définition large qui s'oppose à toute tendance de hiérarchisation d'actes violents, en effet, une telle hiérarchisation comporterait en elle-même un discours de banalisation et de justification, signe d'une absence d'identification à l'enfant, l'adolescent ou l'adulte vulnérable. La définition que nous avons pu proposer est fidèle à une position clinique préoccupée du développement du sujet accueilli dans l'institution spécialisée et peut-être résumée : «Entre dans le champ de la violence institutionnelle tout ce qui contredit ou contrevient aux lois du développement, tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de l'enfant». Le développement est entendu ici dans ces différentes dimensions, psycho-affective, cognitive, physique, sociale"* ³¹²[Corbet 00].

Actuellement les notions de «bienveillance» et les qualificatifs de «mieux traitant» et de «bien traitant» s'utilisent de plus en plus et la prévention des maltraitements s'associe à la promotion des «bienveillances».

³¹⁰ p 54 Créoff 00

³¹¹ p 29 Vadeboncoeur 03

³¹² p 20 Corbet 00

Par ailleurs, la notion de résilience encore plus récente, fait appel à la reconnaissance et à la mise en oeuvre des compétences des individus. Elle se définit comme étant la capacité de résister, de rebondir, d'aller de l'avant après un traumatisme vécu précédemment. Ainsi *"c'est sur une base génétique modulée par la vie intra-utérine que les événements de l'existence, des relations ou le hasard joue certainement un rôle trop méconnu, viendront tisser les résiliences, tout comme les vulnérabilités. Car il n'y a pas une résilience mais des possibilités de rebondir qui varient selon la nature et l'intensité des traumatismes que suivant le moment où ils agissent dans le développement de l'individu. Ainsi au cours de la grossesse, les nuisances infectieuses, toxiques, métaboliques peuvent fragiliser l'embryon et le fœtus, mais le vécu réel et aussi fantasmatique de la mère peut lui aussi - mais par quels canaux ? - les affermir ou les rendre susceptibles"*³¹³[Tomkiewicz 00].

En commençant par observer, identifier et mieux utiliser les ressources propres, de ceux dont les professionnels ont à prendre soin, ces derniers sont invités à avoir un regard positif sur autrui et à modifier leurs pratiques. Ainsi une telle approche peut s'inspirer de plusieurs des réflexions suivantes. *"Les familles quelles que soient leurs formes sont à l'évidence les premières instances de protection des enfants. Les enfants ont en général d'autant plus de chances d'être bien traités que leurs parents l'auront été ou le sont eux-mêmes par les différents acteurs et institutions impliqués dans la construction et l'accompagnement de leur parentalité. En d'autres termes des parents mieux respectés, mieux reconnus et mieux soutenus dans leurs compétences et leurs responsabilités pourront être des parents plus respectueux et plus protecteurs de leurs enfants ; et ceux-ci se forgeront des images et des références parentales qui les rendront à leur tour plus respectueux et plus protecteurs à l'égard de leurs propres enfants. La politique familiale actuelle entend s'attacher non seulement à faire évoluer le système d'aides financières aux familles dans le sens d'une plus grande justice sociale et faciliter la vie quotidienne des familles, mais aussi à conforter les parents dans leur rôle éducatif. Il importe en s'inspirant des expériences en cours, d'accompagner ces déclarations de principe de recommandations concrètes et d'incitations utiles pour les pratiques qui entendent s'en inspirer"*³¹⁴[Manciaux 00].

Certains professionnels l'ont très bien compris depuis longtemps. La famille demeure un lieu d'éducation, y compris d'éducation pour la santé. Avec l'évolution familiale, d'autres modèles sont légitimés par des critères différents de l'idéologie sociale dominante. Mais la famille reste *"la matrice sociale porteuse de chaleur et de protection, fragilisée certes par l'incertitude des modèles et donc demandant plus de soutien"*³¹⁵[Deschamps 88]. Ainsi médecins et sociologues s'interrogent. *"L'émergence récente des «jeunes familles» constitue un exemple de cette évolution et des défis modernes de l'éducation pour la santé. L'abord des problèmes de santé - et des problèmes sociaux, de façon générale - de ces «jeunes familles» passe par la fourniture d'un support, d'un accompagnement (ou d'une guidance). Comme en bien des domaines des rôles professionnels se substituent à des rôles antérieurement exercés par des structures familiales ou de voisinage. On sait qu'il y a une autre dimension de l'éducation pour la santé, plus communautaire, plus écoutante et moins parlante, moins soucieuse de transmettre un savoir que de rendre les gens aptes à trouver des solutions à leurs problèmes, appuyée sur la confiance dans les savoirs collectifs, enrichissante, pour les «éduqués» comme pour les «éducateurs»"*³¹⁶[Deschamps 88].

³¹³ p 60 Tomkiewicz 00

³¹⁴ p 64 Manciaux 00

³¹⁵ p 14 Deschamps 88

³¹⁶ p 14-15-16 Deschamps 88

Dans une recherche [Baumann 88] où "l'hypothèse était que la qualité de la relation entre femmes et professionnels de santé était une condition de l'efficacité du suivi prénatal, et qu'une relation qualitativement insuffisante pouvait être en cause dans l'évolution péjorative des grossesses" ³¹⁷[Deschamps 88], les résultats de l'étude montrent que les femmes attendent autre chose des professionnels. "Parmi les conseils et les demandes formulées par les mères, un tiers environ concernait une information de nature médicale ; le reste demandait une meilleure qualité de la communication et un support affectif. Ainsi aux sages-femmes, il était demandé de «comprendre», de «faire plus confiance», de «s'arrêter pour nous parler, même si il n'y a rien de spécial», de «s'intéresser à nous et de ne pas faire seulement leur métier» (!), qu'elles «**donnent de la tendresse à la maman et au bébé**», qu'elles «nous réconfortent», qu'elles «ne regardent pas seulement la grossesse, mais qu'elles regardent si ça va bien moralement, et si on a besoin de parler un peu» ; elles regrettaient que «la tendresse manque entre les femmes et les sages-femmes, et pourtant cela est le plus important».

Les demandes exprimées aux travailleurs sociaux et aux médecins étaient très semblables à celles-ci.

Tout cela n'a rien à voir avec l'éducation pour la santé, pourraient dire certains... Et pourtant, nous sommes là au cœur de l'éducation pour la santé. L'important n'est pas le message. Les usagers savent, sur leur santé beaucoup plus que nous le croyons généralement. Les changements ne viendront pas des consignes données, ni des jugements portés. Ils viendront au contraire de la qualité de la relation établie entre les professionnels qui ne jugent pas et des usagers se sentant mis en confiance et accompagnés, et désirant dès lors changer eux-mêmes certains aspects de leur mode de vie. L'éducation pour la santé n'est pas différente de l'éducation tout court ; on n'est pas éducateur de santé par ce que l'on sait, fait ou dit mais par ce que l'on est" ³¹⁸[Deschamps 88].

Mais les idées ne vont pas de pair avec leur inscription dans un progrès ou une modification des pratiques surtout quand cela fait peur aux professionnels et qu'il s'agit d'établir une relation personnalisée, plus empathique et respectueuse d'autrui, et de se remettre en cause.

Il reste aujourd'hui à compléter la prévention des maltraitements envers les enfants, par la promotion de la «bientraitance» à l'égard des enfants d'abord. Ainsi, pour reprendre les termes de F. Flamand (présidente de l'Association Enfance au Quotidien) lors des premières assises de la Bientraitance en 2001, "respecter un enfant dans un souci de Bientraitance, c'est donner à l'enfant les moyens d'être sujet et acteur de sa vie en le considérant comme une personne en devenir et un interlocuteur à part entière que l'on accueille, auquel on s'adresse et avec lequel on se comporte avec respect : respect psychique, physique et affectif". C'est certainement "un enjeu de civilisation du vingtième siècle parce que l'humanité n'est pas un état à subir mais une dignité à conquérir", et que "la Bientraitance c'est le respect de l'enfant mis en actes" ³¹⁹[Flamand 01].

Mais cette promotion de la «bientraitance» envers les enfants, doit commencer par la promotion de la «bientraitance» des femmes, des familles, et des professionnels également. L'accent mis sur la «bientraitance» plutôt que sur la maltraitance ne vient pas là pour opposer le «bien et le mal», ni pour opposer et définir les «bons et les méchants» professionnels. Il procède d'un courant de pensée et aussi d'actions tendant à changer le regard et la mentalité

³¹⁷ p 17 Deschamps 88

³¹⁸ p 17 Deschamps 88

³¹⁹ p 10 Flamand 01

des acteurs de santé périnatale qui agissent avec et auprès des parents. En effet, "qu'en est-il de la capacité de la mère, du couple à gérer la grossesse (parfois la conception), la naissance, les premiers jours de vie, lesquels sont on le sait capitaux dans l'établissement des liens entre les parents et l'enfant ?

Pourquoi certains parents sont-ils à ce point dépassés (et pas seulement dans les milieux défavorisés) qu'ils ne peuvent plus remplir leur rôle de parents ? Cette question, elle aussi peut-être abordée sous de multiples angles. Aujourd'hui en France, la façon d'envisager les activités liées à la périnatalité est calquée sur une pratique médicale du soin dans un contexte de pathologie. Or la maternité n'obéit que très partiellement à cette logique puisque 80 % de son activité relève de l'eutocie.

La prise en charge de la mère fait intervenir un grand nombre d'acteurs, eux-mêmes empêtrés dans des problèmes de reconnaissance professionnelle et qui ont souvent le plus grand mal à travailler ensemble. L'organisation actuelle des maternités ne permet pas de remédier à ces difficultés. Pour répondre à des modèles d'efficience, les maternités sont réparties en niveau (!) : maternité de niveau 1, 2 et 3, accueillant les grossesses selon leur degré de risque. De quels risques parle-t-on ? Bien sûr ce ne sont pas les éventuelles difficultés de mise en place de la parentalité qui servent de repères mais bien les indicateurs de pathologie organique.

Sans remettre en cause les progrès réalisés par la médecine obstétricale et périnatale, force est de constater que trop fréquemment, surmédicalisation rime avec froideur et manque de disponibilité pour établir une relation humaine..., il est probable que nous payerons très cher la prise en charge déresponsabilisante et culpabilisante que les soignants génèrent le plus souvent en toute bonne foi, sans savoir que l'on peut faire autrement pour des résultats identiques et parfois même meilleurs (l'anxiété générée chez la mère pouvant être directement pathogène)...

Lorsque nous nous apercevons que la montée de la violence n'est pas seulement liée au chômage, à la précarité ou aux programmations télévisées mais également à la façon dont chacun trouve sa place à la fois dans notre société et dans la sphère familiale. Or cette place se construit dès la conception...

Encore faudrait-il que les professionnels soutiennent les capacités des parents envers leurs bébés, que cette tâche soit reconnue et valorisée, et qu'ils acceptent de ce fait un accompagnement de la grossesse et de la naissance moins interventionniste et plus respectueux des mécanismes de mise en place de la parentalité"³²⁰[Lothon 02].

Ainsi faire reconnaître les compétences des enfants précocement par leurs parents, nécessitent d'identifier, de prendre en compte et de soutenir les compétences des parents, par les professionnels.

Mais si ces derniers ont des compétences professionnelles, ils ont aussi des limites personnelles humaines. Et selon M. Lemay (cité par M. Manciaux), "la «bientraitance» à l'égard des professionnels passe par une reconnaissance de leur identité. Cette identité professionnelle ne peut s'actualiser que si leur action peut prendre sens dans un milieu donné. Et cet auteur conclut : la «bientraitance, c'est avoir la sécurité, mais c'est aussi découvrir qu'un certain niveau d'incertitude, génère l'énergie de l'esprit. On se pose des questions, on propose de nouveaux essais, on se confronte au doute afin de se bâtir un nouvel équilibre remis en cause autant par les apports extérieurs que par ses expériences. C'est dans un tel creuset qu'une équipe de travail peut sincèrement se dire : malgré des divergences et les tensions inévitables, nous sommes relativement satisfaits de ce que nous faisons, mais nous devons gérer aussi bien les sources d'insatisfaction que l'impression trompeuse d'être

³²⁰ p 188 Lothon-Demerliac

parvenus à nos fins. Il faut un peu «se maltraiter» pour déboucher sur la conviction« d'être bien traité» " ³²¹[Manciaux 00].

Alors, s'il est délicat d'être parent aujourd'hui, une cascade de «bienveillance» réfléchie et bien pensée peut aussi modifier les rôles, les comportements des professionnels et des parents vis-à-vis des enfants.

La lutte des professionnels contre les maltraitements envers les enfants relève ainsi d'une exigence déontologique. En cela elle rejoint d'autres registres notamment celui de l'éthique, mais cette lutte dépend aussi des choix politiques. Ainsi *"la «bienveillance» peut prendre statut et rang de principe éthique qui en résume et sous-tend d'autres universellement admis : le respect de la personne, de sa dignité, de son intimité ; la recherche de son consentement éclairé ; la notion d'utilité potentielle, de précaution, d'anticipation des risques potentiels de toute intervention ; les principes de responsabilité, d'empathie" ³²²[Manciaux 00].*

2.3.2 Des réflexions à propos du suivi médical de la maternité

Mises en place progressivement dans chaque pays, les politiques de surveillance prénatale et de soins pendant la période périnatale se sont très peu appuyés sur des bases scientifiques. Souvent, seules les consultations prénatales sont prises en compte omettant tout l'intérêt des séances de préparation à la naissance de l'enfant et d'une famille. De plus, il existe rarement une corrélation et un échange entre les professionnels qui effectuent ces différents actes autour d'une même femme. Les prises en charge, adaptées pour des femmes présentant des facteurs de risque ou des complications pendant la grossesse, sont appliquées également pour les femmes dont la grossesse se déroule normalement. *"Actuellement cependant, d'autres orientations se dessinent dans le sens d'une meilleure adaptation des soins au niveau de risque et d'un intérêt plus grand porté, aux soins réalisés par des sages-femmes ou des généralistes. Cette évolution s'est faite dans un souci général de réduction de la médicalisation. Elle répond à des préoccupations d'importance différente selon les pays" ³²³[Blondel 98].*

2.3.2.1 Les besoins de santé

C'est la perspective des professionnels qui établit généralement ce besoin en fonction de la manière dont la santé et la maladie sont définies à un moment donné, dans une culture donnée, et il dépend de la capacité à les mesurer. De l'autre côté, il y a des personnes qui ressentent un mal-être, qui présentent des pathologies ou qui nécessitent un suivi médical régulier. Cela se traduit en principe par une recherche de soins avec une demande d'être de nouveau en bonne santé et/ou par une consultation auprès d'un praticien de santé. *"Lorsque cette demande correspond à ce que le professionnel a défini comme besoin, on l'appelle «besoin ressenti». Restreindre les besoins de santé aux besoins en soins de santé ne signifie pas que les autres facteurs de promotion de la santé doivent être ignorés. L'amélioration de l'environnement (social, économique, culturel tout autant qu'écologique), l'adoption d'un style de vie plus sain, sont autant de facteurs de promotion de la santé qui semblent avoir été*

³²¹ p 65 Manciaux 00

³²² p 65 Manciaux 00

³²³ p 8 Blondel 98

déterminant dans le niveau de l'état sanitaire des pays du monde occidental"³²⁴[De Brouwere 98].

Par ailleurs si le besoin en soins de santé, la demande et l'offre de soins sont représentés par trois cercles se chevauchant, il existe plusieurs possibilités. Mais une seule zone correspond à une adéquation entre le besoin, la demande et l'offre de soins. Cependant un besoin ne se traduit pas forcément par une demande, cela dépend des comportements individuels. Et la demande n'aboutit pas forcément à des soins si l'offre est inadéquate. Il existe donc certainement des besoins latents non reconnus et non couverts. D'autre part si les personnes consultent pour des besoins auxquels les professionnels ne savent pas répondre, elles sont alors considérées comme ayant des demandes inappropriées et excessives, voir même irrationnelles. Et enfin il peut également y avoir des besoins créés par une offre inadaptée en réponse à une réelle demande inappropriée.

2.3.2.2 Les soins en santé périnatale

Il est évident que dès la naissance, puis dans les jours suivants, les soins qui sont prodigués à l'enfant et à sa mère sont nombreux. *"Mais soigner, c'est aussi «prendre soin de» et cette extension est essentielle pour les êtres en état de dépendance. Prendre soin du petit enfant à tous les moments et dans tous les actes de la vie courante tout en le préparant progressivement à l'autonomie n'est pas facile : l'équilibre entre protection et autonomisation est subtil et toujours à moduler. C'est la base même de l'éducation, à quoi accueil et soins doivent contribuer"*³²⁵[Manciaux 98].

Si en France le nouveau-né dépendant, vulnérable est soumis dès ses premiers jours de vie à l'environnement, médical puis familial et sociétal, l'enfant fait l'objet avec sa mère, déjà dès sa conception, d'une surveillance médico-psycho-sociale. Celle-ci fait intervenir de nombreux professionnels, de champs différents, nécessaires, surtout auprès de certaines populations. Mais ils sont aussi souvent variés dans un même champ, empêchant ainsi toute relation constructive sur laquelle chaque femme, chaque couple peut s'appuyer au cours de la maternité. Le fait d'établir une relation personnalisée, plus empathique présente-t-il un danger pour un professionnel ?

Ce qui semble important que ce soit dans les milieux défavorisés, et/ou les autres, c'est la compréhension des familles, l'alliance du professionnel avec le milieu social et le soutien à chaque projet familial, particulièrement autour d'une grossesse. *"Toute tentative d'action auprès de l'enfant qui ne s'appuierait pas sur les parents serait non seulement vouée à l'échec, mais risquerait de faire plus de tort que de bien. Mais il faut encore aller plus loin, et penser toute action en fonction de son milieu ; pour que le message passe il faut que le travailleur sanitaire soit reconnu par le milieu d'une part, et qu'il développe l'alliance entre les voisins, qu'il favorise les liens entre les familles d'autre part. Quand l'alliance avec le milieu se réalise, des changements surviennent comme en 1977, à la P.M.I. de Noisy où malgré les difficultés on constate que «les mères s'auto-éduquent et se confortent dans leur rôle». Il est fondamental d'aider les familles à s'organiser autour d'un projet familial propre qui en soi sera favorable à la bonne santé des petits enfants. La grossesse permet parfois cette restructuration car la femme enceinte met toute sa famille dans un projet qui aboutira à*

³²⁴ p 58 De Brouwere 98

³²⁵ p 31-32 Manciaux 98

la naissance du bébé" ³²⁶[Colin 86].

A partir de l'étude évoquée précédemment et menée entre 1984 et 1985 à Nancy, sur des dossiers médicaux de 30 femmes vivant dans des conditions d'extrême pauvreté, des données médicales recueillies ont fait l'objet d'une comparaison avec des données identiques concernant l'ensemble de la population d'un service d'accouchement (1600 accouchements). *"L'âge moyen des mères à la naissance du premier enfant est de 19 ans 9 mois ; 18 sur 30 ont moins de 20 ans à la naissance du premier enfant. L'âge moyen des femmes du groupe étudié est de 23,4 ans contre 25,9 ans pour l'ensemble des accouchées. On note un nombre important de femmes très jeunes : 26,7 % ont moins de 20 ans (10,7 % pour l'ensemble de la population des accouchées). Deux tiers des femmes du groupe ont moins de 25 ans (48 % pour l'ensemble de la population des accouchées). Ce taux est proche des chiffres de C. Colin (65 % de moins de 25 ans). Le nombre des primipares est un peu moins élevé (23,3 %) dans le groupe des femmes d'extrême pauvreté que pour l'ensemble des accouchées (30 %), et 43,3 % ont déjà eu 3 à 5 grossesses, contre 20,5 % chez l'ensemble des accouchées. Des antécédents gynécologiques pathologiques sont signalés chez 7 femmes sur 30 du groupe, soit 23,3 %. Ce taux est identique à celui de l'ensemble des accouchées (22,4 %)"* ³²⁷[Baumann 88].

Un tableau dans cette étude, résume les pathologies obstétricales antérieures présentées par les femmes du groupe étudié, comparées à l'ensemble des accouchées. Parmi les femmes étudiées, 10 % ont des antécédents de césariennes, contre 10,8 % dans l'ensemble des accouchées. Le nombre de femmes ayant subi des extractions instrumentales antérieures est de 6,7 % contre 8,8 %. Les accouchements prématurés antérieurs ont affecté 26,6 % des femmes du groupe étudié contre 8,3 % dans l'ensemble des accouchées de l'établissement. Le pourcentage des enfants hypotrophiques se retrouve avant la grossesse chez 20 % des femmes contre 6,1 % dans l'autre groupe. Les enfants morts-nés concernent 0 % des femmes du groupe étudié alors que le taux est de 2,9 % dans l'ensemble des accouchées et cependant la mortalité néonatale précoce touche 6,7 % des femmes contre 1,9 % dans l'ensemble de référence.

Les femmes de ce groupe sont 86,6 % à déclarer leur grossesse au premier trimestre contre 42 % (dans un autre groupe de population défavorisée : Thèse de médecine C. Colin).

Les 30 femmes observées dans cette recherche se rendent régulièrement aux consultations prénatales (même si parfois elles n'en voient pas l'utilité) et ont un nombre de consultations et/ou d'hospitalisations répétées légèrement supérieur à celui relevé chez l'ensemble des accouchées suivies exclusivement dans l'établissement.

Ce qui est frappant par ailleurs, c'est le nombre des intervenants rencontrés pour le suivi médical dans l'établissement, par ces femmes. Celui-ci *"varie de 2 à 9 personnes pour 1 femme. Pour un même nombre de consultations ce nombre varie : 5 à 9 intervenants pour 2 femmes ayant chacune 11 consultations au service prénatal ; 5 à 8 intervenants pour 8 visites, etc. Le nombre moyen d'intervenants relevés à la lecture du dossier médical, est à 5 par femme"* ³²⁸[Baumann 88]. Cette multitude des intervenants a certainement des conséquences pour le déroulement de la grossesse des femmes. Toujours à l'occasion de l'étude évoquée, des entretiens réalisés avec chacune des mères permettent de préciser ce point. *"A la question « cela vous a-t-il dérangé d'être vue par plusieurs personnes différentes ? », une femme sur deux (16/30) manifeste sa gêne, son malaise de rencontrer plusieurs professionnels. Certaines*

³²⁶ p 102 Colin 86

³²⁷ p 184 Baumann 88

³²⁸ p 186 Baumann 88

*expriment ouvertement ce déplaisir. Douze mères ne semble pas avoir ressenti de dérangement à rencontrer plusieurs intervenants..., mais parmi ces 12 mères, l'une déclare «ils m'ont visité, mais ça ne me concerne pas»...*³²⁹[Deschamps 87].

Pendant la grossesse en cours, *"les états pathologiques les plus fréquemment signalés sont les menaces d'accouchement prématuré (30 % des femmes dans le dernier trimestre de la grossesse), les infections génitales ou urinaires (elles concernent 1 femme sur 2) enfin les diabètes gestationnels 13,3 % des femmes"*³³⁰[Baumann 88].

*On ne note pas de différence notable entre les modes d'accouchement d'un groupe à l'autre. Le début de l'accouchement se fait spontanément dans 96,7 % des cas du groupe étudié contre 92,3 % dans la population générale de l'établissement et 93 % dans la population défavorisée étudiée dans la thèse de C. Colin. L'accouchement, par voie basse spontanée, est effectif pour 73,3 % des femmes du groupe contre 77,5 % dans le groupe de comparaison du même établissement et 97 % dans celui de la thèse de C. Colin ; 16,7 % des femmes du groupe ont été aidées par une voie basse instrumentale avec anesthésie générale contre 5,7 % et 10 % ont subi une césarienne contre 10,7 % alors que ce taux est seulement de 3 % dans la population de l'étude de C. Colin [Colin 86]. "La durée de séjour varie de 5 à 10 jours pour les femmes ayant accouché normalement, avec une durée moyenne de 8,4 jours. Les durées de séjour oscillent entre 7 et 11 jours pour l'ensemble des accouchées de l'établissement"*³³¹[Baumann 88].

Pour les nouveaux-nés, *"l'âge gestationnel moyen des 30 enfants du groupe étudié est de 38,3 semaines ; 20 % des enfants sont nés prématurément" entre 34 et 36 semaines contre 6,3 % entre 34 et 36 semaines et 4,8 % avant 34 semaines dans la population générale des accouchées de l'établissement et 8 % entre 34 et 36 semaines et 3 % avant 34 semaines dans la thèse de C. Colin. Les enfants du groupe étudié sont 30 % à peser à la naissance moins de 2500g contre 12,5 % et 13,9 % dans les deux groupes de référence. "Pour 30 % des enfants du groupe, le poids est compris entre 2500 et 2999g (contre 21,8 % pour l'ensemble des nouveaux-nés de la maternité et 27,7 % des enfants de population défavorisée étudiée par C. Colin). Seulement 40 % dépassent 3000g (contre 65,8 % pour l'ensemble des nouveaux-nés de l'établissement et 58,4 % dans l'étude de C. Colin)"*³³²[Baumann 88].

Les résultats de cette étude soulèvent *"une interrogation : faut-il accroître la surveillance médicale, comme on le penserait légitimement vis-à-vis de ce groupe «à risque», ou bien faut-il au contraire prendre acte de l'incapacité de ce suivi à résoudre ou à prévenir les problèmes et chercher ailleurs des solutions ?"*³³³[Baumann 88].

La conclusion, qui note la vulnérabilité des femmes enceintes (de milieu défavorisé) fait apparaître des éléments intervenant dans le bien-être et la santé des femmes et des enfants lors de leurs maternités. Il est utile de se demander si cela correspond aux besoins des femmes pendant leur maternité, quel que soit leur milieu, car la vulnérabilité est présente et réelle chez toute femme enceinte.

Il semble notamment qu'interviennent *"quatre groupes de facteurs :*

➤ *Des besoins de santé objectivés*

³²⁹ p107 Deschamps 87

³³⁰ p 186 Baumann 88

³³¹ pp 186-187 Baumann 88

³³² p 186 et 188 Baumann 88

³³³ p 190 Baumann 88

- *Des besoins de santé perçus, pas nécessairement semblables aux premiers*
- *Des facteurs événementiels*
- *Des facteurs relationnels.*

*Sans doute, le premier groupe de facteurs est-il le plus facilement et le plus fréquemment mis en évidence... Ce qui semble le plus important et moins aisé à résoudre dans le fonctionnement habituel des services de santé, moins aptes à prendre en compte des effets des événements de vie et les facteurs relationnels qu'à appliquer des techniques bien rodées. Si pour être efficaces ces techniques nécessitent la satisfaction des besoins perçus et l'aide à la solution des manques relationnels, on comprend pourquoi les groupes vulnérables restent vulnérables en dépit d'une attention médicale accrue de façon plus quantitative que qualitative*³³⁴[Baumann 88].

Actuellement le champ du soin prénatal "semble devoir se limiter à la grossesse dite «évolutive» ; c'est-à-dire aux grossesses dont l'évolution a dépassé le cap des aléas périconceptionnels pour ne plus laisser place qu'aux aléas gestationnels.

*Enfin le soin prénatal doit être bien différencié du soin périnatal (sécurité de l'accouchement, prise en charge du nouveau-né, etc.) et du soin postnatal, qui doivent faire l'objet d'une réflexion et d'une politique spécifiques, quand bien même le principe fondamental de la continuité et la coordination des soins pré-, per-, et postnatals doit présider à son élaboration. Définir les besoins et identifier la demande de soins prénatals, déterminer la réponse optimale à ceux-ci, en termes de prise en charge, nécessitent d'aborder ces questions en les intégrant à la politique générale du pays et, bien évidemment à sa politique de santé tout autant que politique"*³³⁵[Pennehouat 98].

Les soins efficaces en obstétrique

Sur quel niveau de preuve reposent les soins périnataux en France ? La répétition et la reproduction de l'enseignement conçu depuis des siècles demeure-t-elle pertinente ? La confrontation est-elle utile, avec d'autres pratiques internationales ? La pratique médicale quotidienne est-elle fondée, justifiée et évaluée ? Car seuls des soins, à l'efficacité démontrée, méritent d'être offerts aux enfants, aux femmes, aux parents. Ces derniers doivent être informés clairement, pour qu'ils puissent faire leurs propres choix, pour qu'ils prennent et assument leurs responsabilités parentales.

Toute la question est de savoir si les soins habituellement prodigués sont efficaces. "*Les femmes qui reçoivent des soins, les professionnels qui les prodiguent et ceux qui les paient veulent tous que ces soins soient efficaces. On pense les connaissances universelles, mais la diversité des cultures, des habitudes et des objectifs a créé des recommandations fort diverses pour la prise en charge des grossesses et des accouchements. On constate de curieuses différences de pratiques et de résultats entre pays ou institutions, comme l'usage variable du toucher vaginal (TV), les positions pour l'accouchement ou les variations des taux de césariennes"*³³⁶[Maria 03].

D'autre part comment définir des «soins efficaces» ? "*Les soins efficaces (effective care) sont des soins fondés sur les preuves (evidence-based care) et définis comme «l'usage consciencieux, judicieux et explicite des meilleures preuves actuelles pour décider des soins*

³³⁴ p 191 Baumann 88

³³⁵ p 294 Pennehouat 98

³³⁶ pp 4-5 Maria 03

des individus». Les études publiées sont expertisées pour vérifier leur méthodologie et la valeur de leurs résultats. Le niveau de preuve est déterminé selon des recommandations internationales. Les meilleures preuves sont issues d'études prospectives randomisées ou de méta-analyses, afin d'éliminer les biais. Ces preuves doivent être réunies et diffusées pour aider ceux qui vont prodiguer ou recevoir les soins. Les pratiques recommandées proviennent d'une revue systématique internationale permanente analysant, depuis 1989, et classant les études publiées selon leur méthodologie et leur niveau de preuves : The Cochrane Library. Ces recommandations sont facilement accessibles, sous forme d'un livre, d'un rapport de l'OMS et d'un site internet avec un accès gratuit pour les synthèses : www.update-software.com ; les conférences de consensus et les recommandations pour la pratique clinique (RPC), élaborées par les sociétés savantes, comme le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), ou les agences d'évaluation, comme l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), s'appuient sur les études et publications d'un bon niveau de preuve pour proposer des recommandations cliniques aux professionnels.

Les personnes qui prodiguent les soins de maternité partagent la responsabilité collective d'assurer que les soins efficaces sont non seulement connus, mais disponibles, accessibles et offerts à toute femme qui en a besoin. Depuis 50 ans, dans les pays évolués, on a prôné une surveillance médicale des grossesses pour dépister le moindre risque. Cette surveillance des femmes enceintes, comme si elles étaient toutes à haut risque, n'a pas entraîné les bénéfices escomptés, ni individuellement, ni en santé publique, et a induit des effets indésirables. En outre, le soutien social et psychologique des femmes enceintes doit être intégré dans toutes les formes de soins prénatals. Les femmes doivent être informées sur les soins pour donner leur consentement et leurs choix doivent être respectés.

La préparation prénatale répond au désir des futurs parents d'une éducation sur la naissance et d'un soutien du groupe de parents. Elle réduit les besoins analgésiques lors du travail et augmente la satisfaction des femmes, sans aucun inconvénient. Il faut donc proposer une préparation prénatale avec des objectifs clairs ; diverses méthodes permettent d'aider les femmes et les couples selon leurs désirs. On peut donc choisir une surveillance périnatale fondée sur des preuves. L'expliquer aux patientes est simple puisque les arguments sont clairs et le choix de la patiente résultera d'un franc dialogue. Appliquer ces pratiques recommandées ressort d'une honnêteté professionnelle et du respect du choix éclairé et conscient de la patiente" ³³⁷[Maria 03].

Par ailleurs il convient de s'enquérir de l'opinion des femmes et des parents. Et donc il "reste, encore, à découvrir l'opinion des patientes ayant accouché dans la maternité. Un bon questionnaire doit reposer sur une méthodologie adéquate. Le traditionnel questionnaire de sortie n'est pas adapté car il faut du temps pour juger, à distance de l'émotion de la naissance. Le questionnaire doit être adressé aux patientes deux mois après la naissance, comme le confirme l'étude réalisée en Auvergne et dont on devrait s'inspirer" ³³⁸[Maria 03].

L'intérêt des consultations prénatales

En ce qui concerne la surveillance prénatale, c'est au début du siècle que se développe l'histoire de la consultation prénatale. La conception en est attribuée à différents auteurs (anglais, australiens, américains). Un contenu standard est mis au point vers 1929 et même si

³³⁷ pp 4-5 Maria 03

³³⁸ pp 4-5 Maria 03

une technique est ajoutée ou remplacée celui-ci a peu varié.

Posés dès 1929 au Royaume-Uni, "ces principes sont les suivants (Oakley 1984) :

- *Prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ;*
- *Détecter et traiter la toxémie ;*
- *Prévenir, diagnostiquer et traiter les infections (cervicales, urinaires, etc.) ;*
- *Diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ;*
- *Assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénatals ;*
- *Reconnaître l'effet éducationnel d'une consultation bien organisée"* ³³⁹[De Brouwere 98].

Remise en question devant la persistance de la mortalité maternelle en 1930 (à cette époque le programme de surveillance prénatale consiste en une douzaine de consultations dont au moins trois sont faites par un médecin), la consultation prénatale s'oriente en 1960 vers l'évaluation du risque individuel maternel (lié le plus souvent à l'âge et à la parité). Des méthodes de mesure du risque sont alors mises au point.

En 1978 l'O.M.S. publie : «Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile, fondée sur la notion de risque». Dans les années 1980, malgré quelques critiques, l'engouement pour cette approche est à son apogée, mais cet outil s'éloigne de l'évaluation du risque individuel maternel et devient un outil de prise de décision programmatique.

Ainsi "le concept de risque élevé provient de l'observation du fait que le risque de mourir ou d'avoir des séquelles n'est pas distribué de manière égale, ni au hasard, dans la population des femmes enceintes et de leurs bébés. La majorité des femmes accouchent sans séquelles et leurs bébés sont bien portants. Une petite proportion de ces femmes et de ces enfants aura des problèmes. Toute la question est de savoir s'il est possible d'identifier ces femmes avant que l'événement fatal ne survienne et s'il est possible d'empêcher l'événement fatal (et comment). L'approche de risque est basée sur une réponse positive à cette question : certaines femmes ont en effet un risque plus élevé d'avoir des problèmes, et on peut identifier les caractéristiques ou «facteurs de risque» (liés à un problème biologique ou à l'environnement ou bien les deux) qui permettent de discriminer les femmes qui ont un risque plus élevé de celles qui ont un risque moins élevé. Bien entendu, du point de vue éthique, cela n'a de sens que si on peut empêcher ce risque de se transformer en problème, en d'autres termes que les risques soient identifiables avant que l'événement qu'ils prédisent ne survienne. La question suivante est de savoir s'il est possible, facile, pas trop coûteux de discriminer les vrais positifs (les femmes qui auront un problème durant leur grossesse ou à l'accouchement) des vrais négatifs (celles qui n'auront pas de problèmes)" ³⁴⁰[De Brouwere 98]. Par exemple la taille de la mère "comme la vaste étude multicentrique organisée par l'O.M.S. (réalisée par Kelly et al., en 1996) le suggère, n'est malheureusement pas un facteur de risque très efficace pour identifier des problèmes maternel à l'accouchement" ³⁴¹[De Brouwere 98].

Il est évident que la définition du risque et des facteurs de risque n'est pas simple. Pour identifier les femmes à haut risque, les critères utilisés sont "basés sur deux classifications.

³³⁹ p 35 De Brouwere 98

³⁴⁰ p 37 De Brouwere 98

³⁴¹ p 41 De Brouwere 98

- *Relations entre les facteurs de risque et leurs conséquences négatives ; elles peuvent être de trois ordres :*
 - *Causative, stimulant du processus pathologique (par exemple : malnutrition maternelle et faible poids de naissance, placenta praevia et mort fœtale par anoxie, ou rubéole du premier trimestre et malformations congénitales)*
 - *Contributive, (par exemple la grande multiparité prédispose à la position transverse ou au prolapsus du cordon)*
 - *Prédictive, ou associative (par exemple : une femme qui a eu un avortement spontané lors d'une première grossesse a une plus grande probabilité d'avoir un avortement lors de sa deuxième grossesse qu'une autre qui n'avait pas avorté lors de sa première grossesse)*

- *Conditions biologiques médicales et sociales. Ceci inclut les facteurs de risques.*
 - *Biologique (âge, rang de naissance, intervalle de naissance).*
 - *Nutritionnel (taille, poids, gain de poids) ;*
 - *Utilisation des services de santé (consultations prénatales) ;*
 - *Complications de la grossesse (anémie, hypertension, diabète, saignement anténatal, jumeaux, présentation anormale) ;*
 - *Problèmes sociaux (charge de travail, aide appropriée à l'accouchement).*

Une telle classification des risques mélange les concepts de problème de santé et de facteurs de risque" ³⁴²[De Brouwere 98].

Plus récemment, une prise de conscience se fait progressivement devant le peu d'études validées (avant l'utilisation en santé publique d'une méthodologie d'essais cliniques randomisés contrôlés) sur ces questions et sur le peu de validité des habitudes prises dans le domaine de la santé maternelle. Cependant dans certains pays, *"l'approche du risque individuel appliquée à un individu reste valide. Les Pays-Bas ont largement démontré depuis des années qu'il est possible de discriminer les femmes à haut risque de celles qui ont un faible risque permettant ainsi le choix du lieu d'accouchement plus agréable pour la future maman tout en assurant des taux de mortalité maternelle et périnatale parmi les plus bas d'Europe (Akrich and Pasveer, 1996). La clé du succès néerlandais ne tient pas seulement à l'identification rigoureuse des femmes à faible risque de complication obstétricale avant l'accouchement (Springer and Van Weel, 1996) mais aussi et peut-être surtout, à l'évaluation continue du risque durant le travail par un corps de sages-femmes hautement compétentes"* ³⁴³[De Brouwere 98].

Certains ont ensuite préconisé le dépistage le plus précoce des complications et l'éducation des femmes à reconnaître ces complications pour qu'elles se rendent dans un service adapté. Cependant cette vision réduisant la consultation prénatale à un simple outil de prédiction du risque nie les rôles de celle-ci comme l'information, l'éducation, le dépistage de certains signes, le traitement de certains problèmes potentiels ou existants. D'autre part la consultation prénatale offre la possibilité de s'occuper de la grossesse d'une manière privilégiée et de prendre en compte les problèmes psycho-affectifs qui y sont liés. Elle permet par ailleurs

³⁴² p 41 De Brouwere 98

³⁴³ p 43 De Brouwere 98

d'obtenir une information individuelle sur le vécu de la grossesse, sur le contexte familial, socio-économique. Et enfin la relation de confiance établie entre le praticien et la femme enceinte incite certainement plus facilement celle-ci à consulter avant qu'un problème grave ne survienne.

La réflexion s'est ensuite centrée sur le nombre des consultations prénatales et sur le calendrier de ces consultations.

Et plus *"récemment des études ont porté sur la qualification des personnes chargées de la surveillance, en recherchant si les consultations pouvaient-être réalisées sans la participation, ou avec une participation restreinte, des obstétriciens. Sur ce sujet, de nombreuses recherches ont porté, sur la prise en charge uniquement par des sages-femmes, en considérant à la fois la surveillance de la grossesse et celle de l'accouchement"*³⁴⁴ [Blondel 98]. Ainsi dans d'autres pays que la France, il est pensé que le risque obstétrical peut se repérer en cours de grossesse et la surveillance des grossesses à «bas risque» est confiée aux sages-femmes. A la différence, de l'approche française considérant que tout accouchement est à risque, jusqu'aux deux heures qui suivent l'accouchement, une autre philosophie obstétricale existe dans ces systèmes de santé (en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, au Canada..). Cette conception s'appuie sur le postulat que la grossesse, l'accouchement sont des événements physiologiques, tout comme l'affirme l'Organisation Mondiale de la Santé dans les diverses publications évoquées précédemment.

Pour une part importante de la population, la grossesse et l'accouchement ne supposent pas d'intervention médicale. Cela permet alors aux femmes enceintes à «bas risque» de choisir un accouchement accompagné, médicalisé certes mais moins technicisé et peu instrumentalisé.

Le choix du professionnel que les femmes souhaitent pour cet accompagnement médical de leur maternité en adéquation avec leurs attentes personnelles, doit-être possible aujourd'hui.

Cela nécessite que soit porté, à la connaissance du public et notamment des parents, l'éventail des praticiens compétents et en capacité de suivre médicalement la maternité, ainsi que de façon loyale et claire, la mission de chacun d'eux.

2.3.3 Les différents professionnels de santé et leurs missions

La surveillance prénatale requiert en effet aujourd'hui l'intervention de nombreux professionnels de la santé mais également du secteur social.

Le repérage des risques se fait donc dans plusieurs champs. Si des signes psychiques sont dépistés, le secteur de psychiatrie est sollicité. Suivant le milieu social et les difficultés sociales (chômage, logement inadapté etc.) repérées, la surveillance prénatale suscite l'intervention des services sociaux et de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.).

Dans le même temps, un suivi médical est proposé et recommandé. *"Il existe deux niveaux de la surveillance médicale de la grossesse - 1/ un niveau de détection de risques ciblés et de repérage de pathologies intercurrentes ou liées à la grossesse : c'est la surveillance de la grossesse dite «normale» ; - 2/ un niveau de prise en charge de la grossesse pathologique : c'est la prise en charge médicale d'une maladie gestationnelle ou d'une femme enceinte*

³⁴⁴ p 8 Blondel 98

malade. Cette médicalisation tend à devenir universelle, en dépit de ce besoin paradoxal d'un enfant indemne (et non pas nécessairement parfait comme certains se plaisent à le faire croire) issu d'une grossesse aux risques maîtrisés tout en échappant à une médicalisation souvent vécue comme excessive. Sans doute la prise en charge, post-technologique, des grossesses sera-t-elle simplement une surveillance dénuée de toute médicalisation inutile et aux objectifs clairement exposés et partagés : c'est-à-dire la nécessité d'une information réelle des futurs parents, d'une transparence sans faille des professionnels et de l'élaboration de plans de soins" ³⁴⁵[Pennehouat 98].

Dans la réalité actuelle, les soins sont ainsi dispensés par de multiples intervenants qui n'ont pas forcément les mêmes connaissances, les mêmes réflexions, les mêmes discours, les mêmes pratiques et les personnes sont l'objet de ces soins plutôt que d'en être les sujets. D'autre part la difficulté de communication, d'échanges, existe réellement dans les relations entre les différents intervenants, d'autant plus s'ils ne partagent pas le même point de vue. Différents dans leurs métiers, les professionnels le sont aussi dans leur personne, leurs croyances, leurs langages et leurs organisations. Et *"il importe que tous les acteurs impliqués de la sorte soient protégés du risque de voir surgir et proliférer entre eux incompréhensions, dénigrement, délaissements, carences et violences. Au minimum, l'objectif commun devrait consister à savoir accueillir un enfant sans se substituer à ses parents, sans contourner leurs droits et leurs devoirs, à son sujet. Et réussir à prendre soin de lui et à le soigner, certes en cherchant à lui faire du bien, mais sans l'exposer pour cela à la possibilité de lui faire du mal. Cela suppose, pour commencer, que l'organisation et le fonctionnement des services et des institutions soient constamment adaptés aux besoins réels des enfants, et qu'ils visent à relayer et prolonger l'action des parents plutôt qu'à exclure ceux-ci – ou à l'inverse, à les inclure – d'autorité. Cela suppose ensuite que les professionnels soient encouragés et mieux entraînés à mieux reconnaître, pour mieux les assumer, les enjeux relationnels complexes mobilisés par les projets construits pour et avec les enfants et leurs parents. Cela suppose au total que les uns et les autres soient associés à la démarche de recherche et d'évaluation permanentes, qui consiste à définir, promouvoir, faire adopter et appliquer des principes et des pratiques répondant à une véritable obligation éthique contemporaine : accueillir et soigner les enfants non seulement sans les maltraiter, mais plus encore avec un projet délibéré de «bientraitance»"* ³⁴⁶[Gabel 98].

Il paraît évident que la première mission de tous les professionnels de santé autour de la maternité est la «bientraitance». *"Suivons le cours de la grossesse. Laissons de côté l'angoisse, l'ambivalence, le malheur attachés parfois à l'histoire même du couple... Générant à n'en pas douter de la souffrance... Celle-là n'est pas sans menacer la qualité du tissu relationnel qui se met en place avec leur petit. De telles conditions se traduisent souvent par des manifestations somatiques diverses et doivent être entendues et surtout comprises par le soignant responsable. Certaines réponses médicales à ces souffrances peuvent être inadaptées, aggravant l'angoisse ou la fixant par le jeu d'un harcèlement investigateur en définitive «maltraitant»... On surveille une hypertension artérielle parce qu'elle menace la santé d'une femme, on ne surveille pas une relation affective ! C'est d'écoute, d'attention, de sérénité si possible, de confiance toujours qu'ont besoin les parents. Toute maltraitance a pour origine la défiance, autrement dit la peur. Transformer une grossesse en une circonstance potentiellement marquée par les risques du malheur pour la vie de la mère ou celle de son futur enfant, c'est mettre en garde la femme contre elle-même et son petit. C'est la*

³⁴⁵ p 295 Pennehouat 98

³⁴⁶ p 21 Gabel 98

disqualifier"³⁴⁷[Cesbron 01].

Ensuite lors des naissances et après, les séparations opérées par les professionnels entre le bébé et sa mère, pour l'aspirer, le laver, le réchauffer par un séjour en couveuse et pour d'autres raisons toujours justifiées pour le bien de l'enfant sont encore fréquentes dans de nombreux lieux. Mais ont-elles du sens ? Depuis longtemps déjà les professionnels savent que *"ces séparations créées, de bonne foi, par la logique interne du système médical, ne sont pas sans conséquences, parfois importantes"*³⁴⁸[Herbinet 78]. La perspective des maternités concentrant des milliers de naissances ne va certainement pas favoriser les conditions de l'accouchement, de la naissance et de la période qui s'ensuit. Les politiques en ont sans doute plus ou moins conscience. Pourtant, *"il faut souhaiter que nos sociétés investissent de façon majeure dans le soutien de tous les professionnels, de quelque discipline qu'ils soient, qui œuvrent dans le milieu de la périnatalité. C'est l'avenir des générations futures qui se joue autour de la naissance de chaque enfant"*³⁴⁹[Gauthier 99].

Cependant, les résistances aux changements sont ancrées profondément dans la tradition. *"Le fonctionnement «moyen» des services hospitaliers français accompagnant la naissance n'a que très peu évolué depuis une trentaine d'années. Et cette immobilité est sélective. Certaines connaissances nouvelles sont rapidement intégrées, surtout celles qui touchent à la pathologie ou à la réanimation. En revanche, dans d'autres domaines : ceux qui touchent aux pratiques d'accueil des bébés et de leurs mères, à la physiologie de l'adaptation néonatale, les innovations sont lentes, mal supportées par les équipes, mal mises en place et peu durables, les pratiques traditionnelles revenant en force au moindre heurt, à la moindre difficulté. Tout se passe comme si de vigoureux freins à certains changements étaient à l'œuvre dans les structures de soins... Ces freins..., ils marquent parfois lourdement les premiers temps d'accueil de jeunes parents à l'arrivée de leur bébé. Ils sont souvent porteurs d'angoisse et de sentiments d'incompétence pour les parents ; ils contribuent à entretenir une idée fautive de ce qu'est un nouveau-né et de ce dont il est capable ; ils sont des points d'ancrage culturel très forts. Lieux de soins, de «science», de sécurité maximale comme on voudrait le croire, nos services sont aussi lieux de «tradition», de transmission de traditions"*³⁵⁰[Thirion 99].

Ainsi, sans s'en rendre compte, les professionnels induisent de nombreuses ruptures dans ce qui s'établit entre l'enfant, sa mère et le père au lieu d'accompagner ce qui se noue. En maternité *"où il est pourtant bien portant, - l'enfant - est rarement considéré comme un individu et dissocié de sa mère. Pour les soignants, il est surtout objet de soins. Les risques de stress sont donc multiples, tant physiques qu'affectifs, sous prétexte de sécurité, d'organisation voire simplement par méconnaissance ou négligence"*³⁵¹[Vial-Courmont 98]. Les gestes simples quotidiens mais intrusifs, les paroles porteuses de violence inconsciente et insoupçonnée vis-à-vis des enfants et des mères aussi, rendent la relation complexe, surtout quand cela remet en cause chaque professionnel. Il y a tant de défense et de résistance de la part des soignants, (y compris chez les sages-femmes et les médecins), qui sont persuadés de tout savoir. Pourtant il suffit de peu pour que des changements surviennent dans l'univers du bébé dès sa naissance.

Cependant *"l'amélioration du système de santé est un processus lent qui ne peut venir que de*

³⁴⁷ p 343 Cesbron 01

³⁴⁸ p 18 Herbinet 78

³⁴⁹ p 60 Gauthier 99

³⁵⁰ pp 97-98 Thirion 99

³⁵¹ p 179 Vial-Courmont 98

l'intérieur : ce sont les structures et le comportement des acteurs qui doivent changer" ³⁵²[De Brouwere 98]. Dans une analyse historique de la décroissance des ratios de la mortalité maternelle des pays occidentaux, les auteurs comparent l'évolution de plusieurs pays comme la Suède, l'Angleterre, les Etats-Unis. Ils montrent que cette décroissance résulte notamment dans un premier temps *"du développement de techniques efficaces (par exemple l'asepsie pour la prévention des infections puerpérales, culturellement maîtrisées par ceux (celles) qui les utilisaient et progressivement accessibles à la majorité de la population. Comme nous le verrons plus loin, il y a eu, dans la plupart des pays occidentaux, une amélioration et une extension de la formation des sages-femmes et des praticiens (techniques d'asepsie, sondage vésical, utilisation de forceps) de façon à offrir à une part grandissante des femmes une assistance de bonne qualité à l'accouchement. Ce qui différencie alors les pays du Nord de l'Europe (Danemark, Suède, Pays-Bas, Norvège) des autres et particulièrement les Etats-Unis, c'est la faible proportion d'accouchements instrumentaux et la grande proportion d'accouchements réalisés par des sages-femmes très bien formées. De la prise de conscience de l'ampleur du problème (la mortalité maternelle, dans ce cas), grâce aux statistiques vitales disponibles dès le XIX^{ème} siècle, et de la prise de conscience que la plus grande part de cette mortalité pouvait être évitable"* ³⁵³[De Brouwere 98]. Dans un deuxième temps, *"la diminution des ratios de mortalité, survenue après le plateau de 1900 à 1937, est la conséquence de l'amélioration des techniques (antibiotiques, césariennes, transfusions) dans un contexte où elles sont maîtrisées et disponibles pour la toute grande majorité de la population maternelle, qu'elle accouche en milieu hospitalier ou à domicile"* ³⁵⁴[De Brouwere 98].

Ce qui apparaît c'est l'importance de la professionnalisation des soins obstétricaux, la connaissance du problème et une volonté politique de rendre les soins obstétricaux professionnels accessibles. *"Les obstétriciens américains pensaient qu'il serait possible de diminuer ces ratios si on analysait les causes des décès maternels et que l'on parvenait ainsi à montrer que les responsables de la plupart des décès étaient bien les sages-femmes et les médecins généralistes. Et l'analyse essaya en effet de déterminer si c'était l'attitude du médecin, de la sage-femme, ou de la parturiente ou même de sa famille, qui en avait été la cause. Le résultat de la première analyse des causes de décès montra que près de deux tiers de ces décès auraient pu être empêchés. Pire peut-être l'enquête révéla que 61 % des 1343 décès évitables devaient être imputés aux médecins (utilisation abusive d'anesthésiques généraux, accouchements instrumentaux injustifiés et particulièrement les césariennes etc.) le comportement des parturientes n'était tenu pour responsable que de 37 % des décès et les sages-femmes de 2 %"* ³⁵⁵[De Brouwere 98].

Actuellement en France la surveillance de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et des suites est surtout le privilège des spécialistes de la pathologie obstétricale, même quand la grossesse est normale. Face aux difficultés actuelles les point de vue s'échangent, s'affrontent souvent et la place de chacun semble se préciser avec difficultés.

2.3.3.1 Les médecins

Ainsi, les différents professionnels qui prennent en charge les femmes lors de leur maternité actuellement sont essentiellement les médecins.

³⁵² p 1 De Brouwere 98

³⁵³ p 12 De Brouwere 98

³⁵⁴ p 13 De Brouwere 98

³⁵⁵ p 25 De Brouwere 98

Or est médecin «toute personne habilitée à exercer la médecine après obtention d'un diplôme sanctionnant une période déterminée d'études» [Robert 84]. Cette définition très vague ne permet pas de préciser leur mission spécifique. Dans le dictionnaire de médecine, le médecin est «(lat. medicare : soigner), une personne qui ayant été régulièrement admise dans une école de médecine dûment reconnue dans le pays où elle se trouve, a suivi avec succès le programme prescrit d'études de médecine et a acquis les qualifications grâce auxquelles elle a qualité pour être légalement autorisée à exercer la médecine (prévention, diagnostic, traitement, réadaptation) selon son propre jugement, afin de promouvoir la santé de la collectivité et de l'individu (OMS, 1972)» [Médecine 01].

Les gynécologues médicaux

Il n'existe pas de définition de la profession de gynécologue dans le dictionnaire de médecine. Seule la spécialité de gynécologie y est définie. Celle-ci correspond à «l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie des organes génitaux de la femme» [Médecine 01].

Les gynécologues médicaux sont pour certains enclins à effectuer ce suivi de la grossesse surtout quand les femmes qu'ils connaissent leur en font la demande. Mais elles (ce sont souvent des femmes) sont peu nombreuses à le faire.

Les médecins généralistes

Le médecin généraliste ou omnipraticien est celui «qui se consacre au traitement de l'ensemble de la pathologie humaine sans s'attacher à une spécialité particulière» [Médecine 01].

De façon moins fréquente aujourd'hui, les médecins généralistes surtout en milieu rural mais également en milieu urbain, prennent volontiers la responsabilité du suivi de la grossesse des patientes qui les consultent par ailleurs et avec lesquelles ils ont établi une relation de confiance. Cependant ils doivent adresser les femmes enceintes vers six mois aux équipes qui vont pratiquer l'accouchement. Ils interviennent peu dans les suites de couches, lors du retour à domicile. Ils sont souvent peu au courant de l'évolution de l'accouchement et de la naissance. Ils sont consultés le plus fréquemment, en cas d'urgence pour des pathologies intercurrentes, en cours de grossesse ou dans les suites de couches.

Sollicités par les femmes pour le diagnostic de leurs grossesses, les médecins généralistes (surtout s'ils sont des femmes), assistent pourtant à un retour vers eux, des femmes enceintes. Cependant les *"plus anciens d'entre eux se désolent d'avoir perdu leur savoir-faire de suivi des femmes enceintes après plusieurs décennies de «dogme» du suivi de la grossesse à l'hôpital, et les plus jeunes sont affolés par leur absence de formation dans le domaine. Les médecins généralistes français, au sortir de la Faculté, ne savent rien sur le suivi des femmes enceintes"* ³⁵⁶[Lalande 03].

Actuellement face à la réalité et à la perspective de la diminution du nombre des spécialistes, les médecins généralistes revendiquent le suivi de la grossesse. Cette place du médecin généraliste est à leurs yeux essentielle, pour diverses raisons. *"Le généraliste connaît la femme, ses antécédents et son histoire ; il reverra la femme et son bébé après la naissance ; il est le médecin de première ligne et sa consultation est bien plus accessible que celle du*

³⁵⁶ p 2 Lalande 03

spécialiste... Une grossesse normale nécessite peu de gestes techniques, mais une écoute importante, une certaine disponibilité pour les angoisses urgentes et une grande rigueur dans la prescription et le suivi des examens complémentaires ; le retour au domicile est de plus en plus précoce et les patientes de plus en plus isolées et fragilisées or les généralistes peuvent se déplacer au domicile ; le généraliste «sait passer la main» lorsqu'il atteint la limite de sa compétence... la situation idéale est pour nous, celle où le généraliste par le biais de la formation continue, fait partie d'un réseau centré sur la maternité de son choix. Il en connaît les protocoles et les spécificités et peut se voir reconnaître une compétence, de «généraliste à formation obstétricale». La relation de confiance qu'il a nouée avec sa maternité de référence lui permet de vérifier, chaque fois qu'une situation de doute se présente, s'il peut rester l'interlocuteur privilégié de la femme ou s'il doit la renvoyer vers l'institution. Dans ce réseau «ville-hôpital», l'hôpital organise la formation continue du généraliste dans ce domaine. Le généraliste assure les consultations des six premiers mois..."³⁵⁷[Hatem 02]. Cependant s'ils s'engagent dans ce suivi de la maternité des femmes, les médecins généralistes souffrent aussi des difficultés de communication avec les institutions et avec les autres professionnels. "Toutes ces étapes du suivi du développement d'une famille autour de la grossesse et de l'accouchement relèvent des domaines de la médecine générale, mais elles sont compliquées par la difficulté du passage de l'information entre les différents intervenants (hôpitaux, PMI, obstétriciens, sages-femmes, pédiatres...) et l'absence de relais organisé. Le développement des réseaux ville-hôpital pour le suivi de la grossesse et la prise en charge coordonnée, des femmes enceintes et des nouveaux-nés, devraient permettre de développer cette communication et redonner son rôle au médecin de famille. Il faut mettre à la disposition des médecins volontaires des outils de formation et de communication, comme le carnet de santé de la femme enceinte ou le dossier commun ville-hôpital, des réunions de concertation rémunérées pour les médecins et les sages-femmes libéraux, des moyens de formation continue (séminaires et soirées, courrier scientifique, sites internet...) et favoriser les échanges entre les différents intervenants, dans le respect du choix du lieu de soins et du secret médical pour les usagers"³⁵⁸[Lalande 03].

Les gynécologues-obstétriciens

Dans le dictionnaire de médecine, il ne figure pas non plus de définition de la profession de gynécologue-obstétricien. L'obstétrique (lat. obstetrix : sage-femme) est «la branche de la gynécologie se rapportant à l'étude de la grossesse et de la parturition, normale et pathologique» [Médecine 01].

En ce qui concerne le suivi de la maternité, jusque l'accouchement et dans les suites de couches, ce sont en premier lieu et paradoxalement ces spécialistes de la pathologie obstétricale qui se sont appropriés ce rôle.

Dans le débat actuel concernant le suivi des grossesses à «bas risque» leurs avis sont très partagés. Certains gynécologues-obstétriciens pensent que la surveillance de ces grossesses peut-être confiée aux médecins généralistes et aux sage-femmes. D'autres au contraire estiment qu'ils doivent garder le contact avec la normalité et que cette surveillance est un travail d'équipe impliquant à la fois les médecins (obstétriciens et généralistes) et les sages-femmes [Blondel 98].

Le S.Y.N.G.O.F. (Syndicat des gynécologues-obstétriciens français) a fait réaliser récemment

³⁵⁷ p 375 Hatem 02

³⁵⁸ pp 4-5 Lalande 03

une étude où il apparaît que trois femmes sur quatre souhaitent être accouchées par celui qui a suivi la grossesse et que par ailleurs deux femmes sur trois souhaitent être accouchées par un gynécologue-obstétricien, surtout si elles ont choisi une maternité privée [Rivoallan 03]. Sur ce dernier point, il est inévitable de s'interroger puisque actuellement il n'y a quasiment pas d'alternatives, ni d'autres types de suivi médical reconnu. Les sages-femmes libérales le proposent pourtant. Par ailleurs les sages-femmes hospitalières dans le secteur public ne peuvent publier les résultats de leur pratique indépendamment de celles des médecins.

Les gynécologues-obstétriciens s'intéressent dans leurs multiples fonctions, outre aux pathologies obstétricales, à la femme enceinte dont la grossesse est normale, à la parturiente qui accouche naturellement et à celle-ci après la naissance (le temps où elle se trouve dans l'institution où elle séjourne et où le spécialiste exerce). L'enfant même si il est en bonne santé est adressé ensuite dès sa naissance aux pédiatres qui ont une formation spécifique en pathologie néonatale et pédiatrique. Les discours et les pratiques de ces médecins nécessitent d'être en grande cohérence entre eux.

La position de ces professionnels est différente selon qu'il s'agit du secteur privé ou public. Les propositions récentes des gynécologues-obstétriciens libéraux devant les nombreuses questions actuelles se résument ainsi : *"Pour améliorer les performances, par contre, il serait nécessaire d'utiliser au mieux les compétences existantes et surtout, de ne laisser aucune d'entre elles inemployée. Pour cela il faut envisager des coopérations très étroites entre les deux secteurs (public et privé) avec la possibilité pour les uns et les autres d'avoir une activité dans chacun d'eux. Les obstétriciens libéraux pourraient ainsi continuer à s'occuper de leurs patientes présentant une grossesse pathologique, en participant d'une certaine manière au service public... D'autre part étendre le suivi des grossesses physiologiques aux sages-femmes et à des médecins généralistes formés à cela apparaît tout à fait concevable et même souhaitable à condition bien-entendu, que cela se situe dans le cadre d'un réseau périnatal auquel adhèrent ces différents professionnels. Ce réseau étant garant de la qualité des démarches entreprises. Dans ce même cadre, il est absolument nécessaire de donner la possibilité statutaire aux sages-femmes des cliniques privées d'effectuer des accouchements normaux.*

*En effet, il n'y a actuellement plus de sages-femmes libérales ayant des contrats avec des cliniques pour effectuer leurs propres accouchements et par ailleurs les sages-femmes salariées des cliniques ne peuvent pas statutairement effectuer d'accouchements comme leurs collègues du secteur public. Ceci entraînant un certain sentiment de frustration et d'inaboutissement. Les sages-femmes du secteur privé ont les mêmes tâches et les mêmes responsabilités que les sages-femmes du public dans la surveillance des grossesses hospitalisées, la surveillance et la direction du travail, sous la surveillance d'un obstétricien, mais elles doivent impérativement appeler celui-ci pour l'expulsion, même en cas d'accouchement normal. Ceci n'a aucune justification médicale et, autoriser aux sages-femmes des cliniques privées l'acte d'accouchement, ne pourrait avoir que des avantages"*³⁵⁹[Rivoallan 03]. Cette possibilité donnée aux sages-femmes d'un rôle qui va de soi pour elles, dépend, dans l'esprit des médecins, de la responsabilité de ceux-ci. Par ailleurs ils demandent à être rémunérés pour cette fonction.

Or spécialistes, *"professionnels de la pathologie comme tout médecin, notre culture, notre fonction et l'histoire de notre spécialité, sont très fortement marquées par la prise en charge des grandes dystocies, faites des plus grandes violences et de leur réponse instrumentale le*

³⁵⁹ pp 3-4 Rivoallan 03

plus souvent également d'une extrême agressivité. Notre formation n'était pas jusque-là celle de l'accompagnement de la grossesse mais de la détection et du traitement de ces pathologies..."³⁶⁰[Cesbron 02]. Si pour ce gynécologue-obstétricien du secteur public, il existe une difficile et douloureuse complémentarité entre les obstétriciens et les sages-femmes, celle-ci doit pourtant se faire. Elle est nécessaire, dans l'intérêt des femmes et des enfants. Mais le point de vue de cet obstétricien définissant ainsi son rôle et sa place est loin d'être partagé.

Pourtant "le rôle de l'équipe obstétricale est d'offrir un cadre contenant à la femme qui accouche. Dans nos maternités modernes, c'est l'activité des sages-femmes. La thématique du lien identificatoire maternel se retrouve à ce stade ultime du processus procréateur. S'abandonner au cours de l'accouchement à une certaine animalité et à la confiance indispensable pour les assistantes qui aident (les sages-femmes), témoigne d'une identification positive à l'imgo maternelle d'origine"³⁶¹[Bydlowski 99].

2.3.3.2 Les sages-femmes

Est «sage-femme ou accoucheuse, celle dont le métier est d'accoucher les femmes» [Robert 84]. Cette définition restrictive se centre sur un acte qui, par ailleurs avant tout, demeure celui des femmes. L'ambiguïté vient du terme lui-même puisque «Accoucher vient de se coucher (fin du XII^{ème} siècle). L'expression «accoucher de» signifie «donner naissance à un enfant, aider une femme à mettre au monde et aussi créer, produire» [Robert 84].

La sage-femme est une «femme dont la profession est de soigner les femmes pendant leur grossesse, leur accouchement, et leurs suites de couches.

Les conditions d'exercice de cette profession sont réglementées par le Code de la Santé publique, sous la juridiction du Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Ces dernières exercent donc en France une profession médicale (et non paramédicale) à laquelle elles tiennent beaucoup, mais qui comporte les obligations et les responsabilités correspondantes. En vertu du principe actuel de l'égalité des sexes, les hommes peuvent entrer dans ce cadre professionnel» [Médecine 01].

Le nom de celle qui accompagne les femmes lors de la mise au monde d'un enfant a ainsi beaucoup changé. Appelée *accoucheuse* en Gaule, elle partage avec les druides et les druidesses des fonctions religieuses ; *matrone* puis *médica* dans le Haut Moyen-Âge, elle est protectrice du village et dispensatrice de vie ; au XI^{ème} et XII^{ème} siècles apparaît l'expression de *ventrière*, puis les termes *saige*, *saive* puis *sage* qui signifie savante du latin *sapere* traduisant intelligence, jugement, bon sens, prudence, science, savoir en général. Aujourd'hui c'est sous l'appellation de sage-femme que celle-ci exerce son art. Malgré la venue des hommes dans cette profession, cette appellation reste le nom de celle qui est présente auprès des femmes pendant leur maternité, lors de la mise au monde, avant et après si elle y est autorisée et reconnue, quel que soit le lieu.

La spécificité de ces professionnelles est de s'occuper de la maternité physiologique et donc de veiller médicalement sur la grossesse, l'accouchement, la naissance et les suites postnatales pour la mère et l'enfant, si tout est normal.

³⁶⁰ p 25 Cesbron 02

³⁶¹ p 80 Bydlowski 99

Le point de vue de certains médecins, insiste sur la place des sages-femmes. *"C'est sans doute en définitive à la sage-femme que revient le rôle essentiel de référent de la grossesse, accompagnatrice permanente et attentive. Elle a acquis ses compétences durant l'histoire multiculturelle de sa profession et les associe désormais à une formation théorique et pratique de haut niveau qui la rend apte à distinguer à tout moment ce qui relève ou non d'une prise en charge strictement médicalisée... Et puis le jour de la mise au monde, de la naissance, de l'accueil de ce petit par ses parents, c'est toujours elle qui accompagnera le couple dans cette étape si particulière du voyage... C'est elle qui accompagnera par sa présence, ses gestes, sa tendresse sa capacité d'écoute, de recueillement et de respect des silences, ce long travail incompatible avec celui de l'obstétricien débordé, inapte en définitive au respect du temps. Il est pourtant là prêt à intervenir à tout moment si la situation le nécessite, dans le respect permanent des rapports affectifs mis en place et qui lui permettront cette discrétion, l'effacement nécessaire lors de l'arrivée de l'enfant, laissant l'accueil à ses parents, aidés s'il le faut de la sage-femme"* ³⁶²[Cesbron 02]. Mais de tels propos sont rares et la réalité est bien différente.

En effet, les sages-femmes ont cette mission avec une autonomie relative quand elles exercent en milieu institutionnel public (le médecin étant toujours facilement sollicité et également responsable) ; dans les institutions privées, les sages-femmes sont fréquemment les collaboratrices ou plutôt les auxiliaires des médecins et ne pratiquent pas l'accouchement sous leur propre responsabilité. Elles occupent la place d'infirmières spécialisées surtout en suites de couches pour les pathologies diverses. Les sages-femmes sont actuellement très rares à prendre l'entière responsabilité du début à la fin (en pré-natal, per-natal et post-natal) si elles exercent en libéral bien que cela soit entièrement de leur compétence. Elles sont reléguées paradoxalement, le plus souvent à la surveillance des grossesses pathologiques. Par ailleurs, par facilité, elles se sont elles-mêmes cantonnées à la préparation à l'accouchement et à la rééducation postnatale.

Une histoire de «bonne femme»

Ainsi, l'histoire des sages-femmes traverse les siècles aux côtés de celle des femmes, et par ailleurs elle est indissociable de celle de la médecine, comme l'écrit J. Gélis «la matrone n'est pas seulement accoucheuse mais aussi mémoire de la communauté...» [Gélis 84]. Dans cette histoire, la place et la pratique des accouchements par des matrones et des sages-femmes connaissent des évolutions. Pour J. Gélis, il s'agit en effet d'abord d'établir les responsabilités dans les soins entourant l'enfant et *"les matrones et les nourrices sont aux yeux des médecins les accusées d'un procès que l'on ne cesse d'instruire"* ³⁶³[Gélis 78].

Dans son mémoire de sociologie «sage-femme : art, savoir faire ou profession» [Lothon 93], l'auteur interroge cette évolution des pratiques à travers le monde. Mais c'est bel et bien *"l'histoire d'une exclusion"* ³⁶⁴[Birman 03] qu'il s'agit de conter. Comme les femmes, les sages-femmes ont fait l'objet d'oppression et comme elles encore, elles sont soumises actuellement aux mêmes maltraitements institutionnelles.

En effet, depuis l'aube des temps, qualifiées curieusement de marâtres par certains, ce sont les matrones, souvent seules, qui sont présentes pour aider à surmonter les difficultés de l'enfantement. Devant une compagne qui souffre ou risque sa vie et qu'il faut délivrer coûte

³⁶² p 25 Cesbron 02

³⁶³ p 210 Gélis 78

³⁶⁴ p 45 Birman 03

que coûte, elles utilisent toutes les recettes et autres secrets de «bonne femme». Pendant longtemps, *"l'entraide a constitué le seul recours des femmes ; la voisine accouche la voisine et la mère sa fille. Un tour de main particulier, une certaine aisance, de la douceur et quelques couches heureuses assurent la réputation de l'une d'elles"* ³⁶⁵[Gélis 78]. Mais peu à peu, ces matrones sont suspectées de magie ou de sorcellerie. Elles font l'objet d'une chasse aux sorcières que le célèbre texte du «Malleus maleficarum» écrit au XVI^{ème} siècle, relate. Elles sont alors déclarées ignorantes ou trop entreprenantes. Ce sont les accoucheurs qui vont, de fait, dénoncer l'impéritie des matrones. En 1782 J.F. Icart, accoucheur, écrit un pamphlet satirique où il fait témoigner les malheureux fœtus victimes des matrones. C'est la «Requête en plainte présentée à Nos Seigneurs des Etats de Languedoc» déposée par les enfants à naître qui décrivent leur sort quotidien ³⁶⁶[Gélis 78], [Thiss 82]. Progressivement les médecins imposent alors des manières de faire, médicalement et moralement acceptables. *"La liberté d'action de la femme en couches est désormais contrôlée et toute attitude indécente qui répugne à l'humanité sévèrement condamnée"* ³⁶⁷[Gélis 78]. Ainsi, face à l'obscurantisme dénoncé des matrones, l'accoucheur représente le progrès. Le siècle des Lumières lui assurera une publicité sans réserves.

