

PROGRAMMATION DE L'ACCOUCHEMENT :

LES SIRENES DE LA TOUTE PUISSANCE

DOSSIER REALISE PAR :

Blandine Poitel
bpoitel@arobase.yahoo.fr
05.46.09.33.11

Remerciements

Toute ma gratitude va à celles et ceux, qui, d'une façon ou d'une autre, individuellement ou au travers d'associations, ont participé à l'élaboration de ce travail :

- Les Dossiers de l'Obstétrique, et ses collaborateurs, Jean Ossart et Christine Blanchot-Isola en particulier, pour leur disponibilité, leurs connaissances et leur appui inconditionnel
- Les associations (voir liste et coordonnées en fin de dossier) pour leurs idées, encouragements et suggestions :
 - . La Fédération de parents *Naissance et Liberté* et les associations qu'elle regroupe
 - . Femmes/ Sages-femmes d'Aquitaine
 - . Alyccs
- L'INSERM et ses chercheurs, qui ont bien voulu prendre le temps de m'écouter et de me conseiller
- Les parents, qui se sont mobilisés autour de ce projet :
 - . Floriane Favre, pour avoir été d'une certaine façon à l'origine de tout cela, et pour m'avoir fourni des articles médicaux
 - . Sophie Gamelin (coordonnées en fin de dossier), maman engagée pour une naissance respectée, pour son aide logistique et ses conseils éclairés
 - . Catherine Bauduin, qui a mis sans compter ses compétences professionnelles au service de ce travail
 - . Gilles Gaebel, pour son enthousiasme, son efficacité et son soutien
- Les professionnels, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et psychologues pour m'avoir écoutée et aidée, pour leur disponibilité malgré leur charge de travail, et notamment :
 - . Marie-Hélène de Valors, sage-femme, qui, de part sa longue expérience, son dévouement indéfectible à sa tâche, ses résultats, m'a montré *in situ* combien une préparation soignée pouvait permettre une naissance facile et heureuse (dans plus de 95% des cas), l'établissement de liens solides (non seulement entre le bébé et sa mère mais encore avec son père et sa fratrie) et augurait d'un épanouissement réel du Naissant
 - . Bernard Maria, gynécologue-obstétricien, président du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français, pour les articles médicaux qu'il m'a fournis, articles qui se sont révélés d'une importance considérable pour la rédaction de ce dossier

- . Paul Cesbron, gynécologue-obstétricien, pour son assistance technique jamais démentie, sa disponibilité et son soutien
- . Jean-Marc Munos, gynécologue-obstétricien, pour avoir réussi à mettre des mots sur ce que je ressentais confusément, avoir été le premier à réagir très favorablement à ce travail et m'avoir encouragée vivement...

Il y a bien d'autres personnes qui, tout au long de la rédaction de ce travail, se sont manifestées et m'ont donné l'envie de continuer, d'aller plus loin, ou qui ont répondu à la requête que je leur soumettais, d'une façon ou d'une autre. Qu'elles en soient sincèrement remerciées.

Je ne suis pas une professionnelle de la naissance. En conséquence de quoi, pour éviter de diffuser des informations erronées, j'ai demandé à dix professionnels de la santé de bien vouloir relire et corriger ce dossier :

SAGES-FEMMES :

- Cécile Cormier
- Doris Nadel
- Christine Isola
- Francine Dauphin

GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS :

- Dr. Paul Cesbron
- Dr. J.M. Munos
- Dr. C.E. Tourné

PROFESSEUR DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE :

- Pr. Claude Racinet

PSYCHOLOGUES

- Corinne Marie
- J. Planckaert

Afin de savoir si ce travail était accessible aux "non initiés", j'ai également demandé son avis à

* Anne Debaille, présidente de la fédération de parents *Naissance et Libertés*.

Malgré leurs nombreuses occupations respectives, ils ont accepté bénévolement cette tâche et s'en sont acquittés avec beaucoup de compétence.

QU'ILS SOIENT ICI REMERCIÉS DE CETTE CONTRIBUTION ESSENTIELLE A LA VALIDATION DU CONTENU DE CE DOSSIER.

« Le temps de notre mise au monde n'est pas un instant qui se passe et dont on ne parle plus. Il tombe dans les "oubliettes de notre inconscient", mais il demeure présent et nous façonne peut-être plus que nous aimerions le croire. »

Corinne MARIE – Psychologue clinicienne

« La mère est-elle à ce point incompétente pour assurer le bien-être de son bébé au cours du processus de naissance, qu'il faille la remplacer ? »

Docteur Claude- Emile TOURNE – Gynécologue-obstétricien

« Plus un groupe humain a avantage à développer le potentiel humain d'agressivité, plus sont agressives les façons rituelles de perturber les processus physiologiques au cours de la période périnatale. »

Docteur Michel ODENT – Fondateur du "Primal Health Center" à Londres.

« Il faut essayer de rendre confiance aux parents, et leur expliquer que la grossesse et la naissance sont des événements naturels qui méritent sans doute d'être surveillés en raison de nos exigences de sécurité, mais qui ne nécessitent pas cet intense déploiement de techniques, plus source d'inquiétudes que de vrais bénéfices. »

Docteur B. Maria – Gynécologue-obstétricien, président du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français.

TABLE DES MATIERES

1. DEFINITIONS	p. 8
1.1. Le déclenchement de l'accouchement	
1.2. La programmation	
1.3. Les stratégies de déclenchement utilisées	
 2. LES CONDITIONS A RESPECTER	 p. 9
2.1. Liste des conditions	
2.2. Du respect de ces conditions	
2.2.1. L'indispensable consentement éclairé de la patiente	
A/ Information : l'idéal	
B/ Information : la réalité	
C/ Le choix du lieu d'accouchement	
D/ En guise de conclusion provisoire	
2.2.2. Respect de la maturité du col	
2.2.3. Respect des techniques de déclenchement	
2.2.4. Ce qu'entraîne le non respect de ces conditions	
A/ Pour la mère	
B/ Pour le fœtus	
 3. AVANTAGES ET INCONVENIENTS	 p. 15
3.1. Pour l'équipe médicale	
3.2. Pour les principaux intéressés	
3.2.1. La mère, le père	
A/ Avantages	
B/ Retentissements psychologiques	
C/ Médicalisation de l'accouchement	
D/ Bénéfices pour la mère du respect de la physiologie de l'accouchement	
3.2.2. L'enfant	
A/ Retentissements psycho-physiologiques	
B/ Ce qui est en cause	
C/ Corrélations et risques	
D/ Bénéfices du respect de la physiologie	

