

Madame Eudes GEISLER
13, place des Jardins
57670 BENESTROFF

à Monsieur le Président de la
Commission de Recours Amiable
auprès de la CPAM de METZ
18-22 rue Haute Seille
57751 METZ cedex 9

N° ss : 2 70 09 57 606 014 64

*Lettre recommandée avec accusé de
réception*

Metz, le 20/11/2008

Monsieur le Président,

J'ai reçu une réponse défavorable à ma demande de prise en charge de mon accouchement qui aura lieu probablement le 27/12/2008.

Je sais que vous attendez comme moi la prise de position du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale sur ma demande précédente, mais la décision ne sera prise que le 7 janvier. Or, je suis désolée, mais je suis dans l'impossibilité de **programmer** mon accouchement après le 7 janvier.

Je conteste donc la décision du médecin conseil.

Je souhaite toujours accoucher dans la maison de naissance de Sarrebruck, car c'est la meilleure solution qui s'offre à moi pour mettre au monde mon bébé dans les meilleures conditions.

Je vous transmets à l'appui un extrait des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, dont l'intégralité est disponible sur le site internet de l'OMS.

Lors des débats au T.A.S.S. le 24 octobre, il a été dit par votre représentante qu'il était possible de choisir un "gynécologue-accoucheur" pour le suivi de la grossesse et qui serait présent lors de l'accouchement. Or, un accouchement peut durer 10h. Je vous saurai gré de bien vouloir me communiquer les coordonnées d'un tel professionnel, qui soit présent pendant 10h pour m'encourager et me soutenir. Lors de mon premier accouchement en 2004 en clinique, mon gynécologue a été effectivement présent pendant environ 30mn pendant la phase d'expulsion du bébé. Le reste du temps, j'ai été en contact avec des sages-femmes / infirmières que je ne connaissais pas, et pour des temps très brefs et uniquement pour des gestes techniques médicaux, puisque ce jour-là, il y avait 6 accouchements en même temps.

Je souhaite réellement être soutenue par une sage-femme que je connais et qui sera là pour moi tout au long de l'accouchement.

Par ailleurs, aucune réponse ne m'a jamais été donnée à ma question (déjà posée pour mon précédent accouchement) :

En cas de complication lors de l'accouchement, je suis susceptible d'être transférée vers une maternité de Sarrebruck (l'hôpital Winterberg, à moins de 5mn de la maison de naissance). Je vous prie de m'indiquer si cette hospitalisation serait prise en charge par la CPAM, et le cas échéant, me faire parvenir la carte européenne d'assurance maladie.

Serait-il possible d'avoir enfin une réponse à cette question ?

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.


Eudes GEISLER

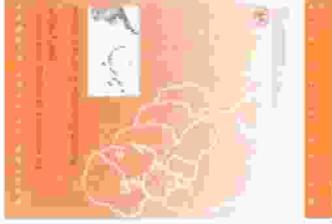
PJ :

- recommandations de l'OMS pour les soins liés à un accouchement normal (extrait)
- mes lettres où je pose la question du transfert (08/10/2008, 02/05/2007, 15/02/2007)

Copie à mon avocate Maître SCHIFFERLING-ZINGRAFF



Santé de la mère et du nouveau-né



Les soins liés à un accouchement normal:

Rapport d'un groupe de travail technique

60 pages - 1997

Prix CHF 10.-/US\$ 9.00 (Pays en développement: CHF 7.-)*

No. de commande 1930104 - [Librairie OMS](#)

* Quelques exemplaires sont distribués gratuitement, ils sont réservés aux personnels de santé, aux formateurs des pays en développement. Adressez-vous à notre [centre de documentation](#).

[Télécharger](#) (PDF 198 KB)

Table des matières

Résumé
Introduction
Aspects généraux des soins pendant l'accouchement 1
Aspects généraux des soins pendant l'accouchement 2
Soins pendant le premier stade du travail
Soins pendant le deuxième stade du travail
Soins pendant le troisième stade du travail
Classification des pratiques utilisées pendant un accouchement normal
References
Liste des participants
Télécharger (PDF 198 KB)
Santé de la mère et du nouveau-né

Résumé

Le présent rapport recense les pratiques les plus courantes utilisées pendant toute la durée du travail et tente de fixer certaines normes de bonne pratique pour la conduite d'un travail et d'un accouchement exempts de complications. Ces dernières décennies ont vu se développer toute une gamme de pratiques visant à déclencher, intensifier, accélérer, régler ou surveiller le processus physiologique du travail, le but étant d'améliorer l'issue pour la mère et le nouveau-né, et parfois de rationaliser les schémas de travail dans les services où se déroulent les accouchements. Le rapport vise simplement à examiner les arguments pour ou contre certaines des pratiques les plus courantes et à formuler des recommandations, sur la base des preuves disponibles les plus fiables, concernant leur place dans les soins pour un accouchement normal.