Pourtant tout au long des siècles *"de célèbres sages-femmes ont fourni au cours de leur carrière des renseignements scientifiques précieux. Citons parmi d'autres, Trotula (à Salerne), auteur au début du XI^{ème} siècle d'un ouvrage sur les maladies des femmes avant et après l'accouchement, Louise Bourgeois, qui accoucha Marie de Médicis en 1601, Angélique Boursier du Coudray (1712-1789) qui ouvrit une école de sages-femmes à Paris et traversa la France entière avec son mannequin pour améliorer les pratiques de ses consœurs... C'est à cette époque qu'apparaissent les premiers cours d'accouchement pour former des sages-femmes compétentes tout en restant subordonnées aux hommes de l'art. Plus de 10 000 à 12 000 sages-femmes sont ainsi formées à l'obstétrique, grâce à la méthode du Coudray (mise au point en 1759 par cette maîtresse sage-femme breveté par le roi). Marie-Louise la Chapelle, auteur d'un traité de onze tomes, «La pratique des accouchements», assura la formation des sages-femmes à Port-Royal avec Jean-Louis Baudelocque, qui avait la charge des cours théoriques (1794), et Mme Boivin, auteur en 1818 sous un pseudonyme masculin d'un ouvrage salué comme brillant par la Société de médecine de Paris sur les hémorragies de l'utérus... Cependant les femmes ont à cette époque l'interdiction de pratiquer la chirurgie.*

Des ordonnances et des arrêtés sont élaborés dans le but de contrôler plus étroitement les femmes qui s'occupent des mères et surtout des nouveaux-nés, des nourrissons. *Pourtant, contrairement aux femmes médecins qui parvinrent à force d'acharnement à conquérir les facultés au cours du XIX^{ème} siècle, les sages-femmes ne sont pas parvenues à prendre en main le destin de l'obstétrique"* ³⁶⁸[Birman 03], [Dall'Ava-Santucci 89]. Par ailleurs, l'histoire écrite, retient des noms et d'autres pas. Si J.L. Baudelocque figure dans le Robert des noms propres, celui de M.L. la Chapelle est oublié. Curieuse histoire que celle qui nie «la moitié du ciel».

Néanmoins *"le XIX^{ème} siècle fut une période plutôt favorable aux sages-femmes. Malgré la confiscation par les hommes de l'enseignement obstétrical, la pratique des accouchements reste leur domaine ; elles bénéficient des efforts des pouvoirs publics pour prêter assistance aux parturientes et de la pudeur féminine ; leur nombre augmente tout au long du siècle. La création du corps des médecins accoucheurs en 1882 marque le début de leur déclin. La crise*

³⁶⁵ p 78 Gélis 78

³⁶⁶ p 86 Gélis 78

³⁶⁷ p 84 Gélis 78

³⁶⁸ p 53 Birman 03

se poursuit est s'accentue pendant l'entre-deux-guerres.

Les conditions d'exercice et les limites de la profession inscrites dans la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la Médecine. Le diplôme s'obtient par un examen après deux ans d'école, où la candidate est entrée, âgée de 19 ans au moins, munie d'un certificat de bonnes vie et mœurs, d'un extrait de casier judiciaire, d'une autorisation paternelle ou maritale, du brevet élémentaire ou du certificat d'études secondaires (à défaut, elle passe l'examen d'entrée)... La loi du 5 août 1916 unifie les diplômes et supprime la distinction entre sage-femme de 1^{ière} classe pouvant exercer dans toute la France et sage-femme de seconde classe.

L'enseignement dispensé dans les écoles a pour but, selon la sage-femme en chef de la Maternité de Paris, de développer «le sens clinique pour le dépistage des états pathologiques de la femme enceinte et du nourrisson ainsi que celui des maladies sociales», d'apprendre l'obstétrique et la puériculture ainsi que les obligations légales (secret professionnel, déclaration de naissance, tenue d'une maison d'accouchement et déclaration des maladies contagieuses).

Il s'appuie sur des cours et des travaux pratiques : surveillance des femmes en état de gestation, art des accouchements normaux, soins de suites de couches, surveillance et soins du nourrisson depuis sa naissance jusqu'au sevrage ; «pour les cas d'urgence sont enseignées certaines interventions strictement manuelles» (version par manœuvres externes ou internes, extraction d'un enfant par le siège, délivrance artificielle, injection utérine, saignée avec une lancette et vaccination antivariolique). «Par tolérance» les élèves sages-femmes sont initiées à la suture des déchirures limitées à la commissure postérieure de la vulve. En effet, la loi de 1892 interdit aux sages-femmes d'utiliser des instruments et de prescrire des médicaments. Cantonnées dans la pratique des accouchements normaux, elles doivent dès que des complications se présentent, appeler un médecin. Toutefois, cette loi qui n'est pas toujours ni précise, ni claire, souffre quelques exceptions et donne lieu à des interprétations différentes sur la compétence des sages-femmes.

Si le diplôme est unique, la profession n'est pas du tout homogène ; modalités diverses du métier, division dans l'organisation professionnelle ³⁶⁹[Thébaud 86].

Si aujourd'hui les sages-femmes ont des droits de prescription et peuvent utiliser certains instruments, leur compétence est limitée et définie légalement. D'autre part l'ensemble de cette profession présente des facettes multiples qui rend leur organisation difficile, du fait même de cette diversité.

Dans son mémoire de l'Ecole de cadre des sages-femmes, J. Costa est en quête de l'identité de la sage-femme. Après une recherche dans les études sociologiques sur la professionnalisation, elle précise que cette dernière est un processus qui prend ses racines au Moyen-Âge. Le travail est considéré comme un art avant le XIII^{ème} siècle et l'apparition des universités. Il s'appuie sur le corporatisme. Puis apparaissent ensuite une scission entre les arts libéraux (les professions) et les arts mécaniques (les métiers). La différence est que les premières sont enseignées dans les universités et leurs productions relèvent plus de l'esprit alors que pour les seconds, elles relèvent plus du travail des mains. Ainsi, *"une profession émerge quand un nombre défini de personnes, commence à pratiquer une technique fondée sur une formation spécialisée. Cette formation doit aboutir à une double compétence : la première basée sur un savoir théorique et la seconde sur une pratique acquise au cours d'une relation bienveillante entre un professionnel et son client, relation empathique pour le client et son attente inconditionnelle... Enfin une profession travaillant au service d'une partie de la population, elle se doit d'assurer toujours le meilleur service ou «idéal de service». Le professionnel se*

³⁶⁹ pp163-164 Thébaud 86

voit ainsi imputé d'une exigence de qualité de service qui, si cela s'avère nécessaire passe par l'acquisition de nouvelles compétences et donc de nouvelles formations. «Le type idéal de professionnel» est soumis à un certain nombre d'obligations : tout d'abord suivre une formation initiale, théorique et pratique quand nécessaire. Puis il se doit d'exercer sa profession avec un souci constant de qualité quand les services rendus, usant de pleinement de son champ de compétences et ce jusqu'aux limites fixées par des structures qui veillent au respect des règles. Enfin, soucieux de maintenir son appartenance à un groupe et à sa philosophie, il est tenu d'aller au-devant des attentes de la population au profit de laquelle il exerce et ainsi se forme pour acquérir de nouvelles compétences sous peine de voir remise en cause son autorité, sa légitimité...". D'autre part, elle poursuit en s'appuyant encore sur les sociologues anglo-saxons "qu'une profession aboutit à la création d'une communauté de membres partageant une identité et des intérêts spécifiques et que le fait d'intégrer une profession confère à l'individu, une position sociale qu'il situe au niveau des fractions supérieures des couches moyennes par les revenus prestige et pouvoir. Sans la totalité de ces critères, l'auteur conclut en disant que l'on aurait affaire qu'à des «semi-professions» ou des «pseudo-professions» ou des «quasi professions » voire au mieux des structures «en cours de professionnalisation». Alors "obtenir notre autonomie au niveau des structures qui veillent au respect des prérogatives des professionnels et au respect par ceux-ci des règles de la profession, créer notre propre savoir, redéfinir la philosophie de notre communauté réelle et avoir le mandat d'initier et de former nos membres, achèvera de faire de notre art une profession" ³⁷⁰[Costa 93].

D'autre part, M. Mead citant Moline précise que le «professionnel est plus que quelqu'un qui fait un métier : il ne fait pas il est». Et plus loin elle note que "pour qu'une profession existe, il faut d'abord qu'il y ait un besoin particulier identifié par la société, ensuite que la société accorde à un groupe particulier d'individus - hommes et femmes - préparés à subvenir à ce besoin, un statut particulier". Et elle conclut ainsi "il n'en demeure cependant que la pratique de l'obstétricien, est différente de celle de la sage-femme et que les sages-femmes devront donc inévitablement investir temps, ressources et efforts pour arriver à augmenter l'ensemble des connaissances sur lesquelles elles basent leurs pratiques. Une pratique solidement fondée sur des principes de recherche, pourra plus facilement être justifiée. Cette information permettra aussi aux sages-femmes de pouvoir défendre ces points de vue parfois en conflit avec un avis médical" ³⁷¹[Mead 93].

La loi définit la profession de sage-femme

La définition de la sage-femme adoptée en 1972 par la Confédération Internationale des Sages-femmes et par la Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens (F.I.G.O.) précise qu'une «sage-femme doit être en mesure de donner la supervision nécessaire, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors de l'accouchement sous sa propre responsabilité et de prodiguer des soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage de conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les femmes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre sur certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. Elle peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou à tout autre endroit».

³⁷⁰ pp 24-26-117 Costa 93

³⁷¹ pp 12-14 Mead 93

D'autre part la loi française reconnaît la compétence médicale de la sage-femme dans le code de la Santé Publique. Ainsi la loi n° 82-413 du 19 mai 1982 définit la capacité professionnelle et le droit de prescription des sages-femmes.

L'article 7 de la loi susvisée remplace l'article L. 374 du Code de la santé publique par les dispositions suivantes :

«L'exercice de la profession de sage-femme, comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.369, L. 370 et L. 371 du présent code et suivant les modalités fixées par le Code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 366».

L'article 5 modifie l'article L. 369 et précise :

«Les sages-femmes ne peuvent employer que les instruments dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé après avis de l'Académie nationale de médecine. En cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques, elles doivent faire appeler un docteur en médecine».

Actuellement des dispositions sont à l'étude pour la réglementation concernant les droits de prescription, les instruments utilisés par les sages-femmes. Il est envisagé de supprimer les listes (de médicaments, d'exams et d'instruments) pour renvoyer à ce qui est nécessaire, à la pratique des sages-femmes dans leur champ de compétence.

En dépit de tout cela, les sages-femmes françaises assument difficilement leur mission auprès des femmes et ont de plus en plus de mal à définir leur identité. La rivalité pour des enjeux financiers et/ou de pouvoir est réelle entre les médecins et les sages-femmes. Les lieux où elles sont accueillies pour pratiquer leur art quand elles sont en exercice libéral et proposent un accompagnement global de la maternité, n'existent pas ou sont fonction du bon vouloir de chefs de service un peu influents. Leur présence n'est bien souvent que tolérée dans les institutions publiques ou privées. Dernièrement les compagnies d'assurances leur refusent toutes garanties lors des accouchements au domicile des parents. Ceci rend très difficiles les conditions réelles de ce travail passionnant. Elles sont de moins en moins connues du public, des femmes et elles sont perçues comme des infirmières spécialisées.

Sont-elles vouées à disparaître dans ce qui est l'essence même de leur profession, la physiologie de la maternité ?

2.3.3.3 Le débat actuel autour de la maternité

La crise de la périnatalité, qui semble actuellement préoccupante, ne laisse pas indifférent bon nombre de professionnels. Mais cela concerne aussi de plus en plus les parents qui essaient de faire entendre leur voix. Face à de nombreuses fermetures de petites maternités, face à la concentration de nombreuses naissances dans certains centres, face à la multiplication des ruptures envisagées dans le suivi en amont et en aval proposée par les pouvoirs publics, l'inquiétude est présente. Elle suscite de nombreux débats qui sont cependant peu écoutés et pris en compte. Pourtant des médecins (de santé publique, des obstétriciens) font des propositions.

"Les dysfonctionnements d'aujourd'hui tiennent non pas à un déficit en nombre mais à un défaut majeur de l'organisation du suivi et de l'accouchement caractérisé par une répartition aberrante des tâches entre spécialistes de la pathologie (les obstétriciens) et les sages-femmes (spécialistes de la physiologie) avec une utilisation sous optimale de leurs compétences respectives.

Si la nouvelle organisation des maternités a permis des améliorations incontestables, elle n'a pas apporté, loin s'en faut, de solutions de long terme. Pour en comprendre les raisons, il faut regarder du côté de nos voisins de l'Union Européenne. On constatera alors que l'organisation du suivi de grossesse y repose sur une conception du risque obstétrical radicalement inverse : à savoir que toute grossesse sauf antécédents particuliers, y est considérée comme a priori normale. Ces pays, qui ont dans leur majorité, de meilleurs résultats que le nôtre, ont choisi alors logiquement de confier la responsabilité du suivi des grossesses physiologiques (normales) aux sages-femmes ou parfois à des infirmières spécialisées. Ces soignantes, qui assurent ce suivi exclusivement ou avec l'appui de généralistes formés à cet effet, sont aussi responsables des lieux d'accouchements destinés aux femmes qu'elles suivent. Les spécialistes peuvent alors se concentrer sur le cœur de leur métier : c'est-à-dire l'administration de conseils aux sages-femmes et le suivi complet des grossesses à risques qui nécessitent des soins particuliers, une expertise spécialisée et un environnement spécifique pour l'accouchement. Il existe par ailleurs un excellent système de coordination des soins entre les différents professionnels et les lieux d'accouchement dont ils sont responsables. Les obstétriciens peuvent donc intervenir facilement dans le cadre de ces grossesses normales mais uniquement lorsque cela s'avère nécessaire du fait de l'évolution de la grossesse, et ce de façon organisée y compris dans les rares situations d'urgence. L'économie du dispositif réside donc dans le fait que chaque femme est prise en charge selon des modalités de suivi adaptées à son niveau de risque et par un type de soignant différent mais dont c'est la mission spécifique. La population adhère à cette forme d'organisation qui est assez bien acceptée par les obstétriciens et garantie voire défendue par l'Etat, d'où l'absence de conflits importants concernant les champs de compétences respectifs entre spécialistes et non spécialistes. La sécurité ne réside pas dans le recours systématique aux technologies situées dans les maternités mais dans la capacité de l'organisation à se montrer suffisamment flexible en fonction des situations. Et c'est bien le fait de ne pas considérer toute grossesse comme a priori à risques, qui a permis de monter ce système qui permet une excellente gestion prévisionnelle des risques tout au long du suivi, en amont comme en aval de l'accouchement, c'est-à-dire en prêtant attention aux conditions du retour à domicile. Il y a là une véritable approche de la naissance en termes de santé publique ce dernier qualificatif prenant ici tout son sens" ³⁷²[Naïditch 03].

La crise de la périnatalité française qui alerte tout le monde semble naître de l'impossible application des nouvelles règles élaborées après les décrets de 1998 et de la réduction du temps de travail des médecins avec pour corollaire le manque supposé de ces professionnels de santé. *"Mais, elle a certainement des causes plus profondes qui pourraient être une conception périmée de la surveillance des grossesses, le manque d'objectifs définissant nos missions, l'absence de toute évaluation de nos pratiques et les pesanteurs administratives et corporatistes qui figent le système. La sécurité des naissances ne se limite pas à la santé physique des mères et des enfants ; elle doit inclure les aspects psychologiques, relationnels et émotionnels de la naissance. Avant de rechercher les causes des actuelles difficultés chez les autres, politiques et administratifs, osons reconnaître nos erreurs afin d'imaginer une prochaine obstétrique pragmatique, humaine et efficace.*

Réduire la médicalisation peut découler du besoin de diminuer les dépenses médicales, du

³⁷² pp 3-5 Naiditch 03

faible nombre de gynécologues-obstétriciens disponibles, mais surtout du respect de la physiologie de l'accouchement et de la nécessité d'éviter les actes inutiles et leurs effets secondaires inattendus. De nouvelles pratiques apparaissent pour mieux adapter les soins au niveau des risques, considérant avec intérêt le rôle des sages-femmes ou des médecins généralistes.

Sages-femmes et gynécologues-obstétriciens sont donc inévitablement complémentaires pour s'occuper des grossesses : les sages-femmes doivent prendre en charge les grossesses normales et les gynécologues-obstétriciens les grossesses pathologiques. Mais, il faut que les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes travaillent en bonne collaboration, en se respectant. Au sein d'un même service, les sages-femmes doivent être pleinement responsables des grossesses normales, tout en restant auxiliaires des gynécologues-obstétriciens pour l'obstétrique pathologique. Dans ce domaine, elles apporteront aux patientes les spécificités de leur profession en matière d'accompagnement" ³⁷³[Maria 03].

De leur côté, les sages-femmes ont rédigé dernièrement un manifeste dans lequel elles proposent de «donner aux sages-femmes une autonomie complète dans leur champ de compétences : le suivi et la gestion de la maternité physiologique» [Coordination 03].

Malgré les différences et les divergences entre médecins et sages-femmes, il se dessine des envies de partager des expériences et des points de vue, pour s'entendre, se comprendre et dépasser des positions corporatistes. Les interrogations sont nombreuses face à ce défi pour construire ensemble un espace «bien traitant» autour de la naissance d'un enfant ?

Ainsi "autour du berceau de l'enfant, les propositions alternatives, contradictoires sinon antagoniques, de l'organisation de la Naissance, des rôles respectifs et non harmonieusement complémentaires de la sage-femme et du médecin, n'opposent-elles pas des conceptions assez fondamentalement différentes de l'accueil du nouveau-né, du rôle de ses parents, du long travail de mise au monde et du respect fondateur de ces moments de séparation et de rencontre, de découverte et d'émancipation ? A ces grandes questions, il apparaît aujourd'hui nécessaire d'apporter l'indispensable éclairage de l'Histoire. Sages-femmes, accoucheurs et historiens n'auraient-ils pas beaucoup à gagner à s'écouter, ce qui semble-t-il ne s'est fait jusqu'alors qu'assez exceptionnellement et souvent superficiellement. Professionnels de la Naissance, peut-on s'en tenir à une approche technique, aussi qualifiée et humaine soit-elle ? Peut-on participer, quelle que soit la modestie de notre rôle, à un événement aussi considérable, sans en connaître l'histoire des enjeux culturels et sociaux ? Aussi, et pour bien d'autres raisons, la création d'une «Société d'histoire de la naissance» jettera les bases de recherches enrichissant nos pratiques, apportant son éclairage aux grands débats souvent passionnés et parfois inaudibles autour de l'accompagnement de la grossesse et de la Naissance" ³⁷⁴[S.H.N. 02].

Récemment lors des premiers Etats Généraux de la Naissance B. Maria conclut ainsi : *"Il faut modifier nos pratiques pour n'appliquer que des soins efficaces. La médicalisation des grossesses et des accouchements est excessive, coûteuse, et parfois délétère. Les soins non justifiés témoignent d'une communication insuffisante et d'un manque de respect des patientes.*

Les rôles respectifs des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens doivent être précisés pour que ces professions soient complémentaires. Il faut laisser les sages-femmes prendre en charge les grossesses normales pour que les gynécologues-obstétriciens restent disponibles

³⁷³ pp 2-7 Maria 03

³⁷⁴ p 1 S.H.N. 02

pour l'obstétrique pathologique et la gynécologie.

Les lieux d'accouchements ne peuvent se limiter à un modèle unique de maternités. Il faut accepter les accouchements à domicile et autoriser la création de maisons et de centres de naissance. Le regroupement probable des maternités doit les amener à proposer des pratiques diversifiées, en créant, en leur sein, des centres de naissance.

La surveillance prénatale doit-être organisée et coordonnée en regroupant tous les acteurs et les maternités d'un bassin de population au sein d'un réseau prénatal. Les maternités et maisons de naissances sont des lieux techniques de court séjour qui doivent être prolongés par une prise en charge postnatale des mères et des enfants à domicile, essentiellement réalisée par des sages-femmes.

Il faut enfin insister sur les difficultés psychologiques et sociales de certaines femmes qui doivent-être particulièrement soutenues. Il faut donc créer des unités de moyen séjour postnatales mères-enfants ou parents-enfant et des unités de maternologie.

Il faut que les objectifs de la politique périnatale et de l'organisation des soins périnataux soient clairement définis, que les moyens nécessaires humains, techniques et budgétaires soient alloués et que le système périnatal, les maternités et les pratiques professionnelles soient régulièrement évalués, pour rester, performant, efficace et accueillant pour les femmes et les nouveau-nés.

Ecoute, information, réflexion et évaluation doivent nous permettre d'accompagner, au mieux, les accouchements dont nous assurons la surveillance et la sécurité. La périnatalité doit devenir une priorité de santé publique puisqu'elle permet l'arrivée au monde dans les meilleures conditions des citoyens de demain. Or, bien naître reste fondamental pour trouver sa place dans sa famille et la société"³⁷⁵[Maria 03].

Des désirs, des espoirs de communication en dépit des oppositions vont-elles enfin mettre un terme à un conflit qui s'éternise et permettre des ouvertures souhaitables dans le plus grand intérêt des femmes et des enfants ?

2.3.4 D'autres pratiques réfléchies pour accompagner la maternité

En France, la pratique de sages-femmes libérales proposant une alternative est méconnue malgré leur souhait et leur espoir de reconnaissance. S'appuyant sur leur compétence médicale assurée et entérinée par la loi, elles restent cependant marginales, en dépit d'une réelle demande de femmes enceintes en quête d'un soutien plus personnalisé. Par ailleurs ces sages-femmes ont sans doute négligé depuis les années quatre-vingt de publier les résultats de leur pratique. Les outils informatiques se sont développés ensuite. D'autre part et surtout il n'y a jamais eu de volonté politique claire et affirmée les appuyant et leur permettant de faire valoir et reconnaître leurs expériences.

Des pays voisins de la France ont pourtant et depuis très longtemps utilisé les compétences des sages-femmes, dans le champ défini de leur capacité professionnelle. C'est le cas des Pays-Bas, du Royaume-Uni, de la Suède par exemple, pour ne citer que ceux-ci. Ces pays ont une approche centrée sur la physiologie. Ils ont pensé l'organisation des soins périnataux de manière différente. D'autres conceptions des soins proposés aux femmes lors de leur maternité ont vu le jour en même temps que la reconnaissance réelle de la profession de sages-femmes dans des pays plus éloignés comme le Canada. Ces expériences semblent plutôt concluantes et

³⁷⁵ p 10 Maria 03

positives.

2.3.4.1 La place des sages-femmes en France répond-elle à leur mission ?

Malgré une qualification inégalée et reconnue en Europe, les sages-femmes françaises ont-elles vraiment la place à la mesure de leurs compétences ? *"En France, les obstétriciens sont considérés comme devant-être responsables du suivi de l'ensemble des grossesses et notamment des grossesses normales qui en représentent entre 80 et 90 %. Il s'ensuit qu'environ 40 % d'entre eux, en particulier ceux travaillant dans le secteur privé, prennent en charge des femmes qui dans les autres pays européens sont suivies et accouchées par d'autres types de soignants (le plus souvent des sages-femmes) avec de meilleurs résultats, pour un coût moindre et à la plus grande satisfaction des femmes"* ³⁷⁶[Naïditch 03].

"Les gynécologues-obstétriciens français disent volontiers, sans vérifier, que les sages-femmes françaises sont les meilleures... pour restreindre au maximum leur indépendance. Les sages-femmes existent dans presque tous les pays d'Europe, où leur indépendance professionnelle est authentique, où elles participent à la recherche clinique et où elles tiennent une place en santé publique. Au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Scandinavie, les sages-femmes assurent seules, la prise en charge des grossesses normales, dans des systèmes de soins périnataux coordonnés et communicants. A titre de comparaison, au Royaume-Uni, 33 000 sages-femmes exercent pour 679 000 naissances, soit 1 sage-femme pour 20 accouchements, en France, 15 500 sages-femmes pour 780 000 naissances, soit 1 sages-femme pour 50 accouchements" ³⁷⁷[Maria 03].

L'isolement et l'exclusion des sages-femmes libérales françaises

Depuis une vingtaine d'années, certaines femmes sont accompagnées dès le début de la grossesse jusqu'au post-partum, par une seule sage-femme. Isolées et réparties sur le territoire français, les sages-femmes libérales qui proposent un Accompagnement Global de la Naissance, depuis 1983, se sont regroupées au sein de l'Association Nationales des Sages-Femmes Libérales (A.N.S.F.L.). Cette pratique alternative repose sur plusieurs principes comme le suivi continu personnalisé par la même sage-femme pendant toute la maternité, le respect et la préservation de la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance et des suites. Le suivi prénatal comprend les consultations prénatales et les séances de préparation à la naissance de l'enfant. L'accouchement et la naissance sont également sous la responsabilité de cette sage-femme ainsi que les soins dans la période post-natale [Jeanvoine 93], [Hammani 97], [L'Hospital 99]. Les résultats font l'objet depuis 1996 d'une évaluation avec une unité de l'I.N.S.E.R.M. [Lavillonnière 97], [Cauvin 99], [Lavillonnière 00].

Ces propositions de soins différents autour de la maternité sont faites par des professionnelles qui ne sont pas dans les lieux d'accouchement institutionnels qui n'accueillent pas facilement les sages-femmes ayant ce type de pratique, si bien qu'elles restent en marge des réseaux de périnatalité. Les essais d'intégration de quelques sages-femmes libérales au plateaux techniques des maternités ou des cliniques ont abouti le plus fréquemment à des échecs. Sans doute ces sages-femmes bouleversent-elles des habitudes, et remettent-elles en cause certaines manières de faire. Pourtant elles s'appuient sur des données qui sont aujourd'hui largement

³⁷⁶ p 3 Naïditch 03

³⁷⁷ p 10 Maria 03

publiées notamment par l'O.M.S. (surveillance de la grossesse normale, accouchement physiologique, accueil du nouveau-né etc.) et dont elles se sont inspirées.

Pourtant certaines sages-femmes assument encore à la demande des couples qui les sollicitent, des accouchements à domicile mais de manière isolée et non organisée. Les pouvoirs publics considèrent certainement cette pratique comme marginale et y sont le plus fréquemment opposés. De ce fait aucune réflexion n'est conduite, aucune facilité dans l'organisation de cette alternative n'est apportée. La sécurité est laissée à l'initiative de chacun. Pourtant, l'étude sur l'accouchement à domicile dans une région de France, réalisée pour une thèse de médecine par A. Theau, suggère plusieurs pistes de réflexion. Notamment, *"la sélection médicale des femmes est indispensable comme aux Pays-Bas, en s'inspirant de la liste V.I.L. et en l'élargissant aux facteurs géographiques. Il est nécessaire d'ajouter une sélection des femmes et de leur famille en raison de la faible fréquence de ce type de naissance dans la société française... Le choix du domicile présente des risques quand il est motivé par le refus de la médicalisation ou pour des raisons financières"* ³⁷⁸[Theau 98].

Une organisation pensée, respectueuse des choix fait par les femmes, qui intègre les sages-femmes ayant des pratiques alternatives est sans doute le reflet d'une tolérance et d'une réelle démocratie, soucieuse de tous les citoyens. La reconnaissance réelle de leurs missions, de leurs compétences, de leurs responsabilités ainsi que leur autonomie est loin d'exister en France.

La nécessité de lieux acceptant d'accueillir une telle pratique d'Accompagnement Global de la Maternité ou la création de structures indépendantes comme les Maisons de Naissance est évidente.

L'intérêt des étudiantes sages-femmes françaises pour des alternatives

Dès les années 2000 des étudiantes sages-femmes en France s'intéressent à la question des Centres et des Maisons de Naissances.

Faisant la différence avec les chambres ou espaces de naissance à deux pas d'un bloc obstétrical classique et notant que différentes études et conclusions *"soutenues par l'O.M.S. montrent que cette alternative n'est pas sécuritaire dans la mesure ou l'extrême proximité de la salle de naissance rend les professionnels moins prudents, ils acceptent des situations pathologiques et ils utilisent des moyens thérapeutiques lourds sans pour autant assurer une surveillance adéquate"*, l'auteur de ce mémoire, étudiante sage-femme, présente les «Fondations d'une Maison de Naissance». Elle rappelle que le Centre de Naissance se trouve au sein d'une structure hospitalière, *"soumis à certaines contraintes liées à son appartenance au centre hospitalier, il dispose néanmoins d'une certaine autonomie. Et que la Maison de Naissance se situe en dehors des locaux de l'hôpital"* ³⁷⁹[Lepigeon 00]. Ces deux dernières structures ont en commun le type de suivi continu par une sage-femme référente proposé tout au long de la maternité.

Après une description des locaux et du fonctionnement d'une Maison de Naissance en Suisse où elle a séjourné dans le cadre de ces études, elle réalise une enquête en 1999 en région parisienne. Elle interroge des femmes enceintes présentant a priori une grossesse à bas risque. Elle s'appuie pour cela sur les critères de sélection des femmes à bas risque, en usage dans la

³⁷⁸ p 118 Theau 98

³⁷⁹ p1 Lepigeon 00

Maison de Naissance d'Edgware près de Londres pour n'avoir des réponses que des femmes susceptibles d'accoucher dans une structure de type Maison de Naissance. *"La grande majorité des femmes interrogées disent qu'elles se sentiraient en sécurité dans une maison de naissance"* ³⁸⁰[Lepigeon 00].

En cela les résultats rejoignent ceux du mémoire de fin d'études de sages-femmes de C. Wanner, intitulé «Les Maisons de naissance, de l'idée à la réalité» présenté en 2001. Cette étude menée pendant les mois de novembre et décembre 2000, dans l'agglomération messine, s'est fait au travers d'entretiens semi-directifs auprès des femmes lors des consultations prénatales dans le second trimestre de gestation, dans différents secteurs (hospitalier public et privé, consultations de médecins et sages-femmes libéraux). Et en effet *"67 % des femmes ont affirmé qu'elles feraient volontiers ce choix si elles en avaient la possibilité"* ³⁸¹[Wanner 01].

Dans ces deux mémoires, l'intérêt de l'accompagnement global où la femme est suivie par la même sage-femme de la première consultation de grossesse jusqu'à la dernière visite du post-partum est développé et il séduit les femmes. *"L'accompagnement global permet à la sage-femme d'approfondir la relation avec les femmes qu'elle suit. Elle peut établir une solide relation de confiance réciproque"* ³⁸²[Lepigeon 00]. Ce type d'accompagnement permet également selon les femmes *"de retrouver quelqu'un de connu lors de l'accouchement, ce qui a été souvent évoqué comme un élément extrêmement rassurant, car la sage-femme constitue ainsi un élément de repère dans cette avancée vers l'inconnu paraissant angoissante"* ³⁸³[Wanner 01].

L'une et l'autre évaluent l'intérêt et les coûts d'un tel projet.

Le mémoire de fin d'études de sages-femmes «Les Maisons de Naissance en France : obstacles et réalités» de C. Van Acker et M. Guinhut présenté en 2002, fait l'état des lieux de la naissance et des différents projets de Maison de Naissance en France. L'enquête des auteurs a surtout ciblé les sages-femmes des Hauts-de-Seine pouvant-être intéressées par le projet de Maison de Naissance de Clamart, pour définir les motivations des sages-femmes. Elles se sont notamment penchées sur les pratiques obstétricales qui sont différentes en Maison de Naissance (moins d'interventions, pas de péridurales etc.). Il apparaît que 28 % des sages-femmes interrogées exerceraient probablement en Maison de Naissance, 18 % y exerceraient certainement, 37 % n'exerceraient probablement pas en Maison de Naissance, 15 % n'y exerceraient certainement pas et 2 % ne donnent pas de réponses. Et *"77 % des sages-femmes interrogées pensent qu'une formation est nécessaire pour exercer en Maison de Naissance"* ³⁸⁴[Van Acker 02].

Unaniment ces étudiantes sages-femmes pensent que les Maisons de Naissance ont réellement leur place dans le réseau de soins de la périnatalité en France et qu'il est nécessaire qu'elles soient intégrées avec un statut spécifique, dans un premier temps par l'intermédiaire de projets-pilotes. Elles s'accordent pour légitimer l'accompagnement global qui, pour elles, favorise la prévention primaire et la physiologie. Elles ne doutent pas de l'aspect sécuritaire de telles structures bien pensées. Elles estiment au plus haut niveau, la satisfaction des femmes responsables, ayant fait ce choix pour leurs accouchements.

³⁸⁰ p 42 Lepigeon 00

³⁸¹ p 47 Wanner 01

³⁸² p 67 Lepigeon 00

³⁸³ p 44 Wanner 01

³⁸⁴ p 75 Van Acker 02

2.3.4.2 L'autonomie professionnelle des sages-femmes intégrée, dans d'autres pays

La pratique professionnelle, de sages-femmes autonomes, avec une prise en charge globale de la grossesse et de l'accouchement, a surtout été décrite aux Pays-Bas. En Hollande en effet, *"les sages-femmes sont pleinement qualifiées pour donner de façon indépendante les soins pendant une grossesse normale et un accouchement normal. En d'autres termes elles sont les praticiens spécialisés de l'accouchement à domicile des femmes enceintes à faible risque et ne sont pas supervisées par un médecin quand grossesse et accouchement sont normaux. Toutes les activités pratiquées sous la responsabilité médicale des sages-femmes sont reconnues par l'équipe médicale, par la parturiente et par les compagnies d'assurance"* ³⁸⁵[Theau 98].

Les situations sont considérées comme pathologiques, au vu d'arguments solides. La frontière entre le physiologique et le pathologique est déterminée par l'utilisation, comme c'est le cas en Hollande, d'un dispositif de classification évoqué antérieurement et qui est utilisée par les sages-femmes [Jonkers 95], [Akrich 98]. *"Dans ce pays, les sages-femmes assurent la surveillance prénatale, font des accouchements et assurent les soins des jeunes mères et des nouveau-nés pour un nombre important de femmes à bas risque. Le domaine de compétence des sages-femmes est clairement défini et une liste officielle définit les cas pour lesquels une femme doit être référée à un obstétricien"* ³⁸⁶[Blondel 98]. Certaines pathologies imposent l'avis d'un gynécologue obstétricien, d'autres plus sévères impliquent le suivi et l'accouchement à l'hôpital. Le suivi prénatal des grossesses à «bas risque» et les accouchements à domicile, par les sages-femmes est ainsi organisé depuis longtemps aux Pays-Bas, avec des résultats périnataux plutôt favorables [Jonkers 95].

En Grande-Bretagne, trop d'interventions sont constatées pendant le travail. Devant l'existence d'une morbidité maternelle excessive, notamment lorsque les grossesses à «bas risque» sont prises en charge dans les maternités tout comme les grossesses à «haut risque», un vaste débat dans les années 1990 aboutit à un rapport parlementaire (1992) et à des recommandations professionnelles (1993) [Turnbull 96].

Par ailleurs certaines femmes au Royaume-Uni, en Ecosse, en Suède, souhaitent bénéficier de soins par une sage-femme ou au moins par une équipe réduite pendant leur maternité [Mac Vicar 93], [Rowley 95], [Waldenström 97], [Blondel 98]. Des services de sages-femmes sont alors créés pour répondre aux critiques [Mac Vicar 93], [Hundley 94], [Waldenström 97], [Blondel 98]. Les sages-femmes peuvent et doivent référer les femmes enceintes ou parturientes, au service voisin spécialisé en obstétrique, en cas de besoin. Elles assurent un suivi vertical (ou longitudinal) et personnalisé des femmes lors de leurs grossesses et de leurs accouchements. L'aspect physiologique de l'accouchement est primordial, le recours aux techniques étant limité, sauf en cas de nécessité.

Plusieurs études descriptives montrent que ces structures fonctionnent comme prévu : les femmes prises en charge sont à «bas risque». Elles sont transférées en cas de difficultés, elles bénéficient de moins d'interventions médicales, elles présentent moins de complications postnatales, leurs enfants sont en aussi bonne santé que ceux des accouchements habituels et restent plus souvent auprès de leur mère [Blondel 98].

Dans un bilan de la littérature (annexe) portant sur cette surveillance prénatale, B. Blondel a référencé plusieurs études et elle s'appuie notamment sur les résultats des essais contrôlés

³⁸⁵ p 7 Theau 98

³⁸⁶ p 12 Blondel 98

randomisés. Dans sa discussion, l'auteur met l'accent sur plusieurs points. *"Pour mieux savoir quel pourrait être l'impact de systèmes de soins adaptés pour des femmes à bas risque, il faudrait savoir quelle proportion de femmes pourrait en bénéficier. Les scores de risque disponibles concernent surtout l'identification de groupes à haut risque et ils portent sur les risques de santé pour la mère et l'enfant, sans tenir compte du risque d'avoir des examens ou des actes particuliers, comme des forceps ou une césarienne. Un score destiné à identifier des femmes à bas risque pour une prise en charge par des sages-femmes ou des généralistes a montré récemment à partir de données hospitalières australiennes, que parmi les femmes ne présentant aucun antécédent obstétrical ou aucune pathologie sévère à 36 semaines, 55 % pourraient accoucher dans un service de sages-femmes et 84 % pourraient accoucher dans une maternité de niveau I, c'est-à-dire dans une maternité réalisant des déclenchements et des forceps mais pas de césarienne.*

Les interventions visant à mieux adapter les prises en charge au niveau de risque des femmes doivent comprendre une définition rigoureuse du contenu de ces prises en charge, s'appuyant sur des bases scientifiques.

Un des motifs pour réorganiser les soins sur un mode moins intensif a été de répondre aux attentes des femmes, en particulier dans les pays où la surveillance à l'hôpital est très peu personnalisée et où les accouchements ont lieu dans de très grandes maternités. Dans les essais contrôlés randomisés évaluant la prise en charge par des sages-femmes, les femmes présentaient un niveau de satisfaction plus élevé dans le groupe suivi dans un service de sages-femmes que dans l'autre groupe. Il est donc important de s'assurer que les femmes reconnaissent l'intérêt de toute nouvelle politique avant sa mise en place"³⁸⁷[Blondel 98].

Ces essais contrôlés randomisés de bonne qualité sont publiés et concernent des services de sages-femmes implantés dans des centres obstétricaux importants, où les salles de naissance sont voisines du bloc obstétrical. La comparaison est faite, avec un groupe témoin où la prise en charge est usuelle, dans des services conventionnels d'obstétrique.

Dans ces études 33 à 45 % des patientes sont orientées vers l'obstétricien ou transférées au bloc obstétrical [Hundley 94], [Waldenström 97], [Blondel 98]. Pendant la grossesse, les causes de transfert sont l'hypertension artérielle, le dépassement du terme et les sièges, et pendant le travail, la souffrance fœtale, la stagnation de la dilatation et la rupture prolongée des membranes. Ces transferts concernent surtout les primipares [Blondel 98].

Les protocoles décrits traduisent une moindre médicalisation. La prise en charge du travail d'accouchement par les sages-femmes est moins interventionniste avec moins de déclenchements, de ruptures artificielles des membranes et d'ocytocine, moins d'enregistrements cardiotocographiques du rythme cardiaque fœtal, moins d'analgésie et de péridurales, mais davantage de déambulation, de massages et de bains [Mac Vicar 93], [Hundley 94], [Turnbull 96], [Waldenström 97], [Blondel 98]. Les durées de travail sont plus longues, sans réduction significative des césariennes, mais avec une baisse significative des extractions instrumentales. Il y a moins d'épisiotomie et le périnée est plus souvent intact.

La mortalité périnatale, les scores d'Apgar et les transferts néonataux ne diffèrent pas d'un groupe à l'autre [Blondel 98]. Néanmoins, dans deux études certaines morts périnatales ont été attribuées à des erreurs de décision de la sage-femme [Mac Vicar 93], [Waldenström 97].

Enfin, les femmes suivies par les sages-femmes présentent un niveau de satisfaction plus élevé que dans les groupes témoins [Mac Vicar 93], [Hundley 94], [Turnbull 96],

³⁸⁷ pp 17-19 Blondel 98

[Waldenström 98].

Ainsi la conclusion de B. Blondel lui fait écrire que *"compte tenu de nos connaissances, il ne semble pas justifié de proposer aux femmes à bas risque un grand nombre de visites prénatales, et une prise en charge uniquement par, ou sous la supervision d'un obstétricien dans une maternité très spécialisée. Toutefois il n'existe pas d'évidence scientifique pour promouvoir un type particulier de prise en charge. Les évaluations ne sont pas suffisantes ou elles portent sur des échantillons trop petits pour conclure de manière définitive. De plus les modes de prise en charge étudiés dépendent du contexte local et ne peuvent pas être généralisés directement à d'autres systèmes de santé. Il semble par ailleurs à la vue des expériences décrites dans les études évaluatives, qu'une prise en charge modulée, en fonction du risque ne peut se faire sans une très bonne coopération entre tous les partenaires (obstétriciens, généralistes, sages-femmes et responsables des différents type de maternité) à tous les niveaux de l'organisation, mise au point du contenu des soins, transferts vers des services spécialisés, retour au service d'origine si nécessaire, et formation continue"*³⁸⁸[Blondel 98].

Dans une étude plus récente, qui porte sur les mêmes questions, c'est-à-dire l'intérêt de la prise en charge prénatale et de l'accouchement par des sages-femmes ou des généralistes, B. Blondel prend en compte les essais contrôlés randomisés (référéncés par la Cochrane Library ou par Medline). L'auteur retient uniquement les études ayant une bonne qualité méthodologique et sa conclusion lui permet de dire que *"le bilan de la littérature montre qu'une surveillance prénatale sous la responsabilité principale de sages-femmes ou de généralistes présente un certain nombre d'avantages. Elle permet de réduire la consommation médicale pendant la grossesse et en début de travail ; elle limite le nombre de femmes pour lesquelles une pathologie ou une complication est dépistée pendant la grossesse, réduisant peut-être ainsi les examens médicaux et l'anxiété faisant suite à ce dépistage ; elle répond aux besoins des femmes qui souhaitent être mieux considérées et informées pendant leur grossesse. Cependant, les essais qui ont étudié de manière approfondie la prise en charge des femmes montrent qu'il peut y avoir des anomalies dans le suivi des femmes, en particulier dans le groupe sous la responsabilité des sages-femmes ou des généralistes, d'où l'importance d'une surveillance de la qualité des soins. Une surveillance par des sages-femmes ou des généralistes, ne semble pas s'accompagner d'une détérioration de l'état de santé à la naissance, mais il n'est pas possible de conclure de manière définitive pour cet indicateur de résultat dans la mesure où les effectifs considérés dans les essais sont insuffisants, pour les grossesses à bas risque et pour les grossesses à risque élevé"*³⁸⁹[Blondel 00].

Là encore ces études montrent qu'un suivi par un service de sages-femmes entraîne une moindre médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Mais, pour démontrer l'intérêt de cette pratique et l'absence d'effets néfastes, il faut néanmoins poursuivre des études sur des effectifs suffisants. *"De manière générale, toute expérience pour limiter la médicalisation des grossesses doit-être conduite en s'assurant qu'il n'y a pas de détérioration des résultats sanitaires. Il est donc important que les études d'évaluation soient fondées sur un échantillon de taille suffisante pour mettre en évidence un risque éventuel... Il serait nécessaire de disposer de données sur environ 30 000 femmes dans chaque groupe comparé. En l'absence d'essais ou de méta-analyse de cette taille, il n'est pas possible d'affirmer que les organisations alternatives proposées sont sans risque"*³⁹⁰[Blondel 98].

³⁸⁸ p 19 Blondel 98

³⁸⁹ p 4 Blondel 00

³⁹⁰ p 17 Blondel 98

La sélection des femmes à bas risque doit-être définie pour un objectif clairement annoncé d'orientation vers les sages-femmes ou les généralistes [Jonkers 95], [Blondel 98]. Il faut aussi préciser le contenu des prises en charge pour les adapter au niveau de risque des patientes. Ainsi, les sages-femmes anglaises, depuis 1993 sous l'incitation du Département de la Santé, assument de plus en plus de responsabilités auprès des femmes dont la grossesse et l'accouchement sont normaux. Elles ont alors établi des lignes directrices pour la pratique sage-femme pendant l'accouchement, fondées sur des données probantes [Vadeboncoeur 02].

Il est ainsi intéressant de noter que le suivi continu des femmes, par une petite équipe de sages-femmes, s'accompagne effectivement d'une diminution des interventions pendant l'accouchement, et d'une satisfaction plus élevée des femmes, par rapport à la prise en charge classique.

Ce sont ces services qui ont inspiré le concept de «Maison de Naissances». Celles-ci sont exclusivement organisées et gérées par des sages-femmes, sans médecin responsable. Elles accueillent les femmes, dont la grossesse est physiologique, qui souhaitent et font le choix d'accoucher de manière naturelle dans ce type de structure alternative.

2.3.4.3 Des sages-femmes autonomes dans les Centres et les Maisons de Naissances

Les débats scientifiques, concernant le lieu d'accouchement en France, datent de plusieurs années et se sont surtout orientés pour le maintien des maternités rurales de proximité ou des maternités urbaines dirigées par des généralistes [Blondel 98].

Cependant au niveau mondial, c'est aux Etats-Unis qu'apparaît en 1944 le premier «free-standing birthing center». Face à une trop grande médicalisation et faisant suite à mouvement de réaction conduit par les femmes, la notion d'accouchement naturel et préparé s'inspirant de la psychoprophylaxie de D. Read (en Angleterre) et de F. Lamaze (en France) impulse la création de lieux où l'environnement est plus familial et convivial. En 1987 il existe aux Etats-Unis 160 «free-standing birthing centers» et 80 % des maternités ont une chambre de naissance.

En Europe, la première maison de naissance ouvre ses portes, à Berlin en 1987. Fin 1995 une vingtaine de structures de ce type sont recensées en Allemagne, Suisse et Autriche. Des projets de structures identiques sont à l'étude en Belgique, Italie, Espagne.

Plusieurs pays comme la Suisse, l'Allemagne, l'Angleterre, la Suède, l'Australie, les Etats-Unis, le Canada, conduisent ainsi des expériences depuis une vingtaine d'années pour les plus anciennes avec de petites structures sous la responsabilité de sages-femmes uniquement [D.O. 99], [Jeanvoine 99], [Vuille 99]. Un certain nombre de femmes, après réflexion, choisit ce type d'accompagnement par une sage-femme référente dans ces lieux moins interventionnistes, moins technicisés. Les femmes enceintes sont acceptées seulement si la grossesse est physiologique et ensuite elles peuvent y accoucher si aucune pathologie n'est détectée à mesure de l'évolution du processus de la maternité. Le retour à domicile de la mère avec son nouveau-né est précoce, dans les vingt-quatre heures et la sage-femme référente s'y déplace pour donner les soins postnataux et soutenir la relation naissante au sein de la famille.

Des études fiables et rigoureuses publiées dans la littérature

Une étude (annexe) effectuée à partir de la base de données Medline et le registre des essais

cliniques Cochrane de 1969 à 1998, par P. Viossat et J.C. Pons, concerne les maisons de naissance ou centres de naissance. Revue de la littérature (plutôt que méta-analyse du fait de certaines données manquantes dans ces différents essais), elle permet d'étudier l'efficacité des maisons de naissance en termes de mortalité/morbidité maternelle et périnatale ainsi que la satisfaction des usagers dans ces structures.

Il existe différentes études (neuf sont significatives avec un seul essai randomisé). La qualité des études répertoriées est d'après les auteurs, d'assez bonne qualité (E.B.M. = II). Parmi ces études publiées dans les années 80 et 90, quatre sont des études prospectives et cinq sont rétrospectives de bonne qualité. Les critères de jugement retenus pour apprécier l'efficacité et la sécurité dans ces structures ont été les suivants : la mortalité maternelle, la mortalité périnatale, la morbidité périnatale (score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie, le taux de césariennes et d'extractions instrumentales, ainsi que les taux de transfert anté et per-partum). Les auteurs n'ont relevé dans toutes ces études aucune mort maternelle. La mortalité périnatale varie de 0 à 15 ‰ (il reste significativement inférieur à celle du groupe témoin). Le taux de césarienne varie de 0,4 à 10 % et celui des extractions instrumentales varie de 0 à 11 %. Le taux de transfert anté et per-partum oscille entre 15,8 % et 34,2 % (lié semble-t-il au nombre de nullipares). Il apparaît que les études sur de telles structures (centre de naissance ou maison de naissances) sont intéressantes [Viossat 01].

L'étude de l'université de Mc Gill Montréal en 1983 porte sur 5005 naissances et sur la surveillance de deux groupes de femmes enceintes et parturientes : le premier conventionnel (présence de médecins gynéco-obstétriciens, anesthésistes, pédiatre, interventions avec péridurale, forceps, déclenchement), l'autre (uniquement des sages-femmes) [Klein 83]. Les transferts, dans le deuxième groupe (celui suivi par les sages-femmes), sont de 48 % pour les nullipares et 25 % pour les multipares. Le taux des césariennes des nullipares sont identiques dans les deux groupes (4 à 5 %). La mortalité périnatale est de 2,6 ‰ dans le premier groupe (conventionnel), de 0 ‰ dans le deuxième groupe (sage-femme). *"D'après cette étude, il semble qu'une diminution réfléchie de la médicalisation améliore les suites de la grossesse en termes de morbidité à court terme"* ³⁹¹[Viossat 01].

Une étude aux Etats-Unis concerne les naissances hors structures hospitalières (maisons de naissance, à domicile), comparées aux naissances en structures conventionnelles [Eugène et Declercq 84]. Les critères pris en compte sont le poids de naissance des enfants, le score d'Apgar. La conclusion est que la morbidité infantile diminue quand la mère est multipare, âgée de 25 à 34 ans, a un niveau d'éducation plus élevé, et que l'accouchement est dirigé par une sage-femme. Il existe dans le groupe hors structures, un taux inférieur de faible poids de naissance (2 % contre 4,6 %), un score d'Apgar à des taux supérieurs (63 % contre 49 % entre 9 et 10). *"D'après cette étude, il semble qu'un accouchement, hors hospitalier ne soit pas plus dangereux qu'un accouchement hospitalier"* ³⁹²[Viossat 01]. Cependant dans cette étude, il est possible qu'il y ait un biais de sélection dans le groupe conventionnel.

Une étude prospective aux Etats-Unis porte sur 84 maisons de naissance et sur 11 814 femmes qui ont accouché dans de telles structures entre 1985 et 1987 [Rooks 89]. *"Cette étude montre que les maisons de naissance offrent une sécurité tout à fait acceptable pour des femmes enceintes sélectionnées à bas risque, ce d'autant plus s'il s'agit de multipares"* ³⁹³[Viossat 01]. Cette étude tient compte de la satisfaction comme critère d'évaluation. Ici il est remarqué que

³⁹¹ p 684 Viossat 01

³⁹² p 684 Viossat 01

³⁹³ p 684 Viossat 01

les femmes ont une grande satisfaction et 98,8 % des femmes souhaitent recommander ce type de structure à leurs amies.

Une étude rétrospective en Hollande porte sur 7980 accouchements en maison de naissance. Dans le groupe des femmes sélectionnées à bas risque, les taux de mortalité, de morbidité périnatales, de césariennes et d'extractions sont améliorés. Dans cette étude, la morbidité est appréciée sur le taux de nouveaux-nés admis en pédiatrie dans la première semaine de vie [Van Alten 89].

L'étude réalisée sur l'activité du Royal Women's Hospital Birth Center en Australie entre 1980 et 1989 sur 5365 femmes indique un taux de transfert de 16,6 % en anténatal et de 16,1 % en per-partum, la mortalité périnatale est de 0,89 ‰ [Stern 92].

Les statistiques des centres de naissance en Australie montrent une diminution des actes interventionnistes [Whelan 94], des taux de mortalité périnatale comparables aux conditions standards [Morris 86], [Biro 91], [Stern 92]. Il existe une augmentation de la satisfaction maternelle [Whelan 94]. Les études menées sur l'activité du Queen Victoria Medical Centre, sont rétrospectives et avec des données manquantes (taux de césariennes ou d'extractions instrumentales) [Morris 86], [Biro 91]. "*La qualité de cette étude permet cependant de conclure sur l'aspect sécuritaire de ce Centre de naissance*"³⁹⁴[Viossat 01].

Seule l'étude anglaise contrôlée randomisée (à Leicester au Royaume-Uni) a pris en compte l'évaluation de la satisfaction des femmes (52 % se disent satisfaites contre 44 % à l'hôpital et 73 % se disent très satisfaites des soins en maison de naissances contre 60 % à l'hôpital [MacVicar 93].

A l'université de Californie la maison de naissance établie en partenariat avec un Centre Hospitalier Universitaire a permis d'étudier la sécurité [Garite 95]. "*Cette expérience montre que cette structure est sûre pour les patientes à bas risque*"³⁹⁵[Viossat 01].

Une autre étude compare les résultats d'un groupe de femmes ayant accouché dans une structure centre de naissance et dans une structure conventionnelle à Stockholm (928 contre 932 femmes). Elle montre qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les critères définis. Cependant quatorze cas de décès de nouveaux-nés dans le centre de naissance contre quatre dans la maternité sont à constater. Les interventions médicales sont plus rares dans le centre de naissance et la durée du travail est supérieure (plus une heure en moyenne) [Waldenström 97].

L'étude rétrospective de la mortalité/morbidité portant sur 801 accouchements dans deux maisons de naissances à Berlin entre 1992 et 1994, comparée avec 3271 accouchements ayant eu lieu à l'hôpital de Berlin (les populations sont constituées de manière homogène) permet de confirmer qu'il y a moins d'interventions dans le premier groupe, mais les taux de césariennes et de lésions périnéales sévères sont identiques. Le taux de mortalité infantile n'est pas significativement différent dans les deux groupes [David 99]. "*Cette étude conclue que le fait d'accoucher en Maison de naissance n'augmente pas le risque maternel ou périnatal par rapport à l'hôpital*"³⁹⁶[Viossat 01].

Les auteurs, ayant remarqué une grande variabilité dans ces études concernant le taux de

³⁹⁴ p 685 Viossat 01

³⁹⁵ p 684 Viossat 01

³⁹⁶ p 685 Viossat 01

nullipares (29 à 63 %) s'appuient sur les taux de transfert, de césariennes et d'extractions instrumentales pour recommander dans un premier temps que la sélection, si de tels projets voient le jour en France, se fassent d'abord sur la parité, le choix se portant d'abord sur des multipares. Ils pensent que le score d'Apgar comme seul critère pour apprécier la morbidité périnatale est insuffisant. Ils invitent vivement à noter d'autres critères (représentatifs et reproductibles) comme le poids de naissance, le taux de nouveaux-nés transférés en pédiatrie dans la première semaine de vie [Viossat 01].

Mais d'autres critères ont sans doute un très grand intérêt et sont à préciser comme la présence des pères, l'accueil des enfants à la naissance et le taux d'allaitement maternel par exemple. Les auteurs indiquent également dans ces études, les critères de satisfaction retenus par les femmes dans le «Bilan des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets pilote en Maison de naissance» au Canada en 1997. *"On peut regrouper les différents éléments appréciés par les parents :*

- *Les qualités humaines des sages-femmes (disponibilité, respect de la physiologie, générosité du temps passé),*
- *La responsabilisation de la femme elle-même (empowerment),*
- *L'implication du père et de la famille"* ³⁹⁷[Viossat 01].

Ils prennent bien en compte le fait que les parents souhaitent un suivi plus élaboré pour les aider à s'adapter à leur nouvelle vie, à la venue de leur enfant. Ils notent que le *"suivi postnatal en continuité avec le suivi prénatal constitue un outil de prévention qui n'est plus à démontrer. Ceci a une efficacité de réduire les diverses problématiques découlant d'un déficit du lien parents-enfant"* ³⁹⁸[Viossat 01].

Ouverts à l'existence de telles structures en France mais soucieux des femmes et des enfants, les auteurs notent que *"une grande prudence doit actuellement être observée avec l'ouverture de sites pilotes en France donnant lieu à des essais prospectifs randomisés"* ³⁹⁹[Viossat 01]. Ils proposent que des critères de sélection, pour les femmes définies à «bas risque», soient précisés. Ils préconisent que la satisfaction maternelle soit prise en compte dans les critères d'évaluation. Ils sont très affirmatifs sur le fait que ce type de structure alternative ne peut cohabiter avec un système traditionnel, mais peut exister à proximité immédiate d'une structure hospitalière.

D'autres voix se font entendre dans le débat au sujet de telles structures. Pour R. Frydman, *"le fait qu'aucune maison de naissances ne soit autorisée en France est anachronique. Pour nous une maison de naissance est un lieu d'accueil ouvert à des femmes enceintes volontaires dans la mesure où la grossesse et l'accouchement restent dans le cadre de la physiologie. Ce lieu doit être à proximité immédiate d'une maternité avec le plateau technique minimum. Une convention doit lier la maternité et la maison de naissance de telle sorte que les critères médicaux d'inclusion à la maison de naissance soient définis en commun entre les responsables de la maternité classique et les sages-femmes qui gèrent en toute autonomie administrative la maison de naissance volontaire; les femmes doivent choisir librement cette prise en charge être puisque si elles sont assurées d'avoir un suivi global par la sage-femme de leur choix, elles renoncent au recours à l'anesthésie péridurale, au profit d'autres analgésies ne nécessitant pas la présence d'un anesthésiste.*

³⁹⁷ p 686 Viossat 01

³⁹⁸ p 686 Viossat 01

³⁹⁹ p 687 Viossat 01

Autonomie de la sage-femme dont le souci sera avant, pendant et après la naissance de dépister les éventuels facteurs de risque qui lui feraient proposer un transfert dans le cadre d'un réseau formalisé vers la structure médicalisée.

La sélection des femmes à bas, moyen et haut risques, devrait en être renforcée et cette structure, si elle voit le jour, s'intègre parfaitement aujourd'hui dans le paysage des décrets de périnatalité qui déterminent l'importance de la médicalisation nécessaire à la grossesse. Certes, un des points clés sera d'assurer les conditions de transfert de qualité optimale entre la structure médicalisée et la maison de naissance.

*Cependant, si les données publiées, encore modestes, vont dans ce sens, elles méritent d'être vérifiées par des études prospectives. D'où l'intérêt pour les professions de gynécologue-accoucheur et de sage-femme de proposer quelques expériences pilotes qui seront évaluées"*⁴⁰⁰[Frydman 01].

Dans ce débat passionné, l'avis de L. Marpeau est beaucoup moins enthousiaste. *"Il est bien sur possible d'identifier un certain nombre de situations à risque à partir des antécédents familiaux, médicaux et obstétricaux d'une patiente. Il est également possible, au cours de la grossesse, de dépister un événement pathologique qui imposerait une prise en charge médicalisée : menace d'accouchement prématuré, retard de croissance in utero, macrosomie, rupture prématurée des membranes, prééclampsie, présentation dystocique.*

Il y a malheureusement au cours du travail, des incidents imprévisibles qui, s'ils ne sont pas reconnus et pris en charge rapidement, peuvent tourner au drame. Ces événements sont rares, mais on les connaît : anomalies sévères du rythme cardiaque foetal, non-progression en deuxième phase du travail, hémorragie de la délivrance pour ne citer que les plus classiques. Il suffit tout simplement d'étudier les taux de transfert des maisons maternelles vers les maternités conventionnelles pour se persuader des limites de ce concept de bas risque obstétrical.

Les juges ne s'y tromperont pas qui lui opposeront les principes d'obligation de moyens et de sécurité.

Dans l'hypothèse très théorique où notre avis universitaire serait sollicité pour élaborer les critères de définition d'une population à bas risque obstétrical, nous serions très gênés ; faudrait-il exclure les primipares (50 % de la population des femmes enceintes), les ruptures prématurées des membranes (10 %), les suspicions de macrosomie foetale (10 %), les suspicions de retard de croissance in utero (10 %), les hypertensions artérielles gravidiques (6 %), les diabètes gestationnels (5 %), les termes en voie de dépassement (3 %) ?

Les maisons de naissance n'offrent pas suffisamment de garanties en termes de sécurité et de coût pour pouvoir être défendues avec les arguments de la raison... Il ne faudrait pas que les apôtres de ces structures utilisent la confusion qui règne dans les définitions et détournent à leur profit des résultats qui ne leur appartiennent pas.

*Les maisons maternelles, lorsqu'elles sont intégrées à des maternités conventionnelles, ne paraissent pas dangereuses si la sélection est correcte et les transferts nombreux, entre locaux contigus... Elles imposent un plus grand nombre de sages-femmes, intra-muros et extra-muros, et des locaux plus conviviaux qu'actuellement"*⁴⁰¹[Marpeau 01].

Mais il ne suffit pas de décorer joliment les lieux pour générer la sécurité affective, psychique et physique. Pour changer, il est nécessaire de comprendre, d'apprendre, d'écouter et

⁴⁰⁰ pp 257-258 Frydman 01

⁴⁰¹ pp 266-267 Marpeau 01

d'entendre..., les femmes, de répondre à leurs besoins et à ceux de leurs enfants. Il s'agit de proposer des lieux où les objectifs sont clairement définis, dans le souci d'un bien-être permettant le bien naître et favorisant la «bientraitance».

Les projets-pilotes de Maison de Naissances au Canada

Au Canada, l'évaluation de projets pilote de maisons de naissance et de la pratique des sages-femmes est en cours depuis quelques années. Elle invite à la réflexion. L'intérêt de ces projets c'est qu'ils permettent la reconnaissance de la pratique des sages-femmes au Canada, alors que cette profession a une existence depuis 1999.

Ces projets sont pensés et intégrés dans la politique de santé périnatale. En *"juin 1990 : le gouvernement du Québec adopte, en vue d'une éventuelle légalisation de la pratique des sages-femmes, une loi qui prévoit la mise sur pied de huit projets-pilotes. Avril 1998 : l'évaluation des projets est terminée depuis cinq mois et le gouvernement du Québec décide de légaliser cette pratique dès septembre 1999.*

Est-ce un bon choix ? Que nous apprend l'évaluation des projets-pilotes ? Ne s'agit-il pas, finalement, d'un choix de société ?" ⁴⁰²[Blais 98].

En 1993, H. Vadeboncoeur agent de recherche en périnatalité, présente au conseil d'évaluation des projets-pilotes un rapport de recherche sur la sécurité dans les centres de maternité autonomes. *"Le présent rapport traite des éléments relatifs aux mécanismes visant à assurer la sécurité de la mère et de l'enfant dans les centres de maternité dits autonomes, c'est-à-dire situés à l'extérieur des centres hospitaliers, tel que demandé par le Conseil d'évaluation des projets-pilotes. La National Association of Birth Centers (NACC) définit les centres autonomes comme ayant entière autonomie en ce qui concerne l'établissement et la formulation des politiques, procédures et programme nécessaires au fonctionnement du centre ainsi qu'un personnel, des lieux physiques et un budget autonomes, séparés. Les centres de maternité autonomes peuvent être à but non lucratif, privés ou appartenir à des centres hospitaliers.*

La première partie du rapport traite d'éléments généraux ayant un lien avec la sécurité des centres de maternité autonomes et permettant d'encadrer ce qui s'y passe. Il y est question notamment des mécanismes prévus aux Etats-Unis pour encadrer la pratique des sages-femmes. Par exemple la législation encadrant les centres de maternité et la pratique des sages-femmes, les associations de centres de maternité, les mécanismes de contrôle de la qualité des actes, les associations de sages-femmes, le personnel, les mécanismes de collaboration établis avec les médecins.

La deuxième partie du rapport traite de façon plus détaillée de ce qui se passe généralement dans ces centres pendant le travail et l'accouchement des femmes enceintes, le post-partum immédiat et le suivi post-natal, sans oublier l'importante question des transferts et celle de l'assurance professionnelle et responsabilité. Tous les centres visités à une exception près sont membres de la National Association of Childbearing Centers et ce sont principalement des sages-femmes infirmières qui y travaillent.

Afin de vérifier comment les choses se déroulent lorsque ce sont des sages-femmes non

⁴⁰² p 26 Blais 98

*infirmières qui y travaillent, une visite fut effectuée dans un centre de maternité autonome non membre de la NACC - The Garden of Life - et une entrevue téléphonique effectuée auprès de la fondatrice du Northern New Mexico Midwifery Center - membre de la NACC - centre où travaillent des sages-femmes non infirmières ayant un permis de travailler délivré par l'Etat"*⁴⁰³[Vadeboncoeur 93].

Dans sa conclusion, l'auteur précise que "le modèle américain de centre de maternité autonome étudié plus en profondeur dans le cadre de cette recherche existe depuis près de vingt ans aux États-Unis. Bien qu'il s'agisse en grande partie d'un modèle où les principales professionnelles sont des infirmières-sages-femmes - alors qu'au Québec différents types de sages-femmes seront autorisés à pratiquer - ce modèle respecte l'approche sage-femme telle que définie par la Confédération internationale des sages-femmes, ainsi qu'a pu le constater l'auteur de ce rapport.

*Les résultats obtenus et publiés dans différentes études indiquent que les centres de maternité américains sont sécuritaires. L'association nationale des centres de maternité autonomes a établi des mécanismes d'encadrement et des lignes directrices permettant d'assurer cette sécurité. On souligne qu'il s'agit d'un premier niveau de soins, des soins primaires, axés en grande partie sur la prévention, et que ce niveau ne peut fonctionner indépendamment des niveaux de soins plus spécialisés, requis au besoin"*⁴⁰⁴[Vadeboncoeur 93].

Les projets-pilotes canadiens font ensuite l'objet d'une évaluation. Dans un premier temps, les résultats de cette évaluation et le mandat du conseil d'évaluation des projets pilote, sont publiés dans un rapport dense, dès 1997. "Conformément aux objectifs initiaux, cette évaluation a permis : (1) d'apprécier les services des sages-femmes en regard des services de périnatalité courants en ce qui a trait à leur humanisation et à leur continuité, à l'utilisation des technologies obstétricales, à leurs effets sur la santé et la sécurité de la mère et de l'enfant, ainsi qu'à leurs coûts ; (2) d'identifier les facteurs organisationnels, professionnels et sociaux, de même que le mode d'intégration de la sage-femme dans le système de périnatalité, qui favorisent les meilleurs résultats possibles (en lien avec les dimensions du premier objectif, ainsi que l'autonomie de la sage-femme.

Les résultats relatifs au premier objectif devraient aider le Conseil d'évaluation des projets-pilotes à préparer ses recommandations concernant la première finalité de l'expérimentation, c'est-à-dire l'opportunité de permettre ou non la pratique des sages-femmes au Québec. Si les résultats étaient tous favorables à une option ou à une autre, la recommandation serait relativement facile à formuler. Dans le cas présent, plusieurs indicateurs sont favorables aux sages-femmes, alors que le coût du suivi par sage-femme paraît inférieur, sinon équivalent à celui du suivi par médecin. Cependant, deux indicateurs sont préoccupants concernant l'option sage-femme, soit le besoin de réanimation néonatale et les mortinaissances (même si les données concernant les clientes des médecins ne sont pas complètes). A cause des limites méthodologiques associées à la mesure des mortinaissances, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes peut décider de ne pas en tenir compte. Pourtant, l'importance de cet indicateur ne peut pas être ignorée. Dans cette situation, si le Conseil veut utiliser les différents résultats de l'évaluation pour en arriver à un indice global d'appréciation de l'efficacité de chaque option, une pondération pourrait être accordée aux indicateurs qu'il juge les plus importants et une sommation des produits (indicateur x poids) pourrait être faite.

⁴⁰³ p 6 Vadeboncoeur 93

⁴⁰⁴ p 44 Vadeboncoeur 93

Globalement, les résultats de l'expérimentation de la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes peuvent sembler mitigés. Mais, malgré toutes les contraintes et limites, qu'elles soient liées au contexte de l'expérimentation, aux luttes de pouvoir ou encore au climat d'incertitude, il faut tout de même retenir que, d'après les résultats de l'évaluation, et ce, sans sous-estimer les points critiques qui viennent d'être évoqués, les femmes qui ont été suivies par des sages-femmes sont généralement en aussi bonne santé que celles qui ont été suivies par des médecins, qu'elles sont exposées à moins d'interventions obstétricales et, théoriquement, à moins de risques de morbidité. Cependant, concernant les bébés, la conclusion ne semble pas, aussi définitive.

Au terme de cette démarche d'évaluation, souvent lourde et exigeante, en particulier pour les premières évaluées, c'est-à-dire les sages-femmes et leurs clientes, de même que les clientes de médecins sélectionnées, il nous semble que, malgré toutes ces limites, cette recherche évaluative fournit suffisamment d'information pour poursuivre la réflexion sur l'avenir de cette pratique au Québec. Elle devrait permettre tout au moins au Conseil d'évaluation des projets-pilotes d'effectuer la dernière étape du processus d'expérimentation, issue de la Loi 4, soit celle sans doute la plus difficile, de mettre à profit une somme considérable d'information" ⁴⁰⁵[U.L. 97].

Dans la conclusion du rapport final et des recommandations sur les projets-pilotes sages-femmes publié ensuite en 1997, "à propos de l'humanisation et de la continuité des soins, même si les deux groupes comparés ne montrent pas de différences nettes, nous constatons des faits qui sont à l'avantage de la pratique des sages-femmes. A titre d'exemple, nous pouvons mentionner le suivi pré, per et postnatal effectué le plus souvent par la même sage-femme, moins de roulement de personnel, plus de possibilité de choisir une position d'accouchement, etc. Ceci rejoint en partie les revendications des femmes qui sont au cœur de la reconnaissance de la pratique des sages-femmes et qui concernent une plus grande humanisation des soins, leur continuité ainsi que la possibilité de choisir le type de professionnel pour les accompagner.