4. DES CHIFFRES	p.24
4.1. Rapport de périnatalité 1998	
4.2. L'enquête INSERM / C.N.G.O.F. sur le déclenchement (1997/1998)	
4.3. Les premières rencontres nationales sur la programmation de l'accouchement (1999)	
5. QUELLES RESPONSABILITES ET POUR QUI ?	p. 26
5.1. Mise en perspective historique	
5.2. La société	
5.3. Les médias	
5.4. Les parents	
5.5. Les obstétriciens et l'équipe médicale	
A/ Leurs arguments	
B/ Information et pouvoir	
C/ La programmation vue sous cet angle	
6. CONCLUSIONS	p. 31

PREAMBULE

Les arguments développés dans ce dossier ne sont pas idéologiques, mais concrets. Il apparaît, après dix ans de pratique croissante, que le **déclenchement de convenance** de l'accouchement n'est inoffensif, physiologiquement et psychologiquement, ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Excluant les parents de ce moment essentiel, remplaçant la mère dans son aptitude à donner la vie par elle-même, il risque de compliquer inutilement la naissance et de provoquer une inflation d'actes intrusifs ; de par les produits qu'il nécessite, il majore les risques d'effets secondaires, toxiques et iatrogènes, et surtout il jette une ombre sur la capacité maternante de la mère et sur le lien qu'elle établira avec son enfant.

Pour l'enfant, il saccage* ce moment fondateur qu'est la naissance, privant le Naissant** de sa capacité à ressentir et à réagir à ce qu'il ressent, le dépouillant momentanément de son humanité pour le ravalier au rang de "chose" à expulser, et pouvant de surcroît le sensibiliser à long terme à des substances nocives et par ce fait être un des facteurs de comportement délétère.

Nous disposons aujourd'hui d'une somme monumentale de connaissances, connaissances accessibles au plus grand nombre... mais connaissances éparpillées dans les multiples spécialisations dont elles sont issues, donc connaissances qui perdent de ce fait la moitié de leur valeur.

C'est à la lumière fécondante de quelques unes de ces connaissances, glanées dans les domaines de l'ethnologie, de l'éthologie, de la psychologie, de la sociologie, de la physiologie et tant d'autres que ce dossier a été réalisé

* saccage : pillage, mise en pièces, mise à sac... Par opposition à une attitude de respect du Naissant : respect de son temps de gestation, de la mise en route de sa naissance, de son temps de naissance, de sa personne et de son intégrité, de sa capacité d'adaptation à la vie aérienne et à établir des relations avec ses parents. Ce respect devrait être de règle. En cas d'urgence, nécessitant des interventions intrusives et douloureuses et impliquant souvent une séparation de la mère, ce même respect devrait s'exprimer par une parole humanisante permettant l'intégration de l'expérience par le bébé et ses parents.

** Naissant : néologisme créé par le Dr. C.E. Tourné, gynécologue-obstétricien, désignant "le fœtus en mouvement de naître" comme acteur de sa propre naissance. Je l'emploie car il me semble recouvrir au plus juste et tout à la fois, l'Individu et sa volonté d'advenir à la lumière, le mouvement de cette naissance et la continuité entre le fœtus dans le ventre de sa mère et le bébé à l'air libre.

« SI UNE INTERVENTION PERTURBE LA PHYSIOLOGIE, ELLE DOIT OBLIGATOIREMENT FAIRE LA PREUVE DE SON EFFICACITE, C'EST- A – DIRE D'UN BENEFICE REEL POUR LA MERE ET/OU SON NOUVEAU- NE »

Professeur Claude Racinet (20)

1/ DEFINITIONS

1.1. Le déclenchement de l'accouchement

Le déclenchement de l'accouchement représente l'ensemble des techniques destinées à provoquer l'accouchement ; il existe le déclenchement pour pathologie (maternelle, fœtale, obstétricale) dont il n'est pas question ici. Il existe également le déclenchement de convenance (ou de principe), sans pathologie d'appel, réalisé sur demande de la patiente ou sur proposition de l'obstétricien (1,8,9,21,22), ce qui est l'objet de ce dossier.

Les chiffres entre parenthèses renvoient à la bibliographie

1.2. la programmation

La programmation de l'accouchement est la politique de certaines maternités qui pratiquent une systématisation du déclenchement de convenance, atteignant parfois 50 à 60% des accouchements. (1,8)

1.3. Les stratégies de déclenchement utilisées

Elles sont dépendantes de certains facteurs, dont le plus important est la maturité du col. (1,2,3,4,6,8,9,13,21,22,25)

Concernant le déclenchement de l'accouchement sans indication médicale de déclenchement, « la préférence va actuellement à l'association ocytocine-amniotomie (rupture des membranes). Les conditions locales (voir page suivante) doivent être favorables, ne nécessitant en aucun cas une maturation préalable. » (22,26)

L'ocytocine est une hormone sécrétée naturellement lors de l'accouchement. L'obstétrique utilise couramment de l'ocytocine synthétisée pour déclencher ou accélérer le travail. Elle est alors administrée par voie intraveineuse, et peut être arrêtée en cas de problème.

La "maturation préalable" signifie que le col de l'utérus n'est pas favorable (ou pas mûr)... autrement dit, ni le corps de la mère, ni l'enfant ne sont prêts à l'accouchement. La "maturation préalable" consiste à mettre dans le vagin ou le col des ovules ou gels de prostaglandine (hormone synthétisée) dans le but d'accélérer la maturation du col et de

permettre une mise en route du travail. Il peut y avoir nécessité de plusieurs poses successives (à plusieurs heures d'intervalle) et en cas de problème, il n'est pas possible de stopper immédiatement les effets qui peuvent surgir de façon parfois difficilement contrôlable*.

Une technique "non chimique" est parfois utilisée par certains professionnels de la naissance (gynécologues – obstétriciens ou sages – femmes) : le décollement des membranes. Ce geste consiste à introduire un doigt entre le col de l'utérus (quand celui-ci le permet) et la poche des eaux et à faire le tour du col, de façon plus ou moins profonde (Patrick Stora, gynécologue obstétricien). Ce geste, plus ou moins douloureux selon le praticien, est le plus souvent pratiqué lors de la dernière visite prénatale, parfois sans explication ni le moindre consentement de la patiente...