Remerciements

Le groupe de travail technique remercie de leur précieuse contribution le Professeur Pieter Treffers et Mme Petra ten Hoop-Bender qui ont rédigé le document de base de la réunion. Le groupe de travail technique remercie aussi les participants qui ont présenté des exposés pendant la réunion : le Dr Raj Baveja, Mme Stella Mpanda, Mme Delia S. Veraguas Segura.

Le groupe de travail technique est également reconnaissant des observations [how to orders](#) utiles faites par tous les membres, que ce soit pendant la réunion ou au cours de la préparation du présent document. La liste complète des membres figure à la fin de ce document.

L'OMS est reconnaissante à la Banque mondiale et au Gouvernement du Japon de leur appui financier pour la tenue de la réunion et la publication du présent document.

© Organisation mondiale de la santé, 1997

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

4.7 Lieu de l'accouchement

Le lieu où se déroule l'accouchement a-t-il un impact sur le cours du travail et de l'accouchement ? D'abondantes recherches portent sur cette question depuis vingt ans (Campbell et Macfarlane 1994). Dans de nombreux pays industrialisés, tandis que le travail évoluait d'un processus naturel à un acte contrôlé, le lieu de l'accouchement passait du domicile à l'hôpital. Ce faisant, une grande part d'humanité disparaissait. La douleur était soulagée par des moyens pharmacologiques et les femmes étaient laissées seules pendant de longues périodes puisque, de toute façon, elles sommeillaient; elles étaient surveillées étroitement, mais de loin. C'est là l'opposé de ce qui se passe dans les régions du monde où moins de 20 % des femmes ont accès à des services d'accouchement en établissement. Pour elles, accoucher à domicile n'est pas un choix, cela est quasiment inévitable, pour des raisons économiques ou culturelles, parfois géographiques (Mbizvo et al. 1993, Onwudiego 1993, Smith 1993). La demande d'un retour au processus naturel dans de nombreux pays industrialisés a ouvert les salles d'accouchement aux pères et à d'autres membres de la famille, mais le lieu est resté le même, à savoir l'hôpital. Certains hôpitaux ont fait un effort en installant une salle de naissance recréant l'atmosphère du foyer, ce qui a été bien accueilli par les mères, tandis qu'une réduction du nombre des traumatismes du périnée était observée et que les mères étaient moins nombreuses à souhaiter accoucher ailleurs pour la naissance suivante, mais les essais randomisés réalisés n'ont relevé aucun changement quant à l'utilisation de l'analgésie épidurale, de l'accouchement au forceps et de la césarienne (Klein et al. 1984, Chapman et al. 1986). Ces essais visaient principalement à rendre plus attrayant l'environnement du travail sans chercher à modifier fondamentalement les soins; apparemment, cela ne suffit pas pour améliorer la qualité des soins ni l'issue obstétricale.

D'autres études ont constaté qu'une femme ayant un accouchement à faible risque et donnant naissance à son premier enfant dans un hôpital universitaire pouvait être entourée d'un nombre de personnes allant jusqu'à 16 pendant 6 heures de travail, mais néanmoins être laissée seule la plupart du temps (Hodnett et Osborn 1989b). Les gestes de routine, bien que non familiers, la présence de personnes inconnues et le fait d'être laissée seule pendant le travail et/ou l'accouchement ont été cause de stress et le stress peut entraver le cours de l'accouchement en le prolongeant et en déclenchant ce qui a été décrit comme une "cascade d'interventions.