La pratique des sages-femmes favorise également la prévention des naissances prématurées et de faible poids. Par contre, ce phénomène mérite d'être observé davantage, puisque nous ne savons pas s'il est dû à la pratique des sages-femmes ou aux caractéristiques de la clientèle (ex. : moins fumeuse, plus scolarisée, etc.).

La diminution des interventions obstétricales constitue également un avantage de la pratique des sages-femmes. On note globalement une utilisation moins fréquente pour les périodes pré et perinatale ainsi que beaucoup moins d'hospitalisations en cours de grossesse. Les clientes des sages-femmes ont eu moins de césariennes et on observe chez elles une réduction importante des déchirures de troisième et de quatrième degré.

Les transferts de mères et de bébés vers un centre hospitalier ne sont pas plus élevés que ce qui est rapporté dans d'autres pays, pour un même type d'organisation.

Globalement, 25 % des femmes ont été transférées à des médecins. Les transferts urgents quand à eux, sont relativement faibles, soit 3 % de l'ensemble des suivis effectués par les sages-femmes.

Nous notons un nombre de mortinaissances qui paraît élevé. Cependant, le Bureau de la statistique du Québec a négligé, pour des raisons inconnues, de joindre le fichier des mortinaissances à celui des naissances vivantes pour une période de 10 des 17 mois, rendant

⁴⁰⁵ pp 285-286 UL 97

impossible la comparaison entre les deux groupes de clientes.

Nous notons aussi une différence dans la mesure de l'Apgar à une minute, dans l'utilisation de l'oxygène et de la ventilation à la naissance. Cependant, nous n'avons aucune preuve que ces différences dans les mesures ont un effet sur l'état de santé du bébé, puisque notamment l'hypotonie, l'état de conscience, les convulsions, l'admission à l'unité néonatale et le score de morbidité néonatale sont les mêmes dans les deux groupes.

Nous avons toutefois recommandé de suivre de près l'évolution de ces deux derniers éléments, soit les mortinaissances et les variables de réanimation néonatale. C'est pourquoi nous avons proposé, dès octobre 1997, la création d'une structure transitoire qui aurait entre autres fonctions la surveillance de la sécurité des mères et des bébés. Nous avons aussi proposé d'effectuer une étude longitudinale pour les deux groupes de clientes afin de vérifier l'état de santé des bébés ayant eu besoin d'une ventilation supérieure à cinq minutes.

En plus de l'analyse des effets de la pratique des sages-femmes, nous avons étudié les modalités d'intégration de celles-ci dans l'équipe de périnatalité. L'expérimentation nous a permis de déceler plusieurs lacunes qui devront être corrigées, lors d'une réelle intégration. Beaucoup de difficultés liées à ce contexte expérimental ont été vécues. Nous mentionnons les principales, qui sont les collaborations médicales difficiles, surtout en ce qui a trait aux obstétriciens gynécologues, une pratique sage-femme qui est en émergence dans un mode de fonctionnement auparavant inconnu et la non harmonisation des lois ou règlements ayant un impact sur la pratique des sages-femmes. Les principaux constats révèlent que la pratique des sages-femmes est peu intégrée dans le CLSC dont elles relèvent et dans le système de santé en général.

L'analyse de l'ensemble des travaux effectués nous confirme qu'il est pertinent de reconnaître la pratique des sages-femmes au Québec. Nous recommandons que la pratique sage-femme soit à exercice exclusif et la création d'un ordre professionnel spécifique. La sage-femme devrait être intégrée au système de santé comme intervenante de première ligne. Elle devrait relever d'établissements de première ligne et être en mesure d'assister les accouchements en maison de naissance, en centre hospitalier et à domicile. Les orientations du système de santé constituent pour nous un moment privilégié pour cette introduction. En effet, les modifications en cours tendent notamment vers une approche plus près du citoyen, une hiérarchisation des services de première, deuxième et troisième ligne et une intégration de ces services, une diminution des durées de séjour, etc." ⁴⁰⁶[C.E. 97].

Dans le dernier rapport du Centre d'Évaluation des Technologies de la Santé (C.E.T.S.) au Canada en 1999, une précision est apportée à propos des mortinaissances dans le cadre des projets-pilotes, de la pratique des sages-femmes au Québec. Néanmoins, malgré ce point important, "suite à la publication du rapport d'évaluation et aux recommandations du Conseil d'évaluation des projets-pilotes, le gouvernement québécois a décidé de légaliser la pratique des sages-femmes au Québec dès septembre 1999 et de mettre en place un programme universitaire de formation des sages-femmes" ⁴⁰⁷[C.E.T.S. 99].

Au Québec, la mortinaissance est définie, comme étant la naissance d'un enfant mort-né, c'est-à-dire un fœtus pesant 500 grammes et plus qui, après l'expulsion complète, ne présente aucun signe de vie. La littérature fait référence à la semaine de gestation dans la définition de la mortinaissance, soit la naissance d'un mort-né à partir de la 20^{ème} à la 24^{ème} semaine de grossesse. La mortalité périnatale inclut la mortinaissance et le décès néonatal précoce, dans

⁴⁰⁶ pp 81-83 C.E. 97

⁴⁰⁷ pp1-3 C.E.T.S. 99

les premiers sept jours de vie.

"L'évaluation des projets-pilotes a soulevé des questions concernant notamment la réanimation des nouveau-nés et les mortinaissances dans le cadre de la pratique des sages-femmes. En mai 1998, le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié au CETS, le mandat d'analyser la situation quand à la question des mortinaissances dans le cadre des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec. Un comité d'experts a par la suite été constitué à cette fin. Ce rapport poursuit un but formatif et ses recommandations soulignent des aspects à considérer afin de faciliter l'intégration de la pratique des sages-femmes au système de périnatalité et d'améliorer la qualité des services offerts.

Le mandat reçu inclut deux volets qui sont : 1) procéder à une méta-analyse de la littérature scientifique afin de « tracer un portrait de ce qui est habituellement attendu dans une pratique de sages-femmes » et 2) réaliser « une analyse de nature épidémiologique de chacun des cas de mortinaissance incluant ceux identifiés pendant l'évaluation et après, jusqu'à l'entrée en fonction du groupe d'experts. Cette analyse devrait être faite par un groupe d'experts indépendants, non partie prenante à la pratique des sages-femmes dans les maisons de naissance ou les centres de maternité recommandés par la « Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes » ou ayant quelque lien avec un ordre professionnel reconnu. Cette étude devrait éliminer les cas de malformations multiples qui sont habituellement considérés comme non évitables et faire le lien, s'il y a lieu, avec la pratique des sages-femmes et les caractéristiques de la clientèle ».

Le Comité a analysé les 19 cas de mortinaissance qui ont eu lieu parmi les grossesses suivies par des sages-femmes dans les maisons de naissance au Québec, depuis leur ouverture jusqu'au 30 août 1998, date de la mise sur pied du Comité d'experts. Pendant la même période, il y a eu 3 379 naissances en maison de naissance pour un taux de mortinaissance de 5,6 pour 1 000 (19/3 379). Ce taux n'est pas statistiquement différent du taux provincial en 1995 et 1996 après standardisation selon l'âge maternel.

Le Comité a considéré que 11 cas de mortinaissances étaient inévitables. Les soins ont été jugés inappropriés dans 10 dossiers, soit pendant la période antepartum ou intrapartum, parmi lesquels la mortinaissance a été considérée possiblement évitable dans 3 cas et normalement évitable dans 5 cas.

Dans 2 cas, les soins inappropriés étaient sans rapport avec le décès. La notion de soins appropriés ou inappropriés s'applique à l'ensemble du suivi de grossesse impliquant plusieurs types de professionnels incluant les sages-femmes et les médecins.

L'étude approfondie des dossiers démontre que les soins inappropriés semblent être associés aux facteurs suivants : difficulté à reconnaître un problème et à offrir le suivi adéquat lorsque le problème est diagnostiqué, difficulté de communication entre les professionnels, délais rencontrés face aux situations urgentes, définition ambiguë des responsabilités professionnelles dans les cas de transfert de soins et de suivi conjoint, et le manque de documentation de l'information transmise à la femme enceinte sur les interventions recommandées dans le processus de soins ⁴⁰⁸[C.E.T.S. 99].

Et plus loin dans la conclusion de ce rapport, il est précisé que "la littérature scientifique disponible n'est pas concluante sur l'association entre la mortinaissance et la pratique des

⁴⁰⁸ 1-3 C.E.T.S 99

sages-femmes. Il est maintenant établi que la pratique des sages-femmes va se poursuivre au Québec au-delà de l'expérimentation des projets-pilotes, puisque la Loi sur les sages-femmes a été sanctionnée le 19 juin 1999 et entrera complètement en vigueur le 24 septembre 1999. Le Comité d'experts s'est donc longuement interrogé sur les diverses causes sous-jacentes aux soins inappropriés.

Les informations recueillies suggèrent des pistes intéressantes à considérer dans le processus d'intégration de la sage-femme au système de périnatalité.

Sur la base de l'analyse et des travaux du Comité d'experts qu'il a mis sur pied, le CETS fait les recommandations suivantes :

1. Approche globale des soins en périnatalité

La revue de plusieurs dossiers met en évidence que les sages-femmes ont démontré une approche globale des soins pour répondre aux besoins individuels des femmes et de leurs familles et il apparaît que l'accompagnement prodigué par les sages-femmes est de qualité.

Dans ce contexte, et compte tenu que les professionnels des soins en périnatalité reconnaissent les bénéfices d'une approche globale dans les soins aux femmes, le CETS estime que cette approche doit être soutenue.

2. Documentation du choix éclairé

Notre revue des cas indique que le principe du choix éclairé constitue un élément important de la pratique des sages-femmes qui répond aux attentes d'un nombre grandissant de femmes. Dans certains des cas examinés, il aurait été plus approprié de formuler des recommandations claires quand au besoin d'un suivi médical plutôt que de seulement partager des observations et informations de façon non directive. Bien que le refus de tests diagnostiques et de traitements par la femme soit bien documenté dans les cas analysés, les notes aux dossiers ne sont pas suffisamment détaillées ou explicites au sujet des conséquences médicales possibles pour la mère ou l'enfant dû au fait de ne pas suivre les recommandations. Le CETS estime qu'il est essentiel pour la sage-femme de communiquer clairement à la femme enceinte ses recommandations quand aux tests diagnostiques et traitements requis, y compris le recours à une consultation médicale, et de bien documenter dans le dossier le refus de la femme enceinte d'y recourir et les implications qui ont été discutées.

3. Formation

Le CETS estime que : l'isolement qui caractérise actuellement la pratique des sages-femmes n'est pas favorable à son intégration dans les équipes de périnatalité et qu'il est donc nécessaire, pour assurer des soins optimaux aux mères et aux bébés, que les sages-femmes et les médecins travaillent ensemble au sein d'une même équipe. Il est de la responsabilité des sages-femmes, des médecins, des établissements de santé et du gouvernement de contribuer conjointement au succès de cet objectif. Un modèle positif d'intégration plutôt que d'isolement constitue un élément clé pour développer au mieux cette nouvelle approche dans les soins primaires. Ce modèle devrait être introduit dans tous les milieux de formation des sages-femmes ainsi que dans leur pratique clinique.

La collaboration efficace entre les différents professionnels impliqués dans le suivi d'une femme enceinte dépend de l'existence de protocoles connus par chacun d'eux et qui définissent clairement les responsabilités de pratique, les mécanismes de consultation et de transfert des soins, les facteurs de risque qui requièrent ce transfert tout au long du suivi

ainsi que les modalités d'accès immédiat à des ressources spécialisées au niveau médical et hospitalier. L'élaboration et l'application de ces protocoles impliquent que l'ensemble des professionnels des milieux de l'obstétrique et des soins aux nouveau-nés ainsi que les sages-femmes connaissent bien le champ de pratique de la sage-femme et reconnaissent leurs compétences respectives.

Le succès de l'intégration des sages-femmes au sein du système de périnatalité québécois dépend des efforts concrets que feront les sages-femmes et les médecins pour établir une collaboration professionnelle qui soit vraiment continue et non uniquement ponctuelle pour les cas problématiques. Des communications efficaces et des relations harmonieuses entre les intervenants impliqués aideront à promouvoir la continuité des services et, le plus important, l'amélioration de la qualité des soins dispensés par les sages-femmes au Québec afin d'assurer la santé et le bien-être de la mère autant que du bébé"⁴⁰⁹[C.E.T.S. 99].

Il apparaît évident que loin d'un parti pris, une analyse rigoureuse est menée dans l'évaluation de ces projets-pilotes.

Si dans toutes les Maisons de Naissances l'évaluation se poursuit, la sélection des femmes admises dans ces structures se fait sur la base d'une liste établie par Conseil d'Evaluation des projets pilote de Maisons de Naissances au Québec (annexe).

Cette grille de risque définit 3 catégories.

La catégorie 1 implique une discussion avec une sage-femme ou un médecin.

La catégorie 2 impose une consultation auprès d'un médecin.

La catégorie 3 exige un transfert de la responsabilité des soins à un médecin.

Cette exigence de sélection rigoureuse continue au cours de la maternité des femmes permet certainement les résultats satisfaisants et un degré élevé de satisfaction des femmes. La liste d'attente pour bénéficier des soins en Maison de Naissances s'allonge régulièrement.

Mais pour I. Brabant, sage-femme à la Maison de Naissance Côtes des Neiges à Montréal, depuis quelques années, elle a le sentiment que "*nous devons réapprendre ensemble l'écologie de la naissance qui reconnaît la force, l'intensité, qui parle de soutien, de normal, qui sait que les femmes sont beaucoup plus que leur utérus ou leurs contractions et combien le corps et le cœur vivent la maternité en conjugaison intime. L'accouchement appartient aux femmes et aux hommes qu'elles aiment*" [Brabant 98].

2.3.5 Des parents concernés et partenaires, dans le souci de la «bientraitance»

Si depuis longtemps en France, les parents-usagers se rassemblent (en fédération successives mais toujours présentes) autour de la maternité et de la naissance, ils ont quelques difficultés à se faire entendre et reconnaître.

Récemment les parents apparaissent dans les discussions et les débats officiels. Le Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (C.I.A.N.E) a ainsi été créé pour participer aux Etats Généraux de la Naissance en juin 2003. Ce collectif a établi une charte (annexe) précisant leurs objectifs.

"L'ampleur des enjeux actuels : économiques, sociaux, culturels, de santé publique,

⁴⁰⁹ pp 4-5 C.E.T.S. 99

d'organisation médicale et hospitalière, d'accès aux droits ou du respect des droits de chaque citoyen impose des changements dans le mode de décision et dans la conduite de la politique de la naissance en France. Les seuls points de vue techniques et organisationnels, aussi performants soient-ils, ne sont plus suffisants pour gouverner les choix. La naissance ne doit pas se résumer à un acte d'accouchement. Il est essentiel aujourd'hui de prendre aussi en compte les dimensions sociales et humaines, les aspirations et les besoins globaux des populations, les observations et les revendications des utilisateurs, protagonistes directs du système de la naissance" [C.I.A.N.E. 03].

Ce collectif se compose d'associations citoyennes, émanant de champs associatifs différents, ayant tous à un titre ou à un autre une action dans le domaine de la naissance. La confrontation d'expériences et de cultures différentes permet à ce groupe d'avoir une approche beaucoup plus globale des problèmes et de leurs implications sociales.

Un des principaux objectifs de ce collectif est l'information des personnes par la mise en commun des données sur les aspirations et les besoins des usagers, les projets réglementaires, les expériences et innovations intéressantes.

La participation effective des usagers et leurs interventions modifient inévitablement les réflexions des professionnels. Cette reconnaissance des parents en fait un interlocuteur qui prend peu à peu sa place, au sein des institutions comme l'A.N.A.E.S. par exemple.

Ainsi légitimés, les parents, considérés comme des partenaires responsables, peuvent-être alliés aux recommandations mises en place pour une naissance plus humaine.

Malgré cet espoir naissant, le chemin reste à poursuivre pour construire des lendemains qui chantent et bercent les nouveaux-nés. Cela ne peut se faire qu'avec le désir et la volonté de chacun pour participer de sa place à l'entrée dans la vie de chaque enfant.

Si un accompagnement médical respectueux des femmes, des bébés est mis en place lors des consultations prénatales, des séances de préparation à la naissance de l'enfant et de la famille ainsi que dans la période postnatale ;

Si le père a sa place auprès de sa compagne ;

Si d'autres conditions environnementales sont offertes au cours des événements, accouchement-naissance... Quels sont les risques ?

L'étude qui fait suite dans la deuxième partie de ce travail entreprend de faire un état des lieux d'une expérience professionnelle et d'évaluer une pratique différente.

LA BIEN-ÊTRE
RESPECTE LA PHYSIOLOGIE
PRÉSERVE LES LIENS MÈRE-ENFANT-PÈRE

3 ETAT DES LIEUX A PROPOS D'UNE EXPERIENCE



Photographie 1

"Tout ce qu'il connaissait, c'étaient les vagues qui les emmenaient au large de nouveau, là où ils se retrouvaient seuls avec un amour et une tristesse, que personne d'autre ne pouvait partager, seuls et agrippés l'un à l'autre dans cette réalité qu'ils s'étaient longuement préparés à affronter, mais pour laquelle aucune préparation ne serait jamais suffisante" [W. Kotzwinkle 98].

Dans la deuxième partie de ce travail de thèse, je souhaite présenter la mission et l'exercice professionnel d'une sage-femme qui ont véritablement conduit cette démarche d'accompagnement médical de la maternité et les pratiques qui en découlent.

L'art ou le métier de sage-femme est une profession médicale à compétence définie. Sa vocation est d'accompagner la maternité physiologique. Le travail à accomplir avec et auprès des femmes est une tâche spécifique et satisfaisante quand il peut s'exercer dans l'esprit de la loi de 1982 (comme il est précisé dans la première partie). Il nécessite un approfondissement

et une recherche permanente des connaissances scientifiques concernant la physiologie de la maternité. Il s'appuie sur des études validées pour aller au-delà des pratiques traditionnelles qui dictent souvent les actions entreprises dans cette étape normale et naturelle de la vie des femmes.

Outre l'intérêt pour la maternité, ce sont certes une sensibilité personnelle, mais aussi différentes formations avec les éclairages particuliers qu'ils donnent, qui ont abouti à cette proposition de travail avec les femmes, les parents dans le souci du bien-être des enfants naissants. C'est également la compréhension et le respect des besoins des femmes et des enfants qui orientent cette pratique professionnelle.

Cette pratique de sage-femme libérale réalisée depuis 1985 jusque 1991 notamment, fait l'objet d'une présentation dans son contenu, pour éclairer les autres professionnels de santé sur la compétence et la réalité de l'exercice professionnel d'une sage-femme, quand celui-ci est possible.

Ensuite, une analyse épidémiologique descriptive d'une enquête de pratique professionnelle est proposée. Les résultats de cette étude sont confrontés à des données plus conventionnelles à partir de l'exploitation de la thèse de médecine de M. Scheffler réalisée en 1991. Ce travail porte sur l'étude comparative des années 1979 et 1989 : «Activité du service général et d'accouchements de la Maternité Régionale de Nancy. Comparaison entre 1979 et 1989» [Scheffler 91].

Enfin le regard porté par M.I. Freiria sociologue, dont le travail en cours intitulé «Sages-femmes libérales : vers un accompagnement de la naissance», en partenariat avec l'Equipe de Recherche en Anthropologie et Sociologie de l'Expertise (E.R.A.S.E.) de l'université de Metz, alimente la présente thèse et développe l'aspect qualitatif corroboré par le point de vue des femmes et des couples.

3.1 SAVOIR, SAVOIR-FAIRE, ETRE SAGE-FEMME



Photographie 2

*"Je suis vivant parce qu'on m'a parlé et aimé.
Je suis vivant parce que, dès les premières heures,
ma mère et le côté pluie de la neige m'ont parlé avec amour"* [Bobin 97].

Je suis sage-femme depuis bientôt vingt années et c'est aussi en tant que femme qu'une complicité et une empathie se manifestent avec celles qui mettent au monde leurs enfants. S'il est vrai que «les femmes ne sont pas des hommes comme les autres»⁴¹⁰[Mossuz-Lavau 97] alors cette «sororité» peut, me semble-t-il, rendre plus solidaire dans l'approche et la compréhension de la maternité.

Je souhaite ici expliquer et donner le sens d'une pratique alternative de sage-femme avec un Accompagnement Global de la Maternité.

3.1.1 Le regard d'une femme...

Les récits discrets et variés, heureux ou parfois douloureux que des amies m'avaient confiées sur ces moments intenses de leur vie de femme, m'avaient profondément questionnée.

Lors de mes premiers pas dans une salle de naissance nommée salle de travail il y a peu de temps encore, ma représentation de la naissance a changé avec l'irruption de l'inquiétude et de la souffrance des femmes «crucifiées» sur les tables d'accouchement.

J'ai ressenti le même choc lors de mes stages en suites de couches en maternité pendant mes études de sage-femme, en contemplant dans un long chariot prévu à cet effet, les nouveaux-

⁴¹⁰ titre Mossuz-Lavau 97

nés qui devaient être «ramassés» le soir, par des étudiantes disciplinées, pour les rassembler dans la pouponnière où ils allaient passer la nuit loin de leurs mères, laissant dans leurs chambres des femmes, seules et le plus souvent déprimées, en proie au «baby-blues».

De l'époque de mes études à l'École de sages-femmes de Metz, me restent ces images fortes et les débuts de ma réflexion et de ma démarche.

Certes des évolutions notables ont eu lieu mais elles ne peuvent tout à fait cacher des méconnaissances persistantes et des résistances au changement.

Bien sûr, certains professionnels et des personnes responsables impulsent des réflexions et des manières de faire avec des objectifs clairs s'appuyant sur l'intérêt des mères et des nouveaux-nés.

Mais, aujourd'hui, les retours en arrière, notamment en matière réglementaire, offrent des perspectives inquiétantes dans ce qu'elles induisent comme ruptures dans le suivi des femmes. Cela va certainement à l'opposé d'une continuité des soins offerts par un suivi médical soutenant, effectué par une personne référente. La préoccupation surtout comptable autour de la maternité et de la périnatalité devient la motivation des changements de conception, de pratique et d'organisation.

Le souci des femmes et des enfants à venir est peu mis en avant. Pourtant à long terme quels seront les résultats ?

Comment les besoins des enfants avant et dès la naissance sont-ils pris en considération, pour que chaque être humain se sente accueilli chaleureusement, dans le respect et l'ouverture au monde ?

Ce moment du passage de la naissance conditionne sans doute beaucoup de comportements ultérieurs. L'accueil d'un nouveau-né empreint de délicatesse et d'attention dans tous les gestes est certainement différent d'un accueil qui ne tient pas compte de cette capacité qu'il possède à ressentir l'état émotionnel qui l'entoure. Quand les gestes effectués par les professionnels sont essentiellement systématiques et dénués de sensibilité, quand l'enfant n'est pas considéré comme «une personne», quelles sont les empreintes laissées sur lui, peut-être de façon irrémédiable ?

Alors je me surprends encore à rêver... d'un monde différent.

3.1.2 ... L'approche d'une sage-femme

C'est ainsi que j'ai décidé et choisi de travailler autrement. Au terme de mes études de sage-femme, je me suis sentie prête à exercer ce métier, cette profession dont les gens disent qu'il est le plus beau du monde.

Mes expériences antérieures en services de réanimation adultes et enfants puis de pédiatrie, ont renforcé certaines de mes réflexions. L'année passée à Strasbourg à l'école de puériculture m'a fait découvrir toute l'importance de ce qui se joue pour un enfant au moment de la naissance. J'ai compris à quel point les liens entre un enfant et ses parents sont fondamentaux, dès la naissance et même avant. J'ai appréhendé, entre-autre, les notions d'attachement et de détachement participant à la construction de chaque enfant en devenir.

Même si le terme de «bienveillance» n'était pas encore courant dans le langage et les discours, - à cette époque la maltraitance était plutôt le sujet d'actualité - , j'ai saisi le rôle joué par les professionnels. Ainsi, selon leur place, leur mission, leur compétence, chaque professionnel peut favoriser ou entraver ce qui est en jeu et se noue : les liens parents-enfant.

La crise actuelle rencontrée dans le monde médical ne favorise pas l'émergence des alternatives. Au contraire, elle cristallise et renforce les fermetures. Elle crée plutôt la fuite de professionnels (sages-femmes, médecins et autres) compétents, déçus par l'absence de reconnaissance et par de tels fonctionnements. Mon dernier parcours d'étudiante en médecine m'a fait prendre conscience de la difficulté de ce monde médical malmené. J'ai réalisé que la communication entre les différents acteurs de santé était loin d'être simple, chacun restant campé, sur des positions qui ne facilitent pas les évolutions.

Le rôle de la sage-femme auprès des femmes et des couples, pendant la maternité et au moment de la naissance, m'est apparu fondamental, voire fondateur dans l'établissement des liens entre les parents et leur enfant et je me suis donc installée comme sage-femme libérale dès 1985 à Nancy.

3.1.3 Présentation d'une pratique de sage-femme libérale

Ma réflexion s'est poursuivie, après l'obtention du diplôme de sage-femme, lors de mes rencontres avec des sages-femmes libérales proposant un Accompagnement Global de la (à la) Maternité (Naissance) en France.

Cette pratique différente encore inconnue, dans la région, j'ai souhaité la mettre en pratique. Lors de mon installation, curiosité et sympathie se sont mêlées à des attitudes de rejets et de méfiance, selon les sensibilités et points de vue de chacun.

Pourtant, rêvant d'un meilleur pour l'accueil des enfants dès leur naissance et m'appuyant sur les connaissances actuelles, je n'ai pas renoncé.
Ce travail présenté en est le témoin.

Il s'agit de proposer aux femmes qui me font confiance et que j'accompagne au cours de leur maternité (dès le début de la grossesse si possible jusqu'à la période du post-partum immédiat et plus tardif), une approche différente de la maternité centrée sur la physiologie, la prophylaxie et la prévention, dans le respect de chacun des parents, de l'enfant et de leur relation.

Face à une demande croissante de la part des femmes, une autre sage-femme souhaitant exercer de la même manière m'a rejointe après deux années de cette pratique.

Bien entendu cette pratique est un choix personnel.

Elle demande un investissement, une manière de penser et une organisation du travail adaptés, tenant compte évidemment de mes propres capacités de ressources et de vie.

3.1.3.1 Proposition d'un «travail» constructif entre les femmes, les couples et une sage-femme

Je demeure persuadée qu'en prenant appui sur une écoute et un suivi rassurant, pendant la grossesse, les femmes peuvent le plus souvent mettre au monde leur enfant de manière physiologique. Elles trouvent ainsi leur propre sécurité et la confiance au fond d'elles-mêmes. Si elles sont entourées de la présence vigilante, bienveillante et empathique d'une sage-femme (ou de tout autre professionnel de santé compétent dans le domaine de la maternité), avec le soutien affectueux de leur compagnon, les mères accueillent leur nouveau-né avec tendresse, malgré les «douleurs» de l'enfantement.

Pour cela, il est nécessaire de prendre et de donner du temps, d'accompagner et de soutenir les mères et les pères dans cet événement.

Les femmes découvrent alors leurs compétences et se sentent confirmées dans leurs propres capacités grâce à cette relation de confiance qui se construit chemin faisant.

L'accueil différent chaleureux, attentif et respectueux des enfants au moment de la naissance par une mère et un père, accompagnés par une sage-femme attentionnée et vigilante qui connaît leurs attentes, augure certainement d'un à-venir différent. Les enfants grandissent ainsi avec plus de sécurité, ouverts au monde et communicants.

L'attitude professionnelle dans un souci de «bienveillance» se répercute sur les comportements parentaux et la maltraitance s'éloigne. Il s'agit bien de mettre l'accent sur cette attitude médicale prophylactique et préventive.

Cette pratique de sage-femme ainsi conçue, s'appuie sur des notions fondamentales : une cohérence, une continuité dans les soins proposés et le respect de chacun.

La cohérence

Elle repose sur le fait que la maternité est avant tout une expérience physiologique dans la vie d'une femme, dès le début de la grossesse.

Si ce processus doit être «surveillé», il demande surtout à être accompagné, confirmé, guidé, contenu par un professionnel de santé. Les femmes ont surtout besoin d'être entendues et rassurées par les professionnels.

La place et la mission d'une sage-femme est là. Le but n'est pas de contrôler, mais plutôt de respecter le vécu des femmes et d'effectuer une sorte de guidance souple, garantissant la physiologie. Loin des conseils directifs et des attitudes coercitives, la recherche avec les femmes elles-mêmes de ce qui leur est nécessaire pour vivre en toute sécurité leur grossesse, rendent possible cette physiologie. Pour celles qui souhaitent vivre pleinement et naturellement leur accouchement, cela doit être possible, à conditions de les accompagner sur ce chemin et de ne pas les abandonner, dans la solitude et les «douleurs» de l'enfantement, générées par la peur, l'inconnu et l'inquiétude, souvent renforcés par les pratiques professionnelles.

La continuité de soins personnalisés

Elle est proposée par un même professionnel de santé référent, tout au long de la maternité. La sage-femme, partenaire attentive choisie par les parents, marche à leur côté. De cette manière seront évitées les ruptures et les pertes d'informations nécessaires pour ce passage particulier et unique.

Dans cette relation avec une professionnelle compétente, chaque femme se rassure et apprend elle-même dans un véritable travail constructif qui s'élabore et se poursuit autour de l'enfant à naître.

Mais cette construction s'effectue à partir des besoins de chaque femme, de chaque couple, pour un enfant unique, à chaque grossesse. Et cela se réalise au travers des consultations prénatales, des séances de préparation à la naissance dans un premier temps, puis ensuite, lors de la mise au monde et pendant la période postnatale.

Le respect de chacun

Chaque femme prend conscience de ses capacités au cours de ce processus physiologique évolutif. Cela ne peut se réaliser que dans une considération de l'autre et dans un partenariat fait de confiance partagée, en créant des alliances. En développant cette confiance, cette sécurité de base, chaque femme aborde le moment de la mise au monde avec un potentiel positif, dans une attitude d'ouverture nécessaire à ce moment physique, psychique et émotionnel intense. Le passage de la naissance est sans doute une mise à l'épreuve, mais il renforce la sécurité des femmes dans leurs propres connaissances d'elles-mêmes et de leur enfant.

Ainsi, à chaque grossesse accompagnée, il s'agit de partir de l'expérience et du vécu précédents. Pour chacune des femmes, l'histoire est originale. D'un vécu de petite fille, puis d'adolescente à celui d'une femme, cette mère se construit peu à peu. Et chaque nouvelle maternité est vécue et est à vivre différemment. Au fur et à mesure une femme découvre et développe cette confiance nécessaire en elle-même. Elle apprend à ressentir, à vivre son corps qui se modifie, porte, s'ouvre et accueille son enfant. Elle affirme ses capacités d'être une «bonne mère» à travers ses inquiétudes, ses doutes et ses ambivalences car chacune a ce désir intime, d'être une mère capable et suffisamment bonne pour son enfant.

De son côté, peu à peu le père comprend ce qui se vit. Il devient attentif à ce qui se déroule. Il se prépare, lui aussi à l'événement de cette naissance de l'enfant. Il éprouve lui aussi des sentiments parfois inhabituels et contradictoires, mais il participe activement pour prendre sa place de père au cours de la grossesse et dans les jours qui suivent l'accueil du nouveau-né, si il y est invité et si il le souhaite.

Chacun découvre son rôle, sa place, progressivement au cours de chacune des étapes de la maternité.

3.1.3.2 Le suivi de la grossesse

Une femme fait le choix de consulter une sage-femme ou un médecin. Elle demande un suivi personnalisé au professionnel à qui elle s'adresse. Elle attend une écoute rassurante, des échanges, un soutien et une aide éventuels en plus des prescriptions médicales d'examen et

de thérapeutiques nécessaires.

Le premier entretien

Après un contact téléphonique où la demande est exposée, je donne rendez-vous pour rencontrer et faire connaissance, avec une femme, avec un couple qui me font part de leurs attentes.

Je définis mon champ de compétence et mes propositions d'accompagnement médical obstétrical et pédiatrique. Cette rencontre est importante car elle permet effectivement de préciser et de définir les perspectives et les objectifs d'un côté et de l'autre.

C'est l'occasion pour moi d'expliquer et de préciser, suivant les antécédents médicaux de chaque femme enceinte, si le suivi médical entre dans le cadre de ma compétence, s'il peut-être envisagé ou non.

S'il n'existe pas de pathologies liées à la grossesse ou interférentes, j'établis alors un dossier médical obstétrical pour cette grossesse. Chaque femme ou couple est alors en mesure de se rendre compte si le suivi lui convient et correspond à ses besoins et ses attentes.

La date à laquelle intervient ce premier entretien est très variable, mais généralement il a lieu avant six mois de grossesse.

Si cette entrevue a lieu en tout début de grossesse et que celle-ci n'est pas encore déclarée, j'oriente la femme vers un médecin généraliste ou un spécialiste de son choix, pour remplir cette formalité administrative (les sages-femmes n'ayant pas encore la possibilité de remplir le formulaire administratif de déclaration de la grossesse). C'est également l'occasion pour cette femme de se soumettre à un examen général auprès d'un médecin pour confirmer l'absence de pathologies.

Si la femme (ou le couple) souhaite interrompre ce suivi recherche, c'est possible. Elle doit simplement m'en avvertir.

Ensuite le «programme» du déroulement des consultations prénatales est fixé avec une consultation par mois. L'éventualité d'ajouter en fin de grossesse des consultations supplémentaires au 8^{ième} et 9^{ième} mois n'est pas exclue. Cela est fonction de la nécessité évolutive et de la demande de chaque femme enceinte.

Le calendrier des huit séances de préparation à la naissance de l'enfant est défini. Ces séances sont commencées dès le début de la grossesse, au 4^{ième} mois si possible. Leur contenu est abordé et explicité sommairement. Il diffère forcément suivant qu'il s'agit d'une première grossesse.

J'explique l'importance du suivi médical prénatal (consultations prénatales et séances de préparation à la naissance), avec les différents examens nécessaires (échographies, examens sanguins et urinaires).

Je donne les recommandations concernant certaines maladies qui peuvent interférer avec la grossesse (rubéole, toxoplasmose, listériose et cytomégalovirus) et auxquelles une femme enceinte peut-être exposée dans certaines conditions surtout si elle n'est pas immunisée.

Cela est complété aujourd'hui par une information sur la trisomie 21 avec la possibilité proposée de dépistage. Je précise que cet examen n'est pas obligatoire (les examens sanguins et échographiques ayant une fiabilité relative). Il s'ensuit généralement une discussion sur l'éventualité d'un handicap affectant le fœtus ou le nouveau-né. Cela pose les interrogations auxquelles les parents réfléchissent par ailleurs. La décision d'interrompre une grossesse leur appartient à partir des informations claires apportées par les professionnels de santé. Face à une telle éventualité cet événement doit être également accompagné.

J'aborde succinctement quelques notions sur l'alimentation, le mode et l'hygiène de vie, la vie familiale et professionnelle et surtout l'adaptation nécessaire du fait de la venue de cet enfant. Cela permet de préciser à la femme les conséquences de certains produits comme le tabac, l'alcool, certaines drogues et médicaments, de renseigner la femme sur les activités possibles, sur ses droits. Mais tous ces points sont repris avec les situations particulières au cours du suivi médical, soit pendant les consultations prénatales ou lors des séances de préparation à la naissance.

L'important est d'ouvrir un dialogue et une réflexion puis de répondre dans la mesure du possible aux questions qui surgissent à mesure de l'évolution de la grossesse. Je considère qu'il n'y a aucune question incongrue. Cela élimine souvent des incompréhensions et permet de compléter les informations.

Le père est invité à participer à l'ensemble de ce suivi prénatal médical qui s'inscrit dans cette construction familiale.

Si une femme est seule, je lui propose de se faire accompagner par une amie, ou tout autre personne de son choix (sa mère si elle le souhaite) pour certaines séances de préparation à la naissance.

Quand il existe des frères et sœurs il y a toujours une place pour eux au cours du suivi pour qu'ils entendent le rythme cardiaque de ce bébé in utero qui sera un petit frère ou une petite sœur. Cette rencontre est souvent très touchante.

Je demande dès cette entrevue si l'allaitement (maternel) est souhaité et qu'elle est la durée éventuellement envisagée. Je n'hésite pas à dire que c'est le meilleur lait qui soit pour l'enfant. C'est alors souvent l'occasion de répondre à des idées reçues. Cela permet de présenter l'allaitement comme la suite logique de la grossesse, dès la naissance de l'enfant. Ainsi chaque femme comprend simplement que le lait lui vient à la demande de l'enfant parce que celui-ci prend et stimule le sein. D'autre part je lui confirme que le lait maternel est toujours «bon» et adapté à l'âge de l'enfant.

A partir du moment où l'engagement est pris pour cet accompagnement, je me tiens à la disposition, au service de chaque femme selon ses besoins. Je suis prête à entendre ses questions même si je ne possède pas toujours les réponses. Pour cette raison je lui communique le moyen de me joindre facilement. Néanmoins, je précise ma disponibilité et fait part à la femme de mes absences éventuelles. Je prévois d'autre part un relais avec une autre sage-femme ou avec un médecin, si cela s'avère indispensable.

Cet entretien dure une heure à une heure et demie au moins.

L'examen clinique s'effectue rarement lors de ce premier entretien. Au cours de ma pratique

professionnelle de sage-femme, j'ai entrepris une formation en haptonomie. A cette occasion j'ai saisi l'importance de toucher l'autre dans le respect de son altérité et de son intégrité. Tout examen clinique médical doit considérer l'autre comme un sujet. Cette notion faisait déjà sens pour moi et celle-ci a été confirmée au travers de cette formation. L'haptonomie est une approche intéressante voire indispensable à tous les praticiens de santé quand il s'agit d'aborder, comme soignant le corps de l'autre. En se livrant au travers de ses symptômes lors de sa maternité à un médecin ou une sage-femme, chaque femme accepte une certaine dépendance vis-à-vis du professionnel qu'elle consulte. Pour ne pas manipuler l'autre comme un objet mais pour demeurer dans le respect de chaque personne, il est fondamental d'entrer d'abord en relation avec elle puis de la toucher avec tact.

Les consultations prénatales

Les consultations prénatales s'effectuent chaque mois. Elles visent à s'assurer de l'état de bonne santé de la mère et du développement harmonieux du fœtus.

La première consultation au premier trimestre de la grossesse, avant 12 semaines d'aménorrhée est consacrée essentiellement au diagnostic et surtout à la confirmation de la grossesse. En effet, une femme se sent et se sait enceinte. Tout simplement elle souhaite un enfant (surtout depuis l'avènement de la contraception) avec son compagnon. Depuis un certain temps ses règles ont disparu. Le plus fréquemment elle connaît la date de ses dernières règles. Parfois, ayant effectué une courbe de température, elle peut dire la date de conception surtout si un ou plusieurs rapports sexuels ont eu lieu, avec son conjoint ou partenaire. Souvent elle a fait un test diagnostic avec ses urines. Elle est capable de dire qu'elle est enceinte et surtout qu'elle se sent enceinte. L'examen clinique, puis ensuite l'échographie peuvent confirmer la grossesse.

L'absence de règles, les modifications corporelles s'accompagnant de signes «sympathiques», un examen clinique obstétrical rigoureux et respectueux, confortent cet état de grossesse. La femme aime partager cette annonce. Il n'est pas forcément nécessaire de faire un dosage biologique hormonal pour confirmer qu'elle est bien enceinte. Elle se sent généralement heureuse, se prend à rêver et déjà à imaginer ce petit au creux d'elle-même.

Si une femme consulte avant que la grossesse ne soit déclarée, je me sens tout à fait compétente pour en faire le diagnostic. Je prescris les examens nécessaires dès le début de la grossesse. Je lui demande de compléter cette consultation par une visite auprès du médecin de son choix pour un examen général obligatoire et pour la déclaration de la grossesse. Je fournis les renseignements nécessaires et les conclusions de mon examen médical obstétrical pour compléter le formulaire de déclaration de grossesse. Cette consultation auprès d'un médecin conclut le plus souvent à l'absence de pathologies intercurrentes ou liées à la grossesse.

Ensuite les consultations se déroulent chaque mois. Elles sont au nombre de six recommandées par la législation en faveur de la maternité.

Chacune d'elle permet de suivre l'évolution de la grossesse et prépare la venue de l'enfant.

De nombreuses questions jaillissent. Comment la femme vit-elle sa grossesse ? Comment se sent-elle ? Perçoit-elle son bébé ? Est-ce qu'il bouge ? Comment ressent-elle la sensation des mouvements du bébé, dans quelle position l'imagine-t-elle ? Fait-elle la différence entre les déplacements de l'enfant et d'éventuelles contractions utérines ? A-t-elle présenté des

saignements, a-t-elle perçu des contractions utérines, a-t-elle des brûlures urinaires. A-t-elle d'autres soucis physiques ou psychologiques, familiaux ou professionnels ?

Il convient d'inviter la femme enceinte à parler de ce qu'elle ressent, éprouve et vit. A cette occasion les problèmes éventuellement rencontrés sont confiés sous le sceau du secret médical. Et rare est celle qui n'a pas envie de partager les joies et les préoccupations de sa maternité en cours.

A chaque fois après cet échange, les constantes physiques sont notées. Le poids, la tension artérielle, le sucre et l'albumine sont vérifiés.

Un examen général à la recherche des signes d'une anémie, d'une insuffisance veineuse ou d'autres éléments concernant le transit intestinal, l'état des seins, de la peau, complète l'examen clinique.

Puis j'observe comment cette femme porte son enfant.

Après une prise de contact avec l'enfant in utero, avec l'accord de la mère, je peux apprécier la position de l'enfant et sentir ses mouvements. J'effectue ensuite une mesure de la hauteur utérine. Celle-ci rend compte du développement de l'enfant. J'en informe la femme, les parents.

Nous écoutons ensemble le rythme des bruits du cœur fœtal. C'est souvent un moment d'émotion qui ravit la mère. Le père manifeste également souvent ses sentiments. Cela intéresse vivement les autres enfants s'ils sont présents à la consultation, ils rient par exemple ou restent bouche-bée.

Je ne fais pas de toucher vaginal systématique. J'explique par contre, que celui-ci permet d'apprécier les modifications du col de l'utérus en fonction de la présence ou non de sensations perçues, d'une pesanteur pelvienne, de lombalgies, de réelles contractions utérines. Je prends le temps lors d'un tel examen de faire reconnaître à cette femme les perceptions qu'elle a. Cela lui permet de situer le col de l'utérus, le périnée et d'en apprécier le tonus et l'élasticité. Je note les pertes vaginales, leur couleur et leur abondance.

Puis, je prescris les examens biologiques sanguins, urinaires, éventuellement les prélèvements vaginaux, puis les échographies et très rarement des radiographies en fin de grossesse (radiopelvimétrie et contenu utérin).

De nombreux examens biologiques sont actuellement recommandés en France dans le suivi de la grossesse : le groupe sanguin, les agglutinines irrégulières surtout quand le groupe sanguin est négatif, les sérologies de la syphilis, de la rubéole, de la toxoplasmose, du virus de l'immuno-déficience humaine (VIH), des hépatites C et B avec la recherche de l'antigène HBs et du cytomégalovirus (CMV). Ces examens permettent de dépister d'éventuelles anomalies et de prendre les mesures nécessaires si besoin. Par ailleurs la numération formule sanguine avec les plaquettes est un indicateur d'une anémie éventuellement importante et évolutive. D'autres examens sanguins peuvent être utiles comme la glycémie ou le dosage de l'acide urique permettant de préciser des signes d'alerte, de les confirmer ou au contraire de les infirmer.

Avant d'instaurer un traitement médicamenteux, j'insiste beaucoup sur la prévention des carences alimentaires en fer, calcium, magnésium, en protéines et suggère les modifications alimentaires à apporter. J'insiste sur l'intérêt de ne pas manger trop de sucres et surtout d'avoir une alimentation variée et équilibrée.

Néanmoins une thérapeutique est prescrite et mise en route si besoin.

Enfin, je note dans le dossier médical et dans le carnet de santé de maternité remis à chaque femme, les constatations de l'examen ainsi que les prescriptions demandées.

Dans le cas où se présente un ou des signes anormaux, si des examens sont significatifs d'une anomalie, je prends un avis auprès d'un médecin spécialiste. J'adresse alors éventuellement cette femme en consultation après un échange téléphonique. (A chaque fois qu'il a été nécessaire, je me suis adressée, pendant ces années de pratique de sage-femme, à un médecin praticien hospitalier à la maternité publique, en essayant d'établir une relation avec un médecin particulier, pouvant être un professionnel référent pour ma propre pratique).

Ensuite nous vérifions ensemble le rendez-vous suivant pour une consultation prénatale, de manière à ce que le père puisse être présent s'il le souhaite. Ce qui est fréquemment le cas.

Je poursuis les échanges avec les femmes et les couples de parents lors de ces moments qui préparent aussi à la venue d'un enfant.

Les séances de préparation à la naissance... de l'enfant, d'une mère, d'un père et d'une famille

Ces séances, dans un suivi global de la maternité, sont pratiquement toujours effectuées avec la sage-femme qui réalise les consultations prénatales et qui est responsable ultérieurement de l'accouchement et de la naissance, puis des suites postnatales.

Je ne fais pas de cours même si je donne des explications théoriques.

Le contenu des séances repose sur des entretiens individuels le plus fréquemment. Mais certaines séances sont collectives pour favoriser des échanges entre les femmes et les couples. Celle sur l'allaitement est la plus adaptée à ce type de rencontres surtout quand la présence d'une maman qui allaite est possible. Ces séances permettent et favorisent les échanges, les réflexions.

Le contenu porte sur l'hygiène de vie, sur la manière de vivre enceinte. Des informations sur la grossesse et l'accouchement sont données. La relation à l'enfant (son accueil immédiat et ultérieur avec les relais possibles, les soins à lui apporter, l'attachement) occupe le centre des échanges. Les rencontres invitent à l'allaitement maternel (l'introduction d'une alimentation diversifiée est abordée ainsi que le sevrage), l'alimentation artificielle est développée si cela est nécessaire quand une femme a fait ce choix (mais cela est peu fréquent dans ma pratique). Les différentes phases de l'accouchement et de la naissance sont développées sur deux séances. Les techniques instrumentales (épisiotomie, forceps, césarienne, péridurale, les actes techniques pour la délivrance...etc) pouvant survenir sont évoquées.

L'ordre de ces séances n'est pas figé mais il s'adapte aux questions posées par les parents.

La préparation corporelle s'effectue avec la femme et son conjoint. Il s'agit de développer chez chacune sa propre connaissance du corps et d'effectuer une prise de conscience corporelle. Cette préparation permet effectivement à la femme de mieux connaître son corps, d'appréhender ensuite la manière de se vivre enceinte et de s'adapter aux contractions utérines lors de l'accouchement. En trouvant la respiration qui convient puis les mouvements et les positions qui soulagent, chaque mère découvre la manière la plus efficace d'accompagner la naissance de son enfant dans une ouverture à la fois physique et psychique. L'accouchement

est en effet un effort intense corporel et mental. Les mises en situation permettent d'appréhender au mieux toutes ces sensations corporelles nouvelles. Il est indispensable de s'entraîner à respirer profondément, de lâcher prise, de pousser dans le souffle qui permet l'ouverture du corps au passage de l'enfant, pour accompagner ainsi cette naissance. Mais c'est aussi en développant et en confirmant la confiance que chaque femme peut trouver en elle dans l'éprouvé de son corps, soutenue par le contact affectif de ce compagnon, tournée vers cet enfant à naître, que chacune découvre ses propres capacités à mettre au monde son enfant.

La formation que j'ai reçue en haptonomie oriente cette préparation à la naissance vers l'aspect relationnel entre l'enfant et ses parents. Si les parents le souhaitent, je les invite à entrer en contact avec leur bébé et à poursuivre cette relation qu'ils ont souvent spontanément établie avec lui. Cela semble évident pour la plupart des mères (mais pas toujours puisque l'occasion m'a été donnée de rencontrer des femmes dans l'impossibilité d'établir une relation avec leur nouvel enfant, à la suite d'une interruption thérapeutique de grossesse très mal vécue et ayant laissé des cicatrices insurmontables). Pour les pères c'est aussi l'opportunité de confirmer l'importance de leur place dans cette relation duelle. Cette approche permet de rester centré sur l'enfant naissant (pour la mère et le père) et offre sans doute des perspectives intéressantes dans cette ouverture essentielle pour chaque femme lors de la mise au monde.

La relaxation et les massages peuvent-être utilisés ou simplement des exercices corporels si l'attente des parents est différente. Cette préparation est personnalisée et s'adapte aux personnes rencontrées, dans un esprit d'ouverture et de tolérance.

Je propose de commencer ces séances rapidement en début de grossesse. Ces séances viennent en effet scander le déroulement de la grossesse. Elles comportent à chaque fois un temps d'entretien avec les parents et un temps réservé à la prise de conscience corporelle. Une trame est établie. Elle permet de commenter et de suivre le déroulement et l'évolution de la grossesse. Les échanges qui ont lieu tiennent compte du temps nécessaire à la maturation des étapes différentes de la grossesse. Le premier trimestre est le temps d'acceptation et de concrétisation de la grossesse, cet événement physiologique pour toute femme enceinte. Le deuxième trimestre est le temps de la croisière au cours de ce voyage. La femme s'épanouit et prend souvent plaisir dans la découverte de cette vie à deux très symbiotique. Le dernier trimestre voit poindre toutes les questions, les doutes et les inquiétudes pour le moment de l'accouchement... mais également, pour la suite de la vie de chaque couple qui est bouleversée inéluctablement par la venue de cet enfant.

Ce qui me paraît important c'est surtout de susciter les interrogations et les réflexions. Je n'ai pas une méthode ni de recettes, mais j'essaie plutôt d'amener les femmes à sentir, ressentir, puis à réfléchir et à trouver leurs propres réponses. Je demande toujours que les parents viennent avec leurs nombreuses questions. Il s'agit bien d'un échange et d'un partage de savoir dû à mes connaissances professionnelles et à mon expérience mais aussi en tenant compte de la compétence des parents. J'invite le compagnon de chaque femme à participer activement et à prendre toute sa place.

➤ La première séance

Elle donne l'occasion de parler de l'hygiène de vie, du sommeil, de préciser les informations sur l'alimentation, de l'activité professionnelle, des déplacements et des voyages, des activités physiques, des relations sexuelles pendant la grossesse. Si les parents le souhaitent, je commente le développement embryologique de l'enfant.

Je présente l'intérêt pour la femme d'effectuer un travail sur le périnée. J'explique la préparation des seins si l'allaitement est envisagé. Des documents photocopiés, contenant les informations utiles sur ces questions sont remis à chaque femme.

Généralement à cette première séance, les femmes se détendent. Elles parlent facilement et ont réellement plein de «choses» à dire.

Puis ensemble avec les parents, le travail de préparation corporelle décrit précédemment est commencé progressivement en fonction des différentes étapes.

➤ La deuxième séance

Elle permet de parler des contractions utérines.

Qu'est ce que c'est exactement, à quoi elles servent. Lors d'une première grossesse, il est difficile, au début, de faire la part entre les mouvements subtils du bébé, les sensations intestinales et de réelles contractions utérines.

Comment faire pour apprendre à réguler ces contractions utérines, comment faire pour ne pas accoucher prématurément ? Qu'est-ce qui est à prendre en compte ? Quand s'alerter ? Ainsi peu à peu chaque femme se centre sur les sensations perçues, mouvements du bébé et sensations utérines.

Et les contractions de l'accouchement ? Quelle est la différence ? De ces vagues douces et régulières d'une mer où la brise fait naître des liserés d'écume, à cette houle qui s'amplifie donnant le mal de mer déjà, voici la tempête qui se lève avec des creux de vagues impressionnants et voici le roulis et le tangage. Comment survivre à ce voyage et mener à bon port les deux passagers liés l'un à l'autre ? Qui peut de la rive encourager, soutenir, parler avec tendresse et réconfort ? Qui va guider pour éviter les écueils, renseigner sur la progression, apaiser et calmer la sensation par un contact rassurant ? Qui va veiller au déroulement normal ? Qui va dire d'autres paroles encourageantes ?

Ainsi comment préparer ensemble cette expédition qui est la venue au monde d'un enfant ?

Cet enfant imaginaire dont toute femme sait qu'elle doit se séparer d'une certaine manière qui est-il ? Comment se préparer avec le père à la rencontre de cet inconnu bien réel. Si tout le monde souhaite que la mère et l'enfant soient, sains et saufs, personne ne connaît exactement le chemin à prendre. Alors, quels outils sont à emporter dans le havre-sac ?

Et je les invite à trouver pour eux, ceux dont ils vont avoir besoin en cours de route pour ce voyage et cette traversée. Et je leur donne également d'autres pistes de réflexion. Mais eux-mêmes savent trouver des réponses et je leur fais confiance.

La relation s'éprouve et se poursuit avec l'enfant in utero et la prise de conscience corporelle se poursuit.

➤ La troisième séance

La relation et l'accueil de l'enfant sont un des temps essentiels de la préparation. Car il s'agit bien de la naissance d'un enfant. Comment les parents souhaitent-ils l'accueillir ? Comment la mère et le père imaginent-ils ces premiers instants ? Que vont-ils faire de l'enfant ? Souhaitent-ils lui donner un bain, le père va-t-il l'habiller ? Et ensuite comment vont se passer les heures et les premiers jours ? Et plus tard après la première semaine ? Quelle est la place

de chacun dans les soins au bébé, comment le changer, lui donner un bain, le porter ? Comment les parents se sont-ils organisés pour le retour à la maison ? Le père est-il présent ? Quels sont les relais possibles dans les premiers mois et ensuite ? Quels sont les modes d'accueil auxquels les parents ont pensé quand la mère reprend ses activités ?

Entre le rêve et la réalité, les différents gestes possibles autour de l'enfant sont commentés. Des explications sont apportées sur son adaptation. La cotation d'Apgar, les examens plus ou moins systématiques suivant la conception de cet accueil. Le passage d'une sonde pour évacuer les sécrétions au niveau du carrefour naso-trachéal et/ou pour vérifier la perméabilité oesophago-gastrique sont expliqués, mais ils ne sont pas indispensables systématiquement. Le premier examen morphologique, la pesée et les mensurations font partie des premiers gestes, mais il est possible de les réaliser en douceur.

Les soins à l'enfant sont appréhendés. La toilette et le bain sont découverts avec un poupon ainsi que les changes et les différents gestes possibles. Les possibilités de portage de l'enfant sont envisagées et sont expérimentées toujours avec ce poupon.

La relation au bébé in utero se poursuit ainsi que la prise de conscience corporelle.

➤ La quatrième séance

L'allaitement est détaillé depuis le fonctionnement de la glande mammaire jusque la mise en route de l'allaitement. L'intérêt de la mise au sein précoce est présenté ainsi que les autres possibilités si l'enfant et la mère sont séparés. L'allaitement ne doit pas être contraignant mais un moment agréable avec l'enfant. La compréhension des rythmes jour-nuit, de la durée des tétées permettent à la mère d'être préparée à une certaine souplesse avec son bébé. Les facteurs favorisant la lactation et l'alimentation pendant l'allaitement sont abordés (le repos, l'absence de stress, les apports hydriques, le soutien du père de l'enfant et de l'entourage).

Comment faire pour éviter les crevasses ou les engorgements ? Comment allaiter ailleurs que chez soi ? Les questions ne tarissent pas... comme le lait qui va s'écouler.

L'introduction d'une alimentation diversifiée adaptée à l'évolution morphologique de l'enfant permet de comprendre qu'il n'y a pas d'urgence. Le moment du sevrage dépend de la mère et de l'enfant.

Les positions pour allaiter de manière à ce que l'enfant prenne bien le sein font l'objet d'une mise en situation (avec le poupon).

Les échanges avec l'enfant in utero se poursuivent et le travail sur le corps également.

➤ La cinquième séance

Bien sûr la question de la douleur est envisagée. Pourquoi ? Comment s'adapter à ce qui se vit au moment de l'accouchement sans être dans la souffrance ? Est-ce inéluctable et constant, «ces douleurs» ? Quelles sont les propositions et les solutions envisageables pour vivre au mieux cet événement et s'y adapter au fur et à mesure ?

Les possibilités de soulager la sensation des contractions utérines quand elle deviennent difficiles à supporter sont abordées. Pour certaines c'est l'utilisation de l'eau où elles se détendent, pour d'autres ce sont les massages effectués par le compagnon, pour d'autres encore ce sont les positions qui permettent une meilleure gestion de ces sensations.

Comment rester en contact avec son bébé dans tout ce bouleversement du corps et ne pas l'abandonner seul dans cet événement de sa propre naissance ?

Que peut faire, dire le compagnon ? Sa présence est le plus souvent rassurante pour la femme

mais qu'en est-il pour lui de ses inquiétudes personnelles ?

L'explication théorique de cette première phase du travail d'accouchement avec la perte du bouchon muqueux, le rythme des contractions, la dilatation du col, la rupture des membranes amniotiques, permet de lever les inquiétudes, d'apprécier le temps nécessaire... 12 heures pour un premier bébé et bien moins si c'est un deuxième... quand au troisième nul ne sait ou plutôt chaque femme en a peut-être l'intuition.

La pratique d'une respiration ample, profonde et relaxante permet le lâcher prise. La découverte d'une communication parfois surprenante entre les parents et l'enfant, étonne. Le tonus corporel se modifie et le corps s'ouvre à cette prochaine naissance.

➤ La sixième séance

Il est question de la deuxième phase de l'accouchement avec la descente de l'enfant dans le bassin et sa progression. Comment le sentir et l'accompagner dans sa naissance ? A partir de ce réflexe, lors de la première envie de pousser et de cette intense émotion qui surgit, comment ne pas résister à son envie de naître et à ce désir de le mettre au monde ? Mais comment faire avec toutes ces craintes qui peuvent survenir ? Comment rendre cette séparation et cette rencontre imminente plus facile si ce n'est en pensant à ce bébé que la mère va pouvoir prendre dans ses bras avec le soutien très affectif du père.

Là aussi l'explication théorique est apportée pour une meilleure compréhension de ces moments. Des précisions sont données sur l'axe dans lequel l'enfant descend, comment il s'oriente et place sa nuque sous la symphyse pubienne pour se dégager ensuite. Le temps est nécessaire là encore pour que le périnée arrive à avoir une ampliation correcte et ne se déchire pas. Et tout le corps de l'enfant suit la tête (le plus fréquemment) et la mère peut enfin le saisir entre ses mains et le serrer contre elle, épuisée par l'effort mais ravie.

Et puis vient le temps de la délivrance, avec de nouvelles contractions utérines. Et la sortie du placenta se fait simplement en adoptant une position verticale (assise ou accroupie par exemple sans qu'il soit nécessaire d'appuyer sur le fond utérin).

L'examen du périnée (à la recherche de quelques lésions) et la réfection éventuelle sous anesthésie locale est expliquée.

Des exercices permettant de ressentir comment aider son enfant lors de la naissance sont effectués généralement en position verticale (debout, assise, accroupie), soutenue par le compagnon. La manière de pousser se découvre en utilisant une respiration non bloquée mais au contraire en travaillant sur l'ouverture et le souffle en expiration. Les sensations perçues de la position de l'enfant sont reconnues et son mouvement vers le bas devient plus clair pour chaque femme. Il s'agit d'inviter l'enfant à naître et pas de l'expulser.

➤ La septième séance

Les interventions techniques instrumentales sont commentées pour que celles qui peuvent y être confrontées ne les vivent pas avec un sentiment d'échec ou de déception.

L'épisiotomie, la péridurale, l'anesthésie générale, les interventions techniques instrumentales (forceps, césarienne), les interventions pour la délivrance (délivrance artificielle, révision utérine), les réparations périnéales sont expliquées.

Les transferts éventuels en réanimation pour la mère et l'enfant avec les médecins pouvant

intervenir (obstétricien, anesthésiste, pédiatre) sont envisagés.
Dans ce cas le rôle du père est délicat et il demeure le lien entre la mère et l'enfant.

Les différents exercices corporels sont repris toujours dans cette relation à l'enfant.

➤ La huitième séance

Cette séance permet d'aborder les dernières questions et d'insister sur les points essentiels, il s'agit d'une révision.

Le corps est perçu différemment dans cette attente qui s'impatiente de cette rencontre avec ce nouveau venu, bienvenu, que les parents souhaitent accueillir dans un bien naître plein de tendresse.

Ces résumés des séances ne donne qu'un aperçu sommaire de leur contenu et de la pratique corporelle centrée vers cet enfant.

3.1.3.3 Lors de l'accouchement et de la naissance

Chaque femme prend contact directement dès l'instant où elle pense que le moment de l'accouchement est arrivé (avec la présence de contractions régulières) ou si survient un écoulement de liquide ou quelques soit l'anomalie qui l'inquiète (aussi banale soit-elle ou plus grave comme l'absence des mouvements du bébé, l'apparition d'une fièvre, de métrorragies etc...).

Dès cet appel, je me rends chez elle si elle habite dans la ville ou si l'accouchement est prévu à domicile sinon elle vient en consultation.

Je lui demande comment elle se sent. Les constantes physiques sont notées. L'examen clinique permet de confirmer le début et/ou l'avancement du travail d'accouchement. Le rythme cardiaque de l'enfant est apprécié.

Et ensemble avec les parents, j'attends et j'observe l'évolution de cette adaptation aux contractions utérines avec une infinie patience.

Pendant ce temps, chaque femme avec l'aide de son conjoint essaie de dire et de trouver ce qui lui convient le mieux pour se sentir bien. Elle utilise la déambulation, parfois un bain, des positions qui la soulagent et lui permettent de sentir son bébé. Son compagnon lui fait des massages et la soutient physiquement et moralement.

Pendant toute cette période, je note le rythme cardiaque de l'enfant soit de manière discontinue ou en continu (avec ou sans enregistrement en fonction du lieu), la dilatation du col de l'utérus par des examens dont la fréquence tient compte du comportement de la parturiente et de l'évolution pressentie.

Puis le moment venu (apprécié avec l'évolution du travail) nous nous rendons ensemble à la Maternité Régionale si c'est le lieu qui a été choisi pour la naissance, ou nous restons au domicile des parents.

Le changement de lieu nécessite toujours une adaptation (et parfois les contractions ralentissent ou au contraire cela faisant prendre conscience que l'instant de la naissance approche et celles-ci s'installent avec plus d'intensité).

Aucune instrumentalisation n'intervient, si cela n'est pas dicté par une pathologie. A cette période de ma pratique, je ne pose pas systématiquement de perfusion. Les constantes

physiques continuent à être notées, mais je me préoccupe surtout du vécu de chaque femme. Le rythme cardiaque de l'enfant est surveillé à l'aide du cardiotocographe (avec uniquement le capteur servant à cet effet) soit par intermittence si tout va bien soit en permanence si je l'estime indispensable. Cette contrainte n'entrave pas les mouvements de la femme qui peut continuer à se déplacer, dans un espace plus restreint certes mais acceptable.

Quand l'envie de pousser surgit, la femme cherche et adopte la position qui lui convient le mieux. Les étriers ne sont quasiment jamais utilisés.

Pendant toute cette période, je reste présente auprès de la femme et son compagnon. Je suis très attentive et par ailleurs j'apporte un soutien réconfortant, encourageant et néanmoins très vigilant. Le père accompagne, encourage, soutient sa compagne.

Dès que la tête de l'enfant paraît sur le périnée, la mère peut utiliser un miroir pour faire la corrélation entre la progression de son bébé et ses efforts de poussée qui se font sur l'expiration plutôt qu'en respiration bloquée. Elle peut sentir le sommet de la tête et dès que celle-ci avec le reste du corps a franchi la vulve, la mère peut aider son enfant et le saisir dans ses mains pour ensuite l'amener contre son cœur. J'accompagne simplement le mouvement de l'enfant qui naît tout en surveillant l'état du périnée.

Puis j'apprécie le bien-être du nouveau-né, je regarde l'heure de sa naissance et je note mentalement l'Apgar à une et cinq minutes. Puis ensemble nous souhaitons la bienvenue à ce nouvel être humain. Je reste un peu à l'écart laissant les parents faire connaissance avec leur bébé, mais je reste très vigilante pour la mère et le nouveau-né.

3.1.3.4 La période postnatale

Je distingue la période postnatale immédiate et une période plus tardive.

Immédiatement après la naissance, je surveille la mère et le nouveau-né.

Pour la mère, il reste la délivrance et la vérification de l'état du périnée. Après les vingt minutes fatidiques, je vérifie que le placenta est décollé et qu'il peut être expulsé. J'apprécie dans le même temps les pertes sanguines. La femme peut alors prendre une position adaptée lui facilitant la sortie du délivre. Ensuite je regarde si des lésions existent au niveau de la vulve et du vagin et je procède à leur réfection si cela est nécessaire. Puis je vérifie la bonne rétraction de l'utérus en prévenant la femme.

Pendant ce temps, le nouveau-né reste sur le ventre de sa mère avec le père juste à côté ou bien celui-ci prend l'enfant dans ses bras si la mère le souhaite et cela après que le cordon ait été coupé, le plus souvent par le père. Si le bébé demeure entre les seins de sa maman, nous observons tranquillement le réflexe de foussement, puis ensuite la prise du mamelon par l'enfant et le réflexe de succion qui donne l'occasion de la première tétée.

Un bain est éventuellement proposé si les parents le souhaitent et c'est généralement le papa qui le donne. Puis j'examine le nouveau-né auprès de la mère (je vérifie qu'il n'y a pas d'anomalies morphologiques puisque c'est de ma compétence, je pratique une auscultation cardiaque). Je pèse le nouveau-né en prenant soin de mettre un linge chaud sur la balance (les autres mensurations sont faites ultérieurement puisque l'enfant est encore dans une position fœtale). Ensuite le père habille l'enfant, souvent avec des gestes maladroits dus à l'émotion, encore présente, sous le regard attendri de la mère.

Le passage d'une sonde d'aspiration naso-trachéale pour libérer les voies aériennes des

sécrétions n'est pas faite systématiquement (seulement quand le liquide est teinté ou que le nouveau présente des difficultés d'adaptation respiratoire). J'effectue rarement une recherche de la perméabilité des choanes ou de l'œsophage étant donné le très faible pourcentage de ces malformations. Je ne mets pas de gouttes dans les yeux, le nitrate d'argent étant réservé aux infections à gonocoque mais si les parents ont apporté un collyre antiseptique et désinfectant, il est mis dans les yeux du nouveau-né. Le cordon est désinfecté.

Puis la mère et l'enfant sont installés, dans leur chambre et je donne les consignes pour la mère (notamment vider la vessie pour assurer une bonne rétraction utérine, masser l'utérus pour vérifier le globe utérin, ne pas se lever seule immédiatement) et pour l'enfant (mise au sein aussi fréquente qu'il le demande). Je les quitte en restant à leur disposition pour toutes questions ou anomalies.

Dans les jours qui suivent je rends une visite quotidienne, pendant cinq jours consécutifs. Puis j'espace ces visites peu à peu jusqu'à la dernière qui a lieu vers dix ou quinze jours. La mère et l'enfant peuvent être ensuite revus en consultation si la mère le souhaite dans le ou les mois qui vont suivre.

Pour la mère, les constantes sont notées (tension artérielle, pouls, température), la bonne rétraction de l'utérus également, la cicatrisation des lésions du périnée est vérifiée, l'état des seins est apprécié (au fur et à mesure de l'installation de la lactation et veille aux petits incidents que sont les crevasses ou l'engorgement lors d'une tension mammaire importante).

Pour l'enfant, les soins sont pratiqués par la mère ou le père ou les deux ensemble en ma présence mais jamais je ne le fais à leur place. Je me contente de les guider, de les rassurer et de confirmer leurs compétences. Le poids est vérifié chaque jour jusqu'à la reprise du poids de naissance, la température est notée. Le fonctionnement urinaire et l'émission de méconium puis l'apparition des selles normales, sont constatés. Les tétées sont observées et leur rythme est noté. Le comportement du nourrisson est apprécié.

Je surveille l'apparition d'un ictère clinique et je note le taux de bilirubine sur une courbe en veillant à ce que celui-ci ne dépasse pas le seuil de photothérapie et je prends les décisions adaptées si cela est nécessaire (transfert éventuel en veillant à ce que la mère et l'enfant ne soient pas séparés).

J'effectue les examens biologiques et notamment le test de Guthrie systématiquement prélevé après avoir donné toutes les explications aux parents sur ce dépistage. Les prélèvements sanguins à l'enfant se réalisent généralement dans les bras de la mère ou du père, soit en permettant au bébé de téter et le plus fréquemment cela se passe pendant qu'il tète le sein maternel. De cette manière, les nouveaux-nés ne pleurent quasiment pas.

Chaque jour cette rencontre permet de constater que la mère et l'enfant vont bien et que leur relation est adéquate.

L'enfant a un besoin inconditionnel du soutien de sa mère. Ce soutien va bien au-delà du fait que l'enfant est tenu et porté par la mère avec tous les moyens qui donnent un support psychique à son moi naissant. L'enfant s'appuie ainsi au départ totalement sur la présence de la mère «qui a l'enfant à l'esprit» et fait ainsi pratiquement partie de son fonctionnement psychique. Le soutien fourni par la mère comprend toute la routine des soins quotidiens adaptés à l'enfant et a fondamentalement un rôle de protection (la mère en tant que pare-excitations) contre les expériences qui pourraient être, angoissantes ou traumatisantes. Ce soutien est principalement à la base de l'intégration du moi en un tout unifié.

Ainsi pour les parents, il s'agit de cheminer pour faire une place tant physique que psychique à leur bébé et d'accompagner son développement.

C'est l'ensemble de ce processus maturatif avec des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à ces adultes de devenir parents et de répondre aux besoins de leur enfant, au travers de soins qui prennent en compte le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique de cet enfant nouveau-né.

Et ma présence confirmant les compétences des parents est simplement, bienveillante et rassurante dans ce processus évolutif.