LE DECOLLEMENT DES MEMBRANES EST UNE TECHNIQUE DE DECLENCHEMENT DE L'ACCOUCHEMENT, ET, A CE TITRE, DOIT REpondre IMPERATIVEMENT AUX CRITERES DE CE DERNIER... NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT ECLAIRE...

2/ LES CONDITIONS A RESPECTER

Le déclenchement de convenance est un acte médical lourd, sans justification médicale.

Un ensemble de conditions strictes est nécessaire pour que le déclenchement ne provoque pas une inflation d'actes intrusifs parfois iatrogènes (forceps, césariennes, révisions utérines...). (1,3,4,8,9,22)

2.1. Liste des conditions

- « . Tenue d'un dossier, avec suivi de grossesse et datation précise
- . Indispensable consentement éclairé (de la patiente)
 - . Indication clairement et explicitement reportée sur le dossier par écrit (ou documents télématiques)
 - . Nécessité, au moment du déclenchement, d'une réévaluation des conditions locales (stade de maturation du col de l'utérus, mobilité et engagement du fœtus, rythme cardiaque fœtal), surtout en cas d'indication non médicale
 - . Certitude d'une disponibilité irréprochable de moyens suffisants et conformes, tant en matériel qu'en personnel médical et paramédical
 - . Technique rigoureuse de déclenchement avec surveillance transcrite sur le dossier
 - . Surveillance et disponibilité de l'obstétricien responsable du déclenchement, qui doit s'enquérir lui-même régulièrement du déroulement du travail, au moment de l'accouchement et dans ses suites immédiates. » (9)

* « Il existe désormais une technique permettant une diffusion contrôlable à tout moment par le retrait de l'enveloppe contenant le produit » Dr. P. Cesbron, gynécologue-obstétricien

2.2. Du respect de ces conditions

Une enquête de pratique, réalisée en 1997/1998 (2,3,4) met en évidence une grande hétérogénéité des pratiques du déclenchement (avec les répercussions logiques et douloureusement humaines qui s'ensuivent), et conclut par :

« Cette enquête a montré qu'un certain nombre de médecins ont une pratique du déclenchement contraire aux données scientifiques témoignant peut-être d'un manque d'information. En revanche, une proportion importante de médecins réalise des pratiques non évaluées, voire non recommandées par les experts. » (2)

Six médecins sur dix (2) n'ont pas répondu à cette enquête, ce qui laisse dans le doute quant à la proportion exacte de médecins qui utilisent les pratiques sujettes à caution. Trois points précis ont été retenus ici, qui mettent en relief le non respect de certaines conditions.

2.2.1. L'indispensable consentement éclairé de la patiente

Le consentement éclairé* - condition incontournable du déclenchement de convenance – implique que la patiente ait reçu une information objective et complète sur le sujet, information qui doit lui permettre de faire un choix en ayant les données requises. (1,2,3,7,8,9,13,14,15,22,23,24,25)

A/ Information : l'idéal

Le Code de Déontologie Médicale (25) stipule, article 35, que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose. »

L'A.N.A.E.S. (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation sur la Santé) précise, dans son manuel *Information des patients* (24) :

- « - Une information "loyale" est une information honnête
- Une information "claire" est une information intelligible, facile à comprendre
- Une information "appropriée" est une information adaptée à la situation du patient. »

Et elle ajoute :

« La pertinence de l'information s'apprécie de deux points de vue, subjectif et objectif : en tant qu'elle s'adresse à un sujet particulier, elle doit être adaptée à sa situation personnelle – elle doit concerner spécifiquement son état de santé et/ou sa maladie - mais l'information délivrée doit s'appuyer sur des informations fondées, dont le contenu objectif a été validé. » (24)

* A rappeler : le décollement des membranes, une technique de déclenchement utilisée par certains praticiens, est parfois pratiqué SANS la moindre information et donc SANS le moindre consentement de la patiente.

B/ Information : la réalité

Information loyale

- Est-ce qu'un médecin qui travaille dans une structure dont la pierre de touche est la programmation peut informer loyalement sa patiente, indépendamment de ses convictions et intérêts ?
- Est-ce qu'un médecin qui ne pratique pas le déclenchement de façon usuelle peut informer loyalement une patiente désirant recourir à cette technique ?
- Est-ce qu'un médecin spécialisé dans un domaine – l'obstétrique – peut informer loyalement sa patiente des répercussions de ses actes dans un domaine qui n'est pas le sien – la psychologie par exemple ?

Il importerait donc que le gynécologue-obstétricien signale qu'IL N'A PAS ETE FORME DANS LE DOMAINE DE LA PSYCHOLOGIE, ET QU'IL EXISTE DES SPECIALISTES QUI ONT ETUDIE LA QUESTION ; plutôt que de dire : « Il n'y a pas de répercussion psychologique » dire : « Je ne sais pas les retentissements psychologiques que cela peut avoir, je n'ai pas été formé à cela, ce n'est pas mon domaine... »

Information claire

L'A.N.A.E.S. dans son manuel (24), insiste :

« L'information que le médecin, en tant que professionnel, communique au patient a pour fonction de permettre à ce dernier de faire un choix en toute connaissance de cause. Aussi, pour atteindre ce but, doit-elle être compréhensible pour une personne non spécialiste. Or, si les Sociétés Savantes*, à l'instigation du Conseil de l'Ordre, se sont massivement engagées à créer des documents d'information, ces derniers, dans une majorité écrasante réunissent des informations peu accessibles pour une personne qui n'a pas les compétences médicales requises. »

Information appropriée

Le "Panel des Experts", réuni lors des "Premières rencontres nationales sur la programmation de l'accouchement" (1), précise :

« Concernant le moment électif d'information de la patiente, une enquête a pu montrer que, en début de grossesse, environ 2/3 des patientes se montraient plutôt hostiles à un déclenchement, et que après une information collective au cours du 7^{ème} mois, 2/3 y devenaient favorables et 95% à proximité du terme. »

En conséquence de quoi, ce "panel" conseille :

« une simple proposition, à un moment propice (vers la fin de la grossesse) en expliquant de façon exhaustive le protocole du déclenchement, et en faisant relayer l'information par les sages-femmes, au cours des séances de préparation à l'accouchement et/ou des séances de monitoring du 9^{ème} mois. » (1)

* Associations, Sociétés, Collèges, Syndicats, Fédérations... regroupant les professionnels de la santé d'une spécialité donnée.