La pratique de l'accouchement à domicile est inégalement répartie dans le monde. Avec l'institutionnalisation généralisée de l'accouchement depuis les années 30, l'option de l'accouchement à domicile dans la plupart des pays industrialisés a disparu, lorsqu'elle n'est pas interdite. Le système de soins obstétricaux aux Pays-Bas, où 30 % des femmes enceintes accouchent encore à domicile, est exceptionnel parmi les pays industrialisés (Van Alten et al. 1989, Treffers et al. 1990). Dans de nombreux pays en développement, en revanche, les distances importantes qui séparent les femmes des établissements de santé limitent le choix, l'accouchement à domicile restant la seule option.

Même si les accoucheuses qualifiées sont capables d'évaluer convenablement les risques, leur avis quant au lieu de l'accouchement, basé sur cette évaluation, n'est pas toujours suivi. De nombreux facteurs empêchent les femmes de se rendre dans un service de santé de niveau supérieur, ainsi le coût d'un l'accouchement à l'hôpital, des pratiques peu familières, l'attitude inappropriée du personnel, les restrictions concernant la présence des membres de la famille pendant la naissance et la nécessité fréquente d'obtenir la permission d'autres membres (d'ordinaire masculins) de la famille avant de s'adresser à un établissement de soins (Brieger et al. 1994, Paolisso et Leslie 1995). Des femmes à haut risque et à très haut risque qui ne se sentent pas malades et ne présentent aucun signe de maladie, accouchent souvent à domicile, en présence d'un membre de la famille, d'une voisine ou d'une accoucheuse traditionnelle (Kwast 1995a).

Un accouchement à domicile en présence d'une accoucheuse qualifiée nécessite néanmoins un minimum essentiel de préparatifs. L'accoucheuse doit s'assurer qu'elle dispose d'eau propre et qu'il fait assez chaud dans la salle où se déroule l'accouchement. Elle doit se laver soigneusement les mains. Des linges ou des serviettes chaudes doivent être prêts pour envelopper le bébé et le maintenir au chaud. Elle doit aussi avoir ne serait-ce qu'une simple trousse d'accouchement propre comme le recommande l'OMS afin de créer un champ aussi propre que possible pour l'accouchement et de soigner de façon adéquate le cordon ombilical. Un moyen de transport doit en outre être disponible au cas où un transfert serait nécessaire. En termes pratiques, cela signifie que la participation de la communauté et des fonds renouvelables sont nécessaires pour pouvoir organiser un transfert en cas d'urgence dans les zones où les transports posent un problème.

Dans certains pays industrialisés, des centres d'accouchement dans les hôpitaux et à l'extérieur ont été créés pour permettre aux femmes à faible risque d'accoucher dans une atmosphère comparable à celle du foyer, avec des soins primaires, d'ordinaire avec l'aide de sages-femmes. La plupart de ces centres, ne recourent pas au monitoring foetal électronique ni à l'accélération du travail et l'utilisation des analgésiques est minimale. Un rapport complet sur les soins dans les centres d'accouchement aux Etats-Unis d'Amérique décrit les soins dans les centres d'accouchement de substitution en milieu hospitalier et en dehors (Rooks et al. 1989). Des expériences portant sur des soins gérés par des sages-femmes ont été faites dans des hôpitaux en Grande-Bretagne, en Australie et en Suède, montrant que les femmes étaient beaucoup plus satisfaites de ces soins que des soins types. Le nombre de interventions était généralement inférieur, spécialement l'analgésie obstétricale, le déclenchement et l'accélération du travail. L'issue obstétricale n'était pas sensiblement modifiée par rapport aux soins dirigés par un consultant même si, dans certains essais, la mortalité périnatale tendait à être légèrement supérieure dans les modèles où les soins étaient confiés à des sages-femmes (Flint et al. 1989, Mac Vicar et al. 1993, Waldenström et Nilsson, 1993, Hundley et al. 1994, Rowley et al. 1995, Waldenström et al. 1996).

Dans un certain nombre de pays industrialisés, des petits groupes de femmes et de dispensateurs de soins mécontents des soins hospitaliers ont opté à la place pour l'accouchement à domicile, souvent plus ou moins en conflit avec le système de soins officiel. Il existe peu de données statistiques sur ces accouchements à domicile. Les données recueillies dans le cadre d'une étude effectuée en Australie donnent à penser que le choix des grossesses à faible risque n'a que modérément réussi. Dans les accouchements prévus pour se dérouler à domicile, le nombre des transferts dans un hôpital et le taux des interventions obstétricales étaient faibles. Les chiffres de la mortalité périnatale et de la morbidité néonatale étaient aussi relativement faibles mais aucune donnée n'a été fournie concernant les facteurs évitables (Bastian et Lancaster 1992).