3.2 ANALYSE DESCRIPTIVE D'UNE PRATIQUE D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DE LA MATERNITE



Photographie 3

*"J'avance sur le trottoir, ta vie blottie contre moi, tiède et minuscule.
Ta vie chevillée à mon corps. Je te tiens tout près de ma joue,
tout près de mon souffle, tout près de mes yeux.
Est-ce cela le bonheur ? Cette succession de minutes heureuses...
Je croise une femme enceinte, belle comme un soleil. On se sourit" [F. Lefèvre 94].*

L'étude qui suit est une enquête de pratique professionnelle médicale. Les dossiers médicaux papier, élaborés à mesure des rencontres avec les femmes, témoignent de ces suivis de maternité.

L'analyse présentée porte sur les résultats des années 1985 à 1988. Elle étudie 187 dossiers exploitables d'une pratique d'accompagnement global de la maternité, réalisés pendant ces quatre années. Ces dossiers sont extraits de l'ensemble des dossiers de la population m'ayant sollicitée pendant cette période soit en tout 217 dossiers. Les 30 autres dossiers se rapportent uniquement à une demande de séances de préparation à la naissance.

Chaque partie des résultats, quand cela est possible, est comparée avec les résultats trouvés dans la thèse de M. Scheffler où elle analyse les données de l'activité du service général et d'accouchements de la Maternité Régionale, des années 1979 (avec 1653 dossiers d'accouchées) et 1989 (avec 1673 dossiers).

Malgré le désir de traiter l'ensemble des dossiers établis de 1985 à 1991 soit environ 500 dossiers, seule une étude partielle est présentée ici. Celle-ci a en effet nécessité un long travail de mise en forme informatique (pour prendre en compte certains éléments dont il n'est pas fait cas dans d'autres études) et une collaboration du service d'épidémiologie.

La poursuite de cette étude est envisagée ultérieurement sur les dossiers des années 1989 à 1991 et ensuite jusqu'à ces dernières années.

Ce travail sera complété également avec l'étude des dossiers d'une deuxième sage-femme ayant pratiqué de manière similaire de 1987 à 1991, puis ensuite différemment, du fait de circonstances extérieures. Cela permettra sans doute de mettre en évidence que ce type de suivi effectué par une autre sage-femme (associée à cette pratique) est reproductible. En effet, cet accompagnement médical n'est pas dû uniquement à une professionnelle et à sa philosophie.

Ceci rend compte de la demande des femmes et des parents, de l'évolution de la pratique de sages-femmes offrant ce type de soins continus avec une approche globale pendant la maternité.

3.2.1 La méthodologie et les moyens utilisés pour cette étude

La saisie informatique des données à partir des dossiers papier mère-enfant a été réalisée par mes soins, en préservant l'anonymat des personnes, un numéro a été donné à chaque dossier, dès la fin de l'année 2002 et durant l'année 2003.

Ce travail a été effectué sur un iBook Macintosh de Apple à l'aide de DIAMM, un logiciel de dossiers médicaux élaboré par la société d'informatique médicale MICRO 6. Ce logiciel a été mis gracieusement à ma disposition par J.P. Musse.

La base des données exploitées avec les différentes variables s'appuie sur celle qui est utilisée en France, par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (A.N.S.F.L.) pour l'exploitation et l'évaluation des résultats de l'ensemble du travail des sages-femmes libérales pratiquant un Accompagnement Global de la Maternité (soit à domicile soit avec l'accès à un plateau technique).

Cette évaluation a été décidée lors de l'Assemblée Générale de l'Association en octobre 1996. La collecte des données des sages-femmes libérales françaises se fait depuis 1997, en lien avec une unité I.N.S.E.R.M. de Lyon en utilisant les dossiers de l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie (A.U.D.I.P.O.G.). Ces derniers n'étant pas adaptés à la pratique des sages-femmes libérales, puisqu'il manque de nombreux items permettant de mettre en valeur les particularités du savoir-faire des sages-femmes, certaines variables ont été ajoutées par les sages-femmes libérales et prises en compte.

Pour cette raison, les données existant dans les dossiers médicaux-papier de l'étude présente apparaissent avec la mise en forme et l'adaptation du logiciel DIAMM, puis ensuite dans l'exploitation de l'ensemble des données. Ce travail important a nécessité environ quatre-vingt-dix heures à F. Nuyts de la société MICRO 6 dont une trentaine d'heures ensemble. Grâce à cette collaboration l'analyse et l'exploitation des données a pu ensuite être réalisée.

Puis les résultats ont été confiés au Service d'épidémiologie et d'évaluation clinique du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, à C. Loos puis à C. Baumann, pour qu'elles soient exploitables pour ce travail. Cette coopération fructueuse aboutit à la présentation d'une enquête descriptive d'une pratique professionnelle médicale différente en distinguant les variables quantitatives et qualitatives.

L'ensemble des données pour les mères et les enfants ont été fusionnées. Il est considéré que chaque enfant a une mère. Ainsi pour les grossesses gémellaires, un dossier mère-enfant est pris en compte pour chaque enfant nouveau-né. Pour cette raison l'analyse porte finalement sur 189 dossiers au lieu de 187 puisqu'il y a deux grossesses gémellaires.

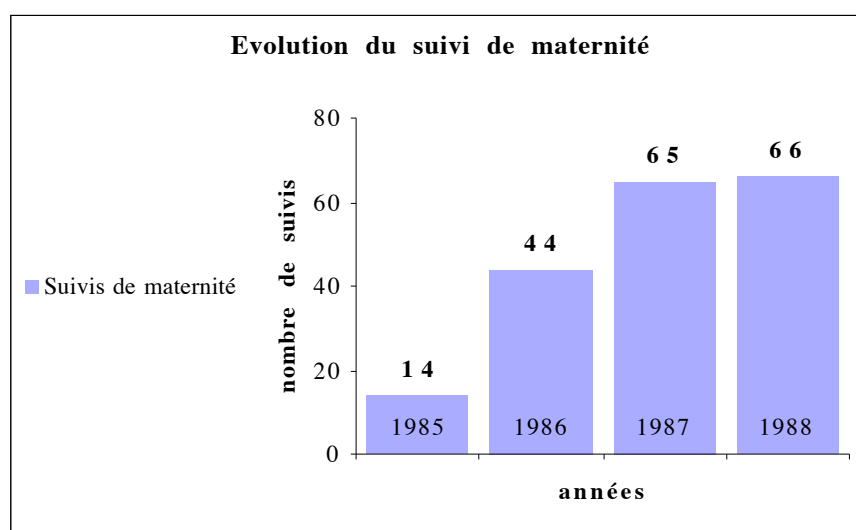
3.2.2 Les résultats pour les mères et les enfants

Durant ces quatre années, 187 femmes ont accouché bénéficiant d'un accompagnement global de la maternité par une sage-femme, avec la collaboration éventuelle d'une équipe médicale hospitalière quand cela a été indispensable.

Aucune des femmes n'est décédée.

Par ailleurs 189 enfants ont vu le jour. Ils sont tous nés vivants, 14 en 1985, 44 en 1986, 65 en 1987, 66 en 1988.

Le nombre de femmes suivies lors de leur maternité, par une seule sage-femme une fois le rythme de croisière de cette pratique instaurée (lors de la troisième année) est quasiment constant du fait de la limitation volontaire de ce nombre de suivis par an.



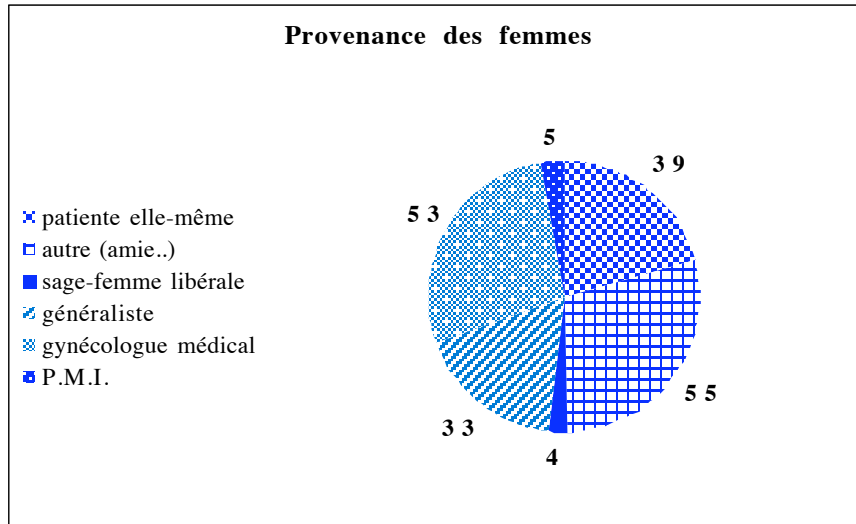
Ces suivis de maternité par une sage-femme représentent dans cette pratique un maximum de 60 à 65 dossiers par an. Ce qui correspond à un peu plus d'un accouchement par semaine pendant toute l'année.

3.2.3 Les caractéristiques socio-démographiques des femmes rencontrées

L'essentiel des données recueillies concerne les mères. L'âge des pères, leur origine ethnique et leur statut professionnel n'ont pas été notés au début de cette pratique. Ils ne figurent donc pas dans cette analyse.

3.2.3.1 La provenance des femmes enceintes et des couples

Dans les 189 dossiers, ce sont les femmes essentiellement qui font la démarche, entraînant leur conjoint.



Elles consultent spontanément d'elles mêmes, cherchant une autre manière d'aborder la maternité. Elles sont aussi recommandées par des amies. Certains médecins généralistes ou gynécologues médicaux faisant la déclaration de la grossesse évoquent également cette possibilité différente de suivi de la maternité. Les sages-femmes des services de P.M.I. et certaines sage-femmes libérales transmettent aussi aux femmes l'existence de cette proposition de soins. Aucune des femmes n'est informée par le biais des professionnels de la maternité publique, ni par les gynécologues obstétriciens libéraux.

Le bouche-à-oreille permet à bon nombre de femmes de penser à cette alternative moins classique. Elles viennent donc surtout de leur propre initiative. Cet effectif se compose de 94 femmes. Mais le groupe de femmes informées par un médecin gynécologue ou généraliste libéraux est presque équivalent puisqu'il représente 86 femmes.

3.2.3.2 Les données générales sociologiques, familiales et professionnelles

La presque totalité des femmes ayant consulté soit 175 (ou 93,5 %) d'entre elles sont de nationalité française, 14 sont d'une autre nationalité (allemande, anglaise, algérienne ou marocaine) parmi les 189 dossiers.

Mais cette donnée ne témoigne pas de l'origine géographique des femmes, celle-ci n'ayant pas été relevée.

Dans l'étude de l'activité du service général et d'accouchements de la Maternité Régionale de Nancy réalisée par M. Scheffler 80,9 % des femmes en 1979 et 80,3 % en 1989 sont d'origine française [Scheffler 91].

La situation de famille des mères

Elle est retrouvée dans les 189 dossiers.

Les femmes sont mariées ou vivent en concubinage avec un compagnon, père du bébé.

Situation familiale	Nombre de dossiers	Fréquence
Célibataire	8	4 %
Mariée	104	55 %
Vie maritale (concubinage)	73	39 %
Divorcée	4	2 %

La majorité des femmes considérées dans cette étude vit en couple, qu'elles soient mariées ou qu'elles vivent en concubinage.

Les femmes divorcées ou en instance de divorce vivent en couple avec le père de l'enfant.

Quelques-unes sont célibataires et seules à vivre leur grossesse.

Mode de vie	Nombre de dossiers
Seule	8
En couple	181

Dans l'étude du service général de la maternité de Nancy, les femmes mariées représentent 76 % de la population en 1979 et en 1989 elles ne sont plus que 57 %. Les femmes vivant en concubinage ont pratiquement doublé puisqu'en 1979 elles sont 8,7 % et 21,4 % en 1989. Les mères célibataires sont plus nombreuses dans la population de la maternité puisqu'elles passent de 15 à 19 % en dix ans entre 1979 et 1989 [Scheffler 91].

La reconnaissance paternelle des enfants

Les enfants sont reconnus de fait par leur père quand le couple est marié. C'est le cas de 104 enfants.

Le plus fréquemment, quand le couple n'est pas marié, le père du bébé a effectué, avec la mère, une démarche anticipée de reconnaissance paternelle. Cela concerne 71 des enfants, mais 10 enfants n'ont pas été reconnus.

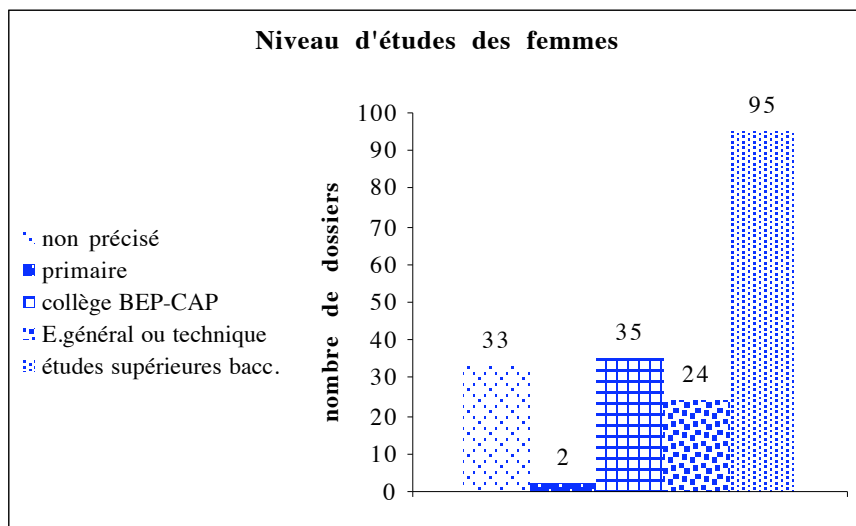
Pour 4 enfants, cette information n'est pas renseignée dans les dossiers sur les 189 dossiers mère-enfant.

Le niveau d'études des mères

Les femmes considérées dans l'étude (dans 189 dossiers) ont en majorité effectuées des études supérieures.

Seules deux femmes se sont arrêtées au niveau du primaire et 59 ont atteint le niveau des études secondaires (général ou technique).

Pour 33 dossiers, cette information n'est pas précisée.



Les populations étudiées successivement par M. Scheffler sont 44 % en 1979 et 76 % en 1989 à avoir suivi au minimum des études secondaires. En 1979 et 1989 respectivement 56,19 % et 23,55 % des femmes ont un niveau d'étude primaire. Elles sont 21,59 % et 37,12 % avec un niveau d'étude secondaire, puis 15,72 % et 25,69 % à avoir un niveau technique et enfin 6,50 % et 13,64 % avec un niveau universitaire [Scheffler 91].

La profession des femmes pendant la grossesse

Elle est se rencontre très souvent dans l'étude réalisée.

Ainsi sur les 189 dossiers, 148 femmes travaillent ou sont étudiantes.

Profession exercée pendant la grossesse	Fréquence
Non	19,6 %
Oui	78,3 %
Chômage	1,6 %
Sans précision	0,5 %

Mais l'activité professionnelle n'est pas une réalité pour toutes les femmes puisque 37 femmes ne travaillent pas et 3 d'entre elles sont au chômage.

Pour une femme, cette donnée n'est pas précisée.

Dans l'étude comparative sur l'activité de la maternité régionale 63,73 % des femmes sont sans profession, étudiante ou au chômage en 1979 et 60,23 % en 1989 [Scheffler 91].

3.2.4 Les données médicales antérieures

Elles témoignent de l'état de santé et du mode de vie des femmes avant la grossesse.

3.2.4.1 Les caractéristiques personnelles des femmes

Ce sont le poids, la taille, le groupe sanguin.

Les constantes physiques

Le poids moyen des femmes avant la grossesse (sur 188 dossiers mère-enfant) est de 55,3 kg avec un écart type de 7,7.

Le poids minimum est de 38 kg et le poids maximum de 105 kg (pour une femme).

Le poids moyen des femmes avant la grossesse est de 56,6 kg en 1979 et en 1989 il est de 58,2 kg et il varie de 31 à 96 kg [Scheffler 91].

La taille moyenne des femmes (sur les 189 dossiers étudiés) est de 163,6 cm avec un écart type de 5,4.

Cette taille des femmes varie entre 148 cm et 177 cm.

La taille moyenne des femmes en 1979 est de 160 cm et en 1989 elle est de 162 cm [Scheffler 91].

Le groupe sanguin et le facteur rhésus

La répartition des groupes ABO est celle de la population générale.

C'est-à-dire que 43 % des femmes sont de groupe sanguin A, 11 % de groupe sanguin B, 41 % sont de groupe O et 5 % de groupe AB.

Pour 157 femmes, le rhésus est positif et pour 32 il est négatif.

3.2.4.2 Les habitudes de vie des femmes

Dans l'ensemble le groupe de femmes considérées dans l'étude s'informe, a le souci de son alimentation, de ses conditions de vie professionnelles et familiales.

Mais cela n'est pas vérifié pour toutes.

Les conduites addictives sont évaluées sur l'ensemble des 189 dossiers.

L'alcool est en général consommé modérément par les femmes au cours de leur grossesse.

Cependant pour 52 d'entre elles, cette donnée est manquante.

La grande majorité des femmes ne fument pas.

Le plus fréquemment celles qui consomment du tabac s'arrêtent ou tentent de le faire dès l'annonce de leur grossesse.

Néanmoins 10 femmes continuent l'usage du tabac au-delà de 10 cigarettes par jour et 30 ont une consommation inférieure à 10 cigarettes par jour.

Un seul cas de consommation d'autre drogue par prise orale est noté. Cela a consisté en des prises de haschich, très occasionnelle, surtout en début de grossesse.

Tabac pendant la grossesse	Nombre de dossiers	Fréquence
Non	149	78,8 %
<10 cigarettes/j	30	15,9 %
>10 cigarettes/j	10	5,3 %
Alcool pendant la grossesse		
Consommation nulle ou modérée	137	72,5 %
Sans précision	52	27,5 %
Toxicomanie pendant la grossesse		
Non	188	99,5 %
Inhalation	1	0,5 %
Intraveineuse	0	0 %

Dans l'étude sur l'activité de la maternité régionale, les données concernant l'alcool et le tabac ne sont pas trouvées, mais 21 cas de toxicomanie (soit 1,26 % de la population considérée) sont relevés en 1989 [Scheffler 91].

3.2.4.3 Les antécédents médicaux et chirurgicaux des femmes suivies

Les femmes suivies présentent des antécédents médico-chirurgicaux, gynécologiques et des allergies.

Les antécédents médico-chirurgicaux, gynécologiques et allergiques

Ils sont résumés dans le tableau suivant.

Dans l'ensemble il n'y a pas de pathologie majeure.

	Antécédents Médico-chirurgicaux	Antécédents Gynécologiques	Allergie
Non	54	165	151
Oui	135	24	38

Le détail de ces antécédents médico-chirurgicaux est précisé dans 128 dossiers :

- Infectieux dans 21 dossiers (dont 8 avec une hépatite virale sans précision).
- Infectieux banaux dans 54 dossiers (angines, amygdalectomies et opérations des végétations).
- Cardiaque dans 6 dossiers (dont cinq avec un souffle cardiaque banal et un trouble du rythme).
- Pulmonaires dans 2 dossiers (pneumothorax).
- Rénaux et urinaires dans 6 dossiers (dont quatre cystites aiguës).
- Digestifs dans un dossier.
- Antécédents de pathologies psychiatriques dans 3 dossiers (notamment anorexie mentale).
- Endocrinien dans un dossier (une affection de la thyroïde sans précision).
- Nutrition dans 5 dossiers (essentiellement hypercholestérolémie).
- Dermatologiques dans 6 dossiers (allergie avec œdème de Quincke, eczéma, psoriasis, nævus).
- Concernant l'appareil locomoteur dans 20 dossiers (rachitisme, opérations diverses du genou ou des membres).
- Antécédents de traumatismes avec interventions chirurgicales dans 19 dossiers (crânien ou membres).
- Antécédents d'interventions chirurgicales après une appendicite aiguë dans 39 dossiers.
- Autres pathologies mineures dans 7 dossiers ("spasmophilie", toxicose, insuffisance veineuse, migraine).

Dans son travail de thèse de médecine M. Scheffler note que 56,8 % des femmes présentent plus d'un antécédent médico-chirurgical et que ce chiffre est en nette augmentation par rapport à 1979 (39,4 %). Les allergies sont comprises dans ces antécédents et les antécédents gynécologiques sont traités à part [Scheffler 91].

Les antécédents transfusionnels et d'allo-immunisation materno-fœtale

Des antécédents de transfusion sanguine existent chez trois femmes.

Aucune femme de l'étude présente n'a d'allo-immunisation fœto-maternelle dans ses antécédents.

M. Scheffler remarque dans son étude une diminution de cette pathologie du fait de la sérothérapie préventive. Le taux d'allo-immunisation antérieure (rapporté au nombre total de grossesses) est de 0,76 % en 1979 et de 0,01 % en 1989 [Scheffler 91].

3.2.4.4 Les antécédents obstétricaux

Ils sont caractérisés par des grossesses antérieures, unique ou multiple dans les 189 dossiers.

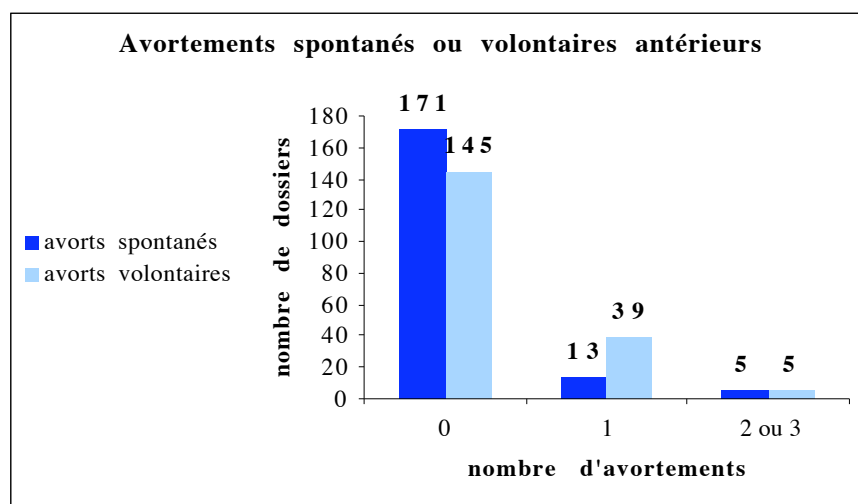
Le nombre de grossesses antérieures par femme est représenté par le tableau suivant.

Une grossesse antérieure multiple se retrouve chez deux femmes.

Nombre de grossesses antérieures	Nombre de dossiers
0	71
1	72
2	22
3	16
4	3
5	1
6	3
8	1

Les avortements spontanés ou volontaires et les interruptions médicales thérapeutiques de grossesse

Certaines femmes parmi les 189 dossiers ont dans leurs antécédents des avortements spontanés (fausse-couche entre 3 semaines et 3 mois), des interruptions volontaires de grossesse, des interruptions médicales thérapeutiques de grossesse et des grossesses extra-utérines.



Au cours de grossesses précédentes 18 femmes (soit 9,5 % de la population considérée) ont vécu des avortements spontanés et 44 femmes (soit 23,2 %) ont décidé une interruption volontaire de grossesse.

Deux femmes ont vécu une interruption médicale thérapeutique de grossesse avant 22 semaines d'aménorrhée (SA), lors d'une grossesse antérieure. Après 22 SA aucune femme n'a eu à vivre cette épreuve.

Dans l'étude, aucune femme n'a été affectée par une môle lors d'une précédente grossesse.

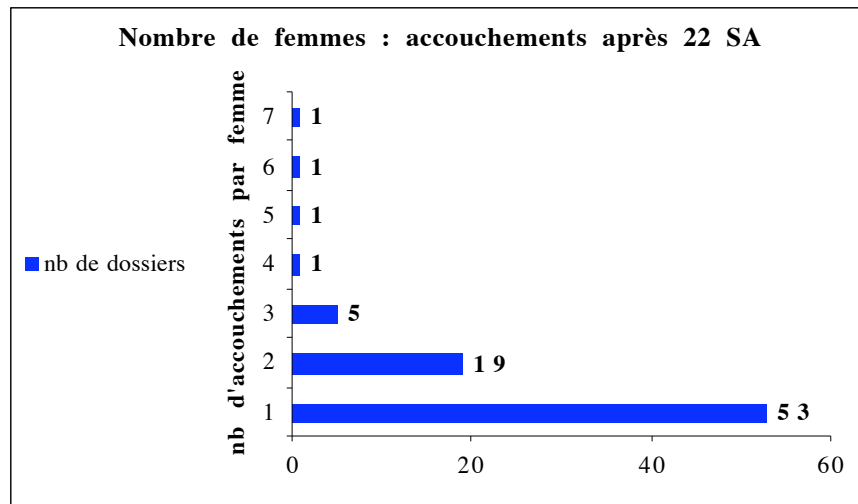
Une grossesse extra-utérine antérieure a nécessité une intervention chez deux femmes.

Dans la thèse de M. Scheffler, les femmes sont 15 % en 1979 et 20,15 % en 1989 à avoir présenté un ou plusieurs avortements spontanés ou grossesses extra-utérines dans leurs antécédents obstétricaux et par ailleurs 7 % des femmes en 1979 puis 11,5 % des femmes en

1989 ont subi une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse [Scheffler 91].

La maturité des grossesses antérieures

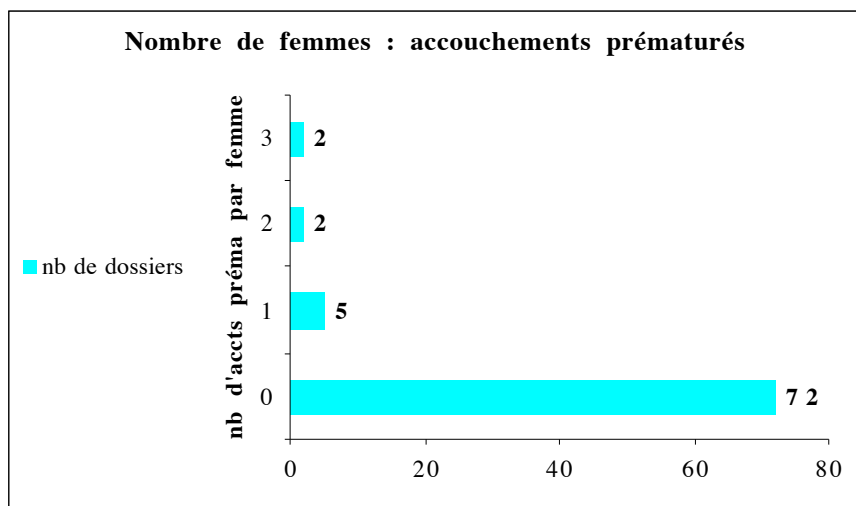
Parmi les 81 femmes ayant déjà accouché dans cette étude, les accouchements ont lieu le plus fréquemment après 22 SA.



Cependant lors des grossesses précédentes, les femmes présentent aussi des menaces d'accouchements prématurés et des naissances prématurées.

Ainsi, dans le groupe de 81 femmes ayant vécu un accouchement, sept femmes (soit 3,7 % de l'ensemble des 189 dossiers) ont présenté des menaces d'accouchement prématuré lors de grossesses antérieures dont deux lors de deux grossesses.

Cinq femmes (soit 2,6 % de la totalité des 189 dossiers) ont eu un accouchement prématuré, lors d'une précédente grossesse ; deux femmes (soit 1 %) en ont présenté deux et deux autres (soit 1 %) trois.



En 1979, le taux de menace d'accouchement prématuré dans les antécédents des femmes est de 7,25 % (nombre total de menaces d'accouchement prématuré sur le nombre de patientes en 1979) et en 1989, le taux est de 15,78 %. En 1979, le taux d'enfants nés prématurément dans les antécédents est de 9,1 % (taux calculé en fonction du nombre total d'accouchement de la population de 1979) et en 1989 ce taux de prématurité antérieure est de 6,81 % [Scheffler 91].

L'enfant est affecté lors de certaines grossesses antérieures

Dans les antécédents du groupe des femmes considérées ici, il existe pour certains enfants des retards de croissance intra-utérin, des enfants morts-nés ou décédés dans le premier mois après la naissance et des malformations affectant l'enfant.

Lors d'une grossesse antérieure pour une femme (soit 0,5 %), un enfant a présenté un retard de croissance intra-utérin (R.C.I.U.).

Le taux d'enfants hypotrophes antérieurs (en fonction du nombre total d'accouchements de chaque population) est en 1979 est de 1,8 % et en 1989 de 7,08 % [Scheffler 91].

A l'issue d'une grossesse, une femme (soit 0,5 %) accouche d'un enfant mort-né.

Le taux d'enfants mort-nés antérieurement (en fonction de l'ensemble des accouchements) est en 1979 de 1,94 % et en 1989 de 2,36 % [Scheffler 91].

Lors d'une précédente maternité, une femme (soit 0,5 %) a vécu le décès d'un enfant dans le premier mois. Cet enfant présentait des malformations.

Rapporté au nombre total de grossesses de chacune des populations le taux d'enfants malformés est en 1979 de 1,24 % et en 1989 de 1,84 % [Scheffler 91].

Les pathologies et les hospitalisations au cours d'une grossesse antérieure

Aucune femme dans l'étude présente n'a de diabète gestationnel dans ses antécédents.

Seule l'hypertension artérielle pendant la grossesse est à noter dans les antécédents des femmes du groupe étudié.

Ainsi deux femmes (soit 1 %) ont présenté une hypertension artérielle lors d'une grossesse précédente.

En 1979 le taux global d'hypertension gravidique dans les antécédents des femmes est de 1,81 % et il augmente nettement en 1989 pour être à 6,69 % [Scheffler 91].

Des hospitalisations ont été nécessaires pour certaines femmes au cours de grossesses précédentes.

Elle a été nécessaire pour quatre femmes au cours d'une maternité antérieure.

Les interventions techniques instrumentales

Dans l'étude présentée, des interventions techniques instrumentales lors des accouchements (césariennes, forceps ou autres, épisiotomies) ont également été subies antérieurement.

Les manœuvres d'extraction instrumentale sont essentiellement caractérisées par des ventouses ou des forceps.

Sur l'ensemble des dossiers, il y a eu 14 forceps et 2 ventouses lors des accouchements précédents soit sur les 81 femmes ayant accouché précédemment un taux de 14,5 % d'interventions techniques instrumentales rapportées au nombre total d'accouchements (soit 110).

Dans le travail de M. Scheffler le taux global d'extraction fœtale dans les antécédents n'a pu être étudié qu'en 1989 et il est de 9,5 % [Scheffler 91].

Une grossesse antérieure a nécessité une césarienne au cours de l'accouchement, pour 2 femmes (soit 1 % des femmes de cette étude).

En 1979 cet antécédent est deux fois moins fréquent qu'en 1989. Comme le note M. Scheffler celui-ci multiplie donc le risque de césarienne pour la grossesse en cours ainsi que le nombre de délivrances artificielles et de révisions utérines. Le taux de césariennes antérieures (rapporté au nombre total d'accouchements) est de 3 % en 1979 et de 6,25 % en 1989 [Scheffler 91].

3.2.5 Les données médicales et relationnelles concernant la grossesse en cours

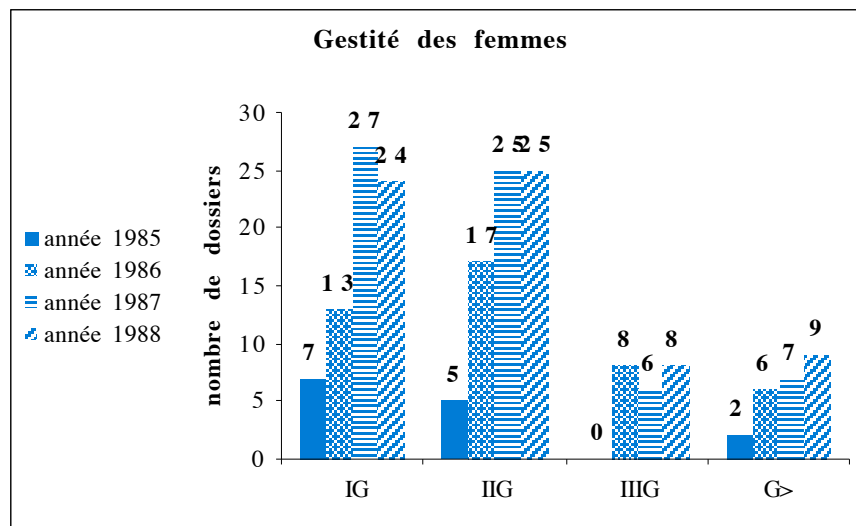
Toutes les femmes enceintes accompagnées dans le cadre de cette étude, vivent une grossesse unique, sauf deux femmes qui ont des grossesses gémellaires.

3.2.5.1 La gestité et la parité des femmes

La population concernée (189 dossiers) est constituée surtout de primigestes (IG) ou de deuxième-gestes (IIG) sans enfants.

Ainsi durant ces quatre années 71 femmes primigestes (soit 37,5 % de la population étudiée) ont consulté, 72 (soit 38 %) sont deuxième-gestes et 22 (soit 11,6 %) sont troisième-gestes.

La gestité des femmes avec plus de trois grossesses varie peu à partir de la deuxième année d'exercice. Elle est représentée par un groupe de 24 femmes (soit 12,6 %).



En 1985, deux femmes ont eu plus de trois grossesses (une est quatrième-geste et une septième-geste).

Puis ensuite en 1986 elles sont 14 femmes (dont trois sont quatrième-gestes, une cinquième-geste, une sixième-geste et enfin, une est septième-geste).

En 1987, 11 femmes répondent à ce critère (dont cinq sont quatrième-gestes, une cinquième-geste).

Elles sont 17 en 1988 (dont six sont quatrième-gestes, une cinquième-geste, une septième-geste et une neuvième-geste).

Dans les deux populations étudiées par M. Scheffler, les primigestes sont les plus nombreuses. Elles représentent 34,4 % des femmes en 1979 et 30 % des femmes accouchées en 1989 [Scheffler 91].

Pour la parité, cela est identique puisque la population étudiée (189 dossiers) est surtout représentée par des femmes nullipares ou primipares.

Sur ces quatre années 108 nullipares (soit 57,14 % de la population étudiée) et 53 primipares (soit 28 %) ont été accompagnées.

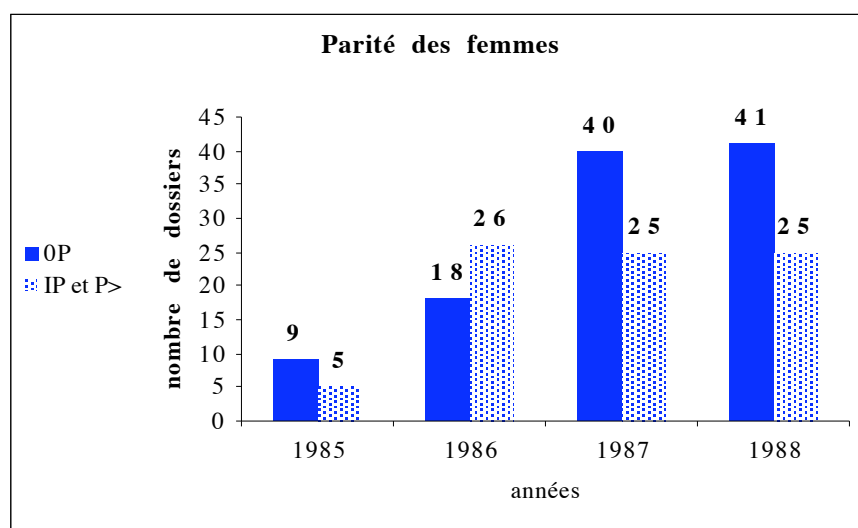
Le nombre de femmes deuxième-pares et plus est seulement de 28. La grande parité est encore plus rarement rencontrée.

En 1985, une femme est troisième-pare et une sixième-pare.

L'année suivante en 1986, sept sont deuxième-pares, une est troisième-pare, une est quatrième-pare et une est cinquième-pare.

En 1987 cinq sont deuxième-pares et deux sont troisième-pares.

Et enfin en 1988 sept sont deuxième-pares, une troisième-pare et une est septième-pare.



Dans son étude M. Scheffler constate que les nullipares sont également les plus représentatives des populations prises en compte. Elles sont 41 % en 1979 et 38,85 % en 1989 [Scheffler 91].

3.2.5.2 Les consultations prénatales

Les parents sont invités à participer ensemble aux différentes rencontres lors de ce suivi de la maternité.

La présence du père

Le père est invité à ces consultations prénatales.

Il est considéré présent (dans les 189 dossiers) dans ce temps du suivi prénatal si sa présence

est effective à au moins trois consultations prénatales.

C'est le cas pour 135 pères, mais 42 ne répondent pas à ce critère et pour 12 la donnée n'est pas connue.

L'allaitement maternel

L'intention d'allaiter est demandée dès la première consultation ainsi que la durée d'allaitement envisagée.

Ces données sont notées dans les 189 dossiers.

Ainsi 171 femmes enceintes envisagent d'allaiter, 6 ne pensent pas le faire et 12 ne savent pas si elles vont allaiter.

Durée envisagée pour l'allaitement	Nombre de dossiers	Fréquence
Inconnue	47	25%
1 mois	23	12%
Reprise de l'activité professionnelle	15	8%
3 mois	36	19%
6 mois	50	27%
1 an et plus	12	6%
Allaitement artificiel	6	3%

Dans l'ensemble les femmes savent déjà si elles vont allaiter leur enfant et pendant combien de temps.

Seulement 6 femmes pensent nourrir leur enfant avec du lait artificiel, 47 femmes n'ont pas d'idée sur la durée de l'allaitement et elles répondent souvent : «si je peux, s'il y a du lait, si le lait est bon».

La reprise de l'activité professionnelle, qui intervient vers deux mois et demi, conditionne souvent l'arrêt de l'allaitement et 74 femmes pensent allaiter entre un mois et trois mois.

Dans ce groupe de femmes motivées, 62 d'entre-elles souhaitent allaiter au moins six mois, voire un an et plus.

Les consultations prénatales effectuées par les femmes

Le nombre, de consultations antérieures (sur 189 dossiers) avec un autre professionnel de santé (médecin gynécologue, généraliste ou autre non précisé) est en moyenne de 2,4 avant la première rencontre avec un écart type de 1,5.

Certaines femmes n'ont pas consulté du tout un autre praticien avant la première rencontre et un maximum de 7 consultations prénatales a été effectué antérieurement à celle-ci.

- L'âge gestationnel lors de la première rencontre prénatale

L'évaluation est faite sur 186 dossiers.

Le suivi médical prénatal avec la sage-femme débute en moyenne dans cette étude vers 21,5 SA (semaines d'aménorrhée) au cours de la grossesse. L'écart type est de 7,5.

La date du premier entretien la plus précoce est de 4 SA et la plus tardive à 39 SA.

➤ Les périodes des rencontres prénatales avec la sage-femme

Elles sont conditionnées par les examens recommandés, mais elles répondent aussi à la demande des femmes qui sont vues dès leur premier appel.

Le nombre total de consultations prénatales réalisé avant 28 SA (évaluée sur 189 dossiers) est en moyenne de 2,1 avec un écart type de 1,7 et 30 femmes n'ont pas été vues avant 28 SA.

Pendant la période suivante après 28 SA, la moyenne des consultations (évaluée sur 189 dossiers) est de 4,8 avec un écart type de 2,5.

Pour 1 femme, il n'y a pas eu de consultations prénatales avec la sage-femme (elle a été suivie à la maternité). Une femme a bénéficié de 9 consultations prénatales avec la sage-femme avant 28 SA et elle a consulté 21 fois après 28 SA du fait d'un état d'anxiété évident.

➤ Les consultations réalisées avec la sage-femme

Le nombre total de consultations par femme sur l'ensemble des 189 dossiers est en moyenne de 6,9 avec un écart type de 3,4.

Dans l'étude de l'activité du service général et d'accouchements de la maternité régionale, 46 % (soit 766 cas) en 1979 et 67,7 % des femmes (soit 1133 cas) en 1989 ont été suivies tout au long de leur grossesse par les services de consultation de la maternité. Pour l'ensemble des patientes le nombre moyen de consultations est de 6,4 en 1979 versus 6,36 en 1989 [Scheffler 91].

Le suivi régulier proposé par la sage-femme pour la grossesse

Il s'agit d'abord de fixer une date de terme théorique et ensuite d'évaluer à mesure de l'évolution de la grossesse, les modifications physiques, biologiques, psychologiques, familiales et environnementales pour chaque femme.

➤ La détermination du terme

Le terme théorique (évalué sur 189 dossiers) est déterminé, avec la date des dernières règles pour 78 femmes, par la date de fécondation (ovulation ou rapport) pour 75 femmes.

Pour 6 d'entre elles, une échographie a été réalisée avant 13 SA et a précisé la date de la conception de l'enfant.

Pour 30 autres femmes, cette date demeure incertaine.

➤ L'évolution du poids

La prise de poids pendant la grossesse (notée dans les 189 dossiers) est en moyenne de 11,2 kg avec un écart type de 3,5.

Cette modification du poids varie entre une perte de 3 kg pendant la grossesse et une augmentation de 19,5 kg.

Dans les populations étudiées à la maternité régionale, cette prise de poids varie entre 10 et 16 kg pour 51 % des femmes et de plus de 16 kg dans 12 % des cas en 1979 et celle-ci est en moyenne de 10 à 12,5 kg avec un maximum de 35 kg en 1989. Mais cet item n'est pas noté dans 11 % des dossiers en 1979 et dans 8,60 % des dossiers en 1989. D'après M. Scheffler, il semble qu'il existe une bonne corrélation entre la prise de poids et le mode d'accouchement [Scheffler 91].

➤ La surveillance courante des risques éventuels

Les examens sanguins prescrits au cours et en fin de grossesse par la sage-femme sont répertoriés dans les tableaux suivants à partir des 189 dossiers.

Examens sanguins	Nombre de dossiers
Syphilis	7
Rubéole	10
Toxoplasmose	96
VIH	2
Varicelle, Listériose	Non noté
Groupe sanguin	40
Agglutinines irrégulières	140
Numération formule sanguine	171

Lors de la période considérée (1985 à 1988) les examens de dépistage pour la trisomie 21 (HT 21), pour les hépatites B et C ainsi que pour le cytomégalovirus (CMV) ne sont pas en vigueur et donc ils ne sont pas réalisés.

Les examens urinaires et vaginaux sont également prescrits par la sage-femme dans les 189 dossiers.

Examens urinaires et vaginaux	Nombre de dossiers
ECBU	41
PV (Recherche de streptocoque B dans le prélèvement vaginal)	57

Le suivi des agglutinines irrégulières au cours et en fin de grossesse est prescrit par la sage-femme.

Une femme primipare de groupe O positif (avec un conjoint de groupe sanguin O positif également) a présenté une augmentation des agglutinines irrégulières en cours de grossesse.

Ceci a impliqué une surveillance particulière et un transfert à l'équipe médicale hospitalière après un avis auprès d'un médecin gynécologue-obstétricien pour le déclenchement de l'accouchement et de la naissance.

Agglutinines irrégulières en fin de grossesse	Nombre de dossiers	Fréquence
Négative	167	88,4 %
Positive	1	0,5 %
Non faite ou inconnue	21	11,1 %

➤ Les autres examens réalisés en cours de grossesse

Ils sont prescrits par la sage-femme ou par un médecin pour certains.

- L'amniocentèse

Une amniocentèse a été faite avant la première rencontre dans deux situations du fait de l'âge maternel, le résultat ne note aucune anomalie.

Parmi la population du service général de la maternité dans les accouchées étudiées, 44 en 1979 et 87 femmes enceintes en 1989 ont bénéficié de cet examen. Respectivement le résultat se révèle anormal dans 15 cas et dans 3 cas [Scheffler 91].

- Les échographies

Elles sont prescrites par la sage-femme.

Le nombre d'échographies (dans 188 dossiers) réparties au cours des différents trimestres de la grossesse est en moyenne de 2,2 (pour 188 femmes) avec un écart type de 0,8.

Une femme en a effectué cinq.

Pour une autre femme, cette donnée est notée zéro mais elle a été vue tardivement dans la grossesse et il est probable qu'elle en a effectué au moins une auparavant.

Dans le travail de M. Scheffler, une échographie est réalisée au 1^{er} trimestre de la grossesse en 1979 chez 163 femmes enceintes sur 1653, elle a décelé 11 cas pathologiques et en 1989 effectuées chez 711 patientes sur 1673, il s'est avéré que 15 ce sont anormales. L'échographie au 2^{ème} trimestre de la grossesse en 1979 effectuée chez 267 femmes enceintes a détecté 25 cas pathologiques et en 1989 chez 1399 patientes elle montre que 105 ce sont révélées anormales. Au cours du 3^{ème} trimestre 523 échographies fœtales sont effectuées et 80 sont anormales en 1979 alors qu'en 1989, réalisées pour 1413 femmes enceintes elles se révèlent pathologiques dans 185 cas [Scheffler 91].

- Les examens radiologiques

Ils sont également prescrits par la sage-femme.

Une radiopelvimétrie a été demandée en fin de grossesse pour 23 femmes et/ou un contenu utérin chez 9 d'entre elles.

Une anomalie avec disproportion pelvienne est repérée et probable dans trois cas.

Ces anomalies repérées ont toujours conduit à un avis auprès d'un praticien hospitalier avant ou après cet examen.

L'exploration du bassin a été réalisée en 1979 chez 233 femmes et montre une anomalie dans 89 cas. Il est réalisé en 1989 chez 438 femmes et se révèle anormale pour 161 d'entre-elles [Scheffler 91].

- L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal

Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal a été nécessaire en cours de grossesse (surtout quand le terme est supposé dépassé), chez 50 femmes enceintes (soit pour 26,45 % des grossesses) sur l'ensemble des 189 dossiers.

Ils traduisent en général la bonne vitalité des enfants in utero en cours de grossesse.

En 1979 le rythme cardiaque fœtal a été enregistré chez 417 patientes (25,2 %) et 26 se sont révélés anormaux. En 1989 un monitoring au moins a été réalisé chez 1160 patientes au cours de leur grossesse (68,3 %) et 90 se sont révélés anormaux [Scheffler 91].

- L'amnioscopie

Une amnioscopie est réalisée chez 26 femmes par la sage-femme, lors d'un dépassement de terme. Elle a permis, devant l'absence d'anomalies, d'attendre quelques jours un travail spontané.

Les pathologies rencontrées en cours de grossesse

Les pathologies (dans les 189 dossiers) en cours de grossesse sont présentes pour 10 femmes enceintes (soit 5,3 % de la population étudiée).

Les pathologies sont notamment :

- L'hypertension artérielle en cours de grossesse pour deux femmes (ou 1 %).
- Des métrorragies au 3^{ème} trimestre de la grossesse également pour deux d'entre elles (soit 1 %).
- Une menace d'accouchement prématuré pour quatre femmes (soit 2,11 %).
- Un retard de croissance intra-utérin pour un enfant (soit 0,52 %).
- Et une pathologie infectieuse acquise in utero (listériose) en fin de grossesse (soit 0,52 %) entraînant le déclenchement spontané de l'accouchement.

Dans l'étude de M. Scheffler il ressort que 1293 patientes (77,3 % de la population) ont présenté une ou plusieurs pathologies au cours de leur grossesse en 1989. Mais la maternité recrute de nombreuses pathologies puisque c'est aussi sa vocation d'accueillir les grossesses à risque. Les pathologies rencontrées en 1989 sont pour 11,3 % des femmes l'hypertension artérielle gravidique (contre 4,4 % en 1979) ainsi que le diabète gestationnel dans 7,4 % des cas (versus 2,1 % en 1979). Pour 13,15 % d'entre-elles des métrorragies dont 5 femmes tout au long de leur grossesse (alors qu'en 1979 elles ne sont que 7,26 de la population avec cette pathologie). Les menaces d'accouchement prématuré sont très fréquentes et en forte augmentation en 1989 puisque 461 (soit 27,5 %) d'entre-elles en ont présenté une en 1989 contre 261 (soit 15,8 %) en 1979. Le retard de croissance intra-utérin est retrouvé dans 112 cas (soit 6,7 %) versus 2,8 % en 1979. Les autres pathologies évolutives au cours de la grossesse sont rencontrées dans 35,4 % des cas en 1989 (593 femmes), en 1979 elles ne sont que 166 dans ce cas et 129 femmes d'entre-elles associent plusieurs pathologies. Notamment 42 femmes ont présenté une infection grave (sans qu'elle soit précisée) en 1989 soit 2,51 % de la population étudiée alors qu'en 1979 ce taux est de 0,8 % pour la population de l'étude [Scheffler 91].

Les traitements en cours de grossesse

Ils dépendent des choix faits par les femmes et sont discutés avec la sage-femme.

Pour 177 femmes, aucune thérapeutique médicamenteuse classique n'est prescrite en cours de grossesse sur la totalité des dossiers étudiés (189). Pour 77 femmes, un traitement (classique ou autre) est proposé.

Dans l'étude de M. Scheffler, les femmes enceintes ont été plus nombreuses à recevoir des traitements médicamenteux majeurs puisqu'elles sont 1260 soit 75 % en 1989 alors qu'il n'y a que 36 % d'entre-elles en 1979 qui ont reçu ces mêmes thérapeutiques (traitements hormonaux, antibiotiques par voie générale, béta mimétiques, hypotenseurs). Alors qu'en 1979 aucun traitement tranquillisant, vitaminiques n'est prescrit, les femmes sont respectivement 192 et 1114 à en avoir reçu en 1989 [Scheffler 91].

➤ Le type de thérapeutiques employées

Les thérapeutiques employées sont classiques pour trois femmes et notamment la prescription de tocolytiques per os (pour une femme) ou par voie intraveineuse (pour deux femmes lors d'une hospitalisation), après l'avis d'un médecin gynécologue-obstétricien.

Elles sont alternatives chez 27 femmes (homéopathique, pour 15 femmes notamment) sur 189 dossiers.

➤ Le repos et l'arrêt de travail

Le repos est recommandé à 52 femmes enceintes de l'ensemble de la population (189 dossiers).

Cette prescription a nécessité un arrêt de travail par la sage-femme pour 48 femmes dont 37 en cours de grossesse, sept pendant et en fin de grossesse, quatre en fin de grossesse.

➤ L'hospitalisation des femmes enceintes

Les hospitalisations en cours de grossesse ont été nécessaires pour quatre femmes (sur l'ensemble des 189 dossiers) soit 2,11 %. Ceci dans certaines situations et après un avis auprès d'un médecin.

Les hospitalisations sont en augmentation 46,45 % (777 cas) au cours de l'année 1989 alors qu'en 1979 ce pourcentage est de 36 % (599 cas) [Scheffler 91].

3.2.5.3 Les séances de préparation à la naissance

Les parents sont conviés à participer ensemble à ces rencontres et échanges.

La présence du père

Le père est invité à ces séances de préparation à la naissance.

De la même manière que pour les consultations prénatales, il est considéré présent, s'il a assisté avec sa compagne à au moins trois séances de préparation sur les huit séances dont bénéficient les femmes.

Ainsi 151 pères ont une présence effective alors que 19 n'ont pas souhaité participer. Pour les 26 autres pères, ils sont là occasionnellement, au moins une fois pour faire connaissance.

Les modalités des séances de préparation à la naissance

Les couples semblent intéressés par ce suivi par une même professionnelle jouant le rôle de référent et avec laquelle se construit une relation.

➤ La date de la première rencontre

L'âge gestationnel à la première séance de la préparation à la naissance de l'enfant et d'une famille est en moyenne de 26,5 SA (sur 183 femmes pour le groupe étudié). L'écart type est de 6.

Cet âge n'est pas noté pour six d'entre elles.

Le moment le plus précoce de rencontre, pour un premier entretien, a lieu à 9,2 SA et le plus tardif à 40 SA (pour une femme qui est vue en toute fin de grossesse pour la première fois).

➤ L'intérêt des femmes et des couples

Les femmes suivent le plus souvent dans 179 des cas (sur les 189 dossiers) les séances avec la sage-femme qui effectue le suivi des consultations prénatales et qui est responsable de l'accouchement.

Sept ne l'ont pas jugé nécessaire et trois l'ont faite avec une autre sage-femme.

Le nombre moyen (évalué sur 189 dossiers) de séances de préparation pour chaque femme est de 4,7 avec un écart type de 1,8.

Le maximum est de huit séances pour dix femmes, cinq ont assisté à sept rencontres, 57 se sont rendues à six séances et 37 femmes sont venues à cinq séances de préparation.

Le contenu des séances

Différents thèmes étant abordés lors de ces séances ils varient suivant chaque femme.

Le tableau ci-contre résume le nombre de femmes qui a bénéficié des différents thèmes sur lesquels ont porté les échanges.

Thème	Entretien	Hygiène de vie	Infos Grossesse Accouchement	Relation à l'enfant	Allaitement	Massage	Relaxation	Respiration
Nombre de dossiers	158	64	158	115	106	117	70	78

Dans la thèse de M. Scheffler aucune indication n'est trouvée sur les séances de préparation à la naissance.

3.2.6 Les données concernant l'accouchement

Elles permettent d'analyser les modalités du déroulement de la mise au monde des enfants dans le groupe de femmes considéré.

3.2.6.1 Le père est présent à l'accouchement

Le père est noté présent lors de l'admission sur le lieu de l'accouchement pour 145 femmes pour l'ensemble du groupe étudié (189) et 143 d'entre eux sont présents à la naissance de l'enfant.

3.2.6.2 Le lieu d'accouchement

Au cours de la grossesse, le lieu d'accouchement est envisagé avec les femmes et les couples, pour préparer ensemble une éventuelle naissance à domicile puisqu'il s'agit d'en préciser toutes les conditions de sécurité.

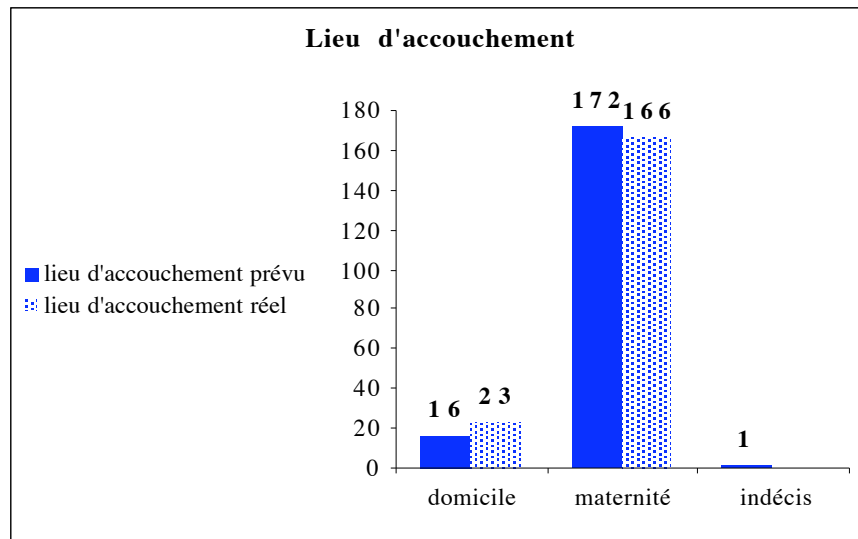
Cette évaluation est faite sur les 189 dossiers.

Le lieu prévu d'accouchement est donc demandé aux parents et noté lors de la première rencontre, en leur donnant un authentique choix entre la maternité régionale ou leur domicile. Ce lieu est envisagé à la maternité publique (avec le plateau technique à proximité) pour 172 femmes et couples, mais 16 d'entre eux souhaitent que la naissance de leur enfant se déroule à leur domicile. Dans un cas, les parents ne savent pas quel lieu ils envisagent.

Le lieu réel d'accouchement est ensuite noté dans les 189 dossiers.

Le lieu d'accouchement envisagé et le lieu réel d'accouchement sont représentés dans le

schéma suivant.



Certains parents ont changé d'avis au cours des entretiens prénataux ou une situation imprévue s'est présentée.

Ainsi 166 femmes ont accouché à la maternité, deux s'y sont rendues après un accouchement à domicile et 21 femmes ont mis au monde leur enfant à leur domicile.

3.2.6.3 L'âge des mères à la naissance des enfants

La moyenne (sur 189 dossiers) d'âge des mères à la naissance de leur enfant est de 29 ans avec un écart-type de 4,1.

L'âge minimum est de 18,9 ans et l'âge maximum est de 42 ans.

Dans la thèse de M. Scheffler, l'âge moyen à l'accouchement est de 26,8 ans en 1989 (cependant cette donnée est imprécise pour certaines ethnies). En dix ans celui-ci a vieilli de 2 ans. L'âge minimum est de 14 ans et maximum de 46 ans [[Scheffler 91].

3.2.6.4 Le déroulement de l'accouchement

Il est étudié depuis l'appel des femmes directement à la sage-femme jusqu'à la mise au monde du nouveau-né.

Les différentes phases avec leurs modalités sont étudiées successivement.

Le motif d'appel ou de consultation des femmes

L'appel se fait directement auprès de la sage-femme qui a effectué le suivi médical. Celle-ci donne préalablement toutes les indications pour être joignable.

La raison de l'appel est variable et nécessite que la femme soit vue immédiatement, envoyée

directement à la maternité dans le cas d'une situation urgente ou au contraire, il permet de prendre le temps en fonction de ce qui est dit par la femme.

Pour trois femmes ce sont des métrorragies qui motivent cet appel.

Dans 139 cas, les femmes appellent pour des contractions utérines, neuf sont en travail, trois sont au tout début du travail.

Pour 32 femmes, l'appel fait suite à un écoulement de liquide, dû à une rupture des membranes sans qu'elles sachent si le travail est commencé ou non.

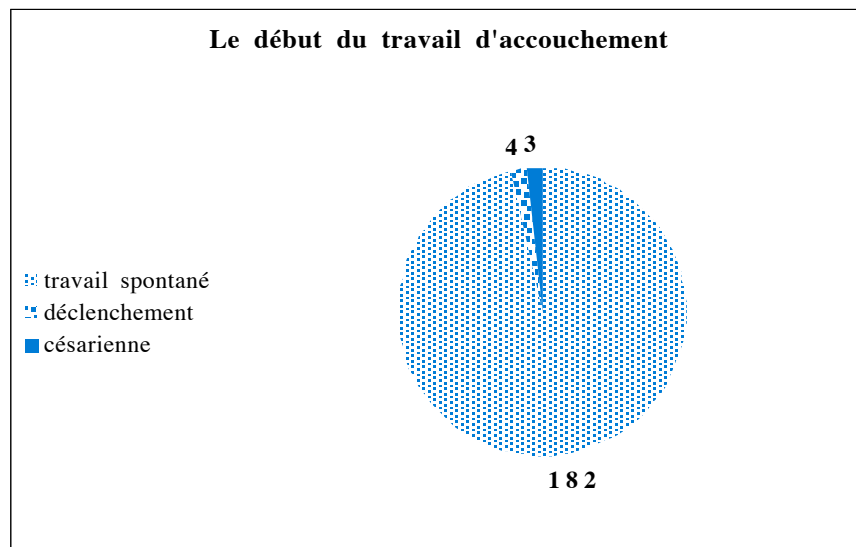
Pour trois femmes, cet appel téléphonique a lieu au début d'un déclenchement prévu pour différentes raisons médicales (après une rupture des membres, pour un terme dépassé, pour une iso-immunisation fœto-maternelle).

Pour trois d'entre-elles cette donnée n'est pas connue.

Le mode de début du travail

Il est le plus fréquemment spontané dans 96,3 % des cas.

Mais il a aussi nécessité un déclenchement ou une césarienne avant tout début de travail dans certaines situations.



Dans l'étude de l'activité générale de la maternité régionale, le travail est spontané dans 95,6 % des cas en 1979 et dans 69,7 % des cas en 1989.

Les césariennes avant tout début de travail représente 3 % des situations en 1979 alors que le taux est de 9,51 % en 1989.

Les déclenchements sont programmés dans seulement 1,3 % des accouchements en 1979 et dans 9,33 % des cas en 1989 où ils sont réalisés pour une pathologie chez 5,38 % des femmes [Scheffler 91].

Les constantes lors de l'admission

Le poids avec la prise de poids au cours de la grossesse, est suivi avec une courbe et il est

connu de la sage-femme (il est étudié précédemment).

La prise de tension artérielle et la mesure de la température corporelle sont notées dans les dossiers mais elle ne sont pas extraites des données pour cette analyse.

L'analyse d'urine avec protéinurie et glycosurie, sont des données également notées dans les dossiers le plus souvent lors de la dernière consultation prénatale. Si une anomalie est repérée, l'examen est contrôlé à nouveau. Les résultats ne sont pas exploités ici.

Les battements cardiaques fœtaux sont également inscrits dans les dossiers mais non extraits ici, mais ils sont constatés pour tous les enfants après cet appel.

L'examen vaginal, pour apprécier la dilatation du col de l'utérus, est également noté dans les dossiers.

Cette donnée est utilisée pour la représentation sur un partogramme, en fonction de la durée écoulée. Cette annotation est également associée à la progression de la présentation de l'enfant.

Ceci permet notamment d'évaluer la durée des différentes phases du travail.

Les différentes phases de l'accouchement sont suivies attentivement

Il existe trois phases différenciées dans un accouchement.

Les deux premières correspondent à la dilatation du col de l'utérus et à «l'expulsion». La troisième correspond à la délivrance du placenta.

Les deux premières périodes sont notées sur un partogramme. Ce suivi permet d'apprécier la durée de chaque phase et de poser des limites dans l'évolution du travail en fonction à la fois du comportement de la mère et du bien-être de l'enfant.

➤ La durée de la première phase (dilatation du col de l'utérus)

Elle correspond dans cette étude au constat d'une dilatation de 3 cm (soit 2 doigts) du col de l'utérus jusqu'à une dilatation complète soit 10 cm de celui-ci. Ces estimations sont personnelles et subjectives. Elles sont notées après un toucher vaginal effectué régulièrement.

Ainsi il est possible d'apprécier différentes durées au fur et à mesure de l'évolution.

- De 5 cm à la dilatation complète (heures)

Elle est évaluée sur 159 dossiers.

La durée moyenne de la dilatation du col de l'utérus de 5 cm à la dilatation complète est de 3,4 heures. L'écart type est de 3,7.

La durée la plus courte est de 0,3 heure (soit 18 mn) et la plus longue de 40 heures.

Cette durée est de moins de 4 heures pour 93 % des femmes en 1989 [Scheffler 91].

- De la dilatation complète aux «efforts expulsifs» (minutes)

La moyenne de cette durée est évaluée sur 173 dossiers.

Elle est de 45,2 minutes avec un écart type de 41,3.

Le temps minimum écoulé pour cette période est de 5 minutes et le maximum est de 210 minutes (soit 3,5 heures).

Pour 74,1 % des femmes (1240 cas) en 1989, les efforts expulsifs ont débuté dans les 5 minutes suivant la dilatation complète [Scheffler 91].

- La durée des «efforts expulsifs» (minutes) ou deuxième phase

Elle est évaluée sur 172 dossiers.

La moyenne est de 15,7 minutes avec un écart type de 9,1.

La durée minimale de ces poussées le plus souvent réalisées en expiration et non en poussées sur une respiration bloquée est de 4 minutes et la durée maximale est de 70 minutes.

Dans l'étude sur la population de 1989, la durée des efforts expulsifs est le plus fréquemment de 5 minutes pour 401 femmes soit 23,96 %. Pour 1333 femmes (79,64 %) les efforts expulsifs ne durent pas plus de 5 minutes. Pour 191 femmes soit (11,41 %) ils durent 10 minutes et pour 79 femmes (4,7 %) la durée est de 15 minutes [Scheffler 91].

- La durée totale du travail

Elle est considérée depuis une dilatation du col de l'utérus à 3 cm (soit deux doigts) à la naissance de l'enfant.

Elle est notée dans 172 dossiers.

Elle est en moyenne de 6 heures et 52 minutes.

La durée minimale est de 10 minutes et le maximum de 22 heures et 42 minutes.

La durée du travail (sans précision depuis quelle dilatation du col de l'utérus) est en 1979 à peu près identique à celle de l'analyse de 1989 où elle est de moins de 4 heures pour 862 patientes (soit 51,5 %) et elle est supérieure à 9 heures pour 111 d'entre-elles (soit 6,5 %). Le nombre de dossiers non codés est inconnu pour cet item [Scheffler 91].

- Les pathologies rencontrées au cours du travail

Elles nécessitent le plus souvent l'avis d'un médecin.

Pour 173 femmes, il n'y a pas de pathologies avant et pendant le travail.
L'avis d'un obstétricien est sollicité avant le travail dans 26 situations et pendant le travail pour 35 femmes.

Ces pathologies sont caractérisées par des difficultés d'adaptation de la mère et/ou de l'enfant aux contractions utérines, par un travail long et peu efficace, par une modification du rythme cardiaque de l'enfant, mais aussi par des pathologies intercurrentes comme l'apparition d'une fièvre dans un cas.

L'apparition et la gestion de la sensation douloureuse des contractions utérines est une donnée importante à prendre en compte durant la parturition.

Elle a nécessité l'avis d'un médecin pour une anesthésie péridurale.

➤ Les thérapeutiques utilisées pendant le travail

Elles sont nécessaires devant certaines situations.

- Les thérapeutiques sont classiques

Sur le groupe considéré dans cette étude, 149 femmes n'ont pas eu besoin des ocytociques (syntocinon en perfusion).

Cette thérapeutique est utilisée à l'initiative de la sage-femme pour 38 femmes devant une anomalie des contractions utérines et/ou pour un travail d'accouchement qui se prolonge.

Les antispasmodiques ne sont pas utilisés dans les 189 dossiers de cette enquête.

Les antibiotiques sont prescrits en cours d'accouchement par un médecin pour une femme et 186 femmes ne nécessitent pas ce type de traitement médicamenteux.

Les opiacés n'ont pas été utilisés dans la population étudiée.

Dans l'étude de M. Scheffler, les thérapeutiques médicamenteuses sont utilisées seules ou en association.

Les ocytociques sont utilisés dans 360 cas sur 1581 (soit 21,8 %) en 1979 et dans 558 cas sur 1223 (soit 45,62 %) en 1989.

Les antispasmodiques sont utilisés chez 652 femmes (soit dans 39,4 %) des cas en 1979 et pour 275 cas soit (22,48 %) en 1989.

Les antibiotiques ont été nécessaires dans 28 cas (soit 2,28 %) en 1989.

Les opiacés sont en augmentation avec 108 cas (6,5 %) en 1979 et 187 (soit 15,29 %) en 1989. Les autres sédatifs sont prescrits dans 27 cas (soit 1,6 %) en 1979 et chez 10 femmes (soit 0,81 %) en 1989.

D'autres thérapeutiques ont été utilisées notamment les bétamimétiques pour 11 cas (soit 0,89 %), les hypotenseurs dans 9 cas (soit 0,73 %) [Scheffler 91].

- L'homéopathie et les autres thérapeutiques alternatives

Un certain nombre de femmes utilisent habituellement l'homéopathie pour se soigner. Pour le déroulement de l'accouchement sept femmes se sont fait prescrire cette thérapeutique auparavant, 180 n'y ont pas eu recours.

Les autres thérapeutiques alternatives se résument surtout à l'utilisation de la phytothérapie et six femmes ont fait ce choix.

- Les positions lors des deux premières phases de la mise au monde

Elles sont adoptées spontanément par les femmes et diffèrent légèrement au cours de la dilatation du col de l'utérus et de «l'expulsion» de l'enfant.

Elles stimulent généralement les contractions utérines, elles réduisent l'utilisation des antalgiques et représentent une alternative souvent bénéfique lorsque les contractions utérines sont ressenties douloureusement.

Elles favorisent la progression de l'enfant et les femmes perçoivent mieux la descente de celui-ci notamment, au moment de «l'expulsion».

- Pendant la dilatation

Seulement huit femmes ne peuvent choisir une position au cours du travail de l'accouchement. Ceci tient au fait même des conditions de celui-ci (déclenchement, césarienne avant travail ou rapidement en début de travail).

Les positions au cours du travail sont choisies par la femme et s'accompagnent souvent de massages réalisés par le conjoint.

Elles varient, allant de la déambulation, à différentes positions adoptées (debout, assise, accroupie, à quatre pattes, en position gynécologique, sur le côté) pour soulager la sensation douloureuse perçue lors des contractions utérines.

Le bain est également apprécié des femmes pour faciliter la détente.

Pour deux femmes, cette donnée n'est pas précisée.

Positions	Nombre de dossiers
déambulation	134
debout	25
assise	2
accroupie	2
gynécologique	0
sur le côté	0
quatre pattes	0
bain	21

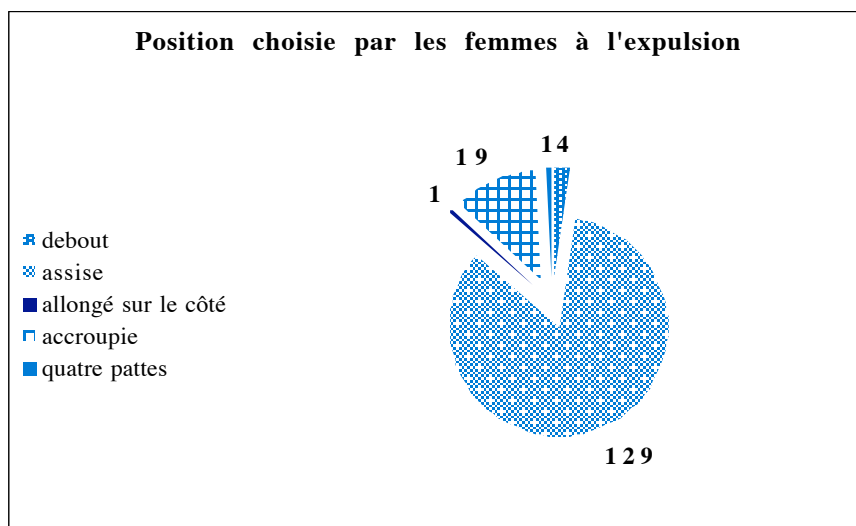
- Les positions lors de «l'expulsion»

Pour cette période 30 femmes n'ont pas eu le choix d'une position (du fait d'une intervention instrumentale le plus souvent).

Deux femmes seulement ont choisi la position gynécologique. Pour trois femmes, cet item n'est pas noté.