Sachant que :

« Le troisième trimestre de la grossesse se caractérise par un inconfort physique et psychique pénible. Son corps commence à la gêner. Elle a des difficultés de sommeil, liées en partie à l'anxiété et aux pensées multiples qui l'assaillent : peur de l'anormalité, peur de l'inconnu, peur de l'imprévu, peur d'accoucher seule, peur de l'accouchement, de la douleur, de la séparation, peur de la mort... les peurs qui l'assaillent, elle les communique à son entourage, le conjoint, la famille ne peuvent rien faire.

L'équipe médicale, elle, peut faire quelque chose. Elle peut provoquer l'accouchement pour écourter son attente.

Si on suggère* le déclenchement du travail à une femme prise dans le torrent de son angoisse, elle va s'accrocher à cette planche pour s'en faire un radeau. A fortiori, si on la lui propose comme étant la garantie d'un accouchement en toute sécurité, elle ne pourra qu'accepter avec docilité. » Béatrice Alexandre. Psychanalyste, Docteur en Psychopathologie clinique. (21)

L'information sur le déclenchement à ce moment précis est particulièrement appropriée... pour l'équipe médicale, car c'est là qu'elle peut emporter le plus facilement l'adhésion de sa patiente. (1)

Mais est-elle appropriée pour la patiente ?

Est-il approprié de répondre "déclenchement" à une femme qui questionne sur la certitude "d'avoir" une péridurale ?

« La réputation de "déclencheur" d'un établissement draine par ailleurs inmanquablement une population très demandeuse d'anesthésie péridurale. » (1)

« Est-ce que répondre à toutes ces demandes par des moyens techniques, est-ce d'abord répondre à la vraie question posée, et n'est-ce pas être le complice d'arrangements qui n'ont rien à voir avec le respect de la vie in-utero de ce petit être qui, en réalité, n'est tout simplement pas prêt à sortir ?

Répondre à la demande de déclenchement, répondre à la demande de péridurale, sans avoir sérieusement examiné les cas, c'est exercer un pouvoir médical abusif. » C. Bergeret-Amselek, psychanalyste. (33)

Validation du contenu objectif de l'information

Le "Panel des Experts" (réuni lors des Premières rencontres nationales sur la programmation de l'accouchement (1)) reconnaît :

« L'absence d'arguments scientifiques réels permettant de valider la méthode d'un point de vue strictement médical, en dépit de l'absence d'effets délétères dans des conditions de pratique bien déterminées. »

Le déclenchement de l'accouchement n'est donc pas une méthode qui puisse être validée au niveau strictement médical, et dont "l'innocuité" (selon les apparences et à court terme) dépend de conditions de pratique bien déterminées, conditions qui ne sont pas respectées dans un nombre certain de cas (au moins 1/3). (2,3,4)

* Il y a tant de manières de « suggérer » ! Une de celle qui fonctionne le mieux fait appel à des notions de normalité et de sécurité : « ...votre enfant semble gros... le périmètre crânien est au-dessus de la moyenne... il est mal positionné... les choses ne semblent pas se présenter normalement... »

Jouer sur l'éventualité d'un problème pouvant évoluer défavorablement est une méthode de suggestion nocive mais efficace qui peut permettre au médecin d'obtenir le consentement de la patiente...

Ces quelques réflexions démontrent bien qu'entre l'idéal et la réalité du "consentement éclairé" de la patiente, basé sur une information objective, il y a un nombre élevé d'écarts, qui obligent parfois la patiente à une décision qu'elle n'aurait peut-être pas prise d'elle-même.

D'autant plus qu'un autre facteur pèse lourdement sur ce "consentement éclairé" : l'établissement choisi.

C/ Le choix du lieu de l'accouchement

Certaines maternités ont opté pour une politique de programmation des naissances. Toutes les parturientes qui viennent dans ces maternités le font-elles pour cette raison ? Non. D'autres raisons, n'ayant rien à voir avec le déclenchement ni avec la péridurale, conduisent ces femmes : la distance géographique est une de ces raisons.

Avec la fermeture de nombreuses maternités, le choix de la parturiente se réduit comme peau de chagrin. Et si ce n'est pas l'équipe médicale qui accouche, une femme peut difficilement accoucher CONTRE l'équipe médicale... surtout que le raisonnement de certaines équipes s'appuie sur ces fermetures, pour justifier la programmation par le surcroît de travail provoqué par l'afflux de ces nouvelles patientes, et l'éloignement de ces dernières. (2,21)

L'enquête de périnatalité de 1998 (30) a relevé que 10% des femmes avaient aux alentours de _ heure de route pour aller accoucher, et 1% (soit entre 7000 et 7500 femmes) UNE HEURE et plus...

D/ En guise de conclusion provisoire

« Moins la notion de soin est impérative aux yeux du juge, plus le risque d'implication du médecin est fort. On parle alors d'obligation de moyens "renforcée" pour le médecin. Ce dernier est impliqué directement car le déclenchement constitue un "contrat" avec la patiente. Il est donc impératif de le respecter. » (1)

L'une des conditions de ce contrat est l'information.

Or, l'information donnée aux patientes en vue d'obtenir leur consentement répond EXACTEMENT à ce besoin de l'équipe médicale : OBTENIR LE CONSENTEMENT de la patiente*, consentement QUI NE PEUT ETRE ECLAIRE au vu des conditions dans lesquelles cette information est délivrée... et au vu du contenu de cette information, qui ne peut être validée d'un strict point de vue médical.

« Vraisemblablement, dans beaucoup trop d'établissements, les explications données sont insuffisantes et ne permettent certainement pas à la patiente de choisir en toute objectivité. Ne pas offrir le choix des pratiques obstétricales, en l'absence de toute pathologie, n'est pas acceptable car on ne peut pas dans ces cas respecter les désirs les plus élémentaires des patientes. » Dr. B. Maria, gynécologue-obstétricien, président du C.N.G.O.F.