Les Pays-Bas sont un pays industrialisé doté d'un système officiel d'accouchement à domicile. L'incidence des accouchements à domicile diffère sensiblement selon les régions, et même d'une grande ville à une autre. Une étude de la mortalité périnatale n'a pas permis d'établir aucun lien entre l'hospitalisation régionale lors de l'accouchement et la mortalité périnatale régionale (Treffers et Laan 1986). Une étude effectuée dans la province de Gelderland comparait le "résultat obstétrical" des accouchements à domicile et celui des accouchements en milieu hospitalier. Pour les primipares avec une grossesse à faible risque, un accouchement à domicile était aussi sûr qu'un accouchement en milieu hospitalier. Pour les multipares à faible risque, le résultat d'un accouchement à domicile était nettement meilleur que le résultat d'un accouchement en milieu hospitalier (Wiegers et al. 1996). Rien ne prouve que ce système de soins pour les femmes enceintes puisse être amélioré par une médicalisation accrue des accouchements (Buitendijk 1993).

Au Népal, la décentralisation des soins de maternité a été adaptée aux besoins spéciaux des zones urbaines d'un pays en développement où la capacité d'un hôpital à dispenser les services obstétricaux spécialisés requis par les femmes ayant un accouchement compliqué était entravée par la quantité des femmes à faible risque ayant un accouchement normal • scénario commun à de nombreux pays. La mise en place d'un service d'accouchement "à faible contenu technologique" à proximité de l'hôpital principal a non seulement permis de réduire la pression qui pesait sur le service spécialisé mais aussi de faciliter considérablement la prestation de soins appropriés aux femmes ayant un accouchement normal. Un projet analogue mais de plus grande envergure a été mis en oeuvre à Lusaka, Zambie où un hôpital universitaire servant de centre d'orientation-recours spécialisé pour tout le pays était encombré par la quantité de femmes enceintes à faible risque. L'augmentation de la capacité des centres de soins périphériques et l'ouverture de nouveaux centres pour les accouchements à faible risque ont ramené le nombre des accouchements à l'hôpital d'environ 22 000 à environ 12 000; pendant la même période, le nombre total des accouchements dans la douzaine de dispensaires satellites est passé d'un peu plus de 2 000 en 1982 à 15 298 en 1988. Les soins aux femmes à haut risque dispensés à l'hôpital ont été améliorés du fait de la réduction du nombre des femmes à faible risque tandis que les services périphériques avaient du temps pour dispenser aux femmes à faible risque les soins et l'attention dont elles avaient besoin (Nasah et Tyndall 1994).

Où donc une femme doit-elle accoucher ? Il est juste de dire qu'une femme doit accoucher là où elle se sent en sécurité, au niveau le plus périphérique où des soins appropriés sont possibles et sûrs (FIGO 1992). Pour une femme enceinte à faible risque, cela peut être à domicile, dans un petit dispensaire de maternité ou un centre d'accouchement urbain, voire dans le service de maternité d'un hôpital plus important. Il faut toutefois, dans cet endroit, que l'attention et les soins soient axés sur ses besoins et sa sécurité, et qu'il se situe aussi près de chez elle et de sa propre culture que possible. Si la naissance a lieu à domicile ou dans un petit centre d'accouchement périphérique, l'accès d'urgence à un centre d'orientation-recours disposant de personnel qualifié doit être prévu dans les préparatifs prénatals.

4.9 Soutien pendant l'accouchement

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'assortissait 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 (Klaus et al. 1986, Hodnett et Osborn 1989, Hemminki et al. 1990, Hofmeyr et al. 1991).