Lors du choix d'une position assise, le compagnon peut se placer derrière la femme aidant ainsi celle-ci par des encouragements effectifs et affectifs. Il est possible alors pour la parturiente de se relaxer entre les bras de son conjoint et de prendre appui d'une façon plus sécurisante.

Les différentes positions adoptées, en dehors de la position gynécologique, sont représentées par le schéma suivant.



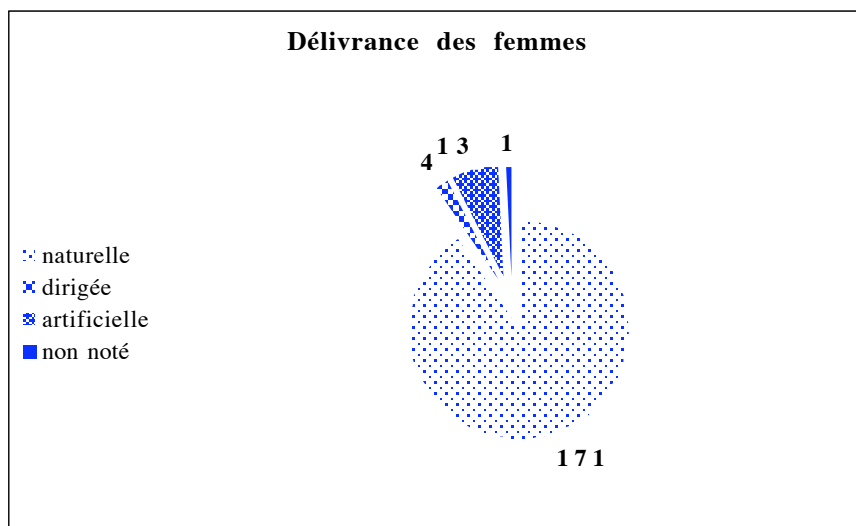
Dans le travail de M. Scheffler, aucune donnée ne concerne les positions choisies quelque soit le moment par les femmes lors de l'accouchement.

➤ La troisième phase ou la délivrance

Les modalités de celle-ci sont caractérisées par une délivrance spontanée ou naturelle du placenta, c'est le cas de 171 femmes (soit 90,47 %).

Aucune pression sur l'utérus n'est exercée pour permettre la délivrance, mais le simple changement de position ou le fait de pousser comme au moment de la naissance de l'enfant permet l'évacuation spontanée du délivre.

Elle peut-être, dirigée comme cela s'est produit pour 4 femmes ou artificielle pour 13 femmes (dont 9 femmes ayant eu une césarienne). Cet item n'est pas noté pour 1 femme.



Les positions sont choisies ou pas pour ce moment également.

Pour 32 femmes, le choix n'est pas possible du fait des conditions d'accouchement (interventions techniques notamment).

La position debout est le fait d'une femme et 152 femmes évacuent le placenta en position assise ou accroupie. Cette variable n'est pas relevée pour deux femmes.

Il y a eu une hémorragie de moins d'un litre dans un cas par rétention placentaire et dans quatre cas par atonie utérine (la quantité de sang n'a pas été appréciée entre moins ou plus d'un litre) soit au total dans 2,65 % des situations.

Dans l'étude sur l'activité du service général de la maternité, la délivrance a été naturelle dans 1186 cas (soit 70,89 %).

Elle est artificielle dans 357 cas (21,34 %).

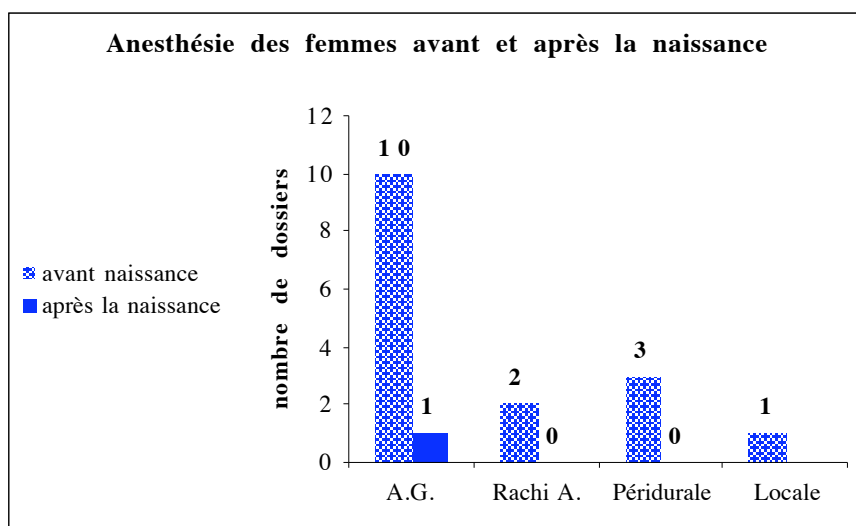
Une hémorragie de la délivrance inférieure à un litre est notée pour 191 parturientes (11,42 %) et pour 18 parturientes elle est de plus d'un litre (1,08 %) [Scheffler 91].

L'anesthésie utilisée au cours de la mise au monde

Elle est requise le plus souvent devant une douleur trop difficile à supporter mais aussi et surtout quand une intervention instrumentale est indispensable (forceps ou césarienne). Il est à noter qu'à cette période où se fait l'étude, l'utilisation de l'anesthésie péridurale en est à son début.

Ainsi sur l'ensemble des dossiers, avant la naissance de l'enfant 173 femmes n'ont pas recours à ce type de technique.

Une anesthésie générale est réalisée dans 10 dossiers (pour 9 césariennes dont une grossesse gémellaire), deux femmes bénéficient d'une rachianesthésie (pour forceps), trois femmes demandent et ont une anesthésie péridurale (une est césarisée ensuite en fin de travail, une a un forceps) et pour une femme une anesthésie locale est effectuée avant la mise au monde.



Après la naissance, une anesthésie est proposée dans certains cas (délivrance artificielle ou révision utérine ou encore devant une lésion périnéale trop importante).

Ainsi après la naissance de l'enfant 188 femmes n'ont pas d'anesthésie et une seule femme a eu besoin d'une anesthésie générale pour une délivrance artificielle.

Ne sont pas prises en compte les anesthésies locales, à l'aide de la xylocaïne, réalisées par la sage-femme lors de la réparation d'une épisiotomie ou d'une déchirure périnéale.

Dans l'étude de M. Scheffler, une anesthésie a été réalisée avant la naissance chez 546 patientes, avec 226 anesthésies générales, 304 anesthésies péridurales, 8 anesthésies locales, 4 anesthésies générales après une autre anesthésie, et 4 rachi-anesthésies. Sur l'ensemble de ces anesthésies, 12 complications sont signalées [Scheffler 91].

L'intégrité du périnée

Le périnée est intact pour 52 femmes.

Pour les femmes ayant été césarisées le périnée est fatalement intact, c'est le cas dans 10 dossiers.

Pour les femmes qui ont eu un forceps, il y a systématiquement une épisiotomie, ce qui est vérifié pour 11 femmes.

Les autres épisiotomies non systématiques ou non liées à une intervention technique instrumentale sont faites par la sage-femme, c'est-à-dire dans 12 cas soit dans 6,34 % des situations.

Lésions périnéales	Nombre de dossiers	Fréquence
périnée intact	52	27,5 %
éraillures	60	32 %
superficielle (1er degré)	41	22 %
simple (2ème degré)	12	6 %

épisiotomie	23	12 %
complète (3ème degré)	1	0,5 %

Lorsque le périnée présente des lésions spontanées, il s'agit d'éraillures, d'une déchirure simple, ou plus rarement d'une déchirure du 2^{ème} degré, d'une épisiotomie ou d'une déchirure complète ou compliquée.

Quand il existe des lésions périnéales, la suture est réalisée par la sage-femme, c'est le cas pour les 120 femmes ayant eu des lésions.

Ce n'est pas le cas quand la déchirure semble compliquée ou qu'une intervention instrumentale est survenue. Un médecin a ainsi pratiqué la réparation périnéale pour 17 femmes (11 femmes ont nécessité un forceps ou une manœuvre entraînant généralement une épisiotomie).

L'avis d'un médecin obstétricien est requis pour trois femmes après la mise au monde soit pour un problème de délivrance, soit pour une lésion périnéale.

Dans l'étude du service général, les épisiotomies ont été effectuées dans 323 cas (19,5 %) en 1979 et chez 570 accouchées (34,07 %) en 1989.

Une déchirure périnéale est traitée dans 323 cas (16,3 %) en 1979 et chez 229 accouchées (13,69 %) en 1989.

En 1989 il est noté 16 déchirures complètes (0,96 %) et 4 déchirures complètes compliquées (0,24 %).

A cela s'ajoutent 449 lésions traumatiques (26,84 %) (déchirures vaginales, déchirures cervicales, thrombii et autres).

Pour 48 femmes deux lésions traumatiques sont associées [Scheffler 91].

3.2.6.5 L'accouchement est accompagné par la sage-femme et/ou assisté par un médecin

Dans la plupart des cas l'accouchement est physiologique. La sage-femme prend les décisions nécessaires pour la mère et l'enfant. Quand des interventions sont indispensables c'est un médecin qui est sollicité et qui intervient.

Ainsi 158 femmes (soit 83,6 %) des femmes dans cette étude sont accompagnées par cette professionnelle, sous sa seule et entière responsabilité.

Pour six femmes (soit pour 3,2 %) d'entre-elles, c'est une autre sage-femme qui a accompagné l'accouchement (en l'absence de celle qui a effectué le suivi pour quatre d'entre-elles) ou la femme est seule (comme c'est le cas pour deux accouchements survenus à domicile trop rapidement).

Ainsi 162 femmes (soit dans 85,74 % des cas) accouchent accompagnées par une sage-femme.

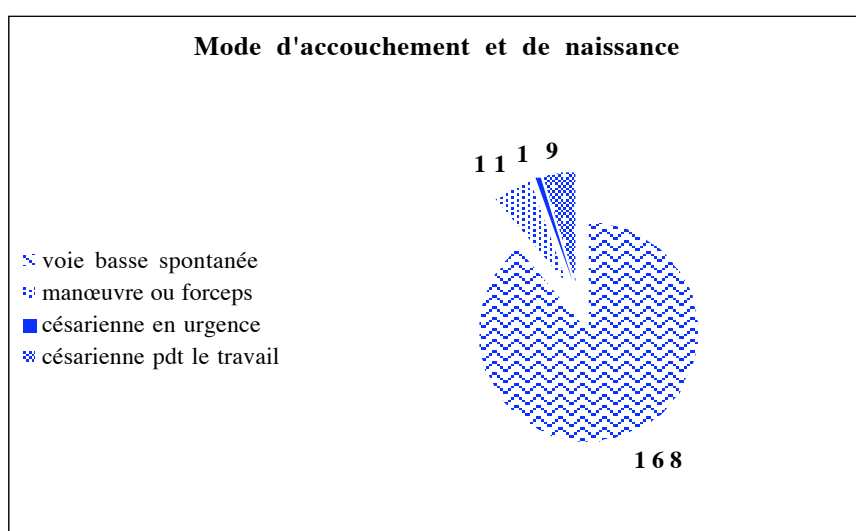
Pour 25 femmes (soit 13,2 %) dans ce groupe étudié, l'accouchement est pratiqué par un médecin parce qu'un transfert a été effectué en début de travail ou qu'une intervention technique instrumentale a été nécessaire (forceps ou manœuvre et césarienne) en cours et fin de travail ou après la naissance.

L'étude de M. Scheffler indique que l'accouchement est réalisé par une sage-femme pour 872 parturientes (52,12 %) et par un médecin pour 625 parturientes (37,36 %) et par une autre personne (dont les étudiantes sages-femmes) pour 165 parturientes (9,86 %) [Scheffler 91].

Le mode d'accouchement se fait le plus souvent, par voie basse spontanée

C'est la réalité pour 168 femmes qui mettent au monde leur enfant sans assistance ou sans intervention technique instrumentale mais en étant accompagnée par la sage-femme qui les a suivis tout au long de leur grossesse.

Le schéma suivant résume les différentes modalités d'accouchements et de naissances.



Les césariennes

Les césariennes sont au nombre de 10 pour l'ensemble des 189 dossiers (dont une grossesse gémellaire) soit dans 5,29 % des cas. Elles sont nécessitées par différentes pathologies.

Pour une femme la césarienne s'effectue en urgence avant le début du travail. Pour une autre femme (avec une grossesse gémellaire) la césarienne programmée a lieu finalement au cours du travail. Pour sept femmes la césarienne a lieu en cours du travail.

Les différentes causes des interventions par césarienne se résument de la manière suivante.

➤ La présence de métrorragies

- Les métrorragies importantes sont la conséquence d'un placenta bordant, chez une deuxième gestante, nullipare à 41 SA (semaines d'aménorrhée) et conduisent à une césarienne sous anesthésie générale (elle est réalisée avant tout début de travail). L'enfant est en présentation céphalique (1).
- Les métrorragies avant le début du travail associées, à un échec de déclenchement pour un dépassement de terme, à un tracé du

rythme cardiaque de l'enfant micro oscillant, chez une primigeste à 42 SA et 4 jours, aboutissent à une césarienne sous anesthésie générale (elle est réalisée en tout début de travail). L'enfant est en présentation céphalique (2).

➤ La présentation des enfants

- Deux jumeaux dont les présentations sont incompatibles avec une naissance spontanée, puisque le premier des jumeaux est en présentation podalique et le deuxième en présentation céphalique. Cela nécessite chez une primigeste à 39 SA, une césarienne sous anesthésie générale (elle est réalisée en début de travail, les membranes sont rompues et le liquide est teinté). (3).
- Un enfant est en présentation podalique (en siège décomplété) avec un bassin maternel dont le coccyx est en hameçon. Une césarienne est décidée chez une primigeste à 39 SA et 4 jours, sous anesthésie générale AG (elle est réalisée en cours de travail, la dilatation du col de l'utérus est à 5 cm, les membranes sont rompues et le liquide est clair) (4).
- Un enfant en présentation podalique (en siège décomplété) associé à un antécédent d'herpès génital conduit à une césarienne chez une deuxième geste, nullipare à 40 SA, sous anesthésie générale (elle est réalisée en début de travail, les membranes sont rompues et le liquide est clair) (5).

➤ Une non progression ou une souffrance de l'enfant en cours de travail

- Un enfant en présentation céphalique ne s'engage pas dans le bassin maternel. Cela aboutit chez une troisième geste, nullipare à 41 SA, à une césarienne sous anesthésie générale (elle est réalisée en cours de travail, à dilatation complète, les membranes sont rompues artificiellement et le liquide clair) (6).
- Un enfant en présentation céphalique présente des bradycardies à chaque contraction utérine (dûes à un double circulaire serré du cordon vérifié ensuite). La césarienne est réalisée chez une primigeste à 41 SA et 6 jours, sous anesthésie péridurale (elle a lieu en cours de travail, la dilatation du col de l'utérus est de 7 cm) (7).
- Un enfant en présentation céphalique manifeste une souffrance à chaque contraction, le bassin est limite. Une césarienne est décidée chez une deuxième geste, nullipare à 41 SA, sous anesthésie générale AG (elle est réalisée en cours de travail, la dilatation est à 5 cm, les membranes amniotiques rompues) (8).
- Un enfant en présentation céphalique a un tracé du rythme cardiaque micro oscillant, il existe un dépassement de terme. Une césarienne est réalisée chez une deuxième geste, nullipare à 41 SA

et 6 jours, sous anesthésie générale (elle a lieu en début de travail) (9).

Les interventions instrumentales avec manœuvre ou forceps

Elles sont au nombre de 11 soit 5,82 % pour l'ensemble des 189 dossiers, elles ont été nécessitées par des anomalies survenant en cours ou fin de travail. Il s'agit de manœuvre d'extraction du siège et de forceps, s'accompagnant d'épisiotomies.

Les différentes causes des interventions par manœuvre ou par manœuvres instrumentales se résument de la manière suivante.

➤ La présentation de l'enfant

- Un enfant est en présentation podalique (en siège décomplété) chez une primigeste à 41 SA. La mère a exprimé une demande de césarienne à la fin de la grossesse. Le travail est dirigé (avec des ocytociques), une grande extraction du siège est pratiquée (10).

➤ La non progression de l'enfant ou la fatigue maternelle

- Un enfant est en présentation céphalique, chez une primigeste à 39 SA et 4 jours. Le travail est lent (malgré les ocytociques), la présentation ne progresse pas. Un forceps de Tarnier est effectué (11).
- Un enfant est en présentation céphalique, chez une deuxième geste, nullipare à 39 SA. Le travail est lent (malgré l'ocytocine), la présentation ne progresse pas, il existe une fatigue maternelle. Un forceps de Tarnier est décidé (12).
- Un enfant est en présentation céphalique, chez une primigeste à 41 SA. Le travail est mal supporté (sous ocytocine), la présentation ne progresse pas. Un forceps de Tarnier est pratiqué (13).
- Un enfant est en présentation céphalique, chez une deuxième geste, nullipare à 40 SA. Le travail est dirigé (avec l'ocytocine), la présentation ne progresse pas, le liquide est teinté à la rupture artificielle des membranes, la mère est très agitée. Un forceps de Tarnier est entrepris sous anesthésie générale (14).
- Un enfant est en présentation céphalique, chez une deuxième geste, nullipare à 40 SA et 4 jours. Le travail est lent (sous ocytocine), la présentation ne progresse pas à du fait de la fatigue maternelle. Un forceps de Pajot est effectué (15).
- Un enfant est en présentation céphalique, chez une primigeste à 41 SA et 6 jours. Le terme est dépassé, malgré un travail normal, la présentation ne progresse pas. La présence de bradycardies sur le tracé cardiaque de l'enfant, la difficulté pour la mère lors des poussées entraînent un forceps de Tarnier (16).

- Un enfant est en présentation céphalique, chez une primigeste à 39 SA et 3 jours. Le travail est dirigé (sous ocytocine), la présentation ne progresse pas, des bradycardies apparaissent. Un forceps de Tarnier est pratiqué (17).
- Un enfant est en présentation céphalique, chez une deuxième geste, nullipare à 40 SA. Le travail est très lent (sous ocytocine), la présentation ne progresse pas, il existe une fatigue maternelle, le liquide est purée de pois à la rupture des membranes. Un forceps de Tarnier est décidé (18).
- Un enfant est en présentation céphalique, chez une primigeste à 41 SA et 7 jours. Le terme est dépassé, le travail est dirigé (sous ocytocine), la présentation ne progresse du fait d'une fatigue maternelle. Un forceps de Pajot est effectué (19).

➤ Une pathologie infectieuse en début et cours de travail

- Un enfant est en présentation céphalique, chez une primigeste à 39 SA. Une fièvre inexpliquée et une tachycardie chez l'enfant sont apparues dès le début du travail provoqué par l'infection. Le travail est dirigé (sous ocytocine), devant la détérioration du rythme cardiaque de l'enfant un forceps est décidé (20).

Dans l'activité du service général et d'accouchements, 1297 femmes (78,4 %) ont accouché par voie basse spontanée en 1979 et 1200 femmes (71,73 %) en 1989. Les césariennes sont nécessaires pour 167 femmes (10,1 %) en 1979 et pour 270 femmes (16,14 %) en 1989. Le taux de manœuvres est stable entre les deux années 209 cas (12,8 %) en 1979 et 203 cas (12,13 %) en 1989 [Scheffler 91].

3.2.7 Les caractéristiques concernant l'enfant et sa naissance

Suivant le vécu et le déroulement de la grossesse vue précédemment, suivant le mode de présentation de l'enfant, en fonction de la survenue de l'ouverture de l'œuf et du déroulement de l'accouchement, l'accueil de l'enfant à sa naissance peut-être réalisé par le père ou pas.

3.2.7.1 La hauteur utérine

Elle témoigne du développement de l'enfant.

La répartition des valeurs de la hauteur utérine est présentée dans le tableau suivant.

Hauteur utérine	Nombre de dossiers	%
-----------------	--------------------	---

22	1	0,6%
27	1	0,6%
29	2	1%
30	17	9,5%
31	54	30%
32	47	26,1%
33	38	21,1%
34	13	7,2%
36	3	1,7%
37	1	0,6%
38	1	0,6%
39	2	1%

La hauteur utérine est notée dans les dossiers au cours de la grossesse et au terme de celle-ci au moment de la consultation après l'appel. Elle n'est pas notée dans 9 dossiers.

La moyenne calculée sur les 180 dossiers est de 31,95 cm.

Le minimum est de 22 cm (pour l'enfant qui est affecté par une allo-immunisation et qui est né prématurément), le maximum est de 39 cm pour une des deux grossesses gémellaires suivies.

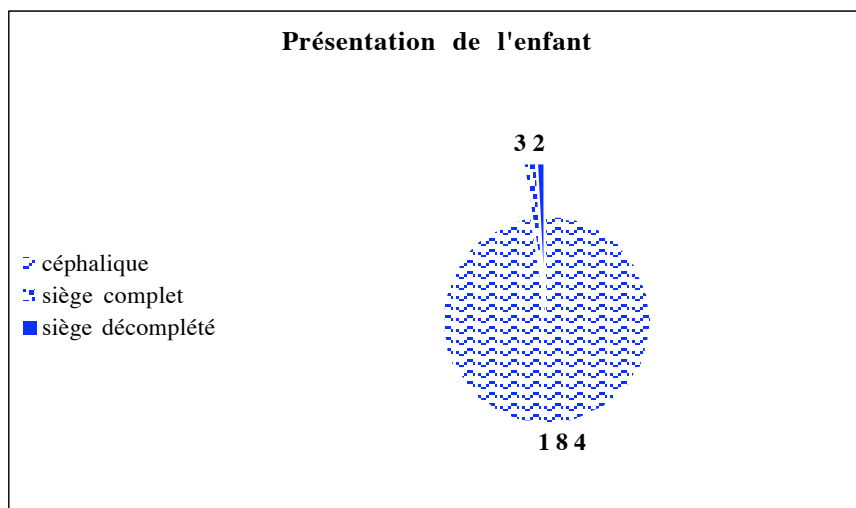
Dans l'étude de l'activité de la maternité régionale, dans 188 dossiers soit 11,9 % en 1979 et dans 172 dossiers soit 11,73 % en 1989, la hauteur utérine est inférieure à 30 cm. Dans 465 soit 29,5 % en 1979 et dans 481 soit 32,8 % en 1989, elle est comprise entre 30 et 32 cm. Dans 678 dossiers soit 43 % en 1979 et 545 soit 37,2 % en 1989, elle est entre 32 et 34 cm. Dans 188 dossiers soit 12 % en 1979 et 192 soit 13 % en 1989, elle est de 34 à 36 cm. Elle est supérieure à 36 cm dans 58 dossiers soit 4 % en 1979 et 76 dossiers soit 5,2 % en 1989. Le nombre de dossiers non codés est supérieur à 5 %.

M. Scheffler note qu'il existe une forte corrélation entre l'âge gestationnel et la hauteur utérine lors de l'accouchement et que celle-ci est moins bonne avant 37 semaines [Scheffler 91].

3.2.7.2 La présentation de l'enfant

Elle est céphalique pour 184 enfants soit dans 97,35 % des cas. Les présentations podaliques se retrouvent pour cinq enfants soit dans 2,64 % des cas.

Trois enfants sont en siège complet (dont le premier enfant d'une des grossesses gémellaires) et deux sont en siège décomplété.



L'étude de M. Scheffler note que la présentation du sommet est dominante dans les deux années étudiées. En 1979 c'est l'éventualité pour 1569 cas (95 %) et pour 1559 cas (93 %) en 1989 [Scheffler 91].

3.2.7.3 Les événements et les modalités pour l'enfant au cours du travail

Elles sont caractérisées par le moment de la rupture des membranes amniotiques, par la surveillance du rythme cardiaque de l'enfant tout au long du travail et lors de l'expulsion. Elles nécessitent pour certains enfants, l'avis d'un pédiatre au moment de la naissance ou juste après.

La rupture des membranes

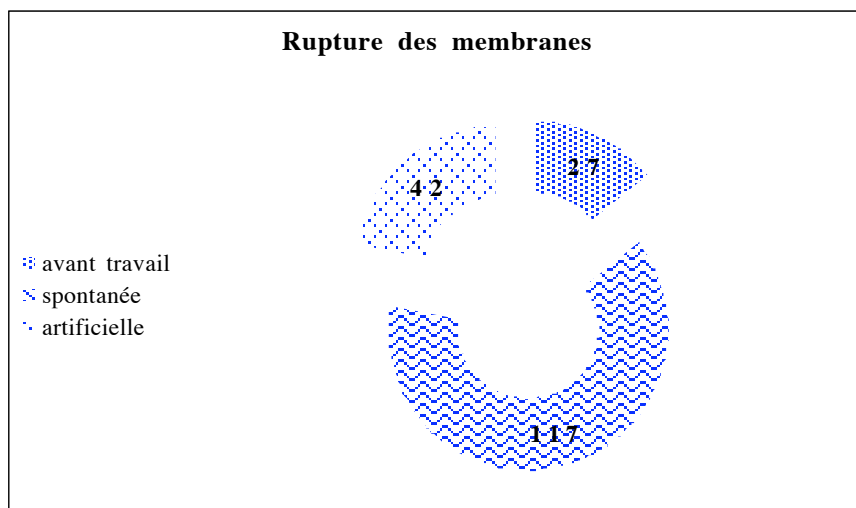
Elle peut survenir à des moments différents avant et au cours du travail. A chaque fois la couleur du liquide est notée par la femme qui est informée de l'importance de cette donnée ou par la sage-femme si cette rupture a lieu en sa présence.

- Elle est spontanée ou artificielle

Et dans ce dernier cas, elle est réalisée par un professionnel (sage-femme ou médecin).

La rupture des membranes survient spontanément en cours de travail pour 117 femmes. Pour 27 d'entre elles, celle-ci a lieu avant le début du travail. Pour 42 femmes elle est artificielle, réalisée par la sage-femme ou le médecin. Elle est considérée comme étant artificielle lors des césariennes.

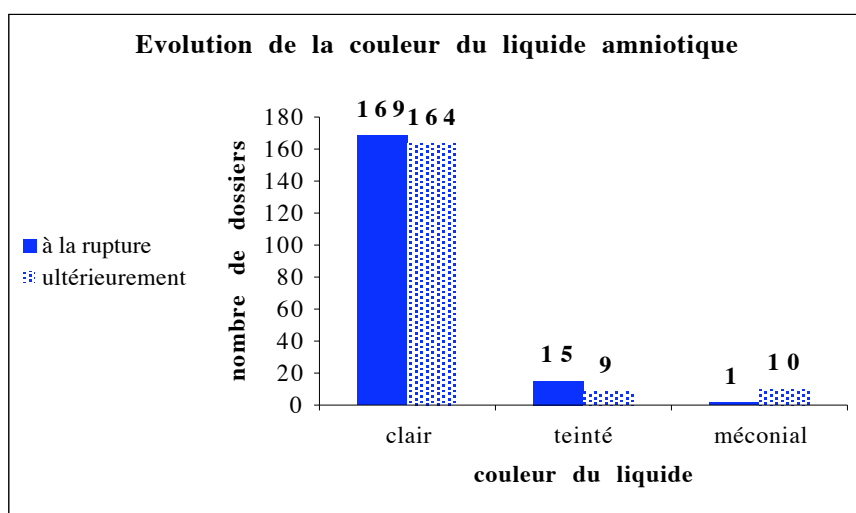
Pour 3 femmes, cet item n'est pas renseigné.



La rupture des membranes s'est effectuée avant l'entrée en salle de travail pour 387 femmes (23,4 %) en 1979 et pour 364 femmes (21,76 %) en 1989. Elle est spontanée au cours du travail dans 432 cas (25,82 %), artificielle pour 687 gestantes (41,06 %) et effectuées au cours d'une césarienne pour 173 patientes (10,34 %) [Scheffler 91].

➤ La couleur du liquide amniotique

La couleur du liquide amniotique à la rupture et son évolution ultérieure est notée. Le plus fréquemment le liquide est clair à la rupture des membranes que celle-ci soit spontanée ou artificielle. C'est ce qui se passe dans 169 des cas soit 91,4 %.



Dans 15 dossiers soit 8,1 %, le liquide est teinté et dans 1 cas soit 0,5 %, il est méconial. Pour 4 dossiers, cette donnée n'est pas précisée.

Ultérieurement la couleur du liquide amniotique est encore claire dans 164 cas soit 89,6 %, Il est teinté dans 9 cas soit 4,9 % et il est méconial pour 10 cas soit 5,5 % des situations.

Pour 6 dossiers, il n'y a pas de précisions.

Dans les cas où le liquide est teinté des prélèvements au niveau du placenta et des membranes est effectué.

L'aspect du liquide est clair à la rupture chez 1395 femmes (84 %) en 1979 et chez 1307 (78,12 %) en 1989. Il est teinté dans 108 cas, sanglant dans 34, et méconial dans 73 cas. Il n'est pas précisé à la rupture dans 90 cas. Ultérieurement le liquide est teinté dans 103 situations, dans 40 cas il est sanglant et il est méconial pour 116 cas [Scheffler 91].

➤ La durée d'ouverture de l'œuf

Elle est évaluée sur 177 dossiers. Pour 12 dossiers (6,34 %) cet item n'est pas référencé soit non noté ou inconnu.

Elle est en moyenne de 349,9 minutes soit 5 heures et 50 minutes. La durée minimale d'ouverture de l'œuf est d'une minute et le maximum est de 4920 minutes soit 3 jours 9 heures et 50 minutes.

Cette durée est généralement inférieure à 24 heures (dans 94,91 % des cas sur 177 dossiers). Le travail se met en route spontanément peu de temps après la rupture des membranes.

Néanmoins pour neuf femmes, cette durée excède 24 heures.

Pour quatre femmes, elle est inférieure à 36 heures.

Pour deux femmes, elle est comprise entre 36 et 48 heures.

Pour trois femmes, elle est égale ou supérieure à 72 heures.

Dans l'étude comparative, pour la grande majorité des femmes la durée d'ouverture de l'œuf est inférieure à 24 heures. C'est le cas pour 1587 femmes (94 %). Mais pour un certain nombre de dossiers dans cet item il est noté 0 ce qui correspond à un dossier non codé ou à une durée d'ouverture de l'œuf inférieure à une heure (cela représente 769 dossiers soit 47,97 %) [Scheffler 91].

La surveillance du rythme cardiaque de l'enfant

La surveillance de l'enfant par l'écoute du rythme cardiaque est une donnée incontournable.

Dès qu'une anomalie survient, elle est évidemment soutenue et permanente si besoin. Elle n'empêche pas la mobilité de la mère durant toute la durée du travail.

Cependant elle prend diverses formes allant de l'écoute répétée avec un doppler fœtal sans enregistrement (c'est le cas lors de la surveillance du travail au domicile des parents et lors de naissances à domicile).

Elle est réalisée à l'aide d'un cardiocytographe avec enregistrement lors de l'accouchement à la

maternité. Dans cette éventualité, l'enregistrement est discontinu quand le rythme est satisfaisant. Il devient continu dès que cela est nécessaire.

Ainsi le rythme cardiaque de l'enfant est noté en discontinu dans 51 cas et il est discontinu avec un enregistrement dans 82 cas.

Il est continu tout au long du travail et enregistré dans 33 cas.

Il est enregistré en continu dans 64 situations lors de l'expulsion.

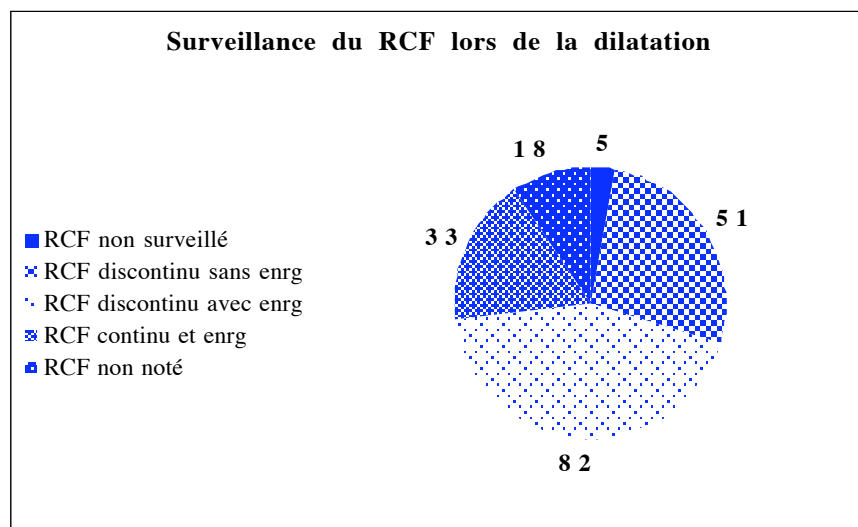
Pour cinq enfants il n'y a pas eu de surveillance du rythme cardiaque, la naissance étant survenue très rapidement.

➤ La surveillance du rythme cardiaque lors de la 1^{ière} phase

Pour 171 enfants, il n'y a aucune anomalie et les données sont répertoriées dans 178 dossiers.

Les anomalies repérées lors de la surveillance du rythme cardiaque de l'enfant, dans la phase de dilatation sont présentes pour sept cas.

Il s'agit de bradycardies inférieures à 100 pendant 10 minutes pour deux cas, de tachycardie supérieure à 180 plus de 10 minutes dans un cas et de ralentissements variables pour quatre des enfants.



➤ La surveillance du rythme cardiaque lors de la 2^{ième} phase

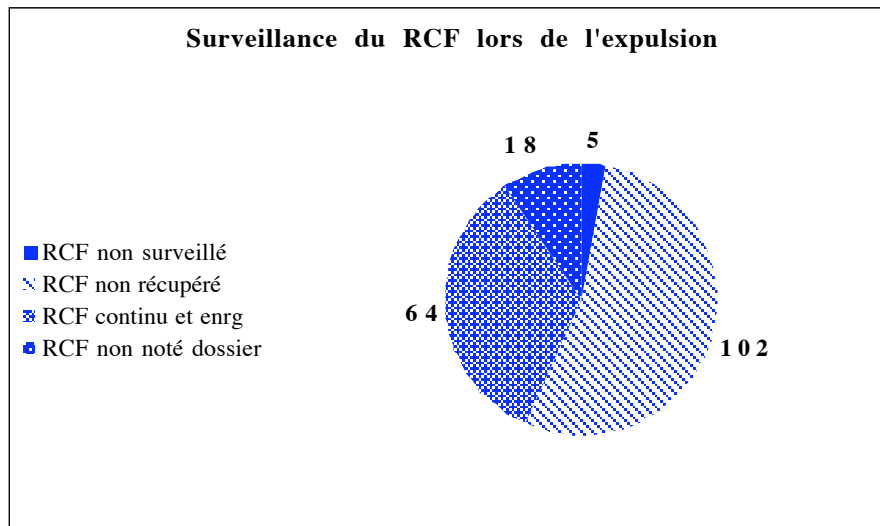
La surveillance est généralement continue lors de «l'expulsion».

L'écoute du rythme se fait après chaque contraction utérine si elle est discontinue.

L'enregistrement est constant lors de la naissance à la maternité, le capteur pouvant être maintenu sans gêner la mère dans ses mouvements.

Pour 113 enfants aucune anomalie du rythme cardiaque n'est notée et dans 14 situations, ces données ne sont pas connues ou inscrites dans le dossier.

Les anomalies repérées lors de la surveillance du rythme cardiaque de l'enfant, dans la phase d'expulsion sont des ralentissements isolés dans 55 cas et dans sept cas, il existe des bradycardies inférieures à 10 minutes.



La surveillance du rythme cardiaque fœtal est instrumentale de principe et permanente pour 992 cas (60%) en 1979 et pour 1371 patientes (91,40 %) en 1989. Elle a été simplement clinique et assurée pour 487 patientes (29,5 %) en 1979 et seulement pour 23 femmes (1,53 %) en 1989.

La surveillance du rythme cardiaque fœtal (R.C.F.) a été instrumentale de principe intermittente dans 15 cas (1 %). Aucune surveillance n'est effectuée ou les dossiers ne sont pas codés dans 141 cas (8,5 %) en 1979 et dans 89 cas (5,93 %) [Scheffler 91].

L'avis d'un médecin

L'avis d'un médecin obstétricien est requis dès que la durée de l'ouverture des membranes dépasse 24 heures. Le plus souvent un déclenchement est programmé dès que 48 heures se sont écoulées.

Par ailleurs il est également sollicité au cours du travail si des pathologies sont repérées, si le travail se prolonge et que la mère et/ou l'enfant ne se portent pas bien.

Un médecin est présent pour les interventions indispensables (manœuvre ou césarienne) au cours du travail ou de l'expulsion, mais également lors de la délivrance et après si nécessaire pour une réfection périnéale compliquée.

L'avis du pédiatre est également sollicité lorsque la couleur du liquide est méconiale notamment. Pour sept enfants son avis est demandé en cours d'accouchement et pour onze enfants il est sollicité après la naissance.

Par ailleurs le pédiatre est présent pour 13 enfants avant la naissance et pour 12 d'entre eux après la naissance.

3.2.7.4 Les données concernant les enfants

Tous les 189 enfants sont nés vivants.

Un seul enfant est décédé secondairement à 4 jours de vie en réanimation néonatale, dans les suites d'une infection.

Le sexe des nouveaux-nés

La population des enfants est constituée de 101 filles (53,4 %) et de 88 garçons (46,56 %).

En 1979 au service général de la maternité sont nés 52,5 % de garçons et 47,5 % de filles et en 1989 les garçons sont 860 soit 50,36 % et les filles sont 847 soit 49,61 %) [Scheffler 91].

L'âge gestationnel à l'issue de la grossesse

La moyenne de l'âge gestationnel à la mise au monde est de 39,8 SA avec un écart type de 1,6.

L'âge minimum à la survenue de la naissance est de 29,4 SA et l'âge maximum est de 43,1 SA.

Dans l'étude de M.Scheffler en 1979 la majorité des enfants 1467 (soit 90,7 %) sont nés entre 37 et 41 SA puis en 1989 c'est le cas de 1467 enfants (soit 84,7 %). Sept enfants sont nés entre 24 et 27 SA en 1979 et 14 en 1989. les enfants ayant dépassés le terme de 42 SA sont 15 en 1979 et 38 en 1989. Il sont trois à atteindre 43 SA en 1989 [Scheffler 91].

Le coefficient d'APGAR

Cet item subjectif est noté à 1 minute et à 5 minutes, par la même sage-femme, y compris quand il y a eu une césarienne.

Cependant pour quatre enfants l'Apgar n'est pas noté ni à 1 minute ni à 5 minutes. Pour un enfant il n'est pas indiqué à 1 minute.

La moyenne calculée sur 184 dossiers est de 8,7 à 1 minute avec un écart type de 1.

L'Apgar minimum noté est de 2 et le maximum de 10.

Ce qui correspond à 98,36 % des nouveaux-nés ayant un Apgar égal ou supérieur à 7 à une minute de vie.

A 5 minutes la moyenne évaluée sur 185 dossiers est de 9,8 avec un écart type de 0,7.

L'Apgar minimum noté est de 5 et le maximum de 10.

Ainsi 98,91 % des enfants ont un Apgar égal ou supérieur à 7 à cinq minutes de vie.

Neuf nouveaux-nés ont un Apgar à 7 à 1 minute. Celui-ci évolue à 5 minutes, pour 2 d'entre eux à 8 puis pour 5 des enfants à 9 et pour 2 autres à 10.

Trois enfants ont un Apgar inférieur à 7 à 1 minute. L'évolution est favorable à 5 minutes.

L'un est à 2 puis ensuite à 5, l'autre est à 3 puis à 5 et le dernier augmente de 6 à 7.

Dans le service général et d'accouchements les scores d'Apgar sont identiques en 1979 et 1989 puisque dans 1463 cas (soit 85,7 %) les enfants ont un Apgar supérieur ou égal à 7 à une minute de vie. En 1979 le score d'Apgar à cinq minutes est supérieur ou égal à 7 pour 95,5 % des enfants et en 1989 cela est identique pour 1591 (soit 93,24 %). Dans 953 cas l'Apgar à une minute est de 9 en 1989 et pour 104 enfants l'Apgar est entre 0 et 2 à une minute et pour 140 enfants il est compris entre 3 et 6 [Scheffler 91].

Les constantes physiques des nouveaux-nés

Ce sont la température, le poids, les mesures corporelles.

➤ La température à la naissance

Elle est prise quand le nouveau-né est sur le ventre de sa mère.

Elle est notée pour 138 enfants.

La moyenne de la température prise quand l'enfant est sur le ventre de sa mère est de 36,7° avec un écart type de 0,4.

Un seul enfant a une température à 35,1° du fait d'une naissance dans la voiture en arrivant à la maternité (après avoir pris la décision de quitter le domicile où la naissance tarde). La température maximum relevée est de 37,8°.

➤ Le poids

Il est indiqué pour 187 nouveaux-nés.

La moyenne est de 3308g avec un écart type de 477,6 g.

Le poids minimum est de 1200g (pour un enfant, né prématurément) et le maximum est de 4640g.

Le poids moyen dans l'étude du service général est de 3170g en 1979 et il est inférieur en 1989 puisqu'il est de 3016g.

Les enfants ayant un poids inférieur à 2500g représentent 8 % de la population en 1979 alors qu'ils sont 276 (soit 16,16 %) en 1989. Ceux qui ont un poids supérieur à 4000g sont 6,2 % en 1979 et 73 soit 4,27 % en 1989 [Scheffler 91].

➤ La taille

Elle n'a pas été constamment notée dans les dossiers, même si elle a été mesurée à un moment ou à un autre dans les jours suivants la naissance.

La moyenne évaluée sur 136 enfants est de 49,5 cm avec un écart type de 1,9. La plus petite taille est de 45 cm et la plus grande de 55 cm.

La taille moyenne des enfants nés au service général est de 49 cm en 1979 et de 48,23 cm en 1989 [Scheffler 91].

➤ Le périmètre crânien

Celui-ci également n'a pas toujours été relevé dans le dossier et pas forcément mesuré.

Estimé sur 121 nouveaux-nés, il est en moyenne de 34,5 cm avec un écart type de 1,2. La plus petite mesure est de 32 cm et la plus élevée de 37 cm.

Le périmètre crânien des enfants dans les populations étudiées dans le service général est de 34 cm en 1979 et de 33,5 cm en 1989 [Scheffler 91].

3.2.7.5 Les gestes effectués par les professionnels sur les nouveaux-nés

Ceux-ci vont du simple examen morphologique de l'enfant, dans les heures qui suivent la naissance, aux gestes de réanimation indispensables dans certaines situations.

L'examen morphologique

L'examen morphologique est réalisé le plus souvent par la sage-femme, mais aussi par le pédiatre quand celui-ci est présent.

Cet examen est normal pour tous les enfants, sauf pour un nouveau-né qui présente une syndactylie bilatérale des orteils. Aucun ne présente de malformations majeures apparentes.

Pour 35 enfants, la perméabilité des choanes a été recherchée à l'aide d'une sonde d'aspiration par voie nasale.

Ils sont 149 à ne pas avoir bénéficiés volontairement de cet examen. Pour cinq enfants cet item n'est pas renseigné.

Il en est de même pour la perméabilité oesophagienne concomitante d'une éventuelle aspiration. Ainsi 31 enfants ont subi cet examen.

Chez 153 enfants également, cet examen n'a pas été réalisé volontairement.

Aucune pathologie n'a été mise en évidence au niveau de la perméabilité, des choanes et de l'œsophage, ni lors de l'examen s'il est réalisé, ni ensuite.

La perméabilité anale est vérifiée à l'occasion de la prise de température sur le ventre de leur mère. Elle est toujours normale.

La bouche examinée à l'occasion de l'examen morphologique global est sans particularité chez tous les enfants.

Pour certains les données ne sont pas notées du fait d'un transfert immédiat, c'est le cas pour quatre enfants.

Les gestes de réanimation

Dans cette étude, sont qualifiés gestes de réanimation, tous les gestes invasifs (simple

aspiration, aspiration sous laryngoscope, ventilation au masque, oxygénation nasale, intubation trachéale et massage cardiaque) réalisés chez les enfants.

Sur l'ensemble des enfants 157 (soit 83 %) n'ont pas nécessité de gestes de réanimation.

Une simple aspiration est pratiquée chez 29 enfants (soit 15,3 %) dans le cas d'un liquide amniotique teinté ou lors de difficultés mineures d'adaptation cardio-respiratoire.

Certains sont mis sous oxygène quelques minutes, trois enfants (soit 1,58 %) sont aspirés sous laryngoscope, puis ventilés au masque et oxygénés mais un seul (soit 0,5 %) de ces enfants nécessite une intubation trachéale.

Aucun d'entre eux n'a eu besoin de massage cardiaque.

Une réanimation a dû être pratiquée chez 174 enfants (soit 10,5 %) en 1979 et chez 119 enfants (soit 6,97 %) en 1989. Une aspiration sous laryngoscope a lieu pour 41 cas soit (2,5 %) en 1979 et dans 19 cas (soit 1,11 %) en 1989. Une ventilation au masque est pratiquée dans 87 cas (5,09 %). Une intubation trachéale est nécessaire dans 32 cas (1,9 %) en 1979 et dans 61 cas (3,57 %) en 1989. Il est à noter que 8 enfants sont décédés en salle de travail en 1979 et 7 en 1989 [Scheffler 91].

Les transferts immédiats

La majorité des enfants soit 179 restent auprès de leur mère.

Cependant dix sont transférés immédiatement à la naissance, dans le service de réanimation ou en néonatalogie pour surveillance.

- Les enfants présentant des difficultés d'adaptation cardio-respiratoire (sur l'ensemble de la population, ces enfants représentent 1,05 %).
 - Un enfant est transféré pour inhalation et détresse respiratoire. La durée d'hospitalisation en néonatalogie est au moins de 10 jours.
 - Un enfant est transféré pour inhalation et détresse respiratoire. La durée d'hospitalisation en néonatalogie est de 11 jours.
- Les enfants nés avec une pathologie diagnostiquée en cours de grossesse (sur l'ensemble de la population, ces enfants représentent 0,52 %).
 - Un enfant de 3000g est transféré pour une anémie suite à une incompatibilité sanguine foeto-maternelle (mère et père ont un groupe sanguin O positif). La naissance a lieu après un déclenchement à 38 SA. La durée d'hospitalisation en néonatalogie est d'au moins 7 jours.
- Les enfants nés prématurément (représentent 1,58 % de la population étudiée).
 - Un enfant de 2200g est transféré après une naissance

prématurée à 34 SA. La durée d'hospitalisation en néonatalogie est de 8 jours.

- Un enfant de 2040g est transféré après une naissance prématurée à 32 SA. La durée d'hospitalisation en néonatalogie est de 9 jours.
 - Un enfant de 1200g est transféré après une naissance prématurée à 30 SA. La durée d'hospitalisation en néonatalogie n'est pas connue.
- Les enfants nés après une manœuvre ou par césarienne (représentent 1,58 % de l'ensemble de la population).
- Un enfant (1) (ne présentant aucune pathologie) et un enfant (13) ont une durée d'hospitalisation en néonatalogie respectivement de 2 jours et de 1 jour, pour une simple surveillance.
 - Un enfant (10) est transféré en néonatalogie pour une fracture du bras. La durée d'hospitalisation en néonatalogie est de 7 jours.
 - Un enfant (20) présente une infection diagnostiquée ensuite. Elle décède malheureusement à 4 jours d'une listériose. (Il est à noter que la mère de cette enfant était la deuxième d'une fratrie. La première née était également décédée à la naissance. Mais les mots pour le dire ne sont venus qu'ensuite).

Les transferts immédiats des enfants nés au service général ont été nécessaires pour 291 enfants (17,6 %) en 1979 et pour 435 enfants (25,48 %) en 1989.

Les motifs de ces transferts sont notamment la prématurité ou l'hypotrophie, une détresse respiratoire, une suspicion d'infection ou un autre motif non précisé. En 1979 100 enfants (6,5 %) sont nés prématurément en 1979 et ils sont 225 (13,18 %) en 1989 [Scheffler 91].

3.2.7.6 L'accueil de chaque enfant

Il se veut chaleureux et respectueux de chaque enfant. Les ruptures sont évitées entre la mère et l'enfant, et le père si celui-ci demeure présent (tant à la maternité qu'au domicile).

L'enfant ne subit aucune agression physique invasive, si les conditions le permettent. Si l'accouchement est physiologique, si la naissance se déroule sans pathologies il n'y a pas d'intervention susceptible d'entraver les liens qui se nouent. En outre cela favorise les réflexes de fuissement et de succion, spontanés.

Une seule mère a demandé que son enfant soit placé dans la couveuse. Elle était dans une difficulté relationnelle avec son compagnon, père de l'enfant.

Ainsi, sauf les dix enfants transférés immédiatement à la naissance, 178 enfants restent ou sont mis ultérieurement un moment sur le ventre de leur mère, en contact avec elle, pendant le temps nécessaire et souhaité par les parents.

Quand il y a eu une césarienne et que la mère est transférée pour surveillance le temps est réduit, nécessité par les impératifs de surveillance de la mère surtout quand l'anesthésie est générale. C'est le cas de neuf enfants nés de cette manière. Pour un enfant cela a été plus facile puisque la césarienne a eu lieu sous anesthésie péridurale.

Quand il y a eu une manœuvre instrumentale tous les enfants ont bénéficié d'un contact prolongé avec leur mère sauf un seul enfant qui n'a pu rester auprès de sa mère, celle-ci ayant subi une anesthésie générale.

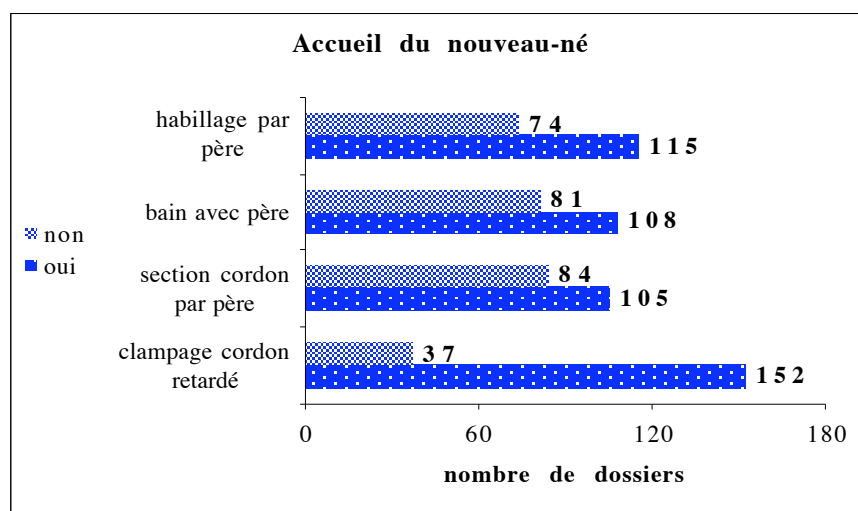
Le plus fréquemment le cordon ombilical est coupé quand il ne bat plus, c'est le cas pour 152 enfants. Le cordon est coupé symboliquement par le père s'il le souhaite, c'est le cas pour 105 enfants.

Le cordon est coupé immédiatement pour 37 nouveaux-nés et notamment pour les dix enfants transférés immédiatement à la naissance.

Le nouveau-né est baigné par son père auprès de la mère, dans les suites immédiates de la naissance si les parents le souhaitent, ce qui est le cas pour 108 enfants.

L'examen morphologique, pratiqué par la sage-femme, et la pesée surviennent à ce moment-là le plus souvent.

Puis le nouveau-né est habillé par son père si celui-ci le désire, ce qui est le cas pour 115 des enfants.



3.2.8 Les données du suivi post-natal pour la mère et l'enfant

Elles concernent la mère, l'enfant mais aussi la mère et l'enfant.

La sage-femme présente dans la période prénatale, lors de l'accouchement et la naissance, continue dans cette proposition de soins, le suivi de la mère, de l'enfant mais également de la mère et de l'enfant.

Cet accompagnement se poursuit aussi bien à la maternité régionale qu'à domicile, où a eu lieu la naissance et lors du retour à la maison pendant plusieurs jours.

La durée (en nombre de jour après la naissance) du suivi postnatal est noté dans les dossiers mais cette donnée est difficile à récupérer pour le moment. La durée du séjour dans la maternité ainsi que la date de retour au domicile sont inscrites dans les dossiers mais ces données sont également difficiles à faire ressortir dans l'analyse informatique.

La durée moyenne du séjour des enfants dans le secteur maternité du service général est de 6,44 jours en 1989. Mais cet item n'est pas noté dans 273 dossiers (15,99 %) [Scheffler 91].

La moyenne (à partir de 187 dossiers) du nombre de consultations effectuées par la sage-femme à la maternité et au domicile des parents est de 7,6 avec un écart type de 2,2.

Le nombre minimum de consultations postnatales est de 3 et le maximum de 16 (notamment pour soutenir l'allaitement maternel, le premier après plusieurs maternités). Pour 2 femmes, cette donnée n'est pas notée.

3.2.8.1 La surveillance de la mère

Elle consiste dans l'observation de l'état de santé de chaque des femme, avec la prise des constantes physiques (tension artérielle, pouls, température) et de la surveillance de données obstétricales (régression de l'utérus jusqu'à sa position normale, appréciation des pertes, cicatrisation périnéale) ainsi que la mise en route de l'allaitement avec l'examen régulier des seins.

Cette période pour les femmes nécessite des réaménagements, une adaptation à son nouveau rôle de mère et l'appréciation de l'état psychique est une donnée essentielle.

Pour 179 femmes, les suites de la mise au monde sont normales.

Outre celles qui sont césarisées ou qui ont eu une pathologie en cours d'accouchement (infection notamment), les pathologies ne sont pas majeures.

Elles sont dues à la cicatrisation du périnée quand il est lésé.

Ce sont également les problèmes de crevasses et de tension mammaire importante, lors de la mise en route de la lactation, mais qui sont rapidement résolus.

La fatigue, l'inquiétude, peuvent-être présentes également mais une seule femme a vécu une

dépression du post-partum (le père de l'enfant est absent et l'entourage familial éloigné).

3.2.8.2 Le suivi de l'enfant

Ce suivi se résume à la surveillance du poids qui est quotidienne jusqu'à la reprise du poids de naissance, celle-ci est notée dans les dossiers mais n'a pas pu être analysée dans cette étude du fait de difficultés informatiques. La température est également notée dans chaque dossier, ainsi que l'émission du méconium, des selles et des urines. Les soins du cordon sont effectués avec la mère et/ou le père lors de la toilette ou du bain.

Le rythme des tétées et la manière dont l'enfant prend le sein (ce qui est le plus fréquent) sont également consignés dans les dossiers.

L'apparition d'un ictère est notée et les prélèvements nécessaires pour le dosage sanguin de la bilirubine sont pratiqués et sont notés sur une courbe référencée identique à celle de la maternité régionale. Toute autre anomalie est signalée et si besoin un avis auprès d'un pédiatre est demandé.

Les pathologies repérées dès la naissance ou au cours de la première semaine sont peu nombreuses et sur l'ensemble du groupe étudié 127 enfants n'en ont aucune.

Sur les dix enfants transférés immédiatement à la naissance, sept demeurent en néonatalogie au moins une semaine.

Ainsi parmi les nouveaux-nés les pathologies notées dans la première semaine de vie sont les suivantes.

- Trois enfants ont des lésions traumatiques dont un enfant avec une fracture du bras (dans les suites d'une manœuvre d'extraction du siège nécessitant son séjour en néonatalogie), un a présenté un céphalématome, un autre une bosse séro-sanguine.
- Aucun n'a d'anomalie chromosomique. Aucun n'a de malformations majeures, un seul enfant a une syndactylie bilatérale des orteils.
- Aucun n'a d'anomalies génétiques ou héréditaires majeures repérées dans les suites de la naissance. (Chez un enfant une drépanocytose a été diagnostiquée ultérieurement lors d'une hospitalisation dans les mois qui ont suivi).
- Un enfant décède à 4 jours des suites d'une infection à listéria. Un enfant a présenté une infection cutanée et une conjonctivite à 2 jours de vie.
- L'ictère est la pathologie la plus fréquemment rencontrée puisque 50 enfants en ont présenté un. Seuls, trois des enfants ont nécessité une photothérapie.
- Une hyperthermie est notée et elle est due à un trouble de la régulation thermique.

Par ailleurs cinq nouveaux-nés sont transférés secondairement dans cette première semaine de vie.

- Un enfant pour hyperthermie sans cause infectieuse. La durée d'hospitalisation en néonatalogie est de 5 jours pour surveillance.
- Un enfant pour une probable inhalation à la naissance mais dont le diagnostic ultérieur demeure imprécis devant une pathologie persistante. La durée d'hospitalisation en néonatalogie a été de 24 jours pour surveillance.
- Trois enfants ont présenté un ictère nécessitant une photothérapie. La durée d'hospitalisation en néonatalogie a été pour un de 1 jour et pour deux de 2 jours.

Les transferts secondaires chez les enfants du service général a été nécessaire chez 109 enfants (16,37 %), dans la plupart des cas dans les quatre premiers jours. Les motifs de ces transferts sont notamment les ictères pour 36 enfants (2,10 %), une suspicion d'infection pour 22 enfants (1,28 %), une détresse respiratoire pour 13 d'entre eux (0,75 %), une pathologie digestive pour 8 enfants (0,46 %) [Scheffler 91].

Les prélèvements sanguins chez l'enfant pour les examens biologiques sont toujours réalisés par la sage-femme soit lors du séjour en maternité, soit à domicile.

Notamment c'est le cas pour le test de Guthrie qui est effectué systématiquement ou si cela est nécessaire comme pour le dosage de la bilirubinémie.

3.2.8.3 La relation mère-enfant

L'allaitement est un des témoins de cette relation mère-enfant.

L'alimentation de l'enfant avec le lait maternel

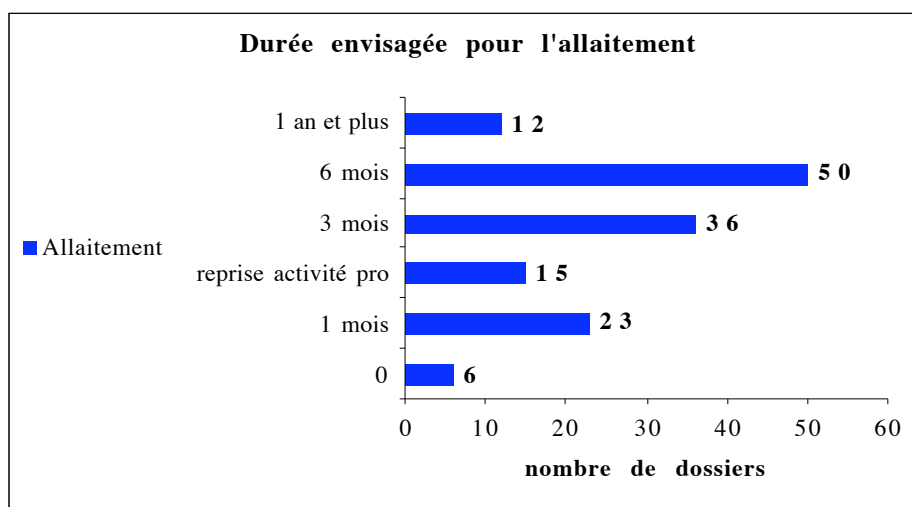
La mise au sein est immédiate pour 169 enfants.

Pour 12 d'entre eux cela n'a pas été possible du fait des conditions de la naissance et des transferts.

Du lait artificiel a été donné à trois enfants puisque la mère n'a pas souhaité allaiter.

Pour cinq enfants, la précocité de la mise au sein n'est pas notée.

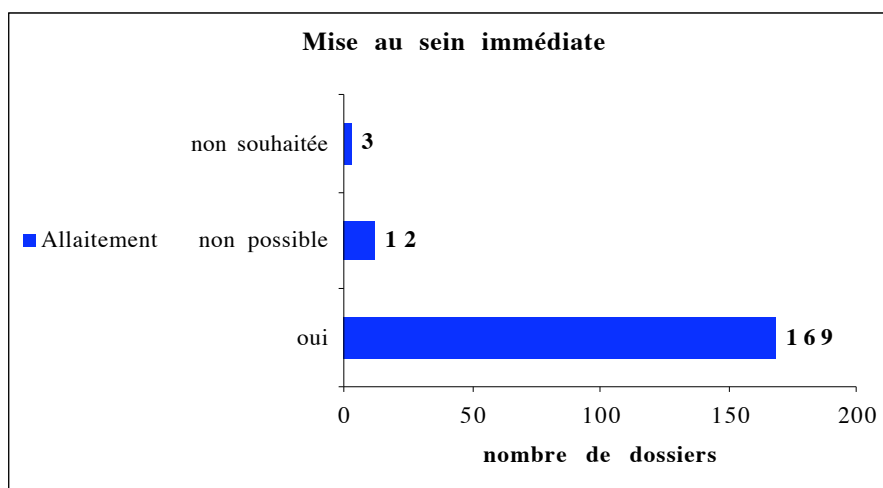
Il est possible de faire une comparaison entre l'intention d'allaiter de départ (171 femmes ont ce désir en cours de grossesse, 6 ne le souhaitent pas et 12 ne savent pas), la durée d'allaitement envisagée (elle est inconnue dans 47 cas), la mise au sein immédiate et la durée connue de l'allaitement.

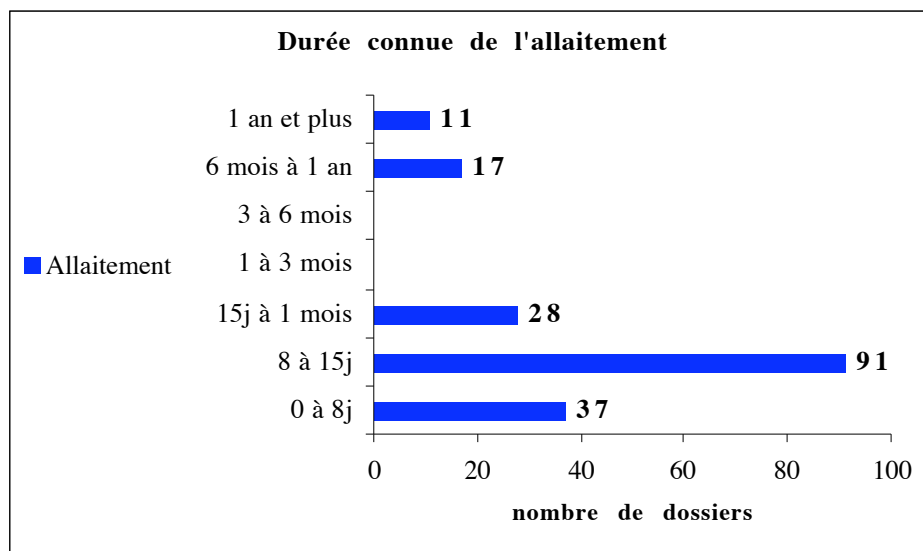


Pour la mère et l'enfant, une durée connue de l'allaitement, du fait du suivi postnatal et d'un éventuel contact ultérieur, a pu être noté dans 184 dossiers. Elle ne correspond pas à la durée réelle de l'allaitement, mais cela permet d'avoir une idée de la durée de l'allaitement.

Ainsi à 8 jours la majorité des enfants soit 97,4 % est nourrie au lait maternel. Puis à quinze jours, 77,8 % des enfants prennent encore le sein de leur mère exclusivement.

Pour les enfants, qui ont été revus ensuite ou pour qui les informations ont pu être noté lors d'une grossesse ultérieure, à un mois 29,62 % des enfants sont encore allaités, entre 6 mois et un an et plus 14,81 % des nourrissons boivent encore du lait maternel (des tétées étant conservées en plus d'une alimentation diversifiée).



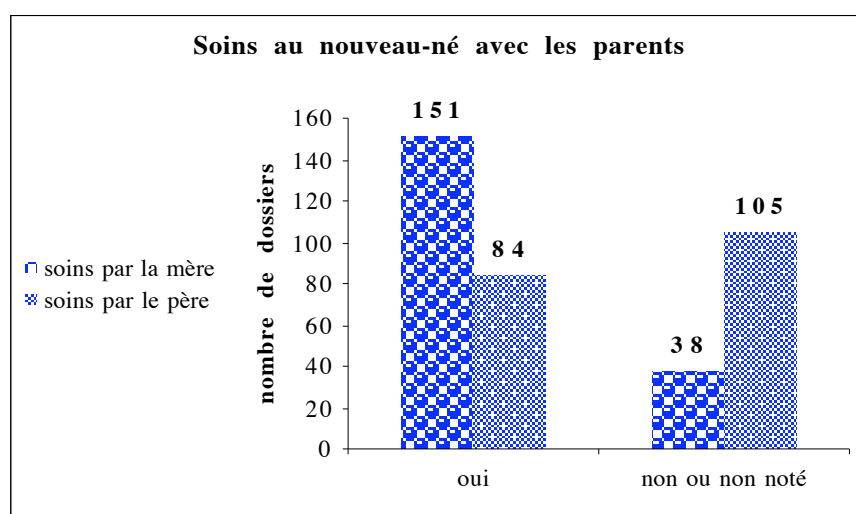


Parmi les enfants nés au service général 1403 enfants (85 %) bénéficient d'un allaitement maternel dès la naissance en 1979 et ils ne sont que 1085 nouveaux-nés (63,56 %) dans ce cas en 1989. L'allaitement maternel est assuré le jour de la sortie pour 1057 enfants (61,92 %) en 1989 [Scheffler 91].

Les soins quotidiens à l'enfant

Ils sont donnés avec les parents ensemble, par la mère ou par le père seul (dans les cas de césariennes notamment), sous le regard bienveillant de la sage-femme.

Ces soins donnent à la sage-femme l'occasion d'observer la relation qui s'établit entre l'enfant, sa mère et son père.



Le comportement des enfants dans les premiers jours permet d'apprécier l'attachement et une

attitude adaptée, sécurisée de la mère envers son enfant.

Mais cette donnée subjective n'est pas toujours notée dans les dossiers et plusieurs de ces items peuvent-être exister chez un même enfant.

L'attitude est tonique chez 84 enfants.

L'enfant est éveillé dans 94 cas.

Il est noté attentif dans cinq dossiers.

L'enfant est calme dans 172 situations, mais il pleure dans 96 autres situations notamment lors du bain ou des changes.

D'autres données peuvent encore être, exploitées et/ou approfondies, mais nécessitent encore un travail au niveau des dossiers informatiques pour rendre cette analyse réalisable et facile.

Les éléments de l'étude présentée ici ont été choisis en fonction de l'objectif de ce travail qui montre, qu'un Accompagnement Global de la Maternité effectué par une sage-femme présente un intérêt certain.

3.3 ANALYSE SOCIOLOGIQUE D'UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE



Photographie 4

"C'était mon premier enfant et pendant la grossesse, j'avais eu peur d'être maladroite lorsqu'il viendrait, de ne pas savoir. Mais les gestes me sont venus, tous, comme les mots d'amour aux lèvres, et toute angoisse m'a quitté d'un coup devant cette évidence – corps dense et plein contre le mien, nuque soutenue au creux de mon coude, ruban renoué de la brassière contre le froid : il n'y a rien à apprendre" [C. Laurens 95].

L'analyse sociologique présentée ici permet de rendre compte de l'aspect qualitatif du travail de sage-femme. Dans un premier temps, il a semblé important pour ce travail de solliciter les parents qui ont bénéficié de l'Accompagnement Global de la Maternité, afin de saisir ce qui les a poussé à cette démarche d'une part et d'autre part de rendre compte, même plusieurs années après, de leurs commentaires sur cette approche.

L'idée d'un questionnaire a été abandonnée pour laisser la place à des entretiens conduits par une personne compétente et intéressée par ce sujet. Certains parents préféraient, en outre, qu'une personne autre que moi-même mène les entretiens.

L'apport d'un éclairage professionnel différent fait suite à une rencontre avec une doctorante en sociologie, du laboratoire de recherche de l'Equipe de Recherche en Anthropologie et Sociologie de l'Expertise (E.R.A.S.E.) à l'Université de Metz.

M.I. Freiria effectue un travail de recherche sur la Naissance et l'analyse sociologique qu'elle a accepté de mener pour compléter cette thèse de médecine représente une étape de son travail de doctorat.

3.3.1 La méthodologie

Pendant que cette démarche de coopération se construit au fil de nos rencontres, tous Les parents suivis entre 1985 et 2002 par mon associée J. Bogenschutz et par moi-même ont été recensés. Ainsi, une liste de 347 personnes a pu être établie parmi la totalité des 500 parents accompagnés et les adresses vérifiées grâce à l'aide d'étudiantes en brevet technique et social (B.T.S. économique et social) faisant partie de l'Association Eclair.

Un premier courrier est alors adressé en mai 2002 à ces parents, pour solliciter leur participation et leur accord écrit (annexe).

Les réponses obtenues représentent 101 couples de parents qui ont manifesté leur adhésion à ce travail, soit 29,10 % de l'ensemble sollicité.

Ces couples ont été accompagnés pour plusieurs naissances des années 1985 à 2002. Ainsi, ces réponses sont les témoins, depuis l'année 1985, de 53 naissances accompagnées par J. Bogenschutz et de 134 accompagnements de maternité par moi-même. Sur l'ensemble des couples qui ont répondu, 98 naissances ont été accompagnées de manière globale par l'une des deux sages-femmes entre les années 1985 et 1991 et 89 enfants nés dans la période 1992-2002 n'ont pas bénéficié de ce type d'accompagnement.

Sur les 101 réponses obtenues, 10 naissances ont été accompagnées en 1986, 11 en 1987 et 19 en 1988. Ces années correspondent à l'analyse descriptive menée de 1985 à 1988 et décrite dans le chapitre précédent.

Pour réaliser le travail proprement dit des entretiens, nous avons décidé de choisir dix couples de parents, de manière aléatoire. Un courrier, envoyé par mes soins, les a prévenu de la venue M.I. Freiria. C'est ainsi qu'à ce jour il est possible d'analyser dix entretiens de dix familles différentes, rencontrées chacune une seule fois. Cette étude est proposée ici, dans l'état actuel de son exploitation.

Nous avons défini ensemble plusieurs axes sur lesquels porteraient les entretiens :

- L'intérêt d'un suivi continu de la maternité physiologique par une même professionnelle.
- Les conséquences de cet accompagnement sur la diminution des pathologies pour la mère, l'enfant et sur la qualité de vie.
- La meilleure qualité relationnelle entre la mère, l'enfant et le père.