« Je pense que tôt ou tard, médecins et sages-femmes auront pour rôle de faire accepter au public les raisons de ces nouvelles dispositions (la programmation de l'accouchement), dans la mesure où elles font partie du progrès qui assure un maximum de sécurité à la mère et à l'enfant. » M.H. de Bellegarde, sage-femme (21)

Vous avez dit consentement ? Au moins les choses ont le mérite d'être claires !

2.2.2. Respect de la maturité du col (1,2,3,4,6,8,9,13,21,22,26)

« Il est évident que le déclenchement artificiel ne reproduit pas les mécanismes naturels du déclenchement. Il est multifactoriel ; les techniques qui induisent le travail n'agissent que sur certains paramètres. Elles risquent d'induire des dysharmonies – ce qui peut se traduire par des anomalies de la dilatation ou un allongement de la durée du travail. Cet effet non physiologique des techniques d'induction (artificielles du travail) explique les échecs, surtout lorsque les phénomènes de maturation cervicale ne se sont pas produits. » (22)

1/3 des médecins ayant répondu à l'enquête nationale sur le déclenchement (2) reconnaît pratiquer un déclenchement de convenance malgré un col défavorable (donc lorsque les phénomènes de maturation cervicale ne se sont pas produits). Ce qui revient à tenter d'allumer un feu avec des allumettes et du bois trempés.

Le col favorable (ou mature) ou non favorable (ou non mature) est déterminé dans cette enquête selon le "score de Bishop" - apparemment le moins sujet à caution – qui reprend un certain nombre de paramètres (évalués au toucher) pour déterminer approximativement le degré de maturité du col.

« Malheureusement, aucune technique objective ne permet à l'heure actuelle de dire si un col est suffisamment mûr ou non. » (22) !!!

Le déclenchement de convenance est donc un acte médical lourd, sans justification médicale. Il ne semble sans effet délétère (en apparence et à court terme) que si un ensemble de conditions strictes est respecté.

Une de ces conditions est la maturité du col (ou col favorable).

Et il apparaît qu'AUCUNE TECHNIQUE OBJECTIVE NE PERMET DE DETERMINER SI CETTE CONDITION EST RESPECTEE ...

2.2.3. Respect des techniques de déclenchement

Concernant les techniques de déclenchement, ce rapport signale qu'un certain nombre de médecins qui ont répondu à cette enquête sur le déclenchement (2) utilisent :

- ou des produits et méthodes qui ne sont plus recommandés actuellement (plus de 20% des médecins) (2)
- ou des produits dont l'évaluation n'est pas terminée et qui n'ont pas reçu d'autorisation de mise sur le marché pour cette indication (17% des médecins). (2)

2.2.4. Ce qu'entraîne le non-respect de ces conditions (1,2,3,4,6,13,22,23,38,39,40)

En théorie,

« Il n'est pas dans l'ordre de la mission d'un médecin qui est d'apporter des soins, d'exposer son patient à ce genre de risques sans justification d'ordre thérapeutique proportionnée. » (22)

Mais en pratique, le non respect d'un certain nombre de conditions (voir point 2.1.) entraîne :

A/ Pour la mère

- Echec du déclenchement* (1,2,3,4,6)
- Travail plus long (1,2,3,4,6,22,23)
- Augmentation des césariennes, des extractions instrumentales, des révisions utérines (1,2,3,4,13,22,23,38)
- Majoration des risques d'hypertonie et d'hypercinésie utérine (2,4,9,22)
- Augmentation des risques infectieux (allongement de la durée du travail et multiplication des actes intrusifs) (1,4,13,22)
- Augmentation des hémorragies de la délivrance. (9,15)

B/ Pour le fœtus

- Augmentation des souffrances fœtales (1,4)
- Augmentation des détresses respiratoires après extraction (13)
- Augmentation des ictères néonataux (9,16)

« Ces troubles peuvent induire une séparation d'avec la mère et donc entraver l'établissement du lien d'attachement, ce qui implique l'installation dès la naissance d'une souffrance psychologique... le nombre croissant de bébés souffrant de reflux gastro-oesophagien, par exemple, avec son cortège de désagréments, de douleurs et de contraintes ne serait-il pas une conséquence directe de cet interventionnisme iatrogène ? » C. Marie, psychologue clinicienne

Et, conséquence non médicale d'un acte lourd sans justification médicale... une croissance exponentielle de procès d'obstétriciens, freinant le recrutement de jeunes médecins à cette spécialité, obligeant donc les obstétriciens à gérer de plus en plus de patientes... donc à gérer au plus court le temps passé avec chacune, à programmer son emploi du temps... et les accouchements.

3/ AVANTAGES ET INCONVENIENTS

3.1. Pour l'équipe médicale (1,3,4,8,13,21,26,33,38)

L'intérêt de la programmation est évident... en ce qui concerne l'équipe médicale, aussi bien au niveau humain, ** qu'économique et juridique.

* « Et quand une tentative de déclenchement échoue, cette tentative s'est faite au prix de nombreuses contractions inutiles, perçues cependant par le fœtus et sa mère, et un tel échec entraîne le plus souvent la reprise rapide d'un autre essai. » Dr. P. Cesbron

** Niveau humain s'entendant ici comme suit : dans la mesure où le travail est plus planifié donc beaucoup plus "régulier", et où le rythme jour/nuit du personnel de santé (médecins, sages-femmes,...) est mieux respecté, il y aurait amélioration globale des "ressources humaines", de la disponibilité (psychologique et physique) de ces dernières et de ses capacités professionnelles.

Du côté humain et économique :

- Meilleure gestion du temps de travail
- Disponibilité accrue de l'équipe... dans les jours et heures ouvrables
- Accès facilité aux laboratoires d'analyse et cabinets de radiologie... dans les jours et heures ouvrables
- Meilleure gestion du remplissage des chambres, rentabilité optimisée...

« Il est toujours difficile de parler des avantages organisationnels du déclenchement. En effet, lorsque le sujet est abordé, il se trouve toujours des personnes qui pensent que si les obstétriciens déclenchent les accouchements, c'est parce qu'ils ne veulent pas se lever la nuit* ou parce qu'ils veulent partir en week-end tranquille. » (1)

Et les personnes qui pensent cela se trompent-elles vraiment beaucoup ?

A preuve :

« Il arrive que des établissements réalisent une tocolyse** (arrêt des contractions) en fin de nuit, pour pouvoir déclencher le lendemain matin. » (1)

Donc, certains hôpitaux ou cliniques stoppent le travail de l'accouchement quand il ne se produit pas au bon moment... pour eux. Et le relance quand cela les arrange...eux.