Ce rapport définit une doula comme une femme qui dispense des soins, qui a reçu une formation de base en matière de travail et d'accouchement et qui connaît toutes sortes de techniques de soins. Elle apporte un soutien émotionnel, en prononçant des paroles encourageantes et rassurantes, en s'efforçant d'améliorer le confort de la mère, en maintenant un contact physique, par exemple en frictionnant le dos de la mère et en lui tenant les mains, en expliquant ce qui se passe pendant le travail et l'accouchement et en assurant une présence amicale constante. Ces tâches peuvent aussi être remplies par une infirmière ou une sage-femme, mais celles-ci sont souvent appelées à accomplir des gestes techniques/médicaux qui peuvent détourner leur attention de la mère. Toutefois, le réconfort constant d'une femme qui dispense des soins réduit sensiblement l'anxiété et le sentiment d'avoir eu un accouchement difficile chez les mères pendant les 24 heures suivant la naissance. Cela a aussi un effet positif sur le nombre des mères qui allaitaient encore au sein six semaines après l'accouchement.

Une femme en travail devrait être accompagnée des personnes en qui elle a confiance et avec qui elle se sent bien; son partenaire, sa meilleure amie, une doula ou une sage-femme. Dans certains pays en développement, cela peut aussi inclure l'accoucheuse traditionnelle. Généralement, elle aura fait la connaissance de ces personnes pendant sa grossesse. Les accoucheuses professionnelles doivent se familiariser avec les tâches de soutien et les tâches médicales qui sont les leurs et être capables de les assumer avec compétence et sensibilité. L'une des tâches de soutien qui incombe à la personne qui dispense les soins consiste à donner aux femmes autant d'informations et d'explications qu'elles souhaitent et dont elles ont besoin. L'intimité des femmes là où elles accouchent doit être respectée. Une femme en travail a besoin d'une pièce à elle, et le nombre des personnes présentes doit être limité au minimum essentiel.

En réalité, cependant, les choses sont sensiblement différentes de la situation idéale décrite ci-dessus. Dans les pays industrialisés, les femmes en travail se sentent souvent isolées dans les salles de travail des grands hôpitaux, entourées d'appareils et privées de l'appui amical des dispensateurs de soins. Dans les pays en développement, certains grands hôpitaux sont si encombrés du fait de la quantité des grossesses à faible risque que réconfort personnel et intimité sont impossibles. Les accouchements à domicile dans les pays en développement se font souvent en présence de dispensateurs de soins sans formation ou insuffisamment qualifiés. Dans ces circonstances, le soutien aux femmes en travail fait souvent défaut ou est absent, et un nombre important de femmes accouchent sans aucune aide.

Les faits décrits ci-dessus peuvent avoir des incidences profondes sur le lieu de l'accouchement et la fourniture d'un soutien car ils montrent que les dispensateurs de soins qui assistent aux accouchements devraient travailler sur une échelle beaucoup plus réduite. Des soins pour les accouchements dispensés par les personnels qualifiés devraient être disponibles à l'endroit où vivent les femmes ou à proximité, de façon à éviter que toutes les femmes accouchent dans un grand service de soins obstétricaux. Les grands services qui effectuent de 50 à 60 accouchements par jour devraient opérer une restructuration pour pouvoir répondre aux besoins spécifiques des femmes. Les dispensateurs de soins devraient réorganiser leur programme de travail pour assurer aux femmes les soins continus et leur apporter le réconfort dont elles ont besoin. Cela a aussi des incidences sur les coûts, et donc des ramifications politiques. Les pays en développement comme les pays industrialisés doivent s'attaquer à ces questions et les résoudre à leur façon.

En conclusion, un accouchement normal, à condition qu'il soit à faible risque, nécessite seulement l'observation attentive d'une accoucheuse ou d'un accoucheur qualifié capable de déceler les signes précoces de complications. Il ne requiert aucune intervention, seulement des encouragements, un soutien et un peu de tendresse. Des directives générales peuvent être données quant à ce qui doit être en place pour protéger et favoriser le cours d'un accouchement normal. Un pays désireux d'investir dans ces services doit néanmoins adapter ces directives à sa situation particulière et aux besoins des femmes, et il doit veiller à ce que le minimum essentiel soit disponible pour servir les femmes de façon satisfaisante, qu'elles soient à faible risque, à moyen risque ou à haut risque, ainsi que celles qui auront des complications.

4.11 Les douleurs du travail

Presque toutes les femmes ont des douleurs pendant le travail, mais leur tolérance à la douleur varie. L'expérience clinique montre qu'un travail anormal, prolongé ou compliqué par une dystocie, provoqué ou accéléré par des oxytociques, ou interrompu par un accouchement aux instruments, est plus douloureux qu'un "travail normal". Néanmoins, même un accouchement tout à fait normal est aussi douloureux.