Des rencontres successives avec M.I. Freiria ont lieu à plusieurs reprises, pour suivre l'évolution de ces entretiens

3.3.1.1 Les réflexions sur la méthodologie

La méthodologie des entretiens effectués et l'analyse des résultats ont été élaborées à partir des interprétations de M.I. Freiria et sont présentées ici en encadrés.

Parler de «la Naissance» est un sujet vaste et bouleversant, de par sa nature même. Les changements qu'apporte la naissance sont nombreux puisqu'ils touchent la mère, le père, la famille (restreinte ou non). La naissance touche à l'intime avec tous les sentiments qu'elle entraîne. Elle est aussi de l'ordre de l'éthique avec ses espérances de vie et ses craintes de mort. Elle met en œuvre des processus psychologiques, à partir du passé de l'individu qui influence l'avenir de la mère, du père, de l'enfant. Nous sommes tous concernés par la venue au monde et par là-même par la mise au monde.

Ce travail de recherche sociologique repose sur des entretiens de type «ethnographiques» avec des familles de Nancy et de ses environs, suivies par une sage-femme libérale C. Jeanvoine.

Différentes entrevues avec cette sage-femme ont déterminé l'entretien ethnographique comme outil principal de recherche. Une discussion a également eu lieu sur quelles orientations donner aux entretiens. Un travail préalable aux entretiens avec les familles a été nécessaire puisqu'il a fallu se familiariser avec la profession de sage-femme libérale et avec des notions relatives à l'exercice de cette profession. La lecture d'ouvrages écrits par des sages-femmes a été utile également, en accompagnement d'ouvrages révélant l'évolution historique de cette profession.

Les entretiens ethnographiques ont été choisis pour mettre en valeur l'expérience, le vécu, le ressenti de ces familles qui ont opté pour le choix d'une sage-femme libérale et l'accompagnement global de la naissance de leur enfant.

L'enregistrement au dictaphone, de ces entretiens approfondis a lieu après l'autorisation préalable des interviewés. Il met en valeur le ton, les silences qui traduisent les sentiments de la personne et contribuent à l'interprétation des entretiens. Ils sont de durée variable entre une heure et trois heures.

Les entretiens ont eu lieu chez les personnes interviewées. Les familles sélectionnées ont le choix d'intervenir à leurs convenances et suivant leurs disponibilités, soit en couple, soit l'un des deux parents : la mère (le plus souvent). Ainsi, le corpus de ce travail de recherche regroupe à la fois des propos de couples ou de mères.

Chaque histoire familiale est particulière. Certains couples suivis se sont séparés. Et donc, certaines mères interrogées ont refait leurs vies avec d'autres compagnons, d'autres pères. Pour ce qui est des pères, certains n'étaient pas disponibles au moment de l'entretien, d'autres se sont abstenus puisque n'ayant pas vécu l'expérience, d'autres ne souhaitaient tout simplement pas participer aux entretiens.

3.3.1.2 Les thèmes dégagés des entretiens

A partir du recueil des données des thèmes récurrents apparaissent dans les entretiens avec les familles suivies :

- L'accompagnement global de la maternité, proposé par une sage-femme libérale est un choix des parents. La notion d'une figure féminine émerge des discours.
- La recherche d'une continuité dans laquelle les parents s'inscrivent est

essentielle. Celle-ci génère plus de sécurité et moins de pathologies. La reconnaissance des compétences professionnelles avec une relation de confiance entre la sage-femme et la famille est mise en exergue.

- La place du père par rapport à sa compagne, son enfant et la sage-femme, se précise progressivement.
- Le refus de la «sur-médicalisation» est souvent évoqué et l'humanisation de la naissance est attendue.
- Les parents ont le souhait de vivre un processus naturel.

3.3.2 L'analyse sociologique et les résultats

Les réflexions qui suivent sont élaborées à partir des entretiens approfondis des familles qui ont été suivies, avec un accompagnement global de la maternité par la même sage-femme libérale, parfois lors de plusieurs maternités.

Les résultats présentés ci-dessous sont la base à partir de laquelle un travail sociologique ultérieur prendra forme.

Les différents thèmes relevés sont développés avec une analyse de contenu et commentés par M.I.Frieria.

Ils sont accompagnés d'extraits du discours des parents.

3.3.2.1 Le choix d'un suivi médical par une sage-femme

L'accompagnement global de la maternité, proposé par une sage-femme libérale, est un choix fait par les parents

Le choix de l'accompagnement global révèle un positionnement consciemment marqué.

La famille opte pour l'accompagnement global pour différentes raisons mais c'est toujours une «démarche de couple».

L'implication des deux parents est sous-entendue, même si cette implication n'est pas du même ordre.

Par ailleurs, ce choix révèle l'importance du réseau de connaissances des parents, réseau informel, qui se constitue à partir de rencontres.

«C'était une rencontre avec la sage-femme aussi avant. On la connaissait d'avant, on avait des copains qui avaient accouché avec elle. A ce moment-là, on était en réseau relationnel (...), avec des gens qui avaient fait des enfants et qui sont passés avec la sage-femme. C'était tout au début de son exercice. Et en plus avec ces gens-là, après, une partie en tout cas, on a

monté une crèche parentale. Donc il y avait quelque chose de global, plus qu'au niveau de la naissance : c'est-à-dire la place de l'enfant, l'accueil de l'enfant, la place des parents etc...».

Les familles cherchent quelque chose de différent après un constat : par rapport à des expériences vécues par l'entourage ou par rapport à des expériences construites personnellement ou professionnellement.

«Moi, j'entendais de par mon métier les femmes qui disaient, quand je leur demandais : est ce que vous allez bien après un accouchement ? Oui, oui tout va bien et cinq minutes après, elles se mettaient à pleurer, en me disant : «mais on m'a pris mon bébé», «je l'ai pas vu pendant deux heures», «j'ai eu une péridurale, j'ai eu l'impression d'être coupée en deux». Moi, je n'avais pas envie de vivre ça. Il y avait à la fois des éléments de projets positifs et puis des éléments de réflexion négative. Moi, ça, il y a des trucs que je ne veux pas vivre».

«Le peu que j'avais entendu c'était assez hallucinant : entre la péridurale où certaines femmes avaient l'impression de rien avoir vécu ou d'avoir été très, très extérieures à ce qui s'était passé tout en étant consciente ; à des gens, je pense notamment à M. qui m'avait raconté qu'elle avait souffert pendant son accouchement plus de dix heures. Enfin, des choses assez hallucinantes, assez traumatisantes pour un futur père. (...) Arriver à un accouchement qui soit sympathique et qui augure de la future vie avec le gamin».

L'accompagnement global est le résultat de choix multiples.

Ce passage présente différentes raisons qui ont conduit des parents à se positionner par rapport à ce choix : la recherche pour les parents de responsabilités au moment de l'accouchement qui les transforment en parents-acteurs ; une démarche non-violente pour eux et pour l'enfant.

«Qu'est ce qui nous a poussé particulièrement à choisir l'accompagnement global, c'est l'envie de garder une part de responsabilité sur ce qui se passait, de mettre un peu à distance le regard médical et puis ça correspondait aussi à la démarche non-violente à l'époque, et puis l'envie de pas être dépossédée de ce qui allait se passer... parce que moi je les entendais les femmes raconter comment ça se passait».

La notion d'une figure féminine émerge des discours

La sage-femme libérale, dans l'accompagnement global, «aide à porter l'enfant».

Elle devient quelqu'un d'important à un moment donné dans la vie d'un couple, d'une femme : une confidente, quelqu'un d'important, une amie. Cela va dépendre de l'histoire de chacun, de chaque famille.

«Elle nous a bien aidé, en particulier pour le premier. Vis-à-vis de sa mère et vis-à-vis de la mienne c'est-à-dire de la génération qui nous précède, de nous parents, il y a eu rupture de l'allaitement. Et il y a eu rupture des savoirs-faire et des compétences que les femmes se

passaient entre elles (...). Celles qui m'ont le plus aidé, c'était la sage-femme et ma grand-mère qui avait allaité ses gamins jusqu'à 18 mois, 2 ans».

Bienqu'ils la tutoient, elle reste pour les parents, une professionnelle qui mobilise des compétences humaines et techniques (examens, matériel, démarche, auprès de l'institution hospitalière...).

Certains interviewés utilisent certaines métaphores pour représenter la sage-femme : «la mama africaine», «quelqu'un qui a les épaules larges», «parce que la naissance est une grande responsabilité».

3.3.2.2 Une continuité rassurante des soins par une professionnelle compétente

La recherche d'une continuité, dans laquelle les parents s'inscrivent, est essentielle et génère plus de sécurité et moins de pathologies

Ce positionnement, que représente le choix de l'accompagnement global, permet aux familles de s'inscrire dans la continuité.

L'accent est mis sur une continuité qui est triple :

Une continuité au niveau du suivi de la grossesse par un seul professionnel avec un seul référent.

Une continuité dans le temps (avant, pendant et après l'accouchement).

Une continuité au niveau de l'histoire familiale (d'ailleurs une maman interrogée mêle les moments et les histoires des différentes naissances de ses enfants).

«Pour moi, il y a eu plein de choses. Elle me suivait pendant la grossesse, elle serait là au moment de l'accouchement et elle serait là dans les semaines qui suivaient. Donc il y avait une continuité. Il n'y avait pas : avant, pendant et après ; avec trois intervenants différents».

«Il y avait aussi le fait que et ça a été quelque chose de très important pour moi, de pouvoir reparler lors des naissances suivantes, de ce qui s'était passé avant. En particulier, au moment de la naissance du premier, enfin de l'accouchement du deuxième... enfin de la grossesse du deuxième, on a pu reparler de ce qui s'était passé au moment de l'accouchement du premier enfin etc... Et c'est vrai que c'était important».

«Aussi, elle nous connaissait tous les deux. Elle connaissait un petit peu nos souhaits. Donc c'était beaucoup plus facile de ... continuer avec elle. Enfin, moi je trouvais que c'était vraiment bien d'avoir une continuité et pas une rupture».

A travers la prise en charge qui entoure la naissance de l'ensemble de la fratrie la sage-femme, par cette continuité, s'inscrit dans une histoire familiale.

«On a vécu trois naissances avec la sage-femme. C'est-à-dire, c'est pas une naissance, c'est trois éléments qui interviennent à des rythmes de notre vie, à des moments de notre vie un peu différents (...) Elle les a connus à la naissance, elle les a vus grandir (...). Il y a des liens forts. Ils savent qui était là au moment de leurs naissances. Ils la connaissent, elle les connaît».

«Il y a des liens d'amitié».

Une relation de confiance se met en place entre la famille et la sage-femme. Il s'agit d'une relation interactive fondée sur une écoute mutuelle. Quelqu'un est présent au moment de la naissance et cette personne n'est pas anonyme.

Cette interaction génère du lien.

La reconnaissance des compétences professionnelles et d'une relation de confiance entre la sage-femme et la famille

L'accompagnement global est un choix qui a des répercussions après l'accouchement, notamment au niveau de la vie quotidienne, de retour à la maison.

D'après les dires des personnes interviewées, cet accompagnement, cette présence, faciliterait les choses.

«Cet accompagnement a facilité le retour précoce à la maison, ça c'est évident. Au niveau du bon souvenir qu'on a des accouchements, évidemment aussi. Et puis, l'aide à surmonter les petits moments de difficultés au moment des grossesses aussi, parce qu'il y en a forcément. Comme le disait mon mari, il y a des remaniements au niveau du couple, il y a des difficultés à parler quand il y avait les grands. A plein de niveaux, ça a aidé. Tout a été plus facile».

Cette continuité dans le suivi par un seul et même référent facilite le retour à la maison, puisque ce passage de la maternité à la maison n'implique pas une rupture de suivi.

Une relation de confiance a pu mûrir tout le long de cet accompagnement entre la famille et la sage-femme libérale qui le seul référent, le seul interlocuteur.

Le retour à la maison est possible parce qu'il n'y a pas rupture et aussi parce que même à la maison, on se sent en sécurité.

Cette relation de confiance, ce sentiment de sécurité se fondent sur les échanges d'expériences, de vécu, entre la sage-femme et les parents.

Ces rencontres, ces rendez-vous jalonnent le suivi au moment de la grossesse, au moment de

l'accouchement, après la naissance.

«Je me sentais sûre, sûre de moi, sûre de mon mari, de la sage-femme. Je me sentais en sécurité de base, il n'y avait pas de doutes».

«Je savais que s'il y avait un pépin, elle assurerait. Franchement, je n'avais pas peur du tout. J'arrive bien à me souvenir de mon ressenti de l'époque».

La continuité dans l'accompagnement proposé par la sage-femme libérale faciliterait le retour à la maison, le dialogue avec les enfants déjà présents au moment de cette nouvelle naissance, le dialogue au sein du couple.

L'intervention de la sage-femme auprès de la nouvelle maman est tout aussi importante après la naissance. La sage-femme, figure féminine rassure une autre femme et l'aide à devenir mère.

«Je n'avais pas seulement besoin de la sage-femme pour aider mon mari à prendre sa place ; moi, j'avais besoin d'elle aussi pour prendre ma place de mère, pour savoir comment me situer. Pour devenir mère aussi».

La sage-femme libérale est présente pour les suites de couches. Elle est une conseillère rassurante qui va montrer le geste attendu qui rassure. Cela est d'autant plus vrai pour l'allaitement.

*«Ce qui est important, c'est l'aide de la sage-femme, pour l'allaitement».**«On était tous les trois d'accord, sur l'allaitement».*

«J' imagine que quelqu'un qui veut allaiter ses enfants, et qui n'a pas sa famille à côté... Moi, je me souviens maintenant du rôle de la sage-femme, il a été très important aussi sur la question de l'allaitement».

«Allaiter», c'est encore faire un choix spécifique, comme choisir d'être suivi par une sage-femme libérale qui propose l'accompagnement global.

Or, l'allaitement ne va pas de soi et notre société occidentale le facilite-t-elle ? C'est, quelquefois, un exercice au démarrage périlleux et face aux nombreux obstacles rencontrés (les récits catastrophés des expériences des amies, «est ce que ton lait est bon», «tu crois qu'il a assez à manger»), il est vite abandonné avec un sentiment d'échec cuisant.

La présence de la sage-femme au moment de l'allaitement est intéressante car si elle montre le geste technique pour allaiter, elle fait ici du sur-mesure puisqu'elle s'adapte à chaque femme. Mais, elle encourage aussi la jeune maman qui est face à ses doutes.

Et de ce fait, le conseil du geste technique se transforme en aide à une femme qui devient mère.

3.3.2.3 La place du père par rapport à sa compagne, son enfant et la sage-femme

Les raisons d'un choix fait par le couple

L'accompagnement global est un choix spécifique des familles.

D'ailleurs la place du père durant la grossesse et au moment de l'accouchement est une place innovante qui demande un investissement.

«On est assez vite tombé d'accord tous les deux sur l'absence de péridurale. Mais par contre, il fallait que je sois présent autrement que comme certains copains derrière leurs caméras ou leurs appareils-photo. Donc, il fallait trouver une place pour ce père-là que je voulais être.

Je tâtonnais, je ne voulais pas tâtonner tout seul».

Cet extrait montre bien l'implication forte du père au sein du dispositif. Le positionnement du père est tout d'abord physique le jour de l'accouchement, puisqu'il est présent dans le lieu où l'enfant va naître. Cette présence n'est pas inhabituelle. En effet, de plus en plus de pères participent à l'accouchement de leurs femmes. Mais ici, dans l'accompagnement global, il s'agit aussi «d'accompagner» sa compagne ; c'est-à-dire de participer activement.

Le père interviewé dans cet extrait le dit très bien : «il fallait que je sois présent autrement».

La place du père auprès de sa compagne est préparée avec la sage-femme

Cet extrait montre aussi le rôle que la sage-femme a auprès du père.

Ce dernier veut sa place de père, mais celle-ci est à prendre. Dans cette situation, la sage-femme lui donne la possibilité d'avoir une place dès le début de la grossesse, puis, pendant l'accouchement et après la naissance.

Ainsi, le père découvre qu'il a une place à prendre et il construit cette place avec les outils que lui propose la sage-femme.

«Et je pense que c'est pas suffisamment pris en compte, l'effet de la grossesse sur le père. Parce que forcément tout le monde est focalisé sur la mère ; éventuellement sur son col de l'utérus (...).Après, j'étais habitué à toucher le ventre. Et puis quand le bébé grandissait, de temps en temps, il y avait des petits coups qui sortaient de l'autre côté. Là, j'ai eu mes premiers moments de communication avec le gamin. Et moi, je jouais avec lui. Et j'avais même des fois l'impression qu'il réagissait à la voix. Donc, là, on était sur un jeu à trois ; ce n'était plus sur un jeu à deux. A la limite, c'était ça qui me préparait au fait que j'allais être père ; parce que je l'avais senti ce gamin ; parce que la sage-femme m'avait montré. Au début, c'était un univers féminin».

«La question pour le père, c'est qu'est ce qu'il va faire ? Comment il va être utile ? Comment il va se positionner ? Et puis, comment il va gérer ses émotions ? Pour moi, le travail avec la sage-femme a été complètement fondamental. C'est-à-dire il y avait la volonté de ma part, mais si elle m'avait dit que je n'y avais pas ma place, je n'avais pas de place».

Un autre père interviewé dit : *«Les pères qui loupent ça, passent à côté de quelque chose».*

L'investissement du père peut prendre des dimensions très particulières : *«J'ai accouché trois fois dans ma vie avec ma femme (Rires)».*

L'inversion dans les termes utilisés par ce père est significative. Elle révèle une inversion des rôles par rapport à la situation réelle. C'est sa femme qui accouche et lui qui l'accompagne dans la réalité. Mais dans l'imaginaire du père, c'est lui qui accouche et sa femme qui l'accompagne.

Effectivement, l'image est forte.

D'une part, il accouche avec sa femme puisqu'il l'accompagne activement à devenir mère, en étant présent physiquement.

D'autre part, il accouche lui aussi de quelque chose : de son rôle de père.

«En tant qu'homme, j'avais objectivement besoin d'être rassuré... sur ma place, sur mon rôle, sur ce que c'était un accouchement, sur les idées qu'on se fait par rapport à la souffrance de sa femme».

La naissance d'un enfant : la grossesse, l'accouchement, l'après accouchement apportent des modifications dans le fonctionnement du couple. Il s'agit de composer à deux tout en essayant de trouver une place qui peut convenir à chacun des acteurs.

«Avec ce passage extrêmement délicat, de la relation d'amant à la relation de père. Et puis ce passage où la femme devient mère à partir du moment où elle accouche. Mais l'homme devient père à partir de l'accouchement aussi. Il y a un vrai passage, de couple et individuel. Bon, ça se fait comme ça peut, c'est-à-dire qu'on n'est pas forcément préparé».

Il est certainement très difficile pour le père de trouver sa place le jour de l'accouchement.

La situation est complexe.

Il doit en effet se situer par rapport à sa compagne, se situer par rapport à l'enfant à naître, se situer socialement.

«- On a fait du chant, on a fait des massages. D. m'a massée. On a massé nos gamins» (mère).

- Du coup moi, j'ai massé avant l'accouchement et pendant l'accouchement. Du coup j'avais ma place...(père).

- Il était acteur complètement...(mère).

- J'étais acteur...(père).

- Autant que moi...(mère)

- Elle me disait, j'ai mal au dos, tu me masses, plus fort etc, etc... Donc il y avait quelque chose comme ça qui était de l'ordre du vécu» (père).

Dans ce positionnement spécifique face à la naissance, les femmes sollicitent davantage leurs compagnons, elles font le choix de le faire.

La place du père, pendant l'accouchement, est déterminée par la mère, même s'il y a eu discussion dans le couple et entente à ce sujet.

Cette place est plus importante que dans une situation classique, puisque le père devient acteur. Il y a interaction au sein du couple. De plus, le rôle et la place du père sont construits aussi par rapport à ses propres besoins ou souhaits en tant qu'individu.

Cet extrait montre à nouveau l'implication forte du père dans ce moment qui entoure la naissance.

«Et puis, on a choisi nos positions pour l'accouchement ; ce qui, en en discutant après, est extrêmement rare».

L'expression «nos positions» indique l'implication forte du père.

Cette image est d'autant plus intéressante qu'elle concerne le corps de la mère qui devient comme un corps commun.

Le rôle du père auprès de l'enfant au moment de la naissance

Le geste du père est aussi symbolique.

«C'est moi qui l'ai baigné, j'ai coupé le cordon etc, etc... Il y a des choses qui sont très symboliques, surtout pour un homme, le fait de toucher un bébé quand il vient de naître, c'est très, très surprenant».

Cet extrait révèle la symbolique du geste de «couper le cordon» et la symbolique de toucher le bébé dès la naissance. Le père, en effet, peut avoir un contact immédiat avec son enfant. Il en a les compétences.

L'implication du père au moment de l'accouchement est un véritable investissement pour l'avenir de ce père qui se construit face et avec son enfant et sans oublier aussi par rapport à sa compagne.

L'implication du père est visible par de multiples contacts avec sa compagne et avec son enfant.

«- J'ai dormi là, à la maternité... (père).

- (...) Mais pour le premier, tu as passé la première nuit à la mat. Et ça c'était super. (mère)».

«- Moi, j'ai soutenu le congé paternité, parce que moi j'ai pris des vacances exprès pour l'accouchement.

Et j'avais plein de copains à moi pour qui c'était inimaginable. Donc, ils allaient au boulot et puis ils allaient voir leur femme à la maternité. Et puis, ils essayaient d'être là un peu avant et un peu après l'accouchement. Alors que moi, pendant trois jours j'étais complètement immergé.

- Même plus que ça, tu es resté quinze jours/trois semaines à chaque fois.

- Oui, mais les trois premiers jours, c'était les plus forts.

- Et puis, accompagner les grands à la maternité, c'était chouette.

- Et puis, je pouvais à ma manière et avec la pudeur de la relation d'adulte à enfant, raconter l'accouchement, d'abord à l'autre et ensuite aux deux autres (rires)... parce qu'on en a trois, trois garçons».

Ce dernier long extrait montre la place physique et le rôle, qu'occupent le père. Ceux-ci sont consolidés par le discours de la mère.

Ainsi, l'image forte de l'immersion est intéressante : «j'étais complètement immergé».

L'implication forte du père apparaît à nouveau ici. D'ailleurs, son rôle de père est prépondérant sur son rôle professionnel. Le père endosse un autre rôle ; c'est celui qui fait le lien entre la mère et les enfants, entre les enfants d'une même fratrie : «je pouvais à ma manière (...) raconter l'accouchement».

Le père est donc un acteur pendant le moment qui entoure la naissance. Cette implication est aussi de l'ordre de l'investissement puisqu'il se projette dans l'avenir pour mieux préparer sa place d'accompagnateur de la femme qui va accoucher, de futur père, de compagnon différent. Mais il est aussi témoin, par le récit qu'il propose des événements aux autres. D'ailleurs, ce témoignage aide à la distanciation des uns et des autres, au regard de cette expérience de la naissance, riche en émotions.

3.3.2.4 La recherche de la physiologie et d'une humanisation de la naissance

Humaniser la naissance : «transporter la maison à l'hôpital».

Dans cette démarche spécifique face à la naissance, la sage-femme et les parents se dirigent vers une naissance la plus «humaine» possible.

Cela signifie une naissance la moins surmédicalisée et la plus naturelle possible.

«Je ne suis pas convaincue qu'en médicalisant plus, on évitera plus de problèmes».

«On avait eu de la chance, parce qu'à l'époque il y avait encore «la Clinique Ouverte» à la maternité, ce qui n'est plus le cas maintenant. L'idée aussi qu'on avait, c'était de transporter la maison à l'hôpital, en partie...».

«On avait des copains... qui eux avaient fait des choix très clairs d'accouchement à la maison. Nous, on était moins radicaux que ça, moins fixés parce qu'on savait qu'on pouvait humaniser la maternité et c'est ce qu'on a fait d'ailleurs : on a amené une baignoire, on a amené de la musique, huiles de massages».

Ce passage montre la création d'un nouvel espace, un espace intermédiaire, un espace hybride : «transporter la maison à l'hôpital». Il s'agit avant tout de se sentir bien, comme chez soi. Pour se faire, les parents interviewés apportent des objets personnels de leur domicile à la maternité. Par ces objets privés, ils procèdent à une appropriation des lieux publics qui deviennent pour un temps, le temps de l'accouchement, privés.

On peut tenter d'humaniser un lieu, la maternité en l'occurrence, le jour de l'accouchement ; mais il est possible aussi de se tourner vers des techniques plus «humaines» :

«(...) les massages par exemple avant la naissance qu'il y a pu avoir».

«On a fait du chant aussi, du chant prénatal avec une amie de C. qui était orthophoniste qui travaillait dans les mêmes locaux».

On assiste à une humanisation des techniques proposées par la sage-femme aux familles. Ces techniques relèvent de compétences diverses, celles de la sage-femme ou d'autres professionnels. Les parents peuvent s'approprier ces techniques.

La connaissance du milieu hospitalier donne des compétences qui permettent de faire face à l'institution. La marge d'actions possibles est augmentée, on innove plutôt qu'on ne s'adapte.

«Je me sentais aussi à l'aise à la maternité, (...) ils n'avaient pas intérêt à me refuser quelque chose (rires). «Pas intérêt», je ne me serais pas laissée faire, c'est plutôt comme ça. J'étais suffisamment informée pour leur tenir tête».

On cherche à humaniser la maternité, «transporter la maison à l'hôpital». Mais, la maison, la vraie, est vite retrouvée et cela malgré un séjour à la maternité rendu le plus «humain» possible. D'ailleurs, ce retour à la maison rapide peut s'expliquer par une grossesse et un accouchement qui sont restés dans le physiologique. *«Cet accompagnement a facilité le retour précoce à la maison, ça c'est évident».* Humaniser la maternité, c'est contribuer à la préparation d'un accouchement réussi, un accouchement dans lequel on pourrait se sentir bien.

D'ailleurs, une sur-médicalisation est-elle systématiquement nécessaire pour les femmes qui relèvent du physiologique ? L'ensemble des familles interviewées s'inscrit dans une démarche vers le naturel. Il s'agit aussi de ne pas se laisser déposséder de son corps et de lui faire confiance. De nombreux pères sont surpris devant ce corps aux ressources insoupçonnées, parce qu'un accouchement est un acte incroyablement physique.

Essayer de mettre en place des conditions qui favorisent un accouchement et une grossesse physiologiques, c'est aussi installer un climat accueillant pour le nouveau-né.

3.3.3 Les perspectives de l'analyse sociologique

D'autres thèmes apparaissent au fur et à mesure de l'exploitation de ces entretiens.

Ils concernent :

- Les relations entre la mère, sa propre mère et la sage-femme.

- La conscience corporelle et la confiance dans son propre corps pour la mère.
- L'accueil du nouveau-né.
- La responsabilisation des parents.
- Les notions de don et contre-don.

Ce corpus sera exploité pour la thèse de sociologie de M.I. Freiria qui s'intéresse aux projets de «Maison de Naissance» en France, en Europe et dans d'autres pays.

4 DISCUSSION



Dessin 1

*"Et une femme qui portait un enfant dans les bras dit,
Parlez nous des Enfants.*

Et il dit :

Vos enfants ne sont pas vos enfants.

Ils sont les fils et les filles de l'appel de la Vie à elle-même.

Ils viennent à travers-vous mais non de vous.

Et bien qu'ils soient avec vous, ils ne vous appartiennent pas.

Vous pouvez leur donner votre amour mais non point vos pensées,

Car ils ont leurs propres pensées.

Vous pouvez accueillir leur corps mais pas leurs âmes,

*Car leurs âmes habitent la maison de demain,
que vous ne pouvez visiter, pas même dans vos rêves.*

Vous pouvez vous efforcer d'être comme eux

mais ne tentez pas de les faire comme vous.

Car la vie ne va pas en arrière, ni ne s'attarde avec hier" [Khalil Gibran 56].

Dans cette thèse de médecine, un éclairage est apporté sur la pratique de l'Accompagnement Global de la Maternité par une sage-femme.

Au travers de l'Etat de l'Art sur le lien mère-enfant-père, sur la physiologie de la maternité et sur la bienveillance, émergent de façon synthétique, les connaissances théoriques sur lesquels s'articulent cette réflexion et surtout cette pratique professionnelle autour de la maternité physiologique.

Dans l'Etat des Lieux sur une expérience d'Accompagnement Global de la Maternité proposé par des sages-femmes libérales, les points forts de cette pratique associent la compétence médicale des sages-femmes qui s'appuie sur les connaissances actuelles et sur une écoute très proche des femmes, dans une sorte de complicité et d'empathie.

Le concept de l'Accompagnement Global de la Maternité repose sur des connaissances scientifiques connues depuis un certain temps, mais aussi sur des données plus récentes et sans cesse en évolution. Ces dernières années sont très riches en études et publications provenant des sciences humaines. Celles-ci sont devenues incontournables dans l'étude d'événements aussi marqués socialement et symboliquement que les aspects psychologiques de la maternité, la naissance d'un enfant, puis la construction de l'attachement entre un nouveau-né et ses parents.

4.1 DES CONNAISSANCES THEORIQUES



Dessin 2

*"La naissance, c'est un bébé qui naît, c'est-à-dire une vie qui naît.
C'est une vie très importante,
c'est le moment très important de la vie" [Léo 93].*

Le savoir de la médecine a longtemps été purement biologique. Les sciences sociales et humaines ne sont apparues que très tardivement - dans la seconde partie du XIX^{ème} siècle - dans l'histoire de l'humanité. Au XX^{ème} siècle est apparue l'inévitable complémentarité des sciences biologiques et des sciences sociales dans tout ce qui touche à la santé de l'homme. L'Organisation Mondiale de la Santé l'a reconnu dans la définition que sa constitution donne de la santé. Le scientifique Edgar Morin a pu écrire que l'homme est à cent pour cent biologique et à cent pour cent psychique...

L'irruption du psychique et du social dans un champ sanitaire où dominait le biologique ne pouvait pas se faire sans heurt. C'était l'époque où la biologie triomphait : enfin, grâce à elle, la médecine avait gagné une véritable efficacité. L'antisepsie, les vaccinations, les antibiotiques, les neuroleptiques changeaient la face du monde. Et c'est dans le contexte d'une véritable idolâtrie de l'approche biologique en médecine que, tout au long du XX^{ème} siècle, des voix, en nombre croissant et en intensité de plus en plus forte, ont osé dire que les résultats seraient encore meilleurs si la médecine humaine faisait une plus large place... à l'humain. Elles ont rappelé que, quels que soient les progrès des sciences biologiques, l'homme ne pourrait jamais être assimilé à un ensemble de molécules, de cellules, d'organes, d'appareils.

Dans une perspective de santé publique, il est possible d'évoquer la transformation fantastique de la façon de concevoir la santé, la médecine et le fonctionnement des services de santé, que supposait la prise en compte de tels concepts. D'un paradigme «biomédical» de la santé et de la médecine, celui-ci a fait place à un paradigme «psycho-social» ou «global», non pas en rejetant le premier, mais en l'intégrant dans le second, plus vaste, plus transversal, plus complexe, plus compliqué mais plus complet et plus conforme à la vraie nature de l'homme [Deschamps 99].

Derrière le changement de modèle, il y a évidemment le changement nécessaire des pratiques et l'évolution des services de santé. Le médecin, au leadership incontesté dans le modèle biomédical (les autres professionnels de santé, pour la plupart, étant définis comme «paramédicaux») va devoir travailler avec d'autres, en équipe, en reconnaissant les compétences spécifiques des autres comme complémentaires des siennes. L'origine des maladies ne peut plus être seulement considérée comme unicausale et les traitements comme seulement dirigés vers cette cause. Le malade ne peut plus être seulement «patient» et passif ; il devient (et il revendique d'être) acteur de sa propre santé et de la gestion de ses problèmes de santé.

Cette révolution dans le fonctionnement de la médecine est loin d'être terminée. Les tenants du modèle biomédical n'acceptent pas toujours la remise en cause de leur suprématie et ceux du modèle global, n'ont pas toujours des propositions alternatives clairement formulées. Deux conséquences principales émergent de cet état de fait. D'une part, les priorités actuelles de santé, en France, telles que définies par les rapports successifs du Haut Comité de Santé Publique relèvent pour la plupart de problématiques psychosociales. D'autre part, un mécontentement grandissant se produit dans la population, dont le recours à des médecines alternatives pas toujours éprouvées et à des procès en responsabilité civile, ne représentent que deux pointes d'icebergs.

L'obstétrique et la pédiatrie périnatale sont au premier chef concernées par cette évolution. Le chapitre sur l'Etat de l'Art tente d'en faire la démonstration. Les progrès biomédicaux ont rendu la grossesse et la naissance plus sûres, mais ils ne suffisent pas à eux seuls : la sécurité est aussi affaire de relation, de confiance en soi, de bienveillance. Il ne s'agit pas de choisir entre le biomédical et le psychosocial : il faut intégrer celui-là dans l'approche globale que permet celui-ci.

Plus que beaucoup d'autres problèmes touchant à la santé, la grossesse et la naissance ne peuvent voir dissocier le phénomène de procréation de son contexte affectif, social, anthropologique.

Il apparaît évident que ces nouvelles connaissances viennent bousculer certains savoirs antérieurs et que la remise en cause nécessaire n'est pas toujours aisée à quelque niveau que ce soit. Certaines notions peuvent ainsi être perçues et/ou ressenties comme des agressions, tant elles viennent heurter chacun dans les fondements secrets de sa personnalité. La compréhension et la transmission de ces savoirs passe inévitablement par une autre approche de ce qui se joue et se noue dans ces instants particuliers, ouvrant à la vie.

Aucun professionnel à cette place-là ne peut faire l'économie de ces savoirs inhabituels et parfois déconcertants qui ouvrent sur un champ différent mais indispensable pour permettre l'épanouissement des capacités d'un enfant naissant, accueilli dans les bras d'une mère réceptive et accompagnée par un père prêt à prendre sa part de responsabilité.

Ainsi, chaque professionnel porte aussi la responsabilité de ce qui se vit là, lors de ces événements. Et chacun peut sans doute faire mieux encore, mais ce n'est pas forcément confortable et cela n'a lieu que si chacun est convaincu de l'importance de ce tissage des liens. Le lien d'attachement avec la mère, en premier lieu et avec le père, est constructif pour un enfant dès sa naissance (voire-même avant). Encore faut-il que les professionnels soient dans le souci de cette relation et que cette notion leur soit présente à l'esprit, presque comme une préoccupation maternelle primaire.

Et ces liens, entre les parents et l'enfant peuvent éclore si les professionnels acceptent d'entendre et de voir ce qui se noue spontanément, sans induire de rupture, ni entraver ce qui a lieu naturellement, dans ce processus du vivant.

Le respect de la physiologie de la maternité préserve sans doute cette capacité relationnelle en construction car qui sait mieux que la mère ce dont elle a besoin pour vivre ses instants et mettre au monde son enfant. Mais quelle connaissance ont les femmes de leur corps malgré leur émancipation ? Qui leur apprend ce corps féminin, ce corps portant l'enfant, puis ce corps en mouvement saisi de contractions utérines ? C'est dans son vécu que chaque femme puise cette connaissance, dans cet éprouvé corporel.

Pourtant aujourd'hui, seule la peur (ancestrale et iatrogène) et, par conséquent, la douleur dominant la scène. Et avec elles des réponses apportées qui ne sont pas forcément adaptées aux demandes et aux besoins des femmes, parce qu'elles ne laissent aucun choix possible et placent ainsi les femmes dans une position de soumission quasiment obligatoire.

Les savoirs enseignés et utilisés demeurent, malgré tout, ceux d'hommes qui essaient pourtant de comprendre des femmes. Ils ne peuvent, ni vivre, ni ressentir à la place d'une femme. En tout cas ils ne peuvent jamais sentir un enfant bouger dans leur ventre, ni le mettre au monde. Bien sûr ils souhaitent aider les femmes avec leurs savoirs, leurs instruments mais est-ce cela qu'elles demandent ?

C'est sans doute pourquoi, les aspects de la physiologie du processus de la maternité ne sont pas assez pris en compte alors que l'approche mécaniste prévaut encore. La physiologie présente certainement un centre d'intérêt pour les sages-femmes. Leurs travaux scientifiques sur ce sujet ont pourtant du mal à prendre corps, à voir le jour. Ils commencent seulement à être publiés de manière autonome.

Ainsi en prenant conscience de ce qui se vit dans ces instants uniques, pour chaque individu naissant, que les attitudes inconsciemment inadaptées envers les mères et les enfants sont abandonnées et que le respect de ce qui se vit là, prend corps et s'exprime dans la confiance d'un processus physiologique spontané.

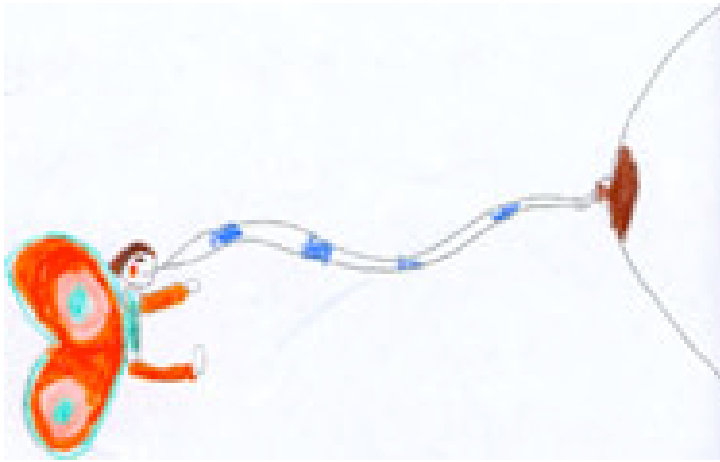
Le souci de la bientraitance est une notion fondamentale dans toute pratique professionnelle confrontée à l'être humain, peut-être encore plus dans ces moments privilégiés que sont l'accouchement et la naissance.

Cette quête de la bientraitance nécessite d'aborder les aspects de la relation et de la physiologie sous un autre angle, en construisant ensemble, avec les parents, la venue d'un enfant. Ainsi entendus, accueillis, confirmés, sécurisés dans leurs propres capacités parentales, les parents peuvent se sentir plus en confiance avec eux-mêmes. La relation qui s'instaure est différente d'une relation de pouvoir dominant-dominé. Le chemin parcouru ensemble construit des alliances ayant du sens.

Mais les impératifs organisationnels des institutions ont des difficultés à mettre en avant les intérêts de ceux pour qui ils sont là. La communication ou plutôt le défaut de communication, surtout quand les points de vue sont divergents, est une réelle difficulté entre les différents intervenants. L'aspect organique seul est le plus souvent mis en avant, alors que les aspects psychique, familial, social et culturel, sont relégués un peu à côté voire-même négligés. Et sans le vouloir, parce que rien n'est conçu dans ce sens, chacun des professionnels ne voit ou

ne connaît qu'un morceau de l'histoire de cette femme, de ce couple. C'est peut-être cette part manquante qui fait défaut pour qu'une femme puisse vivre pleinement sa maternité. Ce sentiment de confiance nécessaire, elle le trouvera en elle, dans le père de son enfant et aussi dans leur enfant, capable de faire d'eux des parents.

4.2 UNE INNOVATION CONCRETE



Dessin 3

"La naissance c'est la musique" [Manon 93].

La pratique de l'Accompagnement Global de la Maternité s'inscrit dans ce courant scientifique de connaissances récentes élaborées au fil du temps par les différentes écoles qui ont le souci de l'enfant.

La mise en œuvre dont les résultats sont traduits dans l'analyse descriptive viennent corroborer ces études.

Le retour d'expérience de cette pratique professionnelle innovante est riche de données. Cependant, elle nécessite encore un certain travail d'élaboration, afin de permettre une évaluation allant au-delà des simples résultats statistiques. Elle permet d'appréhender l'évolution au cours des différentes années et elle suscite encore le désir d'y apporter des améliorations.

Il a été très intéressant de procéder à cette analyse descriptive. Elle est source d'un enseignement considérable, à la fois dans la pratique elle-même, et aussi dans le choix des données et dans le recueil des données elles-mêmes. En ce qui concerne le suivi il est possible de mieux cerner les données à noter et à prendre en compte pour répondre au plus près de l'attente des femmes et des parents. L'analyse sociologique en cours d'exploitation apporte un retour de la satisfaction des femmes, des mères et des pères, même quelques années après.

En reprenant l'étude descriptive et sa comparaison (même si il ne s'agit pas d'une étude randomisée contrôlée) avec les résultats de l'activité du service général de la Maternité Régionale, il est possible de faire plusieurs remarques.

Le nombre des suivis avec un Accompagnement Global de la Maternité est constant à partir de la troisième année de pratique. Ceci est une décision volontaire et a nécessité l'activité identique et associée d'une deuxième sage-femme à partir de 1987, pour répondre aux demandes de plus en plus nombreuses de femmes et des couples intéressés. En 1989 il était envisagé de solliciter une troisième sage-femme. Le nombre de suivis réalisés dans cette pratique de sage-femme libérale est d'environ 50 à 60 accompagnements par an pour une sage-femme.

Dans un document récent de la Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques (D.R.E.E.S.), outre l'évocation de la démographie avec les taux de croissance des différentes populations des professionnels de santé, le nombre moyen prévu d'accouchements par sage-femme serait en chute, avec notamment 43 accouchements annuels par sage-femme d'ici dix ans, au lieu de 49 en 2002.

D'autre part le nombre de suivis effectués par année dans l'étude considérée est supérieur, au nombre de suivis, proposé en Maison de Naissances notamment au Canada puisque celui-ci est limité à 40 suivis par sage-femme et par an.

La différence n'a pas été faite dans cette étude entre les accouchements avec un Accompagnement Global de la Maternité qui ont eu lieu à la Maternité Régionale et les accouchements qui se sont déroulés au domicile des parents. Sur le fond, la démarche est la même, le respect, la coopération entre les parents et la sage-femme référente sont les fondements de cette pratique. Seul le lieu diffère avec tous les aspects sécuritaires préparés avec les parents. Il n'y a aucune pathologie dépistée jusque la fin de la grossesse, le choix est fait par des parents responsables et informés des éventuels risques majeurs (inadaptation cardio-respiratoire de l'enfant lors de la naissance et hémorragie de la délivrance pour la mère). Toutes les décisions en cours d'accouchement et lors de la naissance sont prises par la sage-femme après une explication claire aux parents. Les parents doivent s'informer au préalable auprès des services d'urgence des délais de transport si cela s'avérait nécessaire. L'approche et le suivi médical restent identiques. Si le domicile des parents est le lieu choisi, la naissance peut se vivre en toute sérénité et confiance, ce qui est un gage de sécurité. L'accouchement à domicile n'est jamais une obligation et, selon les circonstances, un changement de lieu peut survenir si cela est indispensable.

La comparaison entre les femmes suivies dans le cadre de l'Accompagnement Global de la Maternité et celles qui ont accouché sensiblement à la même époque au service de la Maternité régionale de Nancy est intéressante également pour plusieurs raisons. Elle montre, d'une part, que la population suivie n'est pas la même dans chaque modalité de prise en charge, d'autre part que les pratiques mises en œuvre tout au long de la maternité et lors de la naissance sont également différentes.

Les femmes de la population concernée dans l'étude, et qui sont suivies par une sage-femme libérale pratiquant un Accompagnement Global de la Maternité, ont des caractéristiques socio-culturelles distinctes de celles qui consultent et accouchent dans le service général de la Maternité Régionale. En effet, dans le premier cas, les populations sont en majorité françaises puisque seulement 6,5 % sont d'origine étrangère. Les femmes étrangères migrantes, dans l'autre population, représentent 20 %, soit pratiquement trois fois plus.

Le niveau d'études et de formation scolaire est nettement supérieur voire très élevé dans la

population étudiée. Les femmes de l'étude considérée ont par ailleurs plus souvent une vie professionnelle active. Cette ouverture sociale est sans doute à prendre en compte dans cette recherche et cette adhésion à une approche alternative de suivi et d'accompagnement de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. Ces femmes ont ainsi accès, plus facilement, au savoir et aux informations qu'elles peuvent mieux discerner. Elles sont également plus prêtes à prendre et à assumer leurs responsabilités, voire à les défendre. Elles se permettent d'avoir et de donner leurs avis sur ce qui les concerne et notamment sur les conditions de suivi de la maternité, de l'accouchement et de la naissance.

D'une manière générale, ce sont d'abord les femmes les plus instruites qui manifestent, dans tous les domaines, une relative insatisfaction par rapport aux méthodes habituelles de soins. Les femmes des catégories sociales moins aisées, moins instruites, se contentent, sans avoir les moyens de les critiquer le cas échéant, des pratiques les plus couramment offertes.

Ce sont sans doute, les groupes bénéficiant du meilleur niveau d'instruction qui adoptent prioritairement certains comportements positifs ou négatifs, et ensuite par une sorte de mimétisme social, amènent leur diffusion dans les autres catégories sociales. C'est ainsi que l'allaitement maternel a subi des variations en fonction des modes et des comportements des couches sociales les plus instruites et aisées.

Le gradient socio-culturel de recours à l'Accompagnement Global de la Maternité ne signifie pas qu'il puisse y avoir une barrière à son accès pour les catégories les plus modestes. Néanmoins, même s'il n'apparaît pas de façon pertinente qu'il existe un besoin et une demande formulés pour des soins prénatals et périnatals innovants par ces catégories sociales, quelques femmes en provenance de ces milieux ont bénéficié de cet accompagnement à plusieurs reprises pour des grossesses successives. Notamment, elles ont eu accès à ce type d'accompagnement par le biais d'un réseau informel de professionnels (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes salariées, psychologues, assistantes sociales, orthophonistes...etc).

Il est vraisemblable que dans un avenir proche, cette demande d'un suivi et d'un accompagnement différents, prendra de l'ampleur. Comme il est possible de le penser du fait de leurs conditions socio-culturelles, les conditions de vie sont plus favorables pour ces femmes accompagnées. Ainsi il existe des différences dans leur état de santé. Les femmes suivies dans l'étude sont par exemple peu nombreuses à consommer du tabac. Elles ont également moins d'antécédents médicaux ou chirurgicaux majeurs. Dans la population du service général, plus de la moitié des femmes présente un antécédent médico-chirurgical. Mais, dans ces données, la comparaison est difficile du fait d'une prise en compte différente de ces antécédents notés dans les dossiers. Il convient sans doute de définir, dans l'avenir, exactement les mêmes rubriques de données.

Dans les antécédents obstétricaux de ces femmes accompagnées, les accouchements prématurés sont peu fréquents, de même que les enfants hypotrophiques. D'autre part, la fréquence des césariennes antérieures est relativement faible, alors que les manœuvres instrumentales pour des accouchements antérieurs sont plus fréquentes. Il est probable que ces femmes, traumatisées par leurs expériences passées, se tournent plus volontiers vers un type de pratique différente et soient à la recherche d'une écoute rassurante.

Les femmes du groupe étudié présentent également beaucoup moins de pathologies en cours de grossesse (même si le mot «pathologie» recouvre peut-être pour les investigateurs des

réalités en partie différentes). Cependant, il est important de préciser que la Maternité Régionale est un établissement de référence pour les états pathologiques ou les situations de vulnérabilité particulière. A ce titre, elle accueille un nombre non négligeable de femmes adressées par d'autres maternités de toute la région lorraine.

En ce qui concerne la gestité, elle apparaît en nombre pratiquement identique dans les deux groupes. Les primigestes représentent 37,5 % de la population étudiée et dans l'autre groupe elles sont à 30 % environ. Pour la parité il est possible de noter une légère différence puisque dans la population étudiée les nullipares représentent 57,14 % du groupe alors que dans la population du service général elles sont seulement 38,85 % du groupe considéré à la même période.

Cependant, le meilleur état de santé initial des femmes suivies dans le cadre de l'Accompagnement global de la Maternité ne suffit pas sans doute à expliquer les considérables différences dans les pratiques médicales au moment de l'accouchement et de la naissance. Il y a effectivement moins de césariennes, d'interventions instrumentales, d'accouchements déclenchés, moins de recours aux thérapeutiques médicamenteuses durant le travail, moins d'anesthésies, moins de lésions périnéales et surtout d'épisiotomies, moins de ruptures artificielles des membranes, moins de délivrances artificielles et moins de transferts des nouveaux-nés pour les femmes ayant bénéficié d'un accompagnement par une sage-femme. Le constat est fait que certaines interventions techniques instrumentales ont été nécessaires uniquement lors d'une première naissance.

Incontestablement, l'Accompagnement Global de la Maternité s'accompagne de bien moins de gestes techniques lors de l'accouchement et de la naissance que lorsque ceux-ci sont pratiqués selon des modalités conventionnelles. Bien sûr, il y a eu des césariennes, des recours aux ocytociques, des épisiotomies. Mais, dans beaucoup de cas, il a été possible d'y renoncer sans pour autant mettre en danger la santé de la mère et du nouveau-né. Simplement parce que la mère est moins anxieuse, elle a plus de confiance en elle. De ce fait le déroulement de l'accouchement est plus facile et il nécessite moins d'interventions. Néanmoins, les résultats peuvent encore être améliorés (notamment en matière de préparation à la naissance, d'absence de gestes techniques instrumentaux, d'épisiotomie etc...).

Une différence est intéressante à noter concernant la phase de «l'expulsion». La durée des «efforts expulsifs» est plus longue lors des accouchements réalisés dans le cadre de l'Accompagnement Global de la Maternité que pour ceux pratiqués au service général de la Maternité. Une des raisons de cette différence est l'acceptation argumentée d'une phase «d'expulsion» plus longue, notamment si la mère et l'enfant se portent bien. La résistance à la tentation d'intervenir en accélérant le processus par des moyens thérapeutiques ou instrumentaux tient compte de l'état de santé de la mère et/ou de l'enfant. Ce respect de la physiologie accepte le rythme de la mère et ne représente pas forcément un inconfort pour elle. En tout cas le risque de cet inconfort est largement compensé par le moindre recours à des interventions encore moins confortables et non toujours dénuées de risques.

Il est difficile, sur cette série de moins de 200 naissances, d'opérer des comparaisons statistiques sur la base de taux dont le dénominateur est toujours mille naissances.

Cependant l'absence de complications maternelle et néonatale graves, le fait que le seul décès néonatal survenu soit imputable à une listériose difficilement évitable et sans lien avec les pratiques de l'accouchement laisse penser que le moindre recours à des interventions

techniques instrumentales n'a pas mis en jeu la sécurité. Une impression inverse, même ténue, dans une expérience de travail de près de vingt ans maintenant, aurait conduit à une révision drastique de la manière de faire. En effet une moindre sécurité ne serait pas acceptable même s'il est probable que le risque éventuel, s'il existait, serait bien faible par rapport aux avantages physiologiques et affectifs de l'Accompagnement Global de la Maternité et aux risques générés par un certain nombre de gestes techniques instrumentaux.

Même si ce type d'accompagnement ne s'adresse pas à tous, les parents ont leur mot à dire dans cette histoire qui les concerne avant tout. L'apport de l'analyse sociologique permet d'aborder sous un autre angle, cette pratique professionnelle. Elle met en évidence les éléments plus qualitatifs appuyés par le discours des parents.

Ainsi la représentation de la naissance s'inscrit dans une continuité personnelle et familiale. Et pour les parents, pour la mère surtout, la continuité des soins par une même professionnelle, qu'elle connaît au fil des rencontres et qui la respecte, apparaît comme un élément fondateur de sécurité et de physiologie. La confiance réciproque entre la mère, les parents et la sage-femme, permet de se sentir en sécurité pour cet événement à venir, tout simplement parce que chaque femme se sent aussi en confiance avec elle-même, avec ce qu'elle ressent.

Malgré les évolutions dans les sociétés occidentales, la naissance est encore un événement dans lequel les parents essaient de trouver et de donner du sens. La naissance s'insère bien dans un réseau social avec des liens étroits entre les uns et les autres, parents et professionnels. Ce choix de l'accompagnement global fait par des parents s'inscrit dans un projet familial de couple, le plus souvent. Il s'agit bien d'un choix fait par les femmes et les couples. Cela est d'ailleurs précisé par les parents eux-mêmes lors des entretiens. C'est à partir des vécus ou d'expériences d'amies ou d'autres femmes que les parents choisissent, quand cette possibilité leur est offerte, un autre type d'accompagnement.

Celui-ci correspond généralement plus à leur choix de vie. La quête d'une naissance plus naturelle, moins instrumentalisée, fait partie de leurs réflexions et de leurs attentes. L'irruption des techniques instrumentales est ainsi, dans leurs conceptions, source de déshumanisation. L'utilisation de techniques plus relationnelles, qui tiennent compte de l'affectivité, leur semble plus humaines.

Les parents expriment clairement le désir de participer activement à cet événement de la naissance de leur enfant, en refusant que ces instants leur soient volés. Le père souhaite prendre une place importante et se sent aussi responsable de l'accompagnement de sa compagne. Il découvre le rôle qu'il a à jouer pour permettre un accouchement et une naissance physiologiques. Et il s'investit pleinement dans sa fonction de père auprès de son enfant.

Ces couples ont par ailleurs une conscience aiguë de la compétence et de la responsabilité qui incombent à cette professionnelle, sage-femme qui soutient, aide, porte l'enfant avec la mère. Elle est aussi pour eux, cette figure proche et bienveillante, maternelle et maternante. La sage-femme est investie comme une bonne mère rassurante et accueillante, c'est elle qui sait, connaît les secrets intimes de la vie. Le lien avec la féminité est mis en évidence.

Ces points de vue ne sont pas marginaux. Ils concernent une part de plus en plus grande des jeunes familles. Cette demande d'une approche différente de ce qui se fait depuis cinquante ans, doit-être entendue.

La santé publique moderne plaide de façon constante pour que les personnes puissent participer activement aux situations qui engagent leur santé, au niveau individuel et aussi au niveau collectif. Le temps n'est plus où la médecine pouvait agir sans avoir à rendre de compte sur ses méthodes et ses résultats. Le patient est devenu un «usager-citoyen», un partenaire du professionnel et non plus un «cas-objet» dans un lit d'hôpital. Et en ce qui concerne la maternité, celle-ci n'est pas une maladie comme le rappelle régulièrement, l'Organisation Mondiale de la Santé. Les femmes doivent être considérées comme des sujets conscients, responsables, libres de leurs décisions, après avoir fait un choix éclairé. Les femmes sont les premières actrices de la naissance de leur enfant.

Le récent rapport de la Mission-périnatalité publié en septembre 2003 tient compte de ces nombreuses réflexions et de ces évolutions. Ce rapport mérite ici une large citation, car il montre à quel point la pratique et l'expérience, décrite dans cette étude, rejoignent l'expertise technique à son plus haut niveau.

"La France est l'un des pays au monde les plus avancés en matière de protection médicale et sociale des femmes enceintes et des enfants. Des progrès considérables, en matière de diminution des mortalités maternelle, périnatale et infantile, ont été observés. Toutefois, des progrès sont encore possibles. Cette affirmation se base sur plusieurs constats :

- *En matière de résultats, la France occupe une position moyenne en Europe ;*
- *Des inégalités importantes d'accès aux soins persistent, en particulier dans le domaine du diagnostic anténatal ;*
- *La modification des pratiques périnatales tend à faire naître et prendre en charge des enfants de plus en plus prématurés et de plus en plus à haut risque de développer des handicaps.*
- *Selon le rapport récent du Comité d'experts sur la mortalité maternelle, le taux de décès observé en France ne baisse plus actuellement. Depuis 10 ans, il reste aux alentours de 10 pour 100 000 naissances. Ce taux est double de celui observé, dans certains pays nordiques. Mais cette situation est susceptible d'amélioration. En effet, l'analyse des dossiers de morts maternelles par des experts montre que 30 % de cette mortalité est évitable. Par ailleurs, une comparaison avec l'Angleterre et avec d'autres pays européens suggère que l'excès de décès en France provient d'un nombre plus grand d'hémorragies mortelles. Les experts français considèrent que 8 à 9 sur 10 des décès par hémorragie sont évitables par une meilleure prise en charge. En ce qui concerne la morbidité maternelle, une enquête réalisée dans différentes régions suggère que l'organisation des soins joue un rôle important dans le pronostic des pathologies constatées.*
- *Pour le nouveau-né, diverses études sur la prise en charge à la naissance montrent clairement que, pour les enfants nés très prématurément, la prise en charge périnatale joue un rôle extrêmement important dans le développement ultérieur et la possibilité de prévention des handicaps à long terme. Toutefois, du fait du nombre de grands prématurés de plus en plus élevé et de leur survie de plus en plus grande, le nombre d'enfants handicapés ne diminue pas.*

Si la nécessité de soins intensifs ne fait aucun doute dans les situations à haut risque, le débat est beaucoup plus ouvert dans les situations à faible risque. Dans ces situations, il a été montré que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène. Les données disponibles laissent penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque, et moins (et

mieux) dans les situations à faible risque. Il s'agit certainement là d'un défi pour l'organisation des soins périnataux dans les années à venir.

En outre, si on a fait beaucoup de progrès et beaucoup discuté autour de la prise en charge périnatale des grands prématurés (organisation en réseau, transfert in utero, corticothérapie, surfactant, etc), des débats similaires n'ont pas eu lieu et les mêmes progrès n'ont pas été observés au-delà de la période néonatale.

Par ailleurs, les restructurations nécessaires, la situation démographique des différents professionnels de la santé, l'application des décrets de 1998, de la loi sur les 35 heures et de la directive européenne ont créé des conditions d'exercice de plus en plus difficiles et des difficultés de plus en plus grandes pour les usagers.

C'est dans ce contexte que le Pr. J.F. Mattéi, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a créé une «mission périnatalité» pour faire des propositions susceptibles de répondre aux difficultés.

Pour mener à bien ce travail, le groupe a bénéficié du soutien de la DHOS. Les vingt propositions qui suivent ont été élaborées après :

- Lecture et analyse de rapports, effectuées à l'échelon national ou régional
- Entretiens avec différents professionnels concernés par le domaine
- Participation à différents groupes de travail ou réunions organisés par les professionnels" [Bréart 03].

Parmi les vingt propositions du rapport «Mission périnatalité», quatre au moins méritent d'être citées ici et l'une d'entre-elles le sera intégralement.

Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance

Evaluer la mise en place de Maisons de Naissance

Redéfinir les métiers de la périnatalité et proposer des pistes pour répondre à la crise démographique

Améliorer la place de l'usager dans le système de soins périnataux

La quatrième proposition du rapport «**Evaluer la mise en place de Maisons de Naissance**» est reprise ici.

"Dans le cadre de cette nouvelle politique qui comporte une ouverture à une nouvelle conception de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement à «bas risque», les sages-femmes ont la totale compétence pour prendre en charge de façon autonome, le suivi de la grossesse et de l'accouchement.

Le modèle proposé dans les 30 dernières années, mettant en avant l'utilisation de techniques de plus en plus sophistiquées comme un indispensable recours à la surveillance médicale, a montré ses limites. Lorsqu'elle n'est pas nécessaire, une utilisation trop importante de cette technique peut entraîner des actes inutiles voire iatrogènes.

C'est pourquoi il est proposé la possibilité d'ouvrir, des maisons de naissance sous la responsabilité pleine et entière de sages-femmes. Cette «évolution» ne peut se faire en un temps du fait de l'absence de connaissance des résultats périnataux d'une telle prise en charge dans le contexte socio-économique, démographique actuel. Il est donc nécessaire de passer par une phase d'évaluation, ce qui implique non pas de limiter le nombre de Maisons

de Naissance à créer, mais au contraire de s'assurer d'un nombre suffisant de ces centres, afin que cette évaluation ait une puissance statistique suffisante pour pouvoir conclure sur leur efficacité.

Ceci impose de laisser la possibilité à plusieurs projets d'aboutir, à condition que ces Maisons de Naissance soient attenantes à des plateaux techniques publics ou privés, et que soient signées des conventions assurant la possibilité de recours à un plateau technique en cas de nécessité, ceci implique l'adhésion aux protocoles qui seront mis en place.

Pour que cette ouverture à des modes de prise en charge adaptés spécifiquement aux grossesses normales, ait toute son efficacité, il est souhaitable que soit réalisé au sein de chaque région, un recensement de toutes les structures où serait possible, un tel type de prise en charge. Ce recensement serait réalisé au sein des Commissions Régionales de la Naissance. Une évaluation nationale sera nécessaire et pourrait-être réalisée en lien avec la Commission Nationale de la Naissance.

La possibilité de l'accouchement à domicile doit faire l'objet d'une réflexion spécifique concernant les conditions de sécurité [Bréart 03].

Ainsi, contribuer à permettre aux femmes d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance, redéfinir la mission des sages-femmes, la place des parents et, avec eux, celle de la sage-femme qui les a accompagnés, proposer (et ensuite évaluer) la mise en place de Maisons de Naissance dans le système de soins périnataux, font l'objet de démarches en cours actuellement au niveau local et national.

L'expérience menée à Nancy - celles des parents et de la sage-femme qui leur a proposé un Accompagnement Global de la Maternité - et l'étude qui permet d'en rendre compte ont bien le même objectif. Les hasards du calendrier font que se rejoignent les résultats d'une expérience de terrain et les recommandations d'un groupe d'experts.

Il est possible de voir dans cette conjonction un heureux présage pour que de telles pratiques ne restent pas militantes et marginales, mais au contraire qu'elles s'inscrivent dans une politique obstétricale et périnatale moderne où l'Accompagnement Global de la Maternité et les Maisons de Naissance auront leur place entière.

Mais sans doute ce changement de paradigme et d'approche de la maternité demande du temps.

Déjà en 1991 à Nancy, les parents et certains professionnels ont évoqué la nécessité d'un lieu alternatif permettant aux femmes de mettre au monde leurs enfants avec la sage-femme qu'elles avaient choisie dans le cadre d'un Accompagnement Global de la Maternité.

Depuis les années 1999-2000, un groupe de travail réunit des parents, des professionnels de santé (notamment des sages-femmes) et d'autres professionnels dont les compétences spécifiques dans le domaine de l'innovation organisationnelle apportent un soutien réel au projet de Maison de Naissance de Nancy. La participation dès 2001 de l'Ecole Nationale Supérieure en Génie des Systèmes Industriels (E.N.S.G.S.I.) au projet de Maison de Naissance donne une autre dimension à celui-ci. Cette école, avec son Equipe de recherche sur les Processus Innovatifs (E.R.P.I.), conduit ses travaux dans le domaine de l'innovation et développe une démarche participative qui favorise notamment l'implantation de conceptions nouvelles dans des structures conventionnelles.

La réalisation d'un Diplôme d'Etudes Approfondies (D.E.A.), au sein de cette école, intitulé «De la naissance à la Maison de Naissance : approche systémique d'un projet médical innovant» [Jeanvoine 00] a permis d'établir les coopérations avec celle-ci et de poser les bases de la réflexion du projet de Maison de Naissance à Nancy. Il apparaît que plus le projet est innovant plus il suscite des réactions de rejet et des résistances dans les structures conventionnelles.

C'est pourquoi, la conduite de projet complexe et innovant inclut des groupes de travail participatif dont l'objet est d'établir un cahier des charges fonctionnelles relatif aux besoins de chaque acteur vis-à-vis de l'objet d'étude.

C'est ainsi qu'à Nancy, à titre expérimental, un premier groupe de travail réunissant des sages-femmes libérales, de protection maternelle et infantile, des sages-femmes salariées des structures hospitalières et en formation a élaboré une analyse de processus permettant d'identifier d'une part les résultats attendus par les professionnelles et d'autre part les activités et les ressources nécessaires à leur obtention pour le projet de Maison de Naissance (annexe). Les parents ont également réfléchi sur leurs besoins. L'étape suivante consiste à animer un groupe de travail pluridisciplinaire constitué de représentants médicaux en lien avec le fonctionnement d'une Maison de Naissance de manière à élaborer les solutions fonctionnelles optimales garantissant la sécurité et le confort de fonctionnement pour les enfants, les parents, les médecins et les sages-femmes.

Parallèlement à ce projet implanté localement et après la tenue des Etats Généraux de la Santé en 1999, portant sur la question des Maisons de Naissance, avec l'appui du Ministre de la Santé de l'époque, B. Kouchner, le Groupe National de Travail pour les projets de Maison de Naissance en France, constitué depuis 1997, s'affirme et se réunit régulièrement. La définition d'une Maison de Naissance est alors déposée et enregistrée en 1999 (annexe). Ce groupe national réunit les acteurs (parents et professionnels) des différents projets dont il est possible d'en répertorier actuellement une quinzaine, en France.

Les projets de Maison de Naissance s'appuient sur les points fondamentaux suivants :

➤ L'Accompagnement Global de la Maternité

L'Accompagnement Global de la Maternité se centre sur la physiologie du processus de la maternité, sur la détection des risques de pathologies et sur la globalité de chaque femme (physique et psychique), en se préoccupant de l'histoire personnelle de chacune, de sa relation de couple, de ses liens familiaux, professionnels et sociaux.

Dans ce suivi médical, la maternité n'est pas considérée comme une maladie, mais comme une des étapes naturelles constitutives de la vie d'une femme, d'un couple, des parents, de l'histoire d'un être humain en devenir, d'un enfant à naître.

Dans cette pratique, une des spécificités de l'exercice professionnel de la sage-femme est d'établir une relation forte avec le couple et de favoriser le développement de la relation entre la mère et son enfant, entre l'enfant et ses parents. C'est l'ensemble de ce relationnel où chacun est acteur, partenaire et responsable, qui peut agir en prévention des pathologies et favoriser ainsi le maintien du déroulement physiologique de la grossesse et de l'accouchement.

En cela, le suivi proposé assure la continuité des soins et est une composante importante de la politique de Santé Publique.

➤ Le concept de Maison de Naissance

Certains professionnels et des parents pensent qu'un lieu différent comme une «Maison de Naissance» est nécessaire à cette démarche qui permet d'accueillir les nouveau-nés humains dans le respect de leur devenir, dans une confiance réciproque, avec la chaleur nécessaire à toute ouverture au monde.

Si depuis quelques décennies, des expériences de Maisons de Naissance indépendantes et extérieures à l'hôpital ont vu le jour aux Etats-Unis, en Allemagne, en Suisse, en Autriche, en Belgique, en Italie, en Espagne, en Bulgarie, au Portugal et au Canada (le plus souvent sous forme de projet privé sauf au Canada), et plusieurs ont fait l'objet d'évaluations. Les résultats sont favorables à de telles structures.

Ainsi en France, les Maisons de Naissance peuvent profiter, aux couples, aux structures existantes et à la société tout entière.

En effet de plus en plus de couples se questionnent. Leurs origines et leur cadre de vie sont très divers, ainsi que leur demande. Cependant le point commun est la recherche d'un accompagnement personnalisé qui favorise la cohérence. Cet accompagnement médical serait effectué par une personne, professionnel de santé référent, présent à toutes les étapes de la maternité. Les parents attendent de cet accompagnement d'avoir la possibilité de développer une certaine autonomie et une responsabilité face à la grossesse, à l'accouchement ainsi qu'à leur santé. Ils cherchent des professionnelles et un lieu où ils se sentent écoutés, respectés dans leur désir de responsabilité et d'autonomie, acceptés avec leurs peurs et leurs limites. Ils souhaitent également à acquérir des informations afin de pouvoir participer aux choix qui peuvent se présenter.

Loin d'être envisagée comme compétitive des autres structures, la Maison de Naissance permettrait dans les années à venir de soulager les grands centres qui sont, malheureusement de plus en plus considérés par le public, comme des «usines à bébés». Ainsi, les femmes enceintes, non admises en Maison de Naissance ou qui font le choix d'accoucher dans ces structures classiques, pourront jouir d'un personnel plus disponible.

Sur un plan financier, il est reconnu dans d'autres pays, et il le sera bientôt en France, que l'accompagnement global coûte moins cher à la communauté. Sur un plan démocratique, l'autorisation d'ouverture des Maisons de Naissance, dans les conditions de sécurité éprouvées dans plusieurs pays, marquerait une réelle écoute du gouvernement aux besoins de ses concitoyens. Ces derniers sont de plus en plus nombreux et ils demandent à pouvoir exercer un droit fondamental, celui de choisir en toute connaissance de cause les conditions qui leurs conviennent pour la naissance de leur enfant. Sur un plan humain, la naissance est cruciale dans le devenir de chaque être humain ainsi que pour sa future socialisation.

➤ Les principes fondateurs d'une Maison de Naissance

Ces principes sont en pleine cohérence avec le contenu des documents édités par l'Organisation Mondiale de la Santé : «Grossesse et accouchement ne sont pas des maladies» en 1985 et «Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique», en 1997 et par le Parlement Européen : la «Charte des Parturientes», votée en 1988.

Ils sont ainsi précisés :

Un lieu d'accueil accessible à tous

Une Maison de Naissance est un lieu d'accueil des femmes enceintes et de leur famille, dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. La Maison de Naissance doit être un lieu accessible à tous.

Un Accompagnement Global de la Maternité

Le suivi des femmes répond à la notion d'Accompagnement Global de la Maternité qui associe une femme et une sage-femme référent, pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et la naissance puis la période postnatale pour la mère et l'enfant.

Une structure autonome travaillant en réseau

Une Maison de Naissance n'est pas un établissement hospitalier. Tant que l'accouchement reste dans le cadre de la physiologie, c'est un acte naturel qui ne nécessite aucun équipement spécifique, si ce n'est celui dont la sage-femme a besoin. Conformément à leur compétence légale, les sages-femmes assument la responsabilité médicale en toute autonomie.

Afin de garantir la sécurité, une Maison de Naissance travaille impérativement en réseau avec l'ensemble du système hospitalier et des praticiens de santé.

Un lieu respectant les besoins des parents

Une Maison de Naissance est un lieu convivial qui respecte la liberté et le besoin d'intimité des parents. Les parents participent au fonctionnement de la Maison.

Des pratiques évaluées

La Maison de Naissance fera l'objet d'une évaluation qualitative et quantitative à la fois sur le court et le long terme.

Les objectifs du Groupe National de Travail sur les Maisons de Naissance sont clairement définis.