SANS COMMENTAIRE.

Du côté juridique :

« L'irruption dans le domaine médical, de la crainte du juge, de la menace médico-légale de la sanction si l'on peut reprocher au médecin un acte jugé a posteriori indispensable, est la raison la plus fréquemment alléguée, et de ce fait le plus souvent réelle, de l'inflation des actes. Faire un acte de plus, ou 10, ou 20, ou 100, ou 1000 de peur qu'un seul qui n'aurait pas été fait et que l'on pourrait lui imputer à faute, voilà le sens qui est imposé dans notre société aux pratiques médicales autour de la naissance. Voilà la raison consciente de l'inflation des actes médicaux au cours d'un événement naturel, fondamentalement non pathologique. » Dr. C.E. Tourné (38)

Cependant... cette médaille ne porte-t-elle pas un revers ? De même qu'une patiente peut reprocher à un médecin de ne pas avoir fait un acte jugé nécessaire a posteriori, est-il possible pour elle de lui reprocher d'avoir fait trop d'actes... quand cela n'était pas indispensable ?

N'y a-t-il pas une juste mesure entre le TROP à potentiel fort d'iatrogénicité, et le pas assez à potentiel faible de risques ?

* « Dans le secteur public, il y a moins de personnel disponible de nuit, qui serait donc potentiellement plus à risque que le jour. » C. Isola, sage-femme.

** « Une tocolyse n'est efficace que si le travail n'est pas réellement débuté. » Dr. P. Cesbron

3.2. Pour les principaux intéressés

3.2.1. La mère, le père

A/ Avantages (1,3,4,7,8,9,13,21,24,33,38)

L'avantage que peuvent retirer les parents d'un déclenchement de convenance est organisationnel ; tout peut être planifié : les éventuels aînés confiés, le père présent s'il le désire, départ dans le calme...

L'avantage pour la mère semble être psychologique : la "certitude" de la péridurale, et l'impression de "maîtriser" le cours des événements semble apaiser (ou déplacer (33)) son angoisse...

Maîtrise et sécurité sont les promesses du déclenchement de convenance..

QUEL EN EST LE PRIX ?

B/ Retentissements psychologiques

« L'obstétrique semble être le seul domaine de la santé où on veut imposer aux gens bien portants les techniques de soins destinées aux malades... Quelles sont les conséquences de ce comportement généralisé?... on ne peut faire l'impasse des conséquences du fait qu'on les transforme de facto en malades potentiels... qu'on les force à vivre le phénomène naturel de la mise au monde comme une maladie ou à tout le moins un moment périlleux. Et chez une personne bien portante, cela ne peut pas ne pas avoir de retentissement sur son équilibre, donc sur sa santé. » Dr. C.E. Tourné (38)

En entrant dans ce système les parents, et surtout la mère, abdiquent toute responsabilité et toute prise en charge par elle, par eux, de la naissance de leur enfant.

La parturiente ne devient qu'un utérus plein, à contrôler constamment et vider le plus proprement et le plus rapidement possible... et presque personne pour lui, pour leur dire que la sacro-sainte sécurité, au nom de laquelle de nombreux excès sont commis peut être compromise par ce désir de tout contrôler, et que de nombreux obstétriciens résolvent magistralement les problèmes qu'ils ont eux-mêmes causés.

Et se remettre entièrement à un tiers, fût-il médecin, pour un événement aussi important n'expose-t-il pas à des déconvenues, quand l'illusion de la toute puissance médicale rencontre la réalité ?

« L'enfant qui ne correspond pas exactement aux critères de perfection réelle ou fantasmée sera mal accepté, voir rejeté. Le médecin qui n'a pas dépisté "l'anomalie" devra assumer la responsabilité du préjudice... "L'anomalie" est évidemment appréciée dans le contexte socioculturel... par exemple en Inde, le sexe féminin est une "anomalie" suffisante pour justifier un nombre incalculable d'interruptions de grossesses... » Dr. C.E. Tourné (38)

« Tout se passe comme si l'homme ne savait plus laisser faire, comme s'il ne se laissait plus aller à voir, entendre, sentir. Il ne veut plus patienter, il ne veut plus risquer, il ne veut plus subir : il veut que les choses soient comme il l'entend et comme il a prévu qu'elles soient. La Maîtrise, armée de la technique et de ses pouvoirs, secondée par la moralité et ses soupçons, entourée de ses financiers et de ses contrôleurs, appelle à des actions de plus en plus diverses, qui, pour être le plus souvent novatrices, n'en sont pas moins maltraitantes. » Dr. C.E. Tourné (40)

Maltraitantes pour la mère, la dépossédant totalement de sa capacité à “aider naître” son enfant, jetant ainsi une ombre sur sa capacité maternante et sur le lien qui devra s’établir entre elle et son enfant dans les premières heures, afin de permettre un développement le plus harmonieux possible de leur relation.

Un accouchement réussi, se rapprochant de ce que la parturiente espérait vivre peut se révéler comme un élément essentiel et extrêmement vitalisant pour celle-ci. Par contre, un accouchement “non vécu” (comme il peut parfois l’être, étant déclenché et SUBI sous péridurale), donc non inscrit dans la chair et l’esprit peut avoir des répercussions psychologiques et physiques nocives sur la mère, le couple, l’enfant pendant longtemps.

« Dans cette parentalité naissante (au moment de l’accouchement) psychologiquement si fragile^{*}, il est primordial que les parents se sentent “acteurs de la naissance” c’est-à-dire qu’ils agissent. Il ne s’agit pas, au nom d’une douleur ou des douleurs de l’enfantement, de rayer, de supprimer du corps conscient et inconscient, ce moment de l’accouchement si riche en sens, et si important pour la relation mère enfant à venir. Est-ce un hasard si on assiste depuis quelques années à la multiplication des péridurales et donc d’épisiotomies, et à un nombre sans cesse croissant de parents démissionnaires, avec tous les “dégâts” que cela occasionne pour la structuration psychoaffective de l’enfant ? » (38)

C/ Médicalisation de l’accouchement

Le déclenchement de l’accouchement implique en règle générale : (1,2,3,4,6,7,8,13,21,22,26,38)