Ce groupe est constitué par les porteurs des différents projets mais aussi de plusieurs organismes et d'associations nationales. En effet, poursuivant leurs réflexions précédentes autour de la maternité, les deux syndicats de sages-femmes l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (O.N.S.S.F.) et l'Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (U.N.S.S.F.), l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (A.N.S.F.L.), la Fédération Nationale de Parents «Naissance et Libertés», se sont regroupés avec les représentants des différents projets français pour former le Groupe National de Travail sur les Maisons de Naissance (G.N.T./M.D.N.). C'est sous leur impulsion en 1999, que le concept de «Maison de Naissance» a suscité l'intérêt du Ministère de la Santé.

L'objectif de ce groupe est de rassembler les projets pour élaborer les Principes de base des Maisons de Naissance communs à tous les projets, pour créer une Charte de Qualité et pour travailler en collaboration avec le Ministère de la Santé afin d'obtenir la légalisation nécessaire à l'existence et au fonctionnement de ces structures.

Depuis l'année 2002, des rencontres ont lieu avec un Conseiller du Ministre de la Santé, afin d'élaborer les conditions de mise en place et de réalisation de ces projets, là où ils ont des racines. La question de l'évaluation en temps réel de ces implantations est une des questions fondamentales et elle ne peut se faire qu'en lien avec le Ministère de la Santé.

D'autre part, les associations d'usagers comme le Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (C.I.A.N.E.) qui s'inquiète des conditions de la mise au monde d'un enfant s'affiche comme des partenaires de ces actions et il soutient entre autre cette démarche d'implantation des Maisons de Naissance en France.

Les liens se tissent et existent de plus en plus entre les différents acteurs citoyens qui souhaitent faire évoluer l'accompagnement de la maternité vers des conditions plus humaines et respectueuses des femmes, des parents et leurs enfants dans ces moments de la maternité, de l'accouchement et de la naissance.

5 CONCLUSION

Dans cette thèse, il apparaît ainsi qu'un autre accompagnement de la naissance est souhaitable et possible. Les résultats médicaux, de cette étude réalisée, sont encourageants en termes d'accouchements et de naissance. Les résultats sont positifs en termes de satisfaction des parents.

Cette expérience, parmi d'autres, apporte du poids aux projets actuels d'organisation de suivis différents de la maternité. Les Maisons de Naissance apparaissent dans ce cadre, une voie possible à privilégier, à développer et à évaluer avant leur généralisation.

La réflexion sur les Maisons de Naissance ne veut pas rester marginale au risque de se voir assimilée à des rêves rétrogrades ou de participer à des dérives sectaires. Il est indispensable d'arrêter d'en parler de cette manière et il est nécessaire de les inclure dans une politique périnatale pensée et organisée, dans l'intérêt des mères et des nouveaux-nés. Cette mise en place concrète des projets de Maison de Naissance mettra un terme aux déviations idéologiques incontrôlables, supposées ou véritables.

Il est indispensable, que des indicateurs et des critères d'évaluation soient mis en place, pour permettre l'élaboration de tels projets. Cela implique la participation réelle de tous les acteurs concernés au niveau local et national, sur le terrain et au niveau gouvernemental.

Ces structures de proximité, avec la participation effective des parents concernés, répond à une réelle demande de prise en charge différente de la maternité par une offre de «soins de santé primaires». Le terme «primaire» au sens de la Déclaration d'Alma Ata (1978), signifie «premier», «basique». L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (U.N.I.C.E.F.) en font aussi des soins globaux proches des personnes, avec leur participation.

Cela ne peut se faire qu'avec la coopération des niveaux référencés et des conventionnements, prenant effectivement et loyalement en compte les différents points de vue.

Le travail commencé depuis 1999, avec le Groupe National de Travail sur les projets de Maisons de Naissance en France doit continuer à être soutenu par les rencontres avec le Ministère de la Santé. Il doit aboutir à la définition de critères d'évaluation et d'indicateurs pertinents pour la mise en place concrète de ces projets. Une volonté gouvernementale claire et affirmée est nécessaire concernant la politique périnatale et les Maisons de Naissance.

La démarche innovante, conduite avec l'équipe du laboratoire de recherche de l'Ecole Nationale Supérieure en Génie des Systèmes Industriels (E.N.S.G.S.I.) - et notamment la réflexion qui s'appuie sur la méthodologie de l'étude par les résultats/activités/ressources au niveau des professionnels et sur les besoins des parents, - doit pouvoir se poursuivre concrètement avec des moyens adéquats, adaptés y compris financiers, dans un esprit citoyen de coopération. Les institutions publiques et privés concernées par la maternité, en place dans la communauté nancéenne, doivent se mobiliser, se sentir concernées et répondre à la demande réelle et persistante de parents en quête d'une humanisation de la naissance. Ces

structures doivent accueillir et intégrer le projet de Maison de Naissance sans se sentir en danger ou avoir peur en acceptant un dialogue constructif et tolérant à d'autres pratiques dans l'intérêt des mères et des enfants.

Des parents souhaitent effectivement d'autres conditions de naissance pour leurs enfants, dans des Maisons de Naissance intégrées au système périnatal, tant au niveau local, que national. Des sages-femmes pratiquant un Accompagnement Global de la Maternité sont prêtes à offrir des soins médicaux de qualité pour répondre aux besoins et aux attentes des femmes, des mères, des parents, des enfants.

Comme au niveau mondial et dans d'autres pays de la communauté Européenne, la réalisation concrète de Maisons de Naissance, depuis une vingtaine d'années, montre des résultats concluants et satisfaisants pour les parents et les enfants.

Pourquoi ces expériences innovantes, ne pourraient-elles pas voir le jour, demain en France ?

6 ANNEXES

6.1 RECOMMANDATIONS DE FORTALEZA (1985)

RECOMMANDATIONS FORMULEES, SOUS L'EGIDE DES BUREAUX REGIONAUX DE L'EUROPE ET DES AMERIQUES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, DANS LE RAPPORT SOMMAIRE DE LA CONFERENCE INTERREGIONALE CONJOINTE SUR LA TECHNOLOGIE APPROPRIEE A LA NAISSANCE EN 1985.

Conférence interrégionale conjointe sur la technologie appropriée à l'accouchement

10 juin 1985

Fortaleza (Brésil), 22-26 avril 1985

RAPPORT SOMMAIRE

Le Bureau régional de l'Europe et le Bureau régional des Amériques de l'Organisation mondiale de la santé ont organisé une conférence commune qui a réuni plus de 60 participants venus des deux Régions intéressées, parmi lesquels des sages-femmes, des obstétriciens, des pédiatres, des administrateurs sanitaires, des sociologues, des psychologues, des économistes et des usagers. La conférence a formulé un certain nombre de recommandations en partant du principe que toute femme a le droit fondamental de bénéficier de soins prénatals adéquats, que la femme a un rôle essentiel à jouer dans tout ce qui concerne ces soins, en participant notamment à leur planification, leur prestation et leur évaluation, et qu'il faut absolument tenir compte de facteurs sociaux, affectifs et psychologiques si l'on veut concevoir et dispenser des soins prénatals appropriés.

Recommandations générales

1. Les ministères de la santé devraient établir des politiques spécifiquement axées sur l'introduction de la technologie dans les services de santé et sur les marchés commerciaux.
2. Les pays devraient se doter des moyens nécessaires à la réalisation d'enquêtes collectives visant à évaluer la technologie obstétricale.
3. La communauté dans son ensemble devrait être informée des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux.
4. Les groupes féminins d'entraide ont une valeur intrinsèque dans la mesure où ils constituent des mécanismes de soutien social et de diffusion des connaissances, notamment eu égard à la naissance.
5. Les éventuels systèmes parallèles de soins périnatals (que représentent par exemple les accoucheuses traditionnelles) doivent cohabiter avec le système officiel, et leur collaboration doit être maintenue au bénéfice de la mère. De telles relations, si elles sont établies sans aucune tentative de domination d'un système sur l'autre, peuvent être très fructueuses.
6. La formation en matière de soins à donner pendant l'accouchement devrait viser à faire mieux connaître les aspects sociaux, culturels, anthropologiques et éthiques de la question.
7. Il faudrait encourager la formation de sages-femmes ou d'accoucheuses traditionnelles qui seraient chargées des soins à dispenser en cas de grossesse normale, ainsi que pendant et après l'accouchement.
8. L'évaluation de la technologie devrait revêtir un caractère multidisciplinaire et relever de tous les types de prestataires de soins qui l'utilisent, des épidémiologistes, des spécialistes des sciences sociales ainsi que des autorités sanitaires. Il faudrait que les femmes visées par la technologie participent à la planification de son évaluation puis à l'évaluation et à la diffusion des résultats obtenus. Ces résultats devraient être communiqués à tous ceux qui ont permis de les obtenir, ainsi qu'aux collectivités au sein desquelles la recherche a été conduite.
9. Il faudrait diffuser auprès du public desservi par les hôpitaux des informations sur les pratiques en vigueur dans ces établissements en matière d'accouchement (taux de césariennes, par exemple).

10. Le bien-être psychologique de la mère doit être assuré non seulement par la présence d'une personne de son choix pendant l'accouchement, mais aussi par la possibilité de recevoir librement des visites au cours de la période postnatale.

11. Le nouveau-né doit toujours rester avec sa mère si l'état de santé de l'un et de l'autre le permet. Aucun examen ne justifie que l'on sépare un nouveau-né en bonne santé de sa mère.

12. L'allaitement au sein doit être immédiatement encouragé, avant même que la mère ne quitte la salle d'accouchement.

13. Les pays dont les taux de mortalité périnatale sont parmi les plus faibles du monde ont des taux de césarienne inférieurs à 10%. Il n'y a manifestement aucune raison pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10-15% des accouchements soient pratiqués par césarienne.

14. Rien ne prouve qu'une césarienne soit nécessaire chez les femmes qui ont déjà subi une césarienne segmentaire transversale. L'accouchement par voie basse chez les femmes qui ont déjà eu une césarienne devrait normalement être encouragé chaque fois que l'on dispose de l'infrastructure chirurgicale nécessaire en cas d'urgence.

15. Il n'est pas prouvé que le monitoring fœtal de routine pendant l'accouchement a un effet positif sur l'issue de la grossesse. On ne devrait avoir recours au monitoring électronique du fœtus que dans des cas médicaux soigneusement sélectionnés (lorsqu'il y a un risque élevé de mortalité périnatale) et lorsque le travail est provoqué. Les pays qui disposent d'appareils de monitoring fœtal et d'un personnel qualifié devraient chercher à déterminer quels sont les groupes de femmes enceintes susceptibles de bénéficier des techniques de surveillance électronique du fœtus. En l'absence de ces données, les services de santé nationaux devraient s'abstenir d'acheter de nouveaux appareils de monitoring.

16. Le rasage du pubis ou l'administration d'un lavement avant l'accouchement ne s'impose pas.

17. Les femmes enceintes ne devraient pas être mises en position de lithotomie pendant le travail ou l'accouchement. Il faudrait les encourager à déambuler pendant le travail et leur permettre de choisir librement la position qu'elles adopteront pour la délivrance.

18. Le recours systématique à l'épisiotomie ne se justifie pas. D'autres méthodes de protection du périnée devraient être étudiées et, le cas échéant, adoptées.

19. L'accouchement ne devrait pas être provoqué par commodité et il ne faudrait procéder au déclenchement artificiel du travail qu'en présence d'indications médicales précises. Aucune région géographique ne devrait enregistrer de taux de déclenchement artificiel du travail supérieurs à 10%.

20. Au cours de l'accouchement, il faudrait éviter l'administration systématique d'analgésiques ou d'anesthésiques qui ne sont pas expressément requis pour traiter ou prévenir une complication.

21. La rupture naturelle des membranes n'est pas indispensable avant un stade assez avancé du travail. Aucune donnée scientifique ne justifie la rupture systématique des membranes par des moyens artificiels à un stade précoce de l'accouchement.

Mise en application des recommandations

1. Chaque gouvernement devrait désigner, au sein de son ministère de la santé, les unités ou les services qui seraient chargés de promouvoir et de coordonner l'évaluation de la technologie appropriée.

2. Les organismes de financement devraient décourager l'utilisation abusive de la technologie par des réglementations appropriées.

3. Il faudrait dresser l'inventaire des services de soins obstétricaux qui ont une attitude critique à l'égard de la technologie et qui sont sensibilisés aux aspects affectifs, psychologiques et sociaux de l'accouchement, les encourager et étudier le processus qui les a conduit à adopter une telle position, afin que, servant de modèles, ils puissent susciter des attitudes analogues dans d'autres centres et influencer sur les tendances de l'obstétrique à l'échelle nationale.

4. Il conviendrait de diffuser largement les résultats de l'évaluation de la technologie appliquée à l'accouchement afin de modifier le comportement des professionnels et de fournir une base aux décisions des usagers et du public en général.

5. Les gouvernements ne devraient pas envisager d'adopter des réglementations permettant l'utilisation de nouvelles technologies obstétricales sans que celles-ci aient été évaluées de façon satisfaisante.

6. Il faudrait encourager l'organisation de conférences nationales et locales sur l'accouchement auxquelles seraient représentés les prestataires de soins intéressés, les autorités sanitaires, les usagers, les groupes de femmes et les médias.

6.2 CHARTE DES DROITS DE LA PARTURIENTE (1988)

Journal officiel des Communautés européennes, 8 juillet 1988
Résolution (doc. A2-38/88)

CHARTRE DES DROITS DE LA PARTURIENTE

Le Parlement européen,

A. conscient des efforts que déploie la Commission des Communautés européennes en vue de contribuer à ce que la vie de la femme se déroule dans les meilleures conditions possibles,

B. considérant que la méthode d'accouchement et la préparation à l'événement font, dans beaucoup d'Etats membres, l'objet de débats,

C. considérant que la maternité doit être l'aboutissement d'un libre choix,.

D. considérant que la diminution de la mortalité périnatale que touche tous les enfants et les parturientes en Europe s'explique en grande partie, et entre autres raisons, par l'assistance pré- et postnatale, par le type de traitement appliqué lors de l'accouchement et par les soins dispensés aux nouveau-nés, grâce aux progrès de la médecine, à la spécialisation croissante des médecins et à la formation appropriée des accoucheuses,

E. faisant toutefois part des vives inquiétudes que lui cause la mortalité élevée - qui, dans certains Etats membres, est encore en hausse - due au syndrome de mort subite des nourrissons, les bébés de 2 à 6 mois surtout, ce pour ces raisons essentielles que, d'une part, le corps médical sait, aujourd'hui encore, peu de chose au sujet des causes de cette affection et que, d'autre part, la plupart des parents en ignorent tout, quand bien même il s'agit en l'espèce de la cause principale de mortalité postnatale,

F. estimant que les facteurs psychologiques jouent un rôle important lors de l'accouchement, dans la mesure où ils créent un climat de tension particulière selon le pays et selon la situation professionnelle, sociale et économique de la femme et de sa famille,

G. considérant que les facteurs culturels jouent un rôle important lors de l'accouchement et sont le reflet de la manière dont la société accueille le nouveau-né comme l'un de ses nouveaux membres,

H. exigeant que soit dispensé le traitement approprié à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement en fonction de ses besoins et de ses caractéristiques personnelles,

I. considérant que, même si la société a déployé des efforts considérables pour démystifier l'inquiétude au moment de l'accouchement, il semble persister un certain état psychologique de crainte ancestrale, qui s'explique par la persistante parallèle de risques pendant la grossesse et au moment de l'accouchement,

J. considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée,

K. considérant qu'aucune intervention chirurgicale (césarienne) ne doit être pratiquée lors des accouchements en milieu hospitalier, sauf en cas d'absolue nécessité,

1. estime que l'accouchement ne peut se dérouler dans un climat de sérénité que lorsque la femme bénéficie d'une assistance appropriée de la part d'un personnel spécialisé, qu'elle choisisse d'accoucher en milieu hospitalier ou à domicile et lorsque les futurs pères et mères disposent d'une information appropriée et que chacun peut accéder gratuitement à une assistance prénatale, sur les plans préventif, médical, psychologique et social ;

2. souhaite qu'une information appropriée et complète soit largement diffusée dans les centres de consultation médicale et centres hospitaliers sur l'assistance sociale dont peuvent bénéficier les futures mères en détresse ;

3. demande à la Commission de prendre de nouvelles initiatives en vue d'arrêter une directive qui alignerait, autant

que faire se peut, les dispositions législatives nationales relatives aux facilités prévues pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pour les parents sur les réglementations et les dispositions de l'Etat membre le plus avancé en la matière ;

4. estime indispensable que les Etats membres procèdent en outre à une profonde révision et aménagement de l'ensemble de la législation relative à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement, aussi bien en ce qui concerne les services sociaux que l'équipement des centres médicaux et les soins dispensés aux nouveau-nés ;

5. estime insuffisante l'initiative de la Commission d'élaborer un code de conduite en matière de protection sociale de la maternité et demande qu'une directive soit consacrée à ce sujet

6. déplore le nombre sans cesse croissant de césariennes pratiquée dans la Communauté ;

7. déplore que le taux d'allaitement au sein soit si peu élevé dans certains Etats membres de la Communauté ;

8. souligne la nécessité de mettre en place des centres de santé pour les femmes (sur le modèle des « Well Women Centres » par exemple) afin que ces dernières puissent avoir accès aux consultations et à une bonne médecine préventive ;

9. demande en outre à la Commission d'élaborer une proposition relative à une charte des droits de la parturiente, applicable dans tous les pays de la CEE, qui permette à toute femme enceinte d'obtenir une fiche médicale et de pouvoir ainsi choisir le pays, le lieu géographique et le centre où elle veut être traitée. Cette fiche, reprenant les droits de la parturiente, devra en outre assurer à la femme les prestations, services et droits suivants :

- une fiche obstétricale reprenant les données relatives à la grossesses et mise à la disposition de la femme et des personnes qui l'assisteront pendant et après la grossesse,
- un diagnostic prénatal comprenant un test de floculation, une échographie et une amniocentèse gratuite et pratiquée sur une base volontaire, en accord avec la femme et conformément aux conseils du médecin,
- la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement, afin de connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sur le plan physique, ainsi que les techniques et les méthodes en usage,
- l'information, avant l'accouchement, au sujet des risques et des symptômes existants ainsi que des précautions et des médicaments à prendre - notamment ceux auxquels les services de santé assurent la gratuité -, ce en ce qui concerne les causes les plus importantes de mortalité postnatale, en général, et la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons en particulier,
- le libre choix de l'hôpital et des modalités (position) de l'accouchement et de la façon d'allaiter et d'élever l'enfant,
- l'assistance appropriée lorsque la femme opte pour l'accouchement à domicile en tenant compte de l'état psychique et physique de la parturiente et de l'enfant à naître ainsi que de l'environnement,
- l'accouchement naturel, sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, si ce n'est pour des raisons absolument impérieuses et justifiées par l'état de la parturiente et de l'enfant à naître,
- le recours à la césarienne en cas d'absolue nécessité,
- la présence, si la parturiente le souhaite, d'une personne choisie parmi le couple, les parents ou les amis, avant, pendant et après l'accouchement,
- le droit pour la parturiente de décider conjointement avec le médecin, après avoir reçu une information détaillée à ce sujet, des thérapies et des traitements,
- la possibilité pour la mère d'avoir son enfant à ses côtés pendant la période d'allaitement et de le nourrir selon ses propres exigences, plutôt qu'en fonction des horaires des hôpitaux,
- le libre choix pour la parturiente de permettre d'utiliser son lait maternel pour d'autres nouveau-nés,
 - la possibilité pour les membres de la famille de rendre visite à la mère et au nouveau-né, sans compromettre pour autant les soins à dispenser au nouveau-né,
- le droit à une période de congé suffisante pendant l'allaitement pour la femme qui travaille et la mise en place généralisé d'un horaire flexible,
- l'installation de salles de pédiatrie dûment équipées et disposant d'un personnel compétent pour les prématurés, dans les maternités elles-mêmes,
- un livret médical qui permette à la femme enceinte de bénéficier de soins dans tous pays de la Communauté,
- certaines facilités, comme des interprètes pour les femmes enceintes allochtones, afin que ces dernières puissent bénéficier également des dispositions prévues ci-dessus.

10. demande aux Etats membres de laisser aux parturientes la faculté d'accoucher anonymement et, si nécessaire, d'inscrire les nouveau-nés à l'état civil sans qu'il soit fait mention des ascendants ou en tenant leur identité secrète ;

11. invite les Etats membres à protéger la parturiente en déclarant irrecevables toute demande de saisie de l'habitation, des meubles et des biens personnels ou toutes autres mesures exécutoires y afférentes, dans un délai de huit semaines avant et après l'accouchement ;

12. demande en outre aux Etats membres :

- a) d'adopter les mesures appropriées en vue de favoriser la nomination de femmes médecins et la formation d'accoucheuses en mesure de s'occuper des femmes pendant la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période qui suit,

- b) de favoriser et de financer les recherches sur les causes de la stérilité chez la femme et chez l'homme, y compris les causes liées à l'environnement et à l'activité industrielle,
- c) d'organiser des campagnes d'information pour attirer l'attention du public sur le danger de l'utilisation de médicaments pendant la grossesse,
- d) de mettre en oeuvre le programme AIM (informatique médicale avancée en Europe) en vertu duquel il convient de consulter les organisations de médecins et de patients en tant qu'utilisateurs et consommateurs,
- e) de diffuser toute la réglementation existant au niveau communautaire, ainsi que toute proposition émanant des institutions de la Communauté, et plus particulièrement les résolutions adoptées par le Parlement européen sur l'harmonisation des législations des Etats membres relatives aux préparations pour les nouveau-nés et aux laits de substitution,
- f) de représenter aux partenaires sociaux qu'ils sont tenus de respecter strictement la convention 103 de l'OIT sur la protection de la maternité dans le milieu professionnel, en général, et en ce qui concerne l'interdiction de licenciement et l'affectation des travailleuses enceintes ou allaitantes à des tâches appropriées à leur état, en particulier.

13. demande à la Commission de mener une étude approfondie sur les causes de la mortalité infantile et maternelle dans la Communauté, notamment sur la pauvreté, la mauvaise santé et l'état des logements, d'accorder, à cet égard, une attention particulière à la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons ainsi qu'à l'état actuel de l'étiologie de cette affection, de lui faire rapport sur ses conclusions en précisant ce qu'elle propose quant aux moyens de soutenir au mieux les recherches dans ce domaine ;

14. charge son Président de transmettre la présente résolution à la Commission et au Conseil, à l'OMS, au Conseil de l'Europe et aux gouvernements des Etats membres.

6.3 LES SOINS LIES A UN ACCOUCHEMENT NORMAL (O.M.S. 1996)

LES SOINS LIES A UN ACCOUCHEMENT NORMAL

WHO/FRH/MSM/96.24, pp 40 à 43

CLASSIFICATION DES PRATIQUES UTILISEES PENDANT UN ACCOUCHEMENT NORMAL

Le présent chapitre distingue quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité. La classification reflète les vues du groupe de travail technique sur l'accouchement normal. Les raisons de cette classification ne sont pas exposées ici; le lecteur est renvoyé aux chapitres précédents qui sont le résultat de la réflexion et des débats du groupe de travail, et qui reposent sur les meilleures preuves actuellement disponibles (les numéros des chapitres sont indiqués entre parenthèses).

CATEGORIE A : pratiques dont l'utilité peut-être démontrée et qu'il convient d'encourager

- 1. Plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille (1.3).
- 2. Evaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et réévaluation à chaque contact avec le système de santé et au moment du premier contact avec le dispensateur de soins pendant le travail, et jusqu'à la fin du travail (1.3).
- 3. Surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de la naissance (2.1).
- 4. Boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement (2.3).
- 5. Respect du choix éclairé de la femme quand au lieu de la naissance (2.4).
- 6. Fourniture de soins pour le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement soit possible et sûr et où la femme se sente en sécurité et en confiance (2.4, 2.5).
- 7. Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement (2.5).
- 8. Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement (2.5).
- 9. Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement (2.5).
- 10. Fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent (2.5).
- 11. Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation (2.6).
- 12. Surveillance fœtale avec auscultation intermittente (2.7).
- 13. Usage unique des matériels jetables et décontamination appropriée du matériel à usage multiple pendant tout le travail et l'accouchement (2.8).
- 14. Utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipulation du placenta (2.8).
- 15. Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail (3.2).
- 16. Encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail (3.2,4.6).
- 17. Surveillance attentive de l'évolution du travail, par exemple au moyen du partogramme de l'OMS (3.4).
- 18. Administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger (5.2, 5.4).
- 19. Stérilité des instruments utilisés pour sectionner le cordon (5.6).
- 20. Prévention de l'hypothermie du bébé (5.6).
- 21. Contact dermique précoce entre la mère et l'enfant et encouragement à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein (5.6).
- 22. Examen systématique du placenta et des membranes (5.7).

CATEGORIE B : pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer

- 1. Recours systématique au lavement (2.2).
- 2. Rasage systématique du pubis (2.2).
- 3. Infusion intraveineuse systématique pendant le travail (2.3).
- 4. Pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique (2.3).
- 5. Utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail (3.2, 4.6).
- 6. Toucher rectal (3.3)
- 7. Utilisation de la radiopelvimétrie (3.4)
- 8. Administration d'ocytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés (3.5).
- 9. Utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail (4.6).

- 10. Efforts de poussée soutenus et dirigés (manœuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail (4.4).
- 11. Massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail (4.7).
- 12. Utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie (5.2, 5.4).
- 13. Administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au troisième stade du travail (5.2).
- 14. Lavage utérin systématique après l'accouchement (5.7).
- 15. Révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement (5.7).

CATEGORIE C : pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent

- 1. Méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail, comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse (2.6).
- 2. Amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail (3.5).
- 3. Pression sur le fond utérin pendant le travail (4.4).
- 4. Manœuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement (4.7).
- 5. Manipulation active du fœtus au moment de la naissance (4.7).
- 6. Administration systématique d'ocytocine, tension légère sur le cordon, ou combinaison des deux pendant le troisième stade du travail (5.2, 5.3, 5.4).
- 7. Clampage précoce du cordon ombilical (5.5).
- 8. Stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines pendant le troisième stade du travail (5.6).

CATEGORIE D : pratiques fréquemment utilisées à tort

- 1. Interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail (2.3).
- 2. Traitement de la douleur par des agents systémiques (2.6).
- 3. Traitement de la douleur par l'analgésie épidurale (2.6).
- 4. Monitoring électronique du fœtus (2.7).
- 5. Port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement (2.8).
- 6. Touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins (3.3).
- 7. Accélération par l'ocytocine (3.5).
- 8. Transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du deuxième stade (4.2).
- 9. Sondage de la vessie (4.3).
- 10. Encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser (4.3).
- 11. Observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse (4.5).
- 12. Extraction instrumentale (4.5).
- 13. Utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie (4.7).
- 14. Exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement (5.7).

6.4 CRITERES DE SELECTION DES FEMMES (PAYS-BAS, QUEBEC)

A : VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST = V.I.L. Critères de référencements et de transferts utilisés aux Pays-Bas.

La VIL, liste d'indications officielles obstétricales, utilisée en Hollande, définit la répartition des compétences obstétricales, au vu d'arguments obstétricaux.

Classe A :

Suivi par la sage-femme libérale

Accouchement à domicile, à l'hôpital, ou en maison de naissance, au libre choix de la patiente. En cas d'accouchement prévu en milieu hospitalier, le début du travail se fera à domicile sous la surveillance de la sage-femme.

Classe B :

La sage-femme consulte un obstétricien pour avis, ou envoie sa patiente chez l'obstétricien pour une consultation. La sage-femme décide ensuite si elle accepte de suivre la grossesse de la patiente.

Si la patiente est en définitive suivie par un obstétricien, l'accouchement aura lieu en milieu hospitalier.

Classe C :

La sage-femme envoie la patiente vers le deuxième échelon de soins, elle ne suivra pas sa grossesse, elle sera suivie par un obstétricien.

Classe D :

La patiente est suivie par la sage-femme, mais au vu d'antécédents particuliers, l'accouchement aura lieu en milieu hospitalier, avec la sage-femme

"Comment la naissance vient aux femmes, les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas », Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, Editions Mire"

1 ANTECEDENTS.

1.1 HISTOIRE MEDICALE.

A-Pathologie Neurologique.

Epilepsie, hémorragie sub-arachnoïdienne, SEP.

B

Hernie discale

A

B-Pathologie Médicale.

Tuberculose

C

Asthme

B

Cardiopathie

B

Thrombo-embolie

B

Anomalie de la coagulation

C

Néphropathie

B

Diabète

C

Maladie d'Addison, maladie de Cushing

C

Hypothyroïdie

B

Hyperthyroïdie

C

Anémie < 6.0 mmol/l

B

Rectocolite hémorragique, maladie de Crohn

C

C-Pathologie Gynécologique.

Prolapsus génital

B

Cônisation cervicale

C

Myomectomie sous-séreuse

A

Myomectomie sous-muqueuse ou intra-murale

C

Fistule vésico-vaginale ou rectovaginale

C

Dysplasie cervicale

A

Cancer du col

C

Exposition au distilbène

A

IUD in situ

A

Infertilité

A

Fracture pelvienne

B

D-Divers.

Consommation de drogues dures	C
Troubles psychiatriques	B

1-2-HISTOIRE OBSTETRICALE.

Iso-immunisation Rhésus	C
HTA Gravidique	A
Fausses couches spontanées du 1er trimestre à répétition	A
Accouchement prématuré	B
Béance cervicale	C
HRP C	
Extraction instrumentale	A
Césarienne	C
RCIU	C
Souffrance fœtale	B
MFIU, Mort néonatale	B
Malformation congénitale	B
Hémorragie du post-partum	B
Délivrance artificielle	B
Déchirure périnéale du 3ème degré	A
Psychose puerpérale	A
Multipare de plus de 35 ans	B
Multipare de plus de 40 ans	B
Age inférieur à 15 ans	A
Grande multiparité	A

2-DEROULEMENT DE LA GROSSESSE.

Anémie < 6.0 mmol/L	B
Pyélonéphrite	A
Rubéole, CMV	A
Toxoplasmose	C
Herpes	B
Ag Hbs positif	A
Hernie discale survenant pendant la grossesse	B
Dysplasie cervicale	A.
Consommation de drogues dures	C
Troubles psychiatriques	B
Diagnostic anténatal (amniocentèse, biopsie de trophoblaste)	A
Suspicion de malformation fœtale	B
HTA (Diastolique>9mmHg)	B
Protéinurie	B
Iso-immunisation Rhésus	C
Métrorragies après 20SA	C
HRP C	
Suspicion de RCIU	B ou C
Dépassement de terme	C
MAP C	
Béance cervicale	C
Grossesse multiple	C
Présentation dystocique	B ou C
Macrosomie au troisième trimestre	B
Mort Fœtale	B ou C

3-ANOMALIES DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT.

Présentation dystocique	C
Suspicion de souffrance fœtale aiguë	C
RPDE< 24h sans contractions	C
Stagnation du travail ou de l'expulsion	C
Métrorragies anormales pendant le travail	C
HRP C	
Vaisseau praevia	C
Hémorragie de la délivrance	C
Rétention placentaire	C

Déchirure périnéale du 3ème degré	C
Déchirure périnéale compliquée	C

4-ANOMALIES DU POST-PARTUM.

4-1-Versant maternel :

Hématome vulvaire	C
Infection puerpérale	C
Psychose puerpérale	C
Thrombo-embolie	C

4-2-Versant fœtal :

Hypotrophie	C
Prématurité	C
Cyanose	C
Hypothermie	C
Malformation congénitale	C
Ictère dans les premières 24 heures	C

B : GRILLE DE RISQUES REALISEE PAR LE CONSEIL D'EVALUATION DES PROJETS-PILOTES DE MAISONS DE NAISSANCE AU QUEBEC.

Gouvernement du Québec, décret 413-93, 24 mars 1993, règlement sur les risques obstétricaux et néonataux.
Collège of Midwives of Ontario, registrant booklet, june1995

Catégorie 1 : discussion avec une sage-femme ou un médecin.
Catégorie 2 : consultation d'un médecin.
Catégorie 3 : transfert de la responsabilité des soins à un médecin.

ANAMNESE ET EXAMEN PHYSIQUE.

Catégorie 1 :	Catégorie 2 :	Catégorie 3 :
<p>- Antécédents de :</p> <p>Opération d'une fistule périnéale, Détachement prématuré d'un placenta NBI, RCIU < 3 percentile, Macrosomie > 95ème percentile, Dystocie des épaules, IVG à répétition, Herpes génital, Hémorragie prénatale antérieure Hémorragie postnatale MFIU, -Présence d'agglutinines irrégulières -Risques psychosociaux, -Obésité, -Césarienne basse au précédent accouchement,</p>	<p>- Antécédents de :</p> <p>Thromboembolie, Maladie génétique, héréditaire, congénitale Incompétence du col avec cerclage, Plus d'un accouchement prématuré, Plus d'un bébé de faible poids, Avortements spontanés répétés (plus de 3), Mortalité périnatale, Détachement prématuré du placenta NBI,</p> <p>- Histoire actuelle :</p> <p>Anomalie de la coagulation ou thrombocytopenie, HTA, Maladie de Crohn, Colite ulcéreuse, Hyperthyroïdie, Cônisation ou malformation utérine, Myomectomie sous muqueuse, Cardiopathie, Maladies hépatiques, rénales, neurologiques, respiratoires, psychiatriques</p>	<p>- Antécédents de :</p> <p>Amputation du col, Myomectomie intra-murale ou interstitielle, Hémorragie sous-arachnoïde, Incompatibilité rhésus, Béance du col sans antécédent d'accouchement à terme, Tuberculose active, -Diabète insuliné, -Maladie d'Addison, maladie de Cushing, collagénose, séropositivité VIH, sida, cancer, sclérose en plaques.</p>

GROSSESSE ACTUELLE.

Catégorie 1 :	Catégorie 2 :	Catégorie 3 :
<p>Menace de travail prématuré, Terme imprécis, Aucun suivi prénatal avant 28SA.</p>	<p>Anomalie de la coagulation, HTA, Anémie < 10 gr/l ne répondant pas au traitement, Prise de médicaments, drogues, alcool ayant des répercussions potentielles sur le fœtus ou le nouveau né. Diabète gestationnel non contrôlé, Saignements d'origine inconnue après 22SA, Anomalie diagnostiquée à l'échographie, Vomissement gravidiques sévères, Suspicion de GEU, Test PAP anormal, Présentation autre que vertex après 37 SA, RCIU, Risques liés à une pathologie se révélant au cours de cette grossesse (endocrinienne, hépatique, neurologique, cardiaques, pulmonaires, urinaires, rénaux) Placenta praevia sans saignement après 32 SA, Oligo ou hydramnios, Iso-immunisation, Problèmes psychologiques important, MST, Mort in-utero Grossesse gémellaire.</p>	<p>Incompétence du col, Séroconversion en cours de grossesse pour la toxoplasmose, rubéole, Syphilis, CMV et herpès, Maladie cardiaque, pulmonaire ou rénale avec insuffisance, Grossesse triple et plus, Diabète insulino-dépendant, Pré-éclampsie ou éclampsie, Détachement prématuré d'un placenta NBI,</p>

LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT.

Catégorie 1 :	Catégorie 2 :	Catégorie 3 :
	Début de travail entre 34 et 37 SA : accouchement au centre hospitalier, Arrêt de progression en phase active, Rupture prolongée des membranes, Début de travail après 42 SA, Mort in utéro Présentation du siège, Grossesse gémellaire.	Signes de souffrance fœtale, Suspicion de chorio-amnionite, Arrêt de progression du fœtus lors de l'expulsion, Pertes sanguines inhabituelles en cours de travail, Détachement prématuré d'un placenta NBI, Perception d'un vaisseau sur les membranes lors du TV Procidence du cordon, Placenta praevia, Signes de pré-éclampsie ou d'éclampsie, Présentation dystocique (autre que le siège), Herpes génital actif au moment du travail, Début de travail avant 34 SA, HTA sévère, LA teinté ou méconial, Signes de rupture utérine, Déchirure périnéale du 3ème ou 4ème degré, Rétention placentaire de plus d'une heure

Post-partum de la mère :

Catégorie 1 :	Catégorie 2 :	Catégorie 3 :
	Sub-involution utérine ne répondant pas au traitement, Signes d'infection sévère, HTA persistante, Problèmes psychologiques sévères, Saignements qui ne répondent pas au traitement, Prolapsus utérin, Rétention urinaire après évaluation séquentielle, Hématome vulvaire entraînant des difficultés mictionnelles, Abscesses de la plaie périnéale, Suspicion de rétention placentaire partielle.	Infection sévère, Psychose puerpérale, Phlébite et risques thromboemboliques, Suspicion de rupture utérine, Inversion utérine, Hémorragie, ne répondant pas au traitement, Eclampsie.

Le nouveau né :

Catégorie 1 :	Catégorie 2 :	Catégorie 3 :
	Persistance d'un ictère après 14 jours de vie, Pigmentation anormale, Irritabilité, hypertonie, Rythme cardiaque anormal, Traumatisme obstétrical, Absence d'émission du méconium après 24 heures, Eruption cutanée autre que l'érythème néonatal Perte de poids >1 0%PDN, Non reprise du poids de naissance à 21 jours, Instabilité des hanches, Testicules non descendus, Suspicion de spina-bifida, Résultats de laboratoires anormaux, Anomalies suspectées ou visibles à la naissance, Signes neurologiques anormaux, Age gestationnel < 37SA, Tachypnée sans autres signes après 24 heures, Poids inférieur au 3ème percentile selon la courbe de Ishaq, Ictère nécessitant une photothérapie, Anurie au delà de 24 heures, Ecoulement oculaire purulent avec rougeur de la conjonctive.	Hypothermie ou hyperthermie persistant au delà de 12 heures, Hanches luxables, Apgar inférieur à 5 à 5 mn, 7 à 5 mn, 9 à 10 mn, Cyanose centrale, Pâleur persistant plus d'une heure, Pleurs ou cris anormaux, Ecchymose ou pétéchies généralisées, Artère ombilicale unique, Léthargie ou hypotonie, Syndrome de sevrage, Erythème péri-ombilical, Trémulations répétées, convulsions, Vomissements bilieux, diarrhée, Distension abdominale, Ictère dans les premières 24 heures, Nouveau né ayant nécessité une intubation endo-trachéale, Hémorragie digestive haute ou basse, Fontanelle antérieure bombée, Reflet rouge oculaire anormale, Atrésie unie ou bilatérale des choanes, Thyroïde palpable, Hépatomégalie > 2 cm sous le rebord costal, Rate palpable, Masse abdominale, Détresse respiratoire, Pouls fémoraux non palpables, asymétriques, Absence ou anomalie des réflexes archaïques après évaluation séquentielle, Torsion ou masse testiculaire, Masse inguinale.

6.5 ETUDES DES PRATIQUES DE SAGES-FEMMES INDEPENDANTES

Essais randomisés contrôlés avec prise en charge par des Sages-Femmes indépendantes : A partir de [Blondel 98/01]

Auteurs	Années De l'étude	Année publication	Lieu	Type De l'étude	Effectifs population Groupe SF/groupe-témoin	Surveillance Sages-Femmes seules
Flint (35B)	1983-85	1989	CHU Londres Royaume-Uni	RC	498/503	Grossesse, accouchement
Harvey (39B)	1992-94	1996	Calgary Canada	RC	101/93	Grossesse, accouchement
Hundley (42B)	1991-93	1994	CHU Aberdeen Ecosse	RC	1900/944	Accouchement
* Mac Vicar (36B)	1989-90	*1993	CHU Leicester Royaume-Uni	RC	2304/1206	Grossesse, accouchement
* Rowley (52B)		* 1995	CHU Newcastle Royaume-Uni	RC	Total : 539	Prise en charge continue par petite équipe
Turnbull (40B)	1993-94	1996	CHU Glasgow Royaume-Uni	RC	648/651	Grossesse, accouchement
*Waldenström (37-38B)	1989-93	*1997/97/*98	Stockholm Suède	RC	Total : 1828	Grossesse, accouchement et suite

Auteurs	Consultation Obstétricien	Interventions moindres	Interventions autres	Décès enfant	Satisfaction des Femmes
Flint (35B)	+	RAPE,ocytocine, péridurale	Patience		+
Harvey (39B)	+	épisiotomie	Méthodes naturelles (massages, bains..)		
Hundley (42B)		ERFC, péridurale	Méthodes naturelles (massages, bains..)		
* Mac Vicar (36B)	+	ERFC, amniotomie, péridurale		2 imputables sages-femmes	+
* Rowley (52B)	+	en général			
Turnbull (40B)	-	ERFC	Méthodes naturelles (massages, bains..) périnée intact		+
*Waldenström (37-38B)	-	ERFC, analgésie, RAPE, ocytocine	Patience	2 imputables sages-femmes	+

Ces essais montrent donc qu'une prise en charge par un service de Sage-Femme entraîne une médicalisation moins grande de la grossesse et de l'accouchement.

- RC : étude randomisée contrôlée
- RAPE : rupture artificielle des membranes
- ERFC : enregistrement rythme cardiaque fœtal

Synthèse des études sur les Centres ou Maisons de naissances : extrait de [Viossat 01 et Blondel 98/01]

Auteurs	Pays	Années d'étude	Année publication	Effectif de population	% Nullipare	Type étude	Niveau de preuve EBM
Klein	Canada	1983	1983	1 436	36,7 %	P	II
Eugène/Declercq	USA	1984	1984	30 819	29 %	R	II
Rooks	USA	1985-87	1989	11 814	39,3 %	P	II
Van Alten	Pays-Bas	1969-83	1989	7 980	50,1 %	R	II
Stern	Australie	1980-89	1992	5365	63 %	R	II
Whelan	Australie		1994				
Morris	Australie	1980-89	1986	2858	52,3 %	R	II
Biro	Australie	1980-89	1991	2858	52,3 %	R	II
Mac Vicar	Royaume-Uni	1989-90	1993	2304			
Garite	USA	1993-94	1995	1 830	35 %	P	III
David	Allemagne	1992-94	1999	801	69,2 %	R	II

Auteurs	Mortalité périnatale	Apgar <7 à 5 mn	Taux de transferts anté et perpartum	Taux césariennes	Taux extractions instrumentales
Klein	0 ‰ versus 2,6 ‰	4 % versus 12,7 %	48 % OP – 25 % MP	4 à 5 %	28 % OP – 1 % MP
Eugène/Declercq		63 % versus 49 % Ap > 9			
Rooks	1,3 ‰	0,6 %	15,8 %	4,4 %	0,6 %
Van Alten	2,3 ‰	4,3 % versus 8,2 % transfert 1 ^{ière} semaine de vie	25,6 %	0,4 %	0,4 %
Stern	0,75 ‰	1,1 %	34,2 %	4 %	11 %
Whelan					
Morris	1,3 ‰		50,2 %		
Biro	1,3 ‰		50,2 %		
Mac Vicar			45 %	7 %	8 %
Garite	6 ‰	0,16 %	31 %	10 %	4,6 %
David	0 ‰	0,7 %	18,2 %	3 %	5 %

EBM : Evidence-Based Medicine

P : prospective

R : rétrospective

6.6 COURRIER ADRESSE AUX PARENTS (NANCY 2002)

Courrier adressé en mai 2002 aux parents accompagnés, pour leur demander un accord écrit. Celui-ci a été libellé ainsi :

OUI j'accepte de participer à l'étude menée par C. Jeanvoine pour une thèse de médecine.

NOM

.....

Prénom

.....

Adresse

.....

Téléphone

.....

Email

.....

Nombres d'accouchements et naissances :

.....

Années d'accouchement 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, autres 1993,1994, 1995, 1996, 1997, 1998,1999,2000,2001,2002 **merci d'entourer les années.**

Suivis effectués

par Jacqueline BOGENSCHUTZ en quelles années

.....

ou par Christiane JEANVOINE en quelles années:

.....

6.7 CHARTE DU C.I.A.N.E (COLLECTIF INTERASSOCIATIF AUTOUR DE LA NAISSANCE 2003)

Le but du CIANE est de **représenter** les **usagers** du système de périnatalité en regroupant leurs associations locales ou nationales.

Les activités du CIANE s'appuient sur le **droit**, notamment le droit des usagers à l'**information** médicale, au **consentement** éclairé et à la prise en compte de leurs **exigences**, garants d'une réelle liberté de **choix** lors des décisions médicales les concernant personnellement, ainsi que dans le choix du lieu d'accouchement.

Cet accès à l'information est indispensable pour établir une **relation de confiance** mutuelle avec les personnels de santé. Cette relation permet à chaque couple d'élaborer un **projet de naissance** personnalisé, réaliste et adapté à la situation médicale de la mère et de l'enfant, en **collaboration** avec les personnels de santé, c'est-à-dire les sages-femmes et si besoin les médecins (obstétriciens, pédiatres...).

L'**information**, le **consentement** et la **participation** des usagers permettent aussi de les responsabiliser dans leurs rôles de parents, et doivent être respectés et valorisés.

Le respect de la famille, de la mère et de son enfant passe aussi par le respect du déroulement **physiologique** de la grossesse et de l'accouchement. Les mères ont besoin d'être accompagnées avant, pendant et après l'accouchement pour réapprendre à faire confiance à leurs compétences naturelles pour porter, mettre au monde et nourrir leur enfant. Ceci peut être obtenu dans le cadre de l'accompagnement global de la naissance. Cette forme d'accompagnement peut être bénéfique aussi pour les femmes qui à un moment ou un autre de leur maternité se situent dans le champ de la pathologie et qui sans doute plus encore que les autres, ont besoin d'être écoutées et soutenues dans leurs doutes et leurs souffrances.

L'**accompagnement global** vise aussi à favoriser les liens : le lien mère-enfant, mais aussi les autres liens à l'intérieur de la famille ainsi que les attaches avec l'environnement social.

Les objectifs du CIANE ne peuvent être atteints que par le **dialogue**, en **partenariat** avec le corps médical.

Le système périnatal doit s'organiser en **réseau**, avec une répartition des tâches logique et efficace entre les spécialistes de la physiologie (les sages-femmes) et ceux de la pathologie (les médecins). Cette organisation permet d'assurer la **sécurité** des naissances, sécurité technique et médicale mais aussi affective, celle-ci étant primordiale dans la prévention des pathologies périnatales, qu'elles soient d'ordre physique ou psychologique.

Pour une part non négligeable de femmes, la **sécurité affective** peut-être obtenue plus facilement en-dehors du cadre hospitalier, d'où l'intérêt de la création de **maisons de naissance**, intégrées au réseau périnatal.

Le fonctionnement en réseau et l'établissement de maisons de naissance doivent permettre de réduire globalement les **coûts** de la périnatalité. Par la réduction prévisible des dépenses pour certaines techniques qui sont utilisées de façon systématique alors qu'elles sont souvent inutiles voire iatrogènes, et par la réduction du coût médical et social des séquelles à court, moyen et long terme des grossesses mal suivies et des accouchements mal conduits.

La **réforme** du secteur périnatalité et la **collaboration** active entre les professionnels de santé et les usagers permettra l'**accès** à des soins de **qualité** pour toutes les mères, quelles que soient leur résidence géographique ou leur catégorie sociale.

6.8 DEFINITION DES MAISONS DE NAISSANCE (FRANCE 1999)

Déjà rédigée en 1999, par le Groupe de Travail National cette définition s'articule autour de plusieurs principes :

- Une maison de naissance est un lieu d'accueil des femmes enceintes et de leur famille dans la mesure ou la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. Les sages-femmes assurent la responsabilité médicale en toute autonomie et conformément à leur compétence légale.
- Le suivi des femmes répond à la notion d'Accompagnement Global de la Maternité qui associe une femme et une sage-femme référente pendant le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de l'après naissance.
- Une Maison de Naissance est un établissement sans autre équipement médical que celui utilisé par les sages-femmes. C'est une structure autonome.
- Une maison de naissance travaille en réseau avec l'ensemble du système et des praticiens de santé.
- Une maison de naissance est un lieu convivial qui respecte la liberté et le besoin d'intimité des parents.

6.9 SYNTHÈSE DIAGRAMME DE PROCESSUS DE LA MAISON DE NAISSANCE A NANCY (2001-2002)

Diagramme de processus élaboré par le groupe de professionnelles de C.Â.L.I.N. (Centre Associatif d'Innovation autour de la Naissance) : sages-femmes libérales, de Protection Maternelle et Infantile, salariées de structures hospitalières, enseignantes et en formation (2001-2002) et enseignants chercheurs de l'ENSGSI.

Des commentaires nécessaires :

Le premier contact

Peut se faire avec un parent, une sage-femme ou un(e) secrétaire à priori au téléphone

L'accueil dans la Maison De Naissance

Peut-être réalisé par un parent, une sage-femme ou un(e) secrétaire

Pour être orientée et être acceptée en MDN cela nécessite pour chaque femme enceinte (avant le sixième mois de la grossesse) ou non, de se prêter à :

Une première rencontre

Avec une sage-femme qui s'enquiert des attentes de chaque femme et des parents, à propos de leur projet d'enfant et plus particulièrement de l'accueil lors de la naissance – ensuite la sage-femme explique ce qu'est l'accompagnement global médical de la maternité et la philosophie de la Maison De Naissance ainsi que les limites, elle demande que lors du premier entretien la femme se munisse des examens réalisés au préalable

Une réunion d'information

(Cette réunion mensuelle ou plus se poursuivra régulièrement par d'autres **REUNIONS à THEME** tous les mois dans la maison de naissance)

Au terme de ces deux temps, chaque femme **pourra être accueillie si elle le désire en Maison De Naissance**, s'orienter ou être orientée, vers d'autres sages-femmes, et/ou vers des médecins spécialistes en maternité publique ou clinique privée.

Chaque femme enceinte ou supposée enceinte accède ensuite à un

Un premier entretien

Avec une sage-femme référent (1) qui

réalisera le dossier de grossesse

effectuera un examen général (examen des seins, des jambes notamment..) et obstétrical

procédera aux prescriptions nécessaires

si la grossesse de cette femme n'est pas déclarée (avant 14 semaines d'aménorrhée) , si elle n'a pas subi l'examen général obligatoire (avant la fin du 3^{ème} mois) elle sera orientée vers son ou un médecin (généraliste, gynécologue, éventuellement gynéco-obstétricien) avant de revenir consulter en maison de naissance.

Ensuite seront proposées, pour chaque femme avec son mari ou compagnon ou avec la ou les personnes de son choix.

Les consultations prénatales

Une, par mois (conseillée à partir du 4^{ème} mois de grossesse) **avec la sage femme référent (1) en alternance avec une deuxième sage-femme (2)** dès le début ou à partir de 7 mois de grossesse (à débattre) et 1 tous les quinze jours au 8^{ème} mois et 1 toutes les semaines au 9^{ème} mois, seront proposées dans la maison de naissance.

Les préparations à la naissance de l'enfant

Avec la sage-femme référent et/ou celle qui lui est associée.

L'accouchement et la naissance de l'enfant

Se dérouleront dans la maison de naissance. **Les acteurs principaux en seront la mère, le bébé et le père.** Ils seront entourés de manière vigilante (jusqu'à 3 heures après la naissance de l'enfant et la délivrance maternelle) par **la sage-femme référente et/ou son associée** ainsi que par **un autre sage-femme** (de garde ou d'astreinte ?) ; **un(e) aide de (naissance ou natale)** sera présente dès le début du travail d'accouchement (?); (la présence des autres enfants ?)

Un temps de récupération postnatale

Se fera pendant 24 heures (exceptionnellement plus si certaines femmes le souhaitent ?) dans la maison de naissance. L'aide de naissance restera présente pendant toute cette durée, disponible pour la mère, le bébé et le père.

Le retour au domicile (dès la sortie au 1 mois de l'enfant)

De la famille se réalisera et la sage-femme référent effectuera les soins à la mère et à l'enfant pendant la durée nécessaire à la famille.

Le suivi postnatal (jusqu'aux 9 mois de l'enfant) proposé à la maison de naissance

Il sera proposé par la sage-femme référent pour accompagner l'allaitement et le sevrage si il a lieu dans ces 9 mois, pour répondre aux questions diverses qui ne manquent pas de se poser à une maman, aux parents, toujours dans le cadre de la physiologie, et accompagner la mère dans sa récupération corporelle.

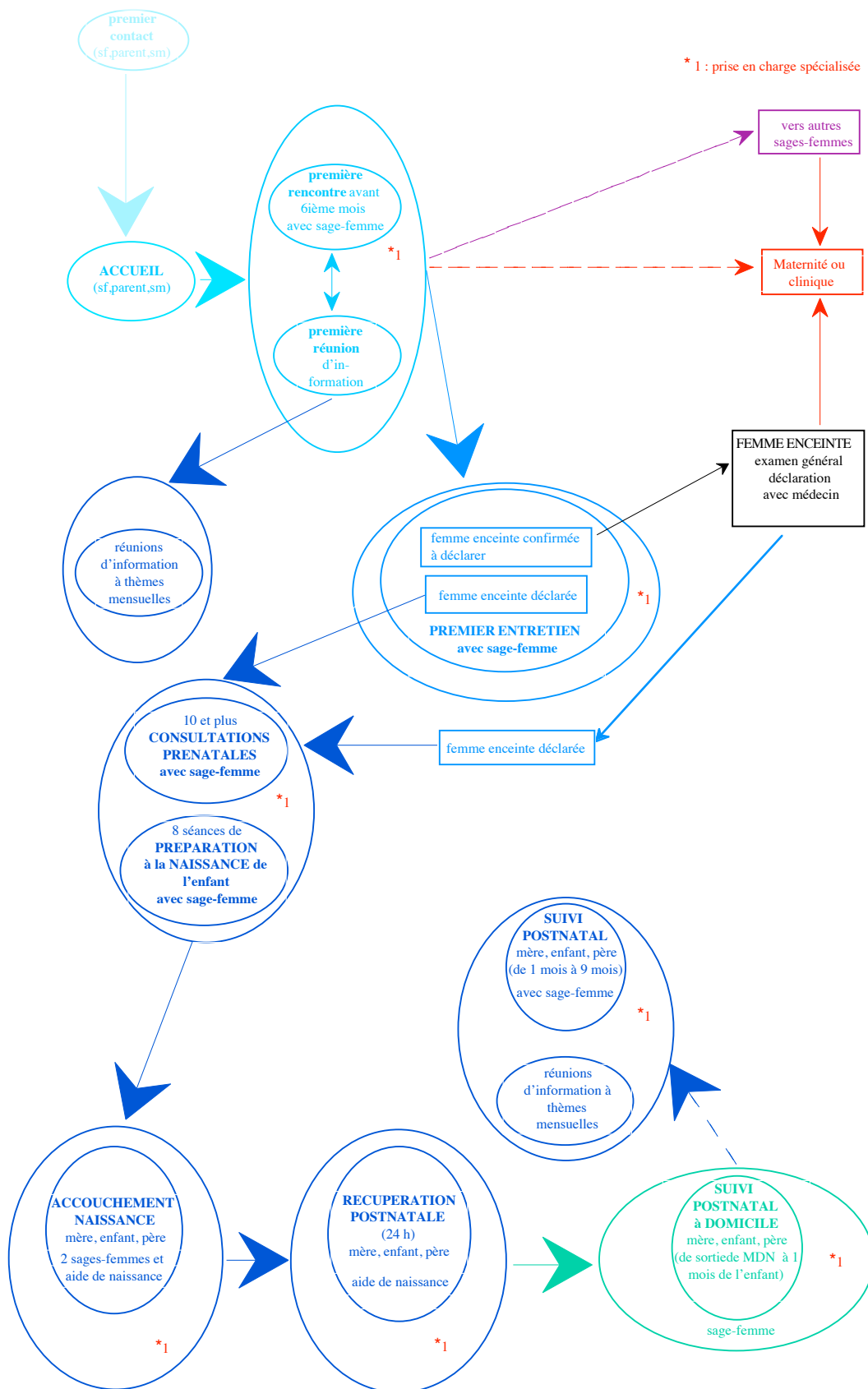


DIAGRAMME de processus de la MAISON de NAISSANCE

LA BIEN TRAITANCE AU CŒUR DE LA MAISON DE NAISSANCE

PREMIER CONTACT

RESULTATS

1/Permettre aux sages-femmes d'assumer leurs responsabilités et d'exercer leur métier dans le respect de l'art de l'Accompagnement Global de la Maternité et permettre aux parents et aux enfants de vivre physiquement et psychiquement la maternité dans des conditions sécurisantes.

2/Permettre à une personne non connue de connaître les modalités d'accès à MDN et d'obtenir un rendez-vous pour une première rencontre avec une sage-femme non connue.

3/Permettre aux sages-femmes de se répartir et de planifier le travail (personne à rappeler, réunion d'information à organiser) et d'exercer tranquillement.

4/Permettre à une femme connue d'obtenir une première rencontre (pour une nouvelle grossesse) avec la sage-femme souhaitée.

ACTIVITES

1/Donner des informations à une femme, un homme, un professionnel sur les particularités du suivi dans une MDN :

suivi d'une femme par une sage-femme

ambiance "proche" de celle du domicile

intégrée à un réseau - partenariat avec maternité, établissement hospitalier

(accouchement possible si "x" mois de grossesse)

2/Heure et date de la réunion d'information – Fixer un rendez-vous pour la première rencontre avec une sage-femme

3/Donner les informations utiles aux sages-femmes

4/Envoi de documentation

5/Contact avec une sage-femme pour des demandes précises

RESSOURCES

Humaines

Secrétaire médicale

Matérielles

Téléphone

Téléphone portable pour chaque sage-femme

Informatique (Un cahier) pour gestion des appels avec nom, coordonnées... données pour justifier l'urgence

Documentation sur la Maison De Naissance

Planning des sages-femmes et N° téléphone des sages-femmes

ACTEURS

Décisionnel : Sages-femmes

Exécution : Secrétaire médicale, aide natale

IDEES :

Une demi-journée par semaine et par sage-femme pour assurer la première rencontre

VALEURS :

En Maison de Naissance, nous parlons en "maman-bébé"

ACCUEIL

RESULTATS

- 1/Permettre aux sages-femmes d'assumer leurs responsabilités et d'exercer leur métier dans le respect de l'art de l'Accompagnement Global de la Maternité et permettre aux parents et aux enfants de vivre physiquement et psychologiquement la maternité dans des conditions sécurisantes.
- 2/Permettre aux sages-femmes d'exercer leur métier de sage-femme
- 3/Accueillir de manière personnalisée dans un cadre chaleureux et adapté dans un lieu dédié à cette fonction
- 4/Orienter (avec une personne ou une signalétique agréable)
- 5/Informer
- 6/Ecouter
- 7/Valoriser l'activité globale de la maison de naissance : Bilan d'activité

ACTIVITES

- 1/Retrouver rapidement de qui il s'agit et la raison de sa venue
- 2/Connaissance parfaite de l'activité de chacune des sages-femmes et de sa disponibilité
- 3/Pouvoir joindre les sages-femmes et les femmes
- 4/Demander des renseignements administratifs aux femmes, aux couples
- 5/Remplir la page d'accueil du dossier administratif
- 6/Assurer l'intendance maison de naissance (consommable, hôtellerie)
- 7/Etablir des statistiques de fonctionnement
- 8/S'occuper du courrier, son suivi
- 9/Suivi des facturations (médicales et de fonctionnement)

RESSOURCES

Matérielles

- Siège ergonomique
- Système d'information adapté (informatique, logiciels... communication interne et externe)
- Consommables divers et variés pour assurer le fonctionnement de la maison de naissance
(*Fleurs*)

ACTEURS

- Décisionnel** : Sages - femmes
- Exécution** : Secrétaire médicale, intendante, maîtresse de maison

PREMIERE REUNION d'INFORMATION

RESULTATS

- 1/Permettre aux sages-femmes d'assumer leurs responsabilités et d'exercer leur métier dans le respect de l'art de l'Accompagnement Global de la Maternité et permettre aux parents et aux enfants de vivre physiquement et psychologiquement la maternité dans des conditions sécurisantes.
- 2/Permettre aux femmes, aux couples, aux sages-femmes de faire le choix de continuer ou non
- 3/Permettre aux femmes, aux couples, d'évaluer si le fonctionnement et la philosophie de la maison de naissance correspondent à leurs attentes
- 4/Permettre aux sages-femmes d'évaluer si l'attente des couples et femmes rentre dans le cadre de la vocation de la maison de naissance
- 5/Favoriser l'émergence d'un réseau de soutien entre les parents

ACTIVITES

- 1/Visiter la maison de naissance
- 2/Présenter les sages-femmes et les acteurs internes permanents
- 3/Présenter le mode de fonctionnement, la philosophie de la maison de naissance
- 4/Présenter et remettre le Règlement Intérieur de la maison de naissance
- 5/Présentation des participants et de leurs attentes
- 6/Faire en sorte de faciliter les rencontres avec les anciens parents

RESSOURCES

Matérielles

- Règlement intérieur
- Salle de réunion adaptée (taille aménagement)

ACTEURS

Décisionnel :

- Sages-femmes
- Couples ayant déjà suivi un Accompagnement Global de la Naissance
- Nouveaux parents

CONTRAINTE

- Obligatoire une fois - mais ouverte à tous si le désir existe

PREMIERE RENCONTRE

RESULTATS

- 1/Permettre aux sages-femmes d'assumer leurs responsabilités et d'exercer leur métier dans le respect de l'art de l'Accompagnement Global de la Maternité et permettre aux parents et aux enfants de vivre physiquement et psychiquement la maternité dans des conditions sécurisantes.
- 2/Permettre aux couples, aux femmes, aux sages-femmes de faire le choix de continuer ou non
- 3/Permettre aux couples, aux femmes d'évaluer si l'offre des sages-femmes correspond à leurs attentes vis à vis de leur projet de naissance
- 4/Permettre aux sages-femmes d'évaluer si l'attente des femmes et couples rentre dans le cadre de la pratique de l'Accompagnement Global de la Naissance

ACTIVITES

- 1/Faire expliciter aux femmes et couples leur "projet de naissance"
- 2/Expliciter l'Accompagnement Global de la Naissance avec versant médical
- 3/Faire comprendre les limites de l'Accompagnement Global de la Naissance et le mode d'implication des parents
- 4/Document précisant le fonctionnement de l'Accompagnement Global de la Naissance et de la Maison de Naissance suivi d'un "contrat d'engagement éclairé"

RESSOURCES

Matérielles

- Exemplaire du "contrat d'engagement éclairé"
- Salle de consultation

ACTEURS

Décisionnel :

- Sages-femmes
- Parents

PREMIER ENTRETIEN

RESULTATS

- 1/Permettre aux sages-femmes d'assumer leurs responsabilités et d'exercer leur métier dans le respect de l'art de l'Accompagnement Global de la Maternité et permettre aux parents et aux enfants de vivre physiquement et psychologiquement la maternité dans des conditions sécurisantes.
- 2/Diagnostiquer et confirmer la grossesse
- 3/Réaliser le dossier médical
- 4/Etablir la planification du suivi (consultations prénatales et séances de préparation)
- 5/Constater l'état de santé de la maman et du bébé
- 6/S'assurer de l'évolutivité de la grossesse
- 7/Etablir une conduite à tenir en fonction des résultats obtenus, si diagnostic de signes indicateurs d'une pathologie ou une pathologie, prise en charge extérieure *1
- 8/Permettre aux femmes de savoir comment agir en fonction des particularités inhérentes à leur grossesse.
- 9/Donner aux femmes confiance et assurance
- 10/Permettre au père d'être présent et l'associer au déroulement de la grossesse
- 11/Permettre aux sages-femmes de connaître la femme (sa relation au bébé) et le couple

ACTIVITES

- 1/Réalisation de l'examen clinique et de l'anamnèse
- 2/Prescription des examens bio/écho, variable selon l'âge de la grossesse
- 3/Réalisation prise de sang, (variable selon l'âge de la grossesse), prélèvement urinaire/vaginal (variable selon l'âge de la grossesse)
- 4/Faire participer le père et l'aider à découvrir comment il peut contribuer au bien-être de sa femme, enceinte
- 5/Soutenir et guider les parents dans leur relation à l'enfant
- 6/Adresser la femme si nécessaire à une structure extérieure*

RESSOURCES

Matérielles

Dossier médical

Ordonnancier/ Feuilles de Sécurité Sociale.

Matériel nécessaire aux examens internes (à la maison de naissance) et externes (Examens : prélèvements biologiques) (détail à voir)

Salle et mobilier adapté (suivant concept de maison de naissance) (à voir taille et détail)

Externes :

Laboratoire

Secteur hospitalier

(Cabinet radiologie/échographie préférentiel)

* Besoins extérieurs à la Maison de Naissance :

Si grossesse non déclarée, **alors** consultation avec médecin généraliste, gynécologue médical, (ou gynéco-obstétricien très éventuellement) avant 13 semaine de grossesse et avant la première consultation prénatale à la maison de naissance

Si pathologie(s) intercurrente(s) ou obstétricale(s), **alors** consultation avec médecin généraliste et/ou spécialiste, ET/OU examens complémentaires, ET/OU secteur hospitalier (libellé schéma * 1 = prise en charge spécialisée)

ACTEURS

Décisionnel :

Sage-femme référent

Femme/Mère qui doit apporter tous les documents relatifs à la grossesse

Père

CONSULTATION PRENATALE (x 10)

RESULTATS

- 1/Permettre aux sages-femmes d'assumer leurs responsabilités et d'exercer leur métier dans le respect de l'art de l'Accompagnement Global de la Maternité et permettre aux parents et aux enfants de vivre physiquement et psychologiquement la maternité dans des conditions sécurisantes.
- 2/Compléter le dossier médical
- 3/Constater état de santé de maman et bébé (général et obstétrical)
- 4/S'assurer de l'évolutivité de la grossesse
- 5/Etablir une conduite à tenir en fonction des résultats obtenus (suite consultation, naissance, autres) *1
- 6/Permettre aux femmes de savoir comment agir en fonction des particularités inhérentes à leur grossesse
- 7/Donner aux femmes/mères confiance et assurance
- 8/Permettre au père d'être présent et l'associer au déroulement de la grossesse
- 9/Permettre aux sages-femmes de mieux connaître la femme (et sa relation au bébé) et le couple
- 10/Permettre aux parents d'établir une relation adaptée avec leur enfant

ACTIVITES

- 1/Echanges permettant de faire le point depuis la dernière consultation
- 2/Réalisation : examen clinique, anamnèse correspondant à l'âge de grossesse
- 3/Prescription des examens bio/écho/radio, variable selon l'âge de la grossesse
- 4/Réalisation prise de sang, variable selon l'âge de la grossesse, prélèvement urinaire/vaginal variable selon l'âge de la grossesse
- 5/Donner les informations nécessaires
- 6/Faire participer le père et l'aider à découvrir comment il peut contribuer au bien-être de sa femme, enceinte
- 7/Soutenir et guider les parents dans leur relation à l'enfant
- 8/Adresser la femme si nécessaire à une structure extérieure*
- 9/Faire rencontrer la deuxième sage-femme

RESSOURCES

Humaines :

Deuxième sage-femme

Matérielles :

Dossier médical

Ordonnancier et feuilles Sécurité Sociale

Matériel nécessaire aux examens internes à la maison de naissance et pour ceux réalisés en externe (Examens : prélèvements biologiques) (à voir détail)

Salle et mobilier adapté (suivant concept de maison de naissance) (à voir taille et détail)

Externes :

Laboratoire

Secteur hospitalier

(Cabinet radio/écho préférentiel)

*** Besoins extérieurs à la Maison de Naissance :**

Si pathologie(s) intercurrente(s) ou obstétricale(s), **alors** consultation avec médecin généraliste et/ou spécialiste, ET/OU examens complémentaires, ET/OU secteur hospitalier (libellé schéma * 1 = prise en charge spécialisée)

ACTEURS

Décisionnel :

Sage-femme référent

Femme/Mère qui doit apporter tous les documents relatifs à la grossesse

Père

PREPARATION à la NAISSANCE de l'ENFANT et à la PARENTALITE (x 8)

RESULTATS

- 1/Permettre aux sages-femmes d'assumer leurs responsabilités et d'exercer leur métier dans le respect de l'art de l'Accompagnement Global de la Maternité et permettre aux parents et aux enfants de vivre physiquement et psychologiquement la maternité dans des conditions sécurisantes.
- 2/Permettre à la mère de vivre sa grossesse, son accouchement et la naissance de son enfant, et la période postnatale, avec le plus de confiance possible
- 3/Etablir une relation de confiance entre la sage-femme et le couple
- 4/Permettre aux sages-femmes de prévenir les pathologies
- 5/Créer les conditions (atmosphère..) et donner les moyens à la mère, au père d'être acteurs et d'accueillir leur enfant comme ils le souhaitent
- 6/Confirmer les compétences des parents
- 7/Préparer avec les parents les conditions nécessaires à un retour précoce à domicile
- 8/Préparer les parents à la rencontre et à la découverte de leur enfant différent d'eux-mêmes

ACTIVITES

- 1/Faire connaître l'aide de naissance, les autres sages-femmes
- 2/Donner (et recevoir) les informations nécessaires
- 3/Entraînement (physique et mental) pour faire prendre conscience de la corporalité

RESSOURCES

Humaines :

Aide natale

Autres sages-femmes

Matérielles :

Salle de préparation

Mobilier et matériel adapté (livres, hifi, vidéo, tapis, ballon, corpomed etc..)