- d’être à jeun depuis la veille et ce jusqu’à deux heures au moins après la naissance
- la rupture artificielle et précoce de la poche des eaux (il n’y a pratiquement pas de souffrances fœtales tant que la poche des eaux est intacte. Sa rupture implique le risque d’en provoquer. F. Dauphin, sage-femme)
- la pose d’une perfusion d’ocytociques, lesquels provoquent souvent des contractions plus violentes, plus fréquentes, moins bien supportées
- la pose d’une péridurale :
 - . qui peut être source d’effets secondaires et iatrogènes, de désagréables à graves, et plus ou moins durables (12,13,14,20,36,38)
 - . qui provoque une augmentation d’anomalies du rythme cardiaque fœtal, du risque d’extractions instrumentales, d’épisiotomies, de déchirures périnéales graves (20) et de césariennes (plus une péridurale est posée tôt, plus grands sont les risques de césarienne (23) ; pour un déclenchement, elle est souvent posée dès le début du travail (1,4,6)...))
 - . qui contient des anesthésiques locaux, morphiniques, adrénalines, adjuvants... produits qui traversent la barrière placentaire, sont donc présents dans le sang du fœtus et possibles sources d’anomalies du rythme cardiaque fœtal et/ou de détresse respiratoire du nouveau-né. (12,13,38)

* Fragile parce que c’est LA le plus souvent que se posent les fondations des rôles de père, de mère, et que se nouent parfois les imbroglios qui empoisonneront le lien mère enfant et par là même la vie future du Naissant. (5,17,18,19,32,33,38,40)

Le déclenchement de l'accouchement provoque en outre :

- une augmentation AVEREE des extractions instrumentales (forceps, ventouses, spatules), (1,2,3,4,9,13,22,38)
- une augmentation des césariennes dans certains cas :
 - . sur cinq études (1991 à 1998) publiées, quatre montrent une augmentation des césariennes en cas de déclenchement (4)
 - . le seul auteur qui montre une baisse des césariennes en cas de déclenchement de convenance (4) – Boisselier, 1991) mentionne par contre un taux d'extractions instrumentales particulièrement élevé dans ce cas soit 38,6% (contre une moyenne nationale de 10 à 15% (30,31). Donc, dans ce service pratiquant une politique de programmation de l'accouchement, près d'un accouchement déclenché sur deux se termine médicalement : 38,6% d'extractions instrumentales + 6,4% de césariennes = 45%... (moyenne nationale : 30% (30,31))
- il y a aussi un certain nombre de déclenchements qui échouent (1,3)
 - . si l'accouchement était induit par pose de gel de prostaglandine, rien d'irréversible, il est possible ou de recommencer, ou d'attendre que bébé se décide
 - . par contre, si l'accouchement était induit par l'association ocytotiques + rupture de la poche des eaux, impossible de revenir en arrière : il faut que le bébé sorte, d'une façon ou d'une autre.

« L'accouchement met en jeu pour la mère toute une élaboration psychique dont il est la somatisation. Ses modalités vont influencer non seulement la qualité relationnelle à son enfant, mais à long terme, toute la vie de celui-ci.

En surmédicalisant, les connaissances actuelles montrent que nous faisons de la mère et de l'enfant des individus à risque psychique. » Marie-Hélène de Valors, sage-femme, sophrologue médicale (18)

D/ Bénéfices pour la mère du respect de la physiologie de l'accouchement

- « - préserver son intégrité en essayant de n'avoir recours à aucun médicament
- préserver son intimité et celle de son couple
- le gain de confiance en elle et son bébé
- les liens très forts tissés au cours de la triple naissance, d'une mère, d'un père et d'un enfant
- l'aptitude à mieux s'occuper de son bébé et passer plus de temps avec lui, par rapport aux accouchements médicalisés, surtout sous analgésie péridurale
- des allaitements qui durent plus longtemps
- moins de dépressions du post-partum
- moins d'épisiotomies et de difficultés à marcher, à s'asseoir
- moins de forceps et de césariennes, moins de séparations mère/enfant »

S. Bizieau, gynécologue-obstétricien (38)

« Et si la maman va bien... le bébé a de très fortes chances d'aller bien, lui aussi. Tout ce qui favorise le bien-être de la mère favorise le bien-être du bébé : il se développe mieux, et est très souvent moins sujet à tomber malade. » C. Marie, psychologue clinicienne

« Grossesse et accouchement sont en fait un passage psychique pour la mère bien plus important qu'on ne le pense, car il peut conditionner la relation à son enfant et par là-même la vie d'adulte de celui-ci. » Marie-Hélène de Valors, sage-femme, sophrologue médicale (17)

3.2.2. L'enfant

A/ Retentissements psycho/physiologiques*

« Cette naissance, en fonction de l'accueil, peut devenir soit le fondement de la conscience originelle, soit "empoisonner" chaque jour l'existence de l'individu. » Dr. Serge Bizieau (38)

De nombreuses études le démontrent, sans contestation possible: les conditions de naissance, au mieux "teintent" la vie de l'enfant puis de l'adulte qu'il deviendra de façon indélébile, au pire peuvent influencer de façon déterminante la manière d'être, d'appréhender la vie voire de la quitter, des Naissants – futurs citoyens.

(5,10,13,14,15,17,18,19,27,28,29,32,33,35,38,39,40)

Les obstétriciens sont responsables des dommages qu'ils pourraient causer à l'enfant qui naît (22). Mais ces dommages psychologiques, qui peuvent se révéler aussi ravageurs qu'un handicap physique ne sont absolument pas pris en compte.

« L'expérience de la naissance occupe une place centrale et fondatrice (dans la genèse de l'être). Quand la naissance a été difficile et/ou maltraitante, le psychisme et le corps conservent des marques profondes, qui se traduisent notamment par des angoisses, des tendances dépressives, des difficultés relationnelles, une mauvaise intégration du schéma corporel et une fragilité narcissique. Cette expérience première constitue une matrice mentale, physique et émotionnelle qui oriente de manière durable la structuration de la personne et sur laquelle viennent se greffer ses réactions ultérieures. » (40)

B/ Ce qui est en cause

- Les substances absorbées par la mère :

(voies orales, intraveineuse, intramusculaire, péridurale, respiratoire –protoxyde d'azote- ...), telles que anesthésiques locaux, morphomimétiques ou morphiniques (très utilisés en obstétrique),... (5,13,17,26,38)

* « Si nous sommes aujourd'hui toujours assez maltraitant, nous ne le sommes sans doute pas beaucoup plus que nos mères qui pourtant dans la plupart des cas respectaient leur enfant, l'aimaient, mais pourtant acceptaient qu'on le frappe dès ses premiers instants "pour le faire crier", le ficelle dans des langes serrés et inconfortables "pour le protéger" bien sûr ! » Dr. Paul Cesbron

Une mise en perspective historique, même si elle relativise nos comportements actuels, n'empêche en aucune manière de se battre pour les améliorer.

- Les hormones synthétiques :

(ocytocique, adrénaline, prostaglandine entre autres) qui empêchent la mère de fabriquer son propre équilibre hormonal et de le partager avec son enfant
(13,14,27,28,29,38,40)

« L'équilibre hormonal particulier dans lequel la mère et son enfant sont baignés dans l'heure qui suit la naissance est le fondement biologique de leur relation ». Doris Nadel – Sage-femme (40)

- Les conditions de naissance :

position couchée à plat dos pour la parturiente pendant des heures, écrasant par le poids de son utérus les vaisseaux qui alimentent le fœtus en oxygène, monitoring électronique durant le même laps de temps – dont l'utilité pas plus que l'innocuité totale n'ont été formellement démontrées* -, contractions maternelles cadencées par l'ocytocine synthétique – plus violentes que les contractions naturelles -, progression dans la filière pelvienne gênée, freinée, compliquée par la position de la parturiente, et 3 fois sur 10**, sortie par extraction instrumentale ou césarienne... (12,13,29,38,39,40)

- Les conditions d'accueil du Naissant :

il est extrait de sa mère, posé quelques minutes sur elle, puis arraché à elle***, doit subir sans explication des manipulations brutales, intrusives, douloureuses... et INUTILES dans la grande majorité des cas... (12,13,14,29,35,36,38,39,40)

Certains en MEURENT, de cet accueil. (V. Marie Thirion, p.68/69 (36))

« Quels repères sensoriels, affectifs peut établir un nouveau-né dans un hôpital, manipulé par de multiples mains gantées, soumis à une pléthore d'exams routiniers : section immédiate du cordon ombilical, pas de "peau à peau", ni caresses ni tétées précoces ? » Doris Nadel, sage-femme (40)

Le déclenchement CUMULE ces nombreux facteurs, majorant leurs effets nocifs par la NEGATION SANS APPEL du pouvoir de décision du Naissant. IL DOIT venir quand cela "arrange tout le monde". L'idée que lui, cela ne "l'arrange pas" ne semble effleurer personne. En agissant ainsi, on DENIE TOTALITAIREMENT son ressenti et sa capacité à faire face et à réagir. (32,33,35,38,39)

* « L'utilisation routinière du monitoring du rythme cardiaque fœtal n'a aucun effet mesurable sur la morbidité et la mortalité fœtales, à l'exception de la réduction du taux de convulsions néonatales... La complication la plus sérieuse du monitoring est l'augmentation du taux de césariennes et d'extractions instrumentales. En fait, le monitoring fœtal s'est largement répandu en pratique avant même d'avoir démontré son efficacité ou sa sécurité. » Dr. B. Maria – Gynécologue-obstétricien – Président du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français.

** Extractions instrumentales : 12,5% ; Césariennes : 17,5% soit 30% des accouchements (30)

*** « Eviter de les séparer... est capital, car le nouveau-né, privé de l'atmosphère maternelle, est en profonde insécurité –voire déraciné-, véritable germe d'instabilité, d'angoisse, dont l'enfant ne se guérit pas et qui le poursuit encore souvent à l'âge adulte. » Les Dossiers de l'Obstétrique, n°244

« Un enfant pour qui on décide du moment de sa naissance n'a déjà pas son mot à dire. La mère, par ce choix, montre sa volonté de décider à sa place, de finalement tenir peu compte de ses désirs. La mère, mais aussi le père, directement concerné, se placent dans une volonté de toute-puissance vis-à-vis de ce bébé » Corinne Marie, psychologue clinicienne (38)

C/ Corrélations et risques

Certaines formes d'autisme, l'*addiction* à certaines substances (opiacés, morphiniques, amphétamines), certains comportements délinquants, certains suicides plongent leurs racines profondes dans la naissance maltraitée.

Il ne s'agit pas de relations de cause à effet : un fœtus quatre heures sous protoxyde d'azote (via sa mère) ne deviendra pas systématiquement un drogué aux amphétamines. Ce sont des corrélations, association entre deux faits, plus fréquentes que si cela était dû au hasard.

Associations cependant non dépourvues de causalité : le protoxyde d'azote, par exemple, sensibilise aux amphétamines, et pas aux opiacés...

Mais ces corrélations sont si parlantes, si lourdes de menaces pour la société qui se prépare dans les salles d'accouchement...

Détail des répercussions étudiées

Cette liste est loin d'être exhaustive, malheureusement. (13,27,28,29,38,40)

. *Addiction* à certaines substances :

- Amphétamines :

Le protoxyde d'azote (ou gaz hilarant, respiré au masque durant les contractions) est un facteur de risque essentiel de l'accoutumance aux amphétamines. Les risques de dépendance sont proportionnels à la durée de l'exposition au protoxyde d'azote.

Etude : Jacobson B, Nyberd K, Eklung G et al. – Obstetric pain medical and eventual adult amphetamine addiction in offspring – Acta Obstet Scand – 1988 – 67 – 677 – 82

- Opiacés:

L'absorption par la mère durant le travail de ces substances, avec ou sans barbituriques, sensibilise le Naissant et majore les risques de dépendance aux opiacés à l'adolescence.

Etude : Jacobson B, Nyberg K, Gröndlabh L et al – Opiate addiction in adult offspring through possible imprinting after obstetric treatment – British Medical Journal –1990 – Vol 301 – 1067 – 70

- Suicide:

Les suicides par asphyxie sont étroitement associés à l'asphyxie à la naissance. Les suicides par moyens mécaniques violents sont associés à des traumatismes de naissance dus à l'utilisation de moyens mécaniques.

Etude : Jacobson B, Nyberg K et al. – Perinatal Origin of adult self destructive behavior – Acta Psychiat Scand 1987 – 76 – 364 – 71

- Suicide des adolescents:

Les recherches menées aux U.S.A. démontrent qu'un problème respiratoire de plus