ACTEURS

Sage-femme

Parents

ENFANTEMENT : donner le jour à un enfant (accouchement et naissance)

RESULTATS

- 1/Permettre aux sages-femmes d'assumer leurs responsabilités et d'exercer leur métier dans le respect de l'art de l'Accompagnement Global de la Maternité et permettre aux parents et aux enfants de vivre physiquement et psychiquement la maternité dans des conditions sécurisantes.
- 2/Permettre à la famille de s'approprier les lieux et de "faire son nid" (en fonction de la capacité d'accueil de la maison de naissance) ?
- 3/Permettre à la nouvelle famille de bien naître, dans un bien être physique, psychique, affectif social et culturel
- 4/Permettre à chaque femme d'adopter les positions qui lui conviennent suivant les différentes phases du travail et de l'accouchement
- 5/Permettre le transfert de la mère et de l'enfant en cas de détection des signes annonciateurs d'une pathologie ou de pathologie avérée *1
- 6/Permettre au père de prendre sa place et d'être acteur auprès de sa femme et de son enfant
- 7/Permettre à la sage-femme référent et à la sage-femme assistante de préserver la physiologie et d'accompagner l'enfantement dans des conditions optimales de sécurité pour la famille et pour elle
- 8/Permettre à l'aide natale de prendre le relais des sages-femmes dans des conditions optimales de sécurité et de confort pour la famille et pour elle
- 9/Permettre la rencontre enfant-parents

ACTIVITES

- 1/Créer une ambiance favorisant l'établissement des liens mère-enfant-père
- 2/Diagnostiquer le début du travail
- 3/Evaluer les différentes phases (du travail) de l'accouchement
- 4/Assurer le suivi durant (le travail) l'accouchement (écoute du RCF, monitoring...)
- 5/Assurer le confort (de la mère, du père, de la sage-femme) durant le travail et l'accouchement
- 6/Assurer la disponibilité du matériel nécessaire aux sages-femmes
- 7/Assurer la mise au monde du bébé
- 8/Assurer l'accueil du bébé (réchauffer, parler, baigner)
- 9/Réaliser les premiers soins au bébé dans les conditions de sécurité, les examens nécessaires et les prélèvements (sang au cordon), les gestes d'urgence si besoin (réanimer...mettre en couveuse)
- 10/Examiner l'enfant (adaptation, l'examen clinique, peser etc...)
- 11/Accompagner les débuts de l'allaitement (si c'est le choix de la mère)
- 12/Assurer la surveillance clinique de la mère autant que nécessaire
- 13/Réaliser les examens et prélèvements si besoin pour la mère
- 14/Prévoir l'évacuation des déchets organiques (placenta..)
- 15/Assurer le confort de la famille
- 16/Assurer le relais des sages-femmes par l'aide de naissance auprès de la famille
- 17/Prévoir la déclaration de naissance du bébé (par le père)
- 18/Remplir dossier médical (avec partogramme)
- 19/Ouvrir le dossier de l'enfant et le carnet de santé de l'enfant
- 20/Adresser la mère ou l'enfant (et ne pas séparer la mère de l'enfant) si nécessaire à une structure extérieure*

RESSOURCES

Humaines

- Une personne pour s'occuper des autres enfants (si ils sont présents)
- Deux sages-femmes : référent et assistante
- Une aide de naissance ou natale

Matérielles

- Matériel et dispositif adapté et adaptable pour accouchement, des rampes chauffantes ou chauffe serviette, pour suture, pour urgence (oxygène- aspiration- ventilation-intubation/ perfusion)
- Doppler, monitoring pour enregistrement RCF, couveuse (à envisager pour transfert)
- Support mobile pour le matériel des sages-femmes
- Pièce équipée pour recevoir la famille (dormir, lire, écrire)
- Grands lits à deux place réglable en hauteur
- Eclairage modulable (spot..) – caches prises
- Lavabo pour se laver les mains
- Baignoire
- Grand lavabo-baignoire (pour baigner bébé)- pèse bébé - toise
- Lieux pour accueillir les enfants
- Local propre, local sale
- Douche, toilette
- Salle à manger jouxtant salon (= grande salle réunion), salle de jeux
- Salle de réunion et de repos sages-femmes
- Kit accouchement portable + réanimation (au cas où accouchement domicile)
- Nécessaire pour prises de sang, pour sondage urinaire etc..
- Dossier médical mère

Dossier médical enfant
Carnet de santé de l'enfant
Pharmacopée autorisée aux sages-femmes
Appareil réfrigérateur spécifique
Ballon, corpomed.....

*** Besoins extérieurs à la Maison de Naissance :**

Si pathologie(s) intercurrente(s) ou obstétricale(s), **alors** avis du médecin spécialiste, ET/OU examens complémentaires, ET/OU secteur hospitalier (libellé schéma * 1 = prise en charge spécialisée)

ACTEURS

Décisionnel : sage-femme référent

Exécution : sage-femme assistante et aide de naissance

SOUS-TRAITANCE

Lingerie

Stérilisation

Restauration

Déchets

RECUPERATION POSTNATALE (AU DELA DES DEUX HEURES LEGALES)

RESULTATS

- 1/Permettre aux sages-femmes d'assumer leurs responsabilités et d'exercer leur métier dans le respect de l'art de l'Accompagnement Global de la Maternité et permettre aux parents et aux enfants de vivre physiquement et psychologiquement la maternité dans des conditions sécurisantes.
- 2/Permettre le retour (précoce) au domicile dans les meilleures conditions
- 3/Permettre aux parents d'établir les premiers liens avec leur bébé dans de bonnes conditions
- 4/Permettre à la maman, au papa et au bébé d'intégrer l'événement en prenant le temps de s'installer dans la nouvelle réalité (de se poser, de prendre le temps)
- 5/Favoriser la récupération de la corporalité de la mère
- 6/Se reposer
- 7/Permettre à la sage-femme de s'assurer que la maman et le bébé se portent bien
- 8/Permettre à la fratrie de rencontrer, faire connaissance avec le nouveau venu (XX ou XY) et de pouvoir s'exprimer sur leur façon de vivre l'événement

ACTIVITES

- 1/S'abstenir de faire...
- 2/Respecter l'intimité de la famille, son rythme, ses valeurs
- 3/Réaliser une surveillance clinique de la mère et de l'enfant (par la sage-femme)
- 4/Apporter les soins nécessaires à la mère (par la sage-femme)
- 5/Les examens et prélèvements pour la mère (Rh négatif ...etc)
- 6/Accompagner les parents dans la découverte et dans les soins à l'enfant (par la sage-femme et aide natale) dans le respect de l'enfant
- 7/Assurer la restauration (équilibrée, bien présentée)
- 8/Assurer le ménage

RESSOURCES

Humaines

Sages-femmes

Aides natales

Autres

Matérielles

Règlement intérieur

Nécessaire pour le ménage

"Espace" restauration (pour collation etc..)

Dans quel lieu le séjour, si supérieur à 24 heures ? : même lieu que l'enfantement ou possibilité autre

Repas : même lieu ou salle à manger commune ?

ACTEURS

Décisionnels :

Sage-femme référent

Exécution :

Aide natale

Sage-femme référent

Autres (ménage, restauration)

SUIVI POSTNATAL dès le retour à domicile (JUSQU'AU 1 MOIS DE L'ENFANT)

RESULTATS

- 1/Permettre aux sages-femmes d'assumer leurs responsabilités et d'exercer leur métier dans le respect de l'art de l'Accompagnement Global de la Maternité et permettre aux parents et aux enfants de vivre physiquement et psychologiquement la maternité dans des conditions sécurisantes.
- 2/Assurer la sécurité physique de la mère et de l'enfant
- 3/Favoriser l'accès à l'autonomie des parents vis-à-vis des soins (corporels et alimentaires, psychiques, affectifs) à l'enfant
- 4/Favoriser l'élaboration des liens mère-enfant et familiaux
- 5/Contribuer au bien-être psychologique et social de la mère, de l'enfant et de la famille
- 6/Permettre aux sages-femmes de se rendre à domicile jusqu'au 8^{ème} jour (tous les jours après le retour à domicile de la mère et du bébé), et ensuite selon les besoins jusqu'au premier mois de l'enfant

ACTIVITES

- 1/Surveillance du bien être et de la croissance (développement psychomoteur ?) du bébé
- 2/Prendre soin de la mère, prévenir, dépister (prise de sang., PV, ECBU) l'apparition des complications et des pathologies post-partum (mère) relevant de la compétence des sages-femmes et transfert si besoin
- 3/Prévenir, dépister (prélèvement sang etc.. si nécessaire) l'apparition des complications et des pathologies postnatales (enfant) relevant de la compétence des sages-femmes transfert si besoin. Faire les dépistages (prélèvement de sang : Guthrie - bilirubine) en prévenant la douleur
- 4/Proposer et offrir une disponibilité et écoute à la famille
- 5/Répondre aux sollicitations
- 6/Réassurer la mère et/ou le père dans leurs compétences (savoir faire, savoir être) : soins corporels, allaitement, portage du bébé
- 7/Valider l'efficacité des conditions nécessaires pour que la mère puisse se reposer et s'occuper de son enfant
- 8/S'assurer de la déclaration de naissance de l'enfant faite par le père
- 9/S'assurer de l'examen (pour l'enfant) du 8^{ème} jour par médecin(s) généralistes ou pédiatres
- 10/Faire un courrier au médecin désigné avant 8 jours ainsi qu'à celui qui a adressé la femme
- 11/Remplir les dossiers : mère et enfant et s'assurer que le carnet de santé de l'enfant est rempli et le continuer

RESSOURCES

Temps disponible pour la sage-femme référent

Humaines

Sage-femme

Matérielles

Nécessaire pour les soins à la mère et à l'enfant (prise de sang éventuellement par sage-femme ou labo)

Voiture

Dossier mère et enfant (fiches pour compléter dossier/ordinateur portable ?)

ACTEURS

Décisionnels : Sage-femme référent

SUIVI POSTNATAL proposé a la maison de naissance (DES 1 MOIS JUSQU'AUX 9 MOIS DE L'ENFANT)

RESULTATS

- 1/Permettre aux sages-femmes d'assumer leurs responsabilités et d'exercer leur métier dans le respect de l'art de l'Accompagnement Global de la Maternité et permettre aux parents et aux enfants de vivre physiquement et psychologiquement la maternité dans des conditions sécurisantes.
- 2/Favoriser l'accès à l'autonomie des parents vis-à-vis de la sage-femme référent
- 3/Favoriser l'épanouissement des parents et de l'enfant
- 4/Fonder l'accession à l'autonomie de l'enfant
- 5/Aider la mère à retrouver son intégrité corporelle
- 6/Clore le dossier médical

ACTIVITES

- 1/Aider au processus de deuil de la relation parents/sage-femme
- 2/Aider les parents à accompagner l'enfant dans son évolution (massage, portage, activités aquatiques)
- 3/Favoriser le lien nourricier (affectif et alimentaire)
- 4/Prolonger la sécurité affective de l'enfant instaurée dans la période prénatale pour
- 5/Favoriser son détachement ultérieur
- 6/Orienter en fonction des signes de pathologie détectés (enfant, mère, parents)
- 7/Répondre aux questions concernant la reprise de la sexualité et la maîtrise de la fertilité
- 8/Proposer une rééducation périnéale
- 9/Aider au bon déroulement de l'allaitement
- 10/Confirmer la confiance des parents dans leurs rôles et leurs aptitudes de mère et de père
- 11/Faire un courrier aux médecins désignés (médecin traitant, pédiatre) ainsi qu'à celui qui a adressé la femme

RESSOURCES

Humaines

- Sage-femme référent
- Sage-femme formée aux massages, aux activités aquatiques

Matérielles

- Dossier médical mère et enfant
- Echelle de Brazelton
- Information et documents sur la contraception
- Salle de massage pour bébés
- Piscine
- Code de déontologie des sages-femmes
- Code éthique des sages-femmes et de la maison de naissance

ACTEURS

Décisionnels : Sage-femme référent, sage-femme autre

BIBLIOGRAPHIE

M. Akrich, B. Pasveer

"Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas"

Editions Synthélabo Groupe - Collection les Empêcheurs de penser en rond 1996 ; 194 pages

M. Akrich

"Soins périnataux: avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau, Analyse et point de vue du sociologue"

J Gynécol Obstet Biol Rep, 1998, 27 (Suppl 2) : 197-204

A.N.A.E.S. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

"Principes d'évaluation des réseaux de santé"

A.N.A.E.S. 1999 ; 131 pages

A.N.A.E.S. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

"Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme"

Service évaluation en établissements de santé

A.N.A.E.S. janvier 2000 ; 44 pages

A.N.A.E.S. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

"Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal"

A.N.A.E.S. 2002 ; 9 pages

A.N.A.E.S. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Groupe de travail présidé par B. Maria

"Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations pour la pratique clinique"

A.N.A.E.S. 2002 ; 24 pages

A.N.D.E.M. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

"Guide de surveillance de la grossesse"

A.N.D.E.M. 1996

A.P.H.P. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

"L'heureux événement : une histoire de l'accouchement"

Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris 1995 ; 180 pages

P. Ariès

"L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime"

Editions du Seuil-Histoire H 20 1973 ; 316 pages

R.J. Atwood (textes rassemblés par D. Rapoport)
"Corps de mère, Corps d'enfant - Positions d'accouchement et comportements s'y rattachant"
Cahiers du nouveau-né N° 4
Editions Stock 1980, 1986 ; 224 pages

A.U.D.I.P.O.G. Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie,
Obstétrique et gynécologie
"Le réseau sentinelle. Mise en commun des données"
I.N.S.E.R.M., Lyon, 1998 ; 36 pages

A.U.D.I.P.O.G. Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie,
Obstétrique et gynécologie
N. Mamelle, O. Claris, B. Maria, P. Mares, D. Pinquier (Pour Les Membres de l'Audipog)
"La sante périnatale en péril : résultats du réseau sentinelle A.U.D.I.P.O.G. 2001"
Audipog et Inserm U 369 ; <http://audipog.inserm.fr>, 2002 ; 4 pages

E. Badinter
"L'amour en plus, histoire de l'amour maternel XVIIème-XXème siècle"
Editions Flammarion 1980 ; 372 pages

E. Badinter
"Et demain..dans La mère au commencement.."
Autrement Série Mutations N° 90 1998 ; 219 pages

W. Barral (sous la direction)
"Françoise Dolto, c'est la parole qui fait vivre - une théorie corporelle du langage"
Guillerault G.
"Une théorie corporelle du langage : ce que la subjectivité doit au corps"
Editions Gallimard 1999 ; 420 pages

C. Barroyer, M.T. Arcangeli-Belgy
"L'allaitement ou le cordon lacté"
Association des Sages-femmes de l'Est ; 39 pages

J. Bastiaans
"Le toucher en médecine dans Ouverture à la vie - Essais dédiés à F. Veldman"
Edition Ausgabe Overasselt 1990 ; 328 pages

M. Baumann, G. Deschamps, J.P. Deschamps
"Essai de reconnaissance de l'extrême pauvreté : discours et perception des sages-femmes
d'un établissement d'accouchement"
Cahier Socio.Démo. Méd., XXVIII^{ème} année, N° 1 janvier-mars 1988 ; pp 3-19

M. Baumann, G. Deschamps, J.P. Deschamps
"Maternité et extrême pauvreté. Modalités de la surveillance de la grossesse et de
l'accouchement"
Revue française Gynécol. Obstét. 1988, 83, 3 ; pp 183-191

I. Beguier, Association Enfance au Quotidien *un autre regard* (sous la direction de)
"Réflexions préalables sur la Bienveillance de l'Enfant".

Document de Référence : Ières, Assises de l'Enfance Bientraitée à Paris 27 septembre 01, Association Enfance au Quotidien, 2001 ; 229 pages

A. Benoit

"L'accueil d'un nouveau-né, une question de bon sens"

Naissance en maternité et son environnement

28^{èmes} Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale

Guadeloupe 1998 ; 413 pages

C. Bergeret-Amselek

"Le mystère des mères"

Editions Desclée de Brouwer 1998 ; 175 pages

C. Bergeret-Amselek (sous la direction de)

"Devenir parents en l'an 2000"

D. Rapoport

"Entre hier et demain le nouveau-né aujourd'hui"

Editions Desclée de Brouwer 2000 ; 266 pages

C. Bergeret-Amselek (sous la direction de)

"Naître et grandir autrement"

D. Stern

"Qu'est ce qu'une mère ?"

Editions Desclée de Brouwer 2001 ; 335 pages

Ch. Berlemont, J Nivoix, S. Laurensou

"Le peau à peau : des bienfaits attendus à la pratique quotidienne"

La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? Neuvième journée.

U.N.E.S.C.O. Paris 17 décembre 2001 ; 142 pages

C. Birman

"au mOnde - Ce qu'accoucher veut dire. Une sage-femme raconte"

Editions de la Martinière 2003 ; 351 pages

M. Biro

"The safety of team midwifery: the first decade of the monash birth center" [La sûreté d'une équipe de sages femmes : les dix premières années au centre de naissance M.]

The medical journal of Australia; 1991,155 : 478-480

S. Bizieau

"La péridurale : risque pour le nouveau-né"

Karger - Progrès en néonatalogie

XXV^{èmes} journées Nationales de néonatalogie 1995 : 236-257

R. Blais

"La pratique des sages-femmes au Québec. De l'expérimentation à la légalisation"

Recherche santé pp 26-35

blaisr@ere.umontreal.ca et l'équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes

B. Blondel, H. Grandjean

"Conférence de consensus. Prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux-nés à bas risque. Bilan de la littérature"

J Gynecol Obstet Biol Rep, 1998, n° 27 (Suppl. n° 2) : 8-20

B. Blondel

"Organisation de la surveillance prénatale pour les femmes à bas et haut risque"

I.N.S.E.R.M. U 149 - Santé Publique – nov. 2000 ; 7 pages

www.sfmp.net/site/publications/santepub/org.htm

C. Bobin

"Mozart et la pluie"

Collection entre 4 yeux 1997

J. Bowlby

"Attachement et perte 1. L'Attachement".

Le fil rouge - Presses Universitaires de France, Paris 1978 ; 539 pages

J. Bowlby

"Attachement et perte 3. La perte - Tristesse et dépression"

Le fil rouge - Presses Universitaires de France, Paris 1984 ; 604 pages

I. Brabant

"Une naissance heureuse – Bien vivre sa grossesse et son accouchement"

Editions St. Martin, Montréal 1991-1993-1995-1998 ; 394 pages

T.B. Brazelton

"La naissance d'une famille, ou comment se tissent les liens".

Editions Stock -Laurence Pernoud (traduction française) 1983 ; 318 pages

G. Bréart

"Dépistage de la souffrance fœtale pendant le travail et résultats néonataux"

Karger - Progrès en néonatalogie

XXV^{èmes} journées Nationales de néonatalogie 1995 : 259-265

G.Bréart, F. Puech, J.C. Rozé

"Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale"

effectuée à la demande de M. le Pr J.F. Matteï, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

I.N.S.E.R.M. U 149 Paris 2003 ; 26 pages

G. Brisson-Carroll, W. Fraser, G. Bréart, I. Krauss, J. Thornton

"The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor : a meta-analysis" [*Influence de la rupture précoce des membranes de manière systématique, sur le travail spontané : Meta analyse.*]

Obstet Gynecol, 1996, 87 : 485 - 490.

M. Bydlowski (sous la direction M. Dugnat)

"Transparence psychique de la grossesse et dette de vie. Devenir père, devenir mère - naissance et parentalité"

A.R.I.P. Editions érès 1999 ; 160 pages

M. Bydlowski

*"Je rêve un enfant - L'expérience intérieure de la maternité".
Editions Odile Jacob 2000 ; 186 pages*

N. Canault

*"Comment le désir de naître vient au fœtus"
Editions Desclée de Brouwer 2001 ; 171 pages*

R. Carbajal, S. Veerapen, S. Couderc, Y.Ville

"L'allaitement maternel peut-il être analgésique chez le nouveau-né lors des ponctions veineuses ? "

*La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? Neuvième journée.
U.N.E.S.C.O. Paris 17 décembre 2001 ; 142 pages*

L. Cauvin

*"Evaluation de nos pratiques"
La lettre aux adhérentes de l'A.N.S.F.L., juin 1999*

C.E. Conseil d'évaluation des projets pilotes

*"Rapport final et recommandations. Projets-pilotes sages-femmes"
Gouvernement Québec. Ministère de la Santé et des services sociaux
<http://www.msss.gouv.qc.ca>
Bibliothèque nationale du Québec 1997 ; 140 pages*

P. Cesbron

*"Plaidoyer pour une bienveillance obstétricale de la «sécurité» au «bien-être»"
Journal de pédiatrie et de puériculture 2001- N° 6, 14 : 341-6*

P. Cesbron

*"Plaidoyer pour une bienveillance obstétricale"
Gyn.Obs. novembre 2002 - N° 460 : 23-26*

C.E.T.S. Centre d'Evaluation des Technologies de la Santé

*"Les mortinaissances dans le cadre des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec"
Montréal 99-3 RF - Rapport - Résumé, CETS 1999. xiv-62 p*

C.F.E.S. Comité Français d'Education à la Santé

*"Convention Internationale des Droits de l'Enfant"
Ratifiée le 2 juillet 1990 par la France Brochure éditée par le Ministère du Travail et des
Affaires sociales avec la collaboration du Comité Français d'Education pour la Santé - réf
148.B.11.96 - Imp. du Nord-Est 59200 Tourcoing*

C.I.A.N.E. Collectif Inter associatif Autour de la Naissance

"Texte de présentation" Paris 2003

J. Clerget (coordonné par) - M. Paccoud

*"Naissance et séparation. La naissance : vivre la séparation, créer des liens"
Spirale N°3 Editions Erès 1997 ; 156 pages*

C.N.G.O.F. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français en collaboration avec l'Ecole Nationale de santé Publique

"Prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque. Conférence de consensus Paris 2 et 3 décembre 1998"

La revue du praticien Gynécologie et Obstétrique 15 février 1999 ; n° 30 : 39-44

J.Cohen-Solal et B. Golse (sous la direction de)

"Au début de la vie psychique. Le développement du petit enfant."

Y. Gauthier "Les premiers liens"

B. Golse "Le développement du langage"

Editions Odile Jacob 1999 ; 374 pages

J. Cohen-Salmon (sous la direction de)

"L'enfant malade, l'enfant hospitalisé : les soins au risque de la violence - Document de référence - Réflexions préalables sur la Bientraitance de l'Enfant"

I^{ères} Assises de l'Enfance Bientraitée à Paris 27 septembre 01

Association Enfance au Quotidien un autre regard, 2001 ; 229 pages.

C. Colin, L. Join-Lambert, J.P. Deschamps

"La protection maternelle et infantile et les familles sous prolétaires. II. Obstacles et facteurs favorables à leur participation.

La Revue de Pédiatrie. T.XXII. Mars 1986, N°3 ; pp 99-104

Coordination nationale des sages-femmes

"Manifeste des sages-femmes"

13 avril 2003 www.coordinationde-sf.com

E. Corbet

"Les concepts de violence et de maltraitance"

Actualité et dossier en santé publique - revue du Haut Comité de la santé publique adsp N° 31 juin 2000 : 20-25

J. Costa

"Identités et professionnalisme"

Mémoire Ecole de cadres sages-femmes

Dijon 1993 ; 118 pages

M. Créoff

"Les maltraitances institutionnelles"

Actualité et dossier en santé publique - revue du Haut Comité de la santé publique adsp N° 31 juin 2000 : 52-56

B. Cyrulnik

"Sous le signe du lien. Une histoire naturelle de l'attachement"

Editions Hachette Littératures – Pluriel 871 1989 ; 319 pages

J. Dall'Ava-Santucci

"Des sorcières aux mandarines. Histoire des femmes médecins"

Calmann-Levy 1989 ; 266 pages

M. David, G. Appel

"Loczy ou le maternage insolite"

Editions C.E.M.E.A. - Scarabée, Paris 1973 ; 172 pages

M. David, H.K. von Scharzenfeld, J.A. Dimer, H. Kentenich.

"Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care". [Résultat périnatal des soins en obstétrique dans un hôpital et un centre de naissance]

Int J Gynaecol Obstet 1999 ; 65 : 149-56

V. De Brouwere – W. Van Lerberghe

"Les besoins obstétricaux non couverts. La consultation prénatale"

L'Harmattan 1998 ; 229 pages

R. Eugène, P.H.D. Declercq.

"Out-of-hospital births, US, 1978 : birth weight and Apgar score as measures of outcome". [Résultat périnatal des soins en obstétrique dans un hôpital et un centre de naissance]

Publ Health Rep 1984 ; 99 : 63-73

G. Delaisi de Parseval, S. Lallemand

"L'art d'accommoder les bébés"

Editions du Seuil 1980 – Editions Odile Jacob 2001 ; 322 pages

G. Delaisi de Parseval, A.M. de Vilaine, L. Gavarini, M. le Coadic (sous la direction)

"Le père empêché dans Maternité en Mouvement - Les femmes, la reproduction, et les hommes de sciences"

Presses Universitaires de Grenoble

Editions Saint Martin de Montréal 1986 ; 244 pages

J. Delumeau, D. Roche (sous la direction)

"Histoire des pères et de la paternité"

Librairie Larousse Mentalités : vécus et représentations, 1990 ; 477 pages

G. Deschamps, M. Baumann, J.P. Deschamps

"Maternité et extrême pauvreté : la relation mères/professionnel de santé"

Epidémiologie Contraception-fertilité-sexualité 1987, Vol. 15, N° 11 ; pp 1105-1110

J.P. Deschamps, G. Deschamps, M. Baumann

"L'éducation pour la santé et la relation personnel de santé/famille"

Revue d'action sociale 1988, N° 1 ; pp 14-18

J.P. Deschamps

"De Paris (1946) à Ottawa (1986) : 40 ans de promotion de la Santé"

La Santé de l'homme N°325 C.E.F.S. septembre/octobre 1996 ; VI-X

J.P. Deschamps

"De la prévention à la promotion de la santé"

in H. Brunswic, M. Pierson Principes d'éthique médicale.

Paris, Vuibert, 1999 ; 183-91

D.O. Dossiers de l'Obstétrique

"Périnatalité. Ce qui va changer après la parution des décrets du 9 octobre 1998"
E.L.P.E.A. novembre 1998 N° 266 : 29-38

D.O. Dossiers de l'Obstétrique
"Les Maisons de Naissance"
Editions E.L.P.E.A. n° 271 - Avril 1999

F. Dolto
"Lorsque l'enfant paraît" Tome I
Editions du Seuil 1977 ; 192 pages

F. Dolto
"La cause des enfants"
Editions Robert Laffont, Paris 1985 ; 604 pages

G.Eglin, B.Bonamy, X.Serres
"Espoirs et craintes des praticiens libéraux"
Spirale N°15/2000 - Editions érès Ramonville 2000 ; 137 pages

M.Enkin, MJNC. Keirse, J. Neilson, C. Crowther, L. Duley, E. Hodnett, J. Hofmeyr
"A guide to effective care in pregnancy and childbirth" [Le guide des soins efficaces lors de la grossesse et de la naissance]
Oxford, Oxford University Press, 2000 ; 525 pages

M. Felmann
"La prévention et la prise en charge de la douleur et du stress du nouveau-né"
La douleur de l'enfant, quelles réponses ? Huitième journée.
U.N.E.S.C.O. 13 décembre 2000 ; 124 pages

E. Fivaz-Depeursinge, A. Corboz-Warnery
"Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé"
Editions Odile Jacob 2001 ; 309 pages

F. Flamand
Association Enfance au Quotidien un autre regard (sous la direction de)
"Introduction - Réflexions préalables sur la Bientraitance de l'Enfant"
1^{ères} Assises de l'Enfance Bientraitée à Paris, 27 septembre 2001 ; 229 pages

C. Francoual, J. Bouillié, C. Huraux-Rendu
"Pédiatrie en maternité"
Médecine/Sciences Flammarion 1989 ; 537 pages

G.N.T./M.D.N.
"Dossier de synthèse des projets de création Maisons de Naissance en France"
A la demande du Pr A. Grimfeld, Conseiller auprès du Ministre- février 2003 ; 24 pages

P. Grandsenne
"Accueil du nouveau-né sain in Pédiatrie en maternité"
Médecine-Sciences Flammarion 1989 ; 537 pages

W. Fraser, F. Venditelli, I. Krauss, G. Breart

"Effects of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women : a meta-analysis". [Effets de l'accélération du travail avec rupture des membranes et ocytociques chez la femme nullipare. Méta-analyse]
Brit J ObstetGynaecol,1998,105 : 189-194

S. Freud

"Trois essais sur la théorie de la sexualité"
Editions Gallimard, St Amand 1962 ; 189 pages

X. Fritel, A. Pigne

"La controverse sur l'épisiotomie ou faut-il continuer à prévenir les déchirures périnéales"
In : M. Collet, A. Treisser
Médecine Périnatale 1997 - Paris, Arnette, 1997 : 212-213

R. Frydman, M. Szejer

"Le bébé dans tous ses états"
F. Caumel-Dauphin "Mais que nous disent-ils en arrivant ?"
C. Dolto-Tolitch "Vie prénatale, du côté des bébés : l'expérience haptonomique"
M.D. Linder "Allaitement au sein, allaitement au biberon, du sens à la nourriture des sens"
Colloque Gypsy II - Editions Odile Jacob 1998 ; 190 pages

R. Frydman

"Pour les maisons de naissance"
Société Française de Médecine Périnatale XXXI Journées - Lille 09/01 ; pp 257-268

M. Gabel, F. Jésus, M. Manciaux

"Maltraitances institutionnelles"
Editions Fleurus psychopédagogie 1998 ; 306 pages

E. Galactéros

"Préparons nous à te mettre au monde et à t'aimer - Sécurité physique et équilibre affectif de l'enfant et de la famille"
Editions Denoël -Gonthier, Paris 1983 ; 233 pages

T.J. Garite, B.J. Snell, D.L. Walker, V.C. Darrow.

"Development and experience of university-based, freestanding birthing center".
[Développement et expérience d'un centre de naissance indépendant basé dans une université]
Obstet Gynecol 1995 ; 86 : 411-6

B. de Gasquet

"L'environnement de la naissance. Propositions pratiques pour favoriser la mobilité maternelle"
Annales Médicales de Nancy et de Lorraine
125^{ème} année - tome XXXVIII - 1999, n° 30 : 55-62

B. de Gasquet

"Mobilité maternelle et accouchement"
La lettre du Gynécologue déc 2000, n° 257 :25-30

Y. Gauthier (sous la direction M. Dugnat)

"Facteurs de protection dans la transmission de l'attachement. Devenir père, devenir mère - naissance et parentalité"

A.R.I.P. Editions érès 1999 ; 160 pages

J. Gélis, M. Laget et M.F. Morel

"Entrer dans la vie - Naissances et enfances dans la France traditionnelle"

Editions Gallimard/Julliard – Collection Archives 1978 ; 234 pages

J. Gélis

"L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne XIVE-XIXe siècle"

Editions Fayard, Paris 1984 ; 611 pages

J. Gélis

"La sage femme ou le médecin, une nouvelle conception de la vie"

Editions Fayard 1984 ; 560 pages

L. Gerbaud, M. Mascart, B. Belgacem, et coll.

"Développement d'un auto-questionnaire évaluant la satisfaction des femmes à l'égard des maternités"

J Gynécol Obstet Biol Rep, 2003 ; 32 : 139-156.

K. Gibran

"Le prophète"

Casterman 1956 ; 95 pages

Cma Glazener

"Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition". [Les fonctions sexuelles après la naissance : expériences de femmes, morbidité persistante et manque de reconnaissance professionnelle]

Brit J Obstet Gynecol, 1997, 104 : 330-335

H. Granjean, C. Arnaud, M. Taminh, B. Blondel

"Prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux-nés dans les grossesses à haut risque"

J GynecolObstet Biol Reprod, 1998 - n° 27 (suppl. n° 2) : 21-36

F. Gresle et al.

Dictionnaire des Sciences Humaines

Editions Nathan, 1990

K. Grossmann, K. Thane, Ke. Grossmann.

"Maternal tactual contact of the newborn after various conditions of mother-infant contact". [Contact par le toucher maternel du nouveau-né après des conditions de contact mère-enfant].

Dev Psychol, 1981, 17 : 158-169

F. Hacquin

"Histoire des accouchements en Lorraine des temps anciens au XX^{ème} siècle"

Imprimerie Star St Nicolas de Port, 1979 ; 283 pages

F. Hammani

"La menace d'accouchement prématuré. Intérêt de sa prise en charge par des sages-femmes libérales"

Editions E.L.P.E.A. Les Dossiers de l'Obstétrique n° 249 - Avril 1997

G. Hatem, E. Adorian

"Suivi de grossesse par le généraliste"

Le concours médical Février 2002 - Tome 124-06 : 375-379

Haut Conseil de la population et de la famille.

"Dossier de presse. Avis sur les conditions de la naissance en France"

8 Juillet 1997 ;19 pages

E. Herbinet (sous la direction) - L. Kreisler

"La genèse de l'attachement maternel et ses avatars dans Naître... et ensuite "

Les cahiers du nouveau-né n°1 et 2

Editions Stock 1978 (1984-1989-1991) ; 364 pages

E. Herbinet (sous la direction)

"D'amour et de lait"

H.Lestradet "Lait de femme...laits de remplacement"

Les Cahiers du nouveau-né N° 3

Editions Stock 1980 ; 409 pages

E. Herbinet, M.C. Busnel (sous la direction de)

"L'aube des sens. Ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles fœtales et néonatales"

V. Barrois "Le goût du lait..."

A. Bouchart-Godard "Une peau sensible"

M.C. Busnel "L'audition prénatale"

J. Lannoux, J. Gaston "Maturation de l'appareil vestibulaire et des fonctions d'équilibration"

F. Loux "L'enfant, sa mère et l'univers"

M. Robin "Premiers regards, premiers échanges"

Les cahiers du nouveau-né n°5

Editions Stock 1981, 1989, 1991, 1993, 1995 ; 414 pages

B. Houbiers

"Mortalité, morbidité foeto-infantiles Etude des facteurs médicaux"

Enquête Lorraine 1984 financée par le comité consultatif régional de promotion de la santé, 1984 ; 172 pages

Va. Hundley, Fm. Cruickshank, Gd. Lang, Cma. Glazener, et al.

"Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care". [L'accouchement géré par une unité de sages-femmes : une comparaison randomisée et contrôlée avec des soins menés par un consultant]

BMJ, 1994 : 309 ;1400-1404.

V.A. Hundley, J.M. Milne, C.M. Glazener

"Satisfaction and the three C's : continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife led care". [Satisfaction et les 3 C : continuité, choix et contrôle. Vue des femmes étude randomisée contrôlée des soins des sages-femmes]

Br J Obstet Gynecol 1997 ; 104: 1273-80.

M. Huot-Marchand

"Parole autour de l'enfant"

Témoignage d'une pratique de soins relationnels en P.M.I.

Gérard Louis Editeur 1995 ; 174 pages

Info Allaitement 54 - Un groupe de femmes et Bien Naître en Lorraine

"Le Bonheur d'allaiter"

Info Allaitement 54 (Anciennement SOS allaitement) 3^{ème} édition 1997 ; 20 pages

B. Jacquetin

"Episiotomie : contre une utilisation de routine"

In : M.Collet, A. Treisser

Médecine Périnatale 1997. Paris, Arnette, 1997 : 215-231

B. Jacobson and all

"Opiate addiction in adult offspring through possible imprinting after obstetric treatment"
[La dépendance aux opiacés chez les adultes provient en partie d'un processus d'imprégnation par un traitement en obstétrique]

BMJ 1990, vol 301 : 1067- 1070

C. Jeanvoine

"L'accompagnement global de la naissance"

Entretiens de Bichat - Entretiens des Sages-Femmes, Paris sept. 1993 ; 43-47

C. Jeanvoine

"Accouchement à domicile en Lorraine"

XXIV^{èmes} Journées de la Société Française de Médecine Périnatale, Vittel 1994

C. Jeanvoine

"Réflexions éthiques à propos de la mise au monde d'un être humain" ; 60 pages

Mémoire d'Ethique médicale

Facultés de Médecine Nancy et Strasbourg 1998

C. Jeanvoine

"Reportages sur les Maisons de Naissance en Suisse et au Canada"

Lettre aux adhérentes - A.N.S.F.L. - Décembre 99 / Mars et juin 2000

C. Jeanvoine

"De la naissance à la Maison de Naissance : Approche systémique d'un projet médical innovant"; 65 pages

Mémoire DEA, LRGS-INSPL, Nancy Septembre 2000

C. Johnson, Mjnc. Keirse, M. Enkin, I. Chalmers

"Nutrition and hydratation in labour". [Nutrition et hydratation pendant le travail] In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC. *Effective care in pregnancy and childbirth*. [Les soins efficaces pendant la grossesse et la naissance]

Oxford, Oxford University Press, 1989 : 827-832

C. Johnston et F. Filion

"Comment mieux identifier la douleur chez le nouveau-né ?"
La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? Neuvième journée
U.N.E.S.C.O. Paris 17 décembre 2001 ; 142 pages

H. Jonkers

"L'obstétrique aux Pays-Bas : place de la sage-femme ?"
Mémoire, Ecole de Sages-Femmes, Clinique Baudelocque, Paris, 1995

A. Kahn

"Société et révolution biologique. Pour une éthique de la responsabilité"
Sciences en question – I.N.R.A. 1996 ; 94 pages

Jh. Kennel, R. Jerauld, H. Wolfe et al.

"Maternal behaviour one year after early and extended postpartum contact". [*Le comportement de la mère un an après un contact étendu et précoce dans le post-partum*].
Dev Med Child Neurol, 1974,16 : 172-179

D. Kessler

"Colloque des intellectuels juifs. Le corps"
Albin Michel 1996 ; 254 pages

M. Klein, I. Lloyd, C. Redman, M. Bull, M.C. Turnbull.

"A comparison of low-risk pregnant women booked for delivery in two systems of care : shared-care (consultant) and integrated general practice unit. [*Comparaison des risques pour les femmes enceintes lors de l'accouchement dans deux systèmes de soins : soins partagés et généralistes intégrés dans une unité de pratique*]"
Br J Obstet Gynaecol 1983 ; 90 : 118-28

Y. Knibiehler, C. Fouquet

"L'histoire des mères du Moyen-Âge à nos jours"
Editions Montalba 1980 ; 367 pages

Y. Knibiehler et F. Thébaud

"La médicalisation de l'accouchement des années 1920 aux années 1970" in «*L'heureux événement*» une histoire de l'accouchement - Musée de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, avril 1995 ; 180 pages

Y. Knibiehler

"La révolution maternelle depuis 1945"
Editions Perrin 1997 ; 367 pages

W. Kotzwinkle

"Le nageur dans la mer secrète"
Actes Sud 1998 ; 103 pages

B. Kouchner

"Le premier qui dit la vérité"
Editions Robert Laffont 2002, 282 pages

M. Labrecque

"Randomized controlled trial of prevention of périnéal trauma by périnéal massage during pregnancy" [Etude randomisée contrôlée dans la prévention des traumatismes périnéaux par massage durant la grossesse]

American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol.180, n° 3, mars 1999 ;

M. Lalande (association ALISER 92)

"Rôle du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse"

Etats Généraux de la Naissance - Paris 6 juin 2003 ; 5 pages

M. Lamour M. Barraco

"Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin"

Collection «interventions psycho-sociales»

Editions Gaëtan Morin Editeur Europe 1998 ; 277 pages

J. Lansac, C.berger, G. Magnin

"Obstétrique pour le praticien"

SIMEP SA 1983, 1990 Paris ; 413 pages

C. Laurens

"Philippe"

P.O.L. 1995 ; 73 pages

J. Lavillonnière

"Statistiques AUDIPOG"

La lettre aux adhérentes de l'A.N.S.F.L. - Décembre 1999

J. Lavillonnière

"Dossiers AUDIPOG"

La lettre aux adhérentes de l'A.N.S.F.L. - Juin 2000

J. Lavillonnière et E. Clementz

"Naître tout simplement. Témoignages et réflexions autour de la naissance"

L'Harmattan 2001 ; 208 pages

S. Lebovici et S. Stoléru

"Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces"

Editions du Centurion.Paris 1983 - Bayard Editions Paris 1994-1999 ; 377 pages

F. Leboyer

"Pour une naissance sans violence"

Editions du Seuil 1980 ; 157 pages

D. Le Breton

"Anthropologie de la douleur"

Métaillé 1995

D. Le Breton

"L'Adieu au corps"

Métaillé 1999 ; 237 pages

J.P. Lecanuet, C Granier-Deferre, B. Schaal In : E. Papiemik, D. Cabrol, J.C. Pons
"Mise en place des capacités sensorielles chez le foetus. Obstétrique"
Editions Flammarion, Paris 1995 ; 1584 pages

H. Lecllet, C. Vilcot
"Construire le système de qualité d'un établissement de santé - fascicule de documentation"
FD S 99 130 inclus AFNOR 2000 ; 144 pages

Rl. Lede, Jm. Belizan, G. Carrou
"Is routine episiotomy justified ? [Est-ce que l'épisiotomie de routine est justifiée ?] Am J
Obstet Gynecol, 1996, 174 :1399-1402

Y. Ledoux
"Pratique du peau à peau en réanimation"
La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? Neuvième journée
U.N.E.S.C.O. Paris 17 décembre 2001 ; 142 pages

F. Lefèvre
"Hermine"
Stock 1994 ; 73 pages

A. Leifer, P. Leiderman, C. Barnett, J. Williams
"Effects of mother-infant separation on maternal attachment behavior". [Les effets de la
séparation sur la mère et l'enfant, dans le comportement d'attachement]
Child Dev, 1972,43: 1203-1218

V. Lemaire
"Faut-il laisser les malades à jeun avant une anesthésie ?"
Le concours médical 1997 : 923-924

Léo, Manon in C. Jeanvoine
"Né de mes mains"
non publié 1993 ; 161 pages

Le petit Larousse
"Les mots de la langue - Les noms propres - Les cahiers thématiques inédits - La
chronologie".
Larousse 2003

K. Lepigeon
"Les fondations d'une Maison de Naissance" ; 133 pages
Mémoire Ecole de Sages-Femmes "Jeanne Sentubery"
U.F.R. de Médecine de Paris-Ouest - 2000

E. Lévinas
"Totalité et Infini"
Le Livre de Poche 1971 ; 347 pages

E. Lévinas
"Ethique et Infini"

Le livre de Poche 1982 ; 121 pages

C.E. Tourné in G. Lévy, M. Tournaire
"A la recherche d'un équilibre - dans Environnement de la naissance"
Editions du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
Diffusion Vigot, Paris 1985 ; 357 pages

M. Lévy
"Quelle médecine pour demain ? Pour quelle éthique ? Réflexions et propositions". Théétète
éditions St Maximin 1998 ; 137 pages

G. Lévy (Comité National d'experts sur la mortalité maternelle)
Facteurs de la mortalité maternelle en France
Etats Généraux de la Naissance – Paris 6 juin 2003 ; 4 pages

M.P. L'Hospital, J. Lavillonnière
"La sage-femme gardienne de l'eutocie"
Entretiens de Bichat - Entretiens des Sages-Femmes
Paris septembre 1999

B. J. Lifton
"Janus Korczak Le roi des enfants. Une biographie par Betty Jean Lifton"
Editions Robert Lafont, Paris 1989 ; 402 pages

La Leche League
"Traité de l'allaitement maternel"
Editions LLL International USA 1999 ; 660 pages

C. Lothon -Demerliac
"Sage-femme : art, savoir faire ou profession"
Mémoire secondaire de D.E.A. de Sociologie
Université René Descartes - Paris V- Sorbonne UFR de Sciences Sociales

C. Lothon -Demerliac
"Violence, politique périnatale et pratique médicale"
Santé publique 2002, volume 14, n° 2 ; pp 187-189

F. Loux
"Le corps - Pratiques et savoirs populaires dans la société traditionnelle"
Editions Berger Levrault Espace des hommes 1979 ; 178 pages

Pj. Lupe, Tl. Gross
"Maternal upright posture and mobility in labor - a review". [Etre debout et la mobilité pendant le travail - une revue]
Obstet Gynecol, 1986, 67 : 727-734

I. Mabillon
"Actualités de l'allaitement maternel : à travers deux approches épidémiologique et sociologique" ; 212 pages
Thèse : médecine générale, Nancy I ; 1999 N°

J. Mac Vicar, G. Dobbie, L. Owen-Johnstone, C. Jagger, M. Hopkins, J. Kennedy.
"Simulated home delivery in hospital: a randomiser controlled trial".[Étude randomisée contrôlée : accouchement à domicile simulé dans un hôpital]
Brit J Obstet Gynaecol, 1993, 100 : 316-323

G.Magnin

"L'épisiotomie : pour ou contre ?"
Société Française de Médecine Périnatale 27^{èmes} Journées nationales Vichy 1997
Editions Arnette 1997 Paris : 209-210

M. Gabel, F. Jésus; M. Manciaux

"Maltraitements institutionnelles - Droits de l'enfant et dénis de droits en matière d'accueil et de soins"
Editions Fleurus psychopédagogie 1998 ; 306 pages

M. Manciaux

"De la maltraitance à la bienveillance"
Actualité et dossier en santé publique - revue du Haut Comité de la santé publique adsp N° 31 juin 2000 : 63-66

P. Marciano (Dossier coordonné par)

"Les réseaux de soins en santé périnatalité"
Spirale N°15/2000
Editions érès Ramonville 2000 ; 137 pages

B. Maria, I. Matheron, F Stampf

"Obstétrique - Première période du travail"
Médecin-Sciences 1995 ; 1584 pages

B. Maria

"Accoucher et Naître en l'An 2000 -L'environnement de la naissance. Accoucher autrement. Comment concilier humanisation et sécurité"
IX^{èmes} rencontres Nancéennes en Gynéco-Obstétrique, Nancy , Octobre 1999
E.L.P.E.A Les Dossiers de l'Obstétrique 2000, 279 ; 32-37

B. Maria

"Accoucher et naître en France. Propositions pour changer les naissances"
Etats Généraux de la Naissance - Paris 6 juin 2003 ; 15 pages

L. Marpeau

"Contre les maisons maternelles"
Société Française de Médecine Périnatale XXXI Journées - Lille 09/01 ; pp 257-268

M.D. Marsden Wagner

"La technologie de la naissance : en premier lieu, ne pas nuire"
Midwifery Today 1987-2001 ;
Sites internet et associations francophones pour une approche «citoyenne» de la naissance 2002

B. Martino

"Le bébé est une personne"
TF1/Editions Balland 1985 ; 269 pages

B. Martino
"Le bébé est un combat"
TF1/Editions 1995 ; 323 pages

M. Mead
"Sage-femme : occupation ou profession ?"
E.L.P.E.A. Les Dossiers de l'Obstétrique mars 1993, N° 204 : 12-15

Dictionnaire Médecine
Médecine Sciences
Flammarion 7^{ième} édition 2001

R. Merger
"Précis d'obstétrique"
Masson 1957, 1979 ; 755 pages

A. Miller
"L'enfant sous terreur - L'ignorance de l'adulte et son prix"
Editions Aubier Montaigne, Paris 1986 ; 380 pages

S. Mimoun
"Traité de Gynécologie-obstétrique psychosomatique"
Médecine –Sciences Flammarion 1999 ; 368 pages

R.Misrahi
"La signification de l'éthique"
Collection les empêcheurs de penser en rond. Synthélabo 1995, 185 pages

F. Molénat
"Des mères pour un enfant - Attachement et Vulnérabilité"
L'Afrée - Cahier 8, Imprimerie AGL 1994 ; 151 pages

H. Montagner
"L'attachement et les débuts de la tendresse"
Editions Odile Jacob, Paris 1988 ; 335 pages

A. Montagu
"La peau et le toucher - un premier langage"
Editions du seuil 1979 ; 220 pages

M. Montessori
"L'enfant. La place de l'enfant parmi les hommes"
Desclée De Brouwer - Editions Denoël, Paris 1936 ; 184 pages

M. Montlouis-Eugénie
"L'allaitement maternel exclusif prolongé pendant un an peut-il suffire pour une croissance satisfaisante du nourrisson ?"

Allaitement maternel et nutrition du nouveau-né
28^{èmes} Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale
Guadeloupe 1998 ; 413 pages

E. Morin
"La méthode 1. La Nature de la Nature"
Essais-Points Editions du Seuil 1977 ; 313 pages

E. Morin
"L'identité humaine. La méthode 5. L'humanité de l'humanité"
Editions du Seuil 2001 ; 288 pages

N. Morris, J. Campbell, M.A. Biro, J. Lumley, J. Rao, J. Spensley.
"Birth centre confinement at the Queen Victoria Medical Centre : four year's experience".
[Centre de naissance confiné au Queen Victoria Medical Centre : quatre ans d'expérience]
Med J Aust 1986 ; 144 : 628-630

J. Mossuz-Lavau, A. de Kervasdoué
"Les femmes ne sont pas des hommes comme les autres"
Editions Odile Jacob 1997 ; 298 pages

M. Naïditch
"La crise des maternités : les raisons d'une faillite prévisible"
Etats Généraux de la Naissance - Paris 6 juin 2003 ; 6 pages

Naissance et Libertés - Fédération Nationale de parents
"Oser la Vie"
Forum Européen "Naissances et Libertés" Toulouse 1993 ; 349 pages

A. Naouri
"Une place pour le père"
Editions du Seuil 1985 ; 322 pages

B. Navé
"La deuxième phase de l'accouchement ou expulsion en position accroupie : étude théorique
et pratique" ; 100 pages
Thèse : Méd.Gynécologie-obstétrique, Strasbourg, 1986 N° 246

Recommandations de la Société Suisse de Néonatalogie
"Prise en charge des nouveau-nés à la naissance"
Hôpital Universitaire 8091 Zurich *Pediatrica* Vol. 11 N°. 6/2000

I. Nisand
"Démédicaliser ou humaniser ?"
E.L.P.E.A. Les Dossiers de l'Obstétrique 1994, n° 213 : 15-18

M. Odent
"Bien naître"
Editions du Seuil 1976 ; pages

M. Odent

"L'amour scientifique. Les mécanismes de l'amour"
Editions Jouvence 1999 ; 174 pages

O.M.S. 85a Organisation mondiale de la santé - Bureau régional de l'Europe

"Grossesse et accouchement ne sont pas des maladies"
Copenhague 1985 a

O.M.S. 85b Organisation mondiale de la santé - Bureau régional de l'Europe

"Rapport sommaire - Conférence Interrégionale Conjointe sur la Technologie Appropriée à la Naissance"
Fortaleza Brésil 22-26 avril 1985

O.M.S. Organisation Mondiale de la Santé

Charte d'Ottawa
Organisation Mondiale de la Santé 1986

O.M.S. Organisation Mondiale de la Santé

"La maternité en Europe. Rapport sur une étude"
La santé Publique en Europe 26.
Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe Copenhague 1988

O.M.S. Organisation Mondiale de la Santé

"Déclaration d'Innocenti : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel", élaborée et adoptée par les participants à la réunion OMS / UNICEF sur l'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale. juillet - août 90

O.M.S. Organisation Mondiale de la Santé

"Initiative Hôpitaux Amis des Bébé UNICEF. Déclaration conjointe O.M.S. et l'U.N.I.C.E.F. intitulée protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel"
Extrait de Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité
Déclaration conjointe de l'OMS et du FISE publié par l'OMS 1211
Genève 27 Suisse 1992

O.M.S. WHO/FRH/MSM/96 13

"Soins essentiels au nouveau-né"
Rapport d'un Groupe de Travail technique Trieste 25-29 avril 1994
Santé de la Famille et santé reproductive Trieste avril 1994
Organisation Mondiale de la Santé. Genève 1996

O.M.S. WHO/FRH/MSM/96.24.

"Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique".
Rapport d'un groupe de travail technique.
Santé de la mère et du nouveau-né/Maternité sans risque. Division de la Santé reproductive.
Organisation Mondiale de la Santé. CH 1211 Genève 1997

O.N.S.S.F. Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (O.N.S.F.F.), Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (A.N.S.F.L.), Fédération Nationale des Parents «Naissance et Liberté»

"Le Forum Naissance du 19 février 1999 - Etats Généraux de la Santé"
Ministère de la Santé Paris 1999 ; 81 pages

M. Paciornik

"Apprenez l'accouchement accroupi ! La meilleure position naturelle pour vous et votre enfant"

Collection les chemins de la médecine. Editions Favre – Lausanne 1982 ; 57 pages

E. Papiernick, D. Cabrol, J.C. Pons

"Obstétrique"

Médecin-Sciences 1995 ; 1584 pages

P. Péju

"Naissances"

Haute Enfance Gallimard 1998 ; 138 pages

G. Pennehouat, E. Louis, O. Guilbaud et all

"Surveillance de la grossesse. Pourquoi ? Par qui ?"

Gynécologie Internationale, Tome 7, nov. 1998, N°9 ; 294-301

E. Pikler

"Se mouvoir en liberté dès le premier âge"

Presses Universitaires de France, Paris 1979 ; 192 pages

C. Racinet

"L'environnement de la naissance. La recherche clinique sur les positions maternelles pendant le travail"

Annales Médicales de Nancy et de Lorraine

125^e année - tome XXXVIII -1999, n°3 : 51-54

F. Rambour-Liberty

"La réflexothérapie lombaire au cours de l'accouchement" ; 194 pages

Thèse : médecine générale, Nancy I, Année 1988, N°

O. Rank

"Le traumatisme de la naissance - étude psychanalytique"

Editions Payot - Petite Bibliothèque -12, Paris 1968 ; 238 pages

J.P. Relier

"L'aimer avant qu'il naisse - Le lien mère-enfant avant la naissance"

Editions Robert Laffont Collections Réponses Paris 1993 ; 206 pages

C. Revault d'Allonnes

"Le mal joli - Accouchements et douleur"

Union Générale d'Editions 10/18 - 1057 série «Féminin Futur» 1976 ; 433 pages

C. Revault d'Allonnes

"Etre, faire, avoir un enfant"

Editions Plon 1991, Payot, Petite Bibliothèque Documents P182 - 1994 ; 263 pages

J. Rivoallan (Syngoff)

"Place des différents professionnels de la naissance : vers d'inévitables évolutions ? Position des obstétriciens du secteur libéral"

Etats Généraux de la Naissance - Paris 6 juin 2003 ; 4 pages

Robert Dictionnaire des Synonymes

Les usuels du Robert

Dictionnaires le Robert 1983

P. Robert

Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française

Le Petit Robert Paris 1984

Le Robert (direction A. Rey)

Dictionnaire historique de la langue française

Dictionnaires Le Robert 1998

J. et J. Robertson

"Un bébé dans sa famille - aimer et être aimé"

Les Editions ESF pour la traduction française, Paris 1985 ; 131 pages

C.Rodriguez

"L'enfantement en position verticale mythe ou réalité" ; 59 pages

Mémoire - Ecole de Sages-Femmes Metz-Thionville 1989

C. Rollet et M.F. Morel

"Des bébés et des hommes – Traditions et modernité des soins aux tout-petits"

Editions Albin Michel Paris 2000 ; 385 pages

J. Rooks

"Outcomes of care in birth centers, the national birth center study." [Résultats des soins dans un centre de naissance, étude du centre de naissance national]

New england journal of medecine, 1989, 321: 1804-1811

Royal College of Midwives traduit par M.N. Babel-Rémy et N. Bogossoglou

"Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères"

Editions Masson, Obstétrique pratique 1998 ; 99 pages

C. Rumeau-Rouquette

"Bien naître - La périnatalité entre espoir et désenchantement"

Editions E.D.K. 2001 ; 213 pages

D. Sandre

"Ethique et soins -Réflexion sur la pratique des soins en réanimation pédiatrique"

Hôpital d'enfants du CHRU de Dijon

Extrait de Philomèle N° 6 - janvier 1996

D. Salagnad

"Accoucher accroupie ?" ; 62 pages

Mémoire - Ecole de Sages-Femmes Limoges 1994

J.P. Schaal, D. Riethmuller, R. Mallet
"Mécanique et Techniques obstétricales"
J.L. Sautière *"Evaluation du bien être fœtal"*
2^{ème} Edition Sauramps médical Montpellier 1998 ; 604 pages

M. Scheffler
"Activité du service général et d'accouchements de la maternité régionale de Nancy. Comparaison entre 1979 et 1989" 234 pages
Thèse : médecine, Nancy I, Année 1991, N° 160

S.H.N. Y. Knibiehler, J. Bethuys, P. Cesbron
"Société d'Histoire de la Naissance"
Paris 2002

D. Sicard
"Colloque des intellectuels juifs. Le corps"
Albin Michel 1996 ; 254 pages

C. Stern, M. Permezel, C. Petterson et coll.
"The Royal Women's Family Birth Centre : The First 10 years reviewed". [Le Royal centre de naissance des femmes : la première critique de 10 années]
Aust NZ J Obstet Gynaecol 1992 ; 32 : 291-294

D. Stern
"La constellation maternelle"
Editions Calmann-Lévy 1997 ; 296 pages

S. Stoleru In E. Papiemik, D. Cabrol, J.C. Pons
"Obstétrique - Interactions mère-nouveau-né"
Editions Flammarion, Paris 1995 ; 1584 pages

L. Storme
"Physiologie de l'adaptation à la vie extra-utérine"
J.Luagier, J.C. Rozé *"Soins aux nouveaux-nés. Avant, pendant et après la naissance"*
Masson 2002 ; 739 pages

SYNGOFF, J. Giraud, G. Cousin, P. Le Pors Lemoine
"Où va l'obstétrique ?"
2003 ; 2 pages

A. Theau
"L'accouchement à domicile a-t-il sa place dans le système obstétrical français actuel?"
Thèse : Médecine, Montpellier 1998, N°; 161 pages

F. Thébaud
"Quand nos grand-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres"
Presses Universitaires de Lyon, 1986 ; 315 pages

F. Thébaud (sous la direction) - G. Duby, M.Perrot
"Histoire des femmes en Occident. V. Le XX^{ème} siècle"

J. Costa-Lascoux "Procréation et bioéthique"
Collection Tempus - Editions Perrin 2002 ; 893 pages

M. Thirion
"L'allaitement"
Collection dirigée par A. Minkowski
Editions Ramsay 1980 ; 336 pages

M. Thirion
"Les compétences du nouveau-né"
Editions Ramsay, Paris 1986 ; 314 pages

M. Thirion (sous la direction M. Dugnat)
"Sous le regard des soignants. Devenir père, devenir mère - naissance et parentalité"
A.R.I.P. Editions érès 1999 ; 160 pages

B. This
"Le père : acte de naissance"
Editions du Seuil Paris 1980 ; 317 pages

B. This
"La requête des enfants à naître"
Editions du Seuil 1982 ; 257 pages

B. This
"Le développement de la sécurité de base chez l'enfant"
Texte de la conférence du 20 janvier 1989 à la Faculté de Médecine de Nice
Collections Trames - Actualité de la Psychanalyse. Z'édicions Nice 1989 ;46 pages

P. Thomine, L. Gillot
"Demain les sages-femmes – Accompagnement global à la naissance"
Production Bleu Vidéo et Ass. Expressions; VHS Sécam 22 minutes
Distribution G.Production 1993

JM.Thoulon, M. Laville In: Treisser A, Blanc B.
"Le monitoring électronique foetal per-partum"
Médecine Périnatale 1995. Paris, Arnette, 1995 : 81-96

S. Tomkiewicz sous la direction de M. Manciaux, M. Gabel
"Violences dans les institutions pour enfants, à l'école, à l'hôpital. In: Enfances en danger"
Fleurus Psychopédagogie 1997 : 309-369

S. Tomkiewicz
"La résilience"
Actualité et dossier en santé publique - revue du Haut Comité de la santé publique adsp N° 31
juin 2000 : 60-62

M. Tournaire (sous la direction)
"Physiologie de la grossesse"
2^{ième} Edition Masson 1991 ; 290 pages

C.E. Tourné

"Et s'il fallait du temps pour NAÎTRE"

Llibres del Trabucaire Canet (Catalunya) 1996 ; 235 pages

C.E. Tourné

"Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle"

Sauramps Médical 2002 ; 481 pages

D. Turnbull, A. Homes, N. Shields, H. Cheyne et al.

"Randomised controlled trial of efficacy of midwife managed care". [Etude randomisée et contrôlée de l'efficacité des soins gérés par les sages-femmes]

Lancet. 1996. 348 : 213-218

Université de Laval - Montréal

"Evaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec"

R 97-08 Montréal 1997 ; 300 pages

H. Vadeboncoeur

"La sécurité dans les centres de maternité autonomes rapport de recherche"

*Conseil d'évaluation des projets-pilotes du ministère de la santé et des services sociaux
Montréal, septembre 1993*

H. Vadeboncoeur

*"Lignes directrices pour la pratique sage-femme pendant l'accouchement, fondées sur des données probantes" traduit de Evidence-based Guidelines for Midwifery Led Care in Labour
The Central Sheffield University Hospitals*

PD 2304 Midwifery 03/1998 ; 23 pages

H. Vadeboncoeur

"Les gestes obstétricaux violents"

Naissance et citoyenneté. Accouchement quelle place pour les femmes ?

Les Dossiers de l'Obstétrique N° 317, juin 2003

C. Van Acker, M. Guinhut

"Les Maisons de Naissance : obstacles et réalités" ; 124 pages

Ecole de Sages-Femmes St Antoine - Faculté de Médecine Université Paris VI - 2002

D. Van Alten, M. Eskes, P.E. Treffers.

"Midwifery in the Netherlands. The Wormerveer study ; selection, mode of delivery, périnatal mortality and infant morbidity". [Sages-femmes en Hollande. Etude de travail ; sélection, mode d'accouchement, mortalité périnatale et morbidité infantile]

Br J Obstet Gynecol 1989 ; 96 : 656-662

F. Veldman

"Haptonomie – Science de l'affectivité"

P.U.F. 1989 ; 500 pages

F. Venditelli In : M. Collet, A. Treisser

"Position allongée ou verticale durant le 2^{ème} stade du travail : revue des méta analyses"

Médecine Périnatale 1998. Paris, Arnette, 1998 :167-176

P. Vert, L. Stern

"Médecine Néonatale"

Masson 1985

M. Vial-Courmont dans M. Gabel, F. Jésus; M. Manciaux

"Maltraitements institutionnelles - Maltraitance institutionnelle du nouveau-né"

Editions Fleurus psychopédagogie 1998 ; 306 pages

P. Viossat, J.C. Pons

"Maisons de naissance : Revue de la littérature"

J. Gynecol Obstet Biol Reprod 2001, 30 : 680-687

J.P. Visier

"La place de l'enfant - Attachement et Vulnérabilité"

L'Afrée - Cahier 8 Imprimerie AGL 1994 ; 151 pages

R. Vokaer

"Traité d'obstétrique"

Masson 1983 ; 739 pages

M. Vuille

"Les Maisons de Naissance - Changer la Naissance pour changer la société ?"

E.L.P.E.A. Les Dossiers de l'Obstétrique 1999 -Vol n° 271

U. Waldenstrom, Ca. Nilsson, B. Winbladh.

"The Stockholm birth center trial maternal and infant outcome". [Centre de naissance de Stockholm essai résultats mères et enfants]

Brit J Obstet Gynaecol, 1997, 104, 410-418. PMID: 9141576 (PubMed - indexed for MEDLINE)

U. Waldenström

"Continuity of carer and satisfaction". [Continuité des soins et satisfaction]

Midwifery 1998 Dec ;14(4):207-13. PMID: 10076315 PubMed - indexed for MEDLINE

U. Waldenström, J. Lawson.

"Birth center practices in Australia". [Pratique dans un centre de naissance en Australie]

Aust. N.Z.J. Obstet Gynaecol 1998 ; 38 : 42-50

C. Wanner

"Les Maisons de naissance : de l'idée à la réalité" ; 73 pages

Ecole de Sages-Femmes de Metz - Faculté de Médecine de Nancy - 2001

A. Whelan

"Centering birth : a prospective cohort study of birth centres and labour wards" [Etude prospective d'une cohorte dans un centre de naissance et dans un service d'accouchement]

PhD Thesis. Department of public Health, University of Sidney, 1994

D.W. Winnicott

"L'enfant et sa famille. Les premières relations"

Petite Bibliothèque Payot - 182, Paris 1957 ; 214 pages

D.W. Winnicott

"De la pédiatrie à la psychanalyse"

Petite Bibliothèque Payot - 253, Paris 1969 ; 369 pages

R. Zazzo

"Textes de base en psychologie-Le colloque sur l'Attachement"

Editions Delachaux et Niestlé, Paris 1979 ; 250 pages

ICONOGRAPHIE

Image 1

Nativité (détail) Retable d'Issenheim vers 1510 – 1516 Musée d'Unterlinden - Colmar

Image 2

Vierge à l'Enfant, sculpture en bois XV^{ème} siècle (collection René Cadet exposition Prémontrés 1992 Pont-à-Mousson). Crédit photo C. Jeanvoine

Image 3

Œuvre sculptée en bronze Henri-Marius Petit (1938 Metz). Crédit photo C. Jeanvoine

Image 4

Œuvre sculptée en terre cuite Fanny Ferré (exposition galerie Lillebonne 1998 Nancy). Crédit photo C. Jeanvoine

Photographie 1

En famille I., Mathilde et Elise, E. Avec l'accord de la famille D. (2003)

Photographie 2

Première rencontre I., Mathilde et Elise. Avec l'accord de la famille D. (2002)

Photographie 3

Deuxième naissance I., Elise. Avec l'accord de la famille D. (2002)

Photographie 4

Première naissance I., Mathilde. Avec l'accord de la famille D. (1998)

Dessin 1

En remerciements de la part de Xenia K.C. 11 ans. Dessin réalisé dans la semaine qui a suivi la naissance de son frère Leonardo. Avec son accord. (2003)

Dessin 2

Gaëlle R. 10 ans. Avec son accord. Dessin réalisé après la consigne «tu te dessines en train de téter le sein de ta maman». (1999)

Dessin 3

Florent G. 8 ans 1/2. Avec son accord. Dessin réalisé après la consigne «tu te dessines en train de téter le sein de ta maman». (1999)

SERMENT DE GENEVE ET PRIERE DE MAIMONIDE

Le serment de Genève (1948).

Suite, aux Etats Généraux de Cracovie avec Médecins du Monde, le serment d'Hippocrate est complété.

«Médecin, fidèle aux lois de l'honneur et de la probité édictées par le serment d'Hippocrate, je m'engage, dans la mesure de mes moyens, à donner des soins à tous ceux qui, dans le monde, souffrent de corps ou d'esprit.

Je refuse que la science ou le savoir médical couvre l'oppression ou la torture.

Je refuse que l'on porte atteinte à la dignité de l'Homme, que l'on cache l'horreur.

[Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale :

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je garderai pour mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

J'exercerai mon art avec conscience et dignité ;

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci

Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi, même après la mort du patient ;

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Mes collègues seront mes frères ;

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient ;

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès son commencement, même sous la menace et je n'utiliserai pas mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité] ;

Je prends l'engagement

Je m'engage à témoigner.

Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur».

[Kouchner 02]

La prière du médecin prêtée à Moïse Maïmonide (philosophe, théologien et médecin juif, Cordoue 1135-Fustat 1204).

*«Remplis mon âme d'amour.
Ote de moi la tentation du gain et la recherche de la gloire.
Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre.
Fais que mon esprit soit clair.
Fais que mes malades aient confiance en moi.
Fais que je sois indulgent et patient.
Fais que je sois modéré(e) en tout.
Donne-moi la force et la volonté d'élargir mes connaissances.
Eloigne de moi l'idée que je peux tout».*

TITRE ET RESUME EN ANGLAIS

An analysis of medical practice in accompanying pregnancy from physiological based care towards birth centers.

Summary :

The author describes the state of the art in the genesis of mother-child-father relationships, and the respect for maternity physiology (pregnancy, birthing and postnatal period). The place and roles of the various healthcare professionals involved in accompanying maternity are studied.

She presents a review of an experiment in the medical accompanying of physiological maternity through an alternative practice of self-employed midwives entitled "Global accompanying of maternity". After having described this professional practice, she undertakes a descriptive analysis based on the study of 187 reports chosen from records collected between 1985 and 2002. These data are compared to activities in the Nancy Regional Maternity Hospital between 1979 and 1989. She subsequently develops a sociological point of view using an ethno-sociological analysis based on interviews with parents. This investigation into the opinions of mothers and fathers several years after the birth of their child or children gives a qualitative aspect to the practices under consideration.

The discussion revolves around recent scientific data stemming from research in medical sciences and especially in human sciences (psychology and sociology), as well as descriptive analysis and sociological analysis, to demonstrate the importance, for mothers and fathers, of such professional medical practices. With all this knowledge and projects to reorganize prenatal services, together with the recent report by the prenatal mission, the author opens the debate on alternative practices, notably projects for birthing centers.

VU

NANCY, le **03 octobre 2003**
Le Président de Thèse

NANCY, **13 novembre 2003**
Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Professeur **M. SCHWEITZER**

Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THESE

NANCY, le **17 novembre 2003**

LE PRESIDENT DE L'UNIVERSITE DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

RESUME de la THESE :

L'auteur propose un Etat de l'Art, sur la genèse des liens mère-enfant-père, sur le respect de la physiologie de la maternité (grossesse, accouchement et naissance, période postnatale). Elle étudie la place et le rôle des différents professionnels de la santé dans l'accompagnement de la maternité, dans un souci de bienveillance, auprès de parents acteurs et responsables.

Elle présente un Etat des Lieux d'une expérience d'accompagnement médical de la maternité physiologique, au travers d'une pratique alternative de sage-femme libérale nommée «Accompagnement Global de la Maternité». Après avoir décrit cette pratique professionnelle, elle réalise une analyse descriptive de celle-ci avec l'étude de 187 dossiers (parmi l'ensemble des dossiers constitués au cours des années 1985 à 2002). Ces données sont comparées avec l'activité du service général de la Maternité Régionale de Nancy pendant les années 1979 et 1989. Ensuite elle associe le point de vue sociologique sur la base d'une analyse ethno-sociologique, avec des entretiens libres auprès de parents accompagnés. Ce regard donne un aspect qualitatif à cette pratique traduit par les témoignages des mères et des pères quelques années après la naissance d'un ou de plusieurs de leurs enfants.

La discussion s'articule autour des données scientifiques récentes avec l'apport des sciences médicales et notamment des sciences humaines (psychologie, sociologie), de l'analyse descriptive et de l'analyse sociologique pour montrer l'intérêt, pour les mères et les enfants, d'une telle pratique professionnelle médicale. A partir de toutes ces connaissances et des projets de réorganisation de la périnatalité (avec le récent rapport de la mission périnatalité), l'auteur ouvre la réflexion sur les alternatives avec notamment les projets de Maison de Naissance.

TITRE en ANGLAIS :

An analysis of medical practice in accompanying pregnancy : from physiological based care towards birth centers.

THESE : MEDECINE GENERALE - ANNEE 2003

MOTS CLEFS :

Maternité - Suivi médical - Accompagnement - Physiologie - Sage-femme - Accompagnement Global de la Maternité - Lien ou relation parents/enfant - Bienveillance - Grossesse - Accouchement - Naissance - Suites postnatales - Maison de Naissance.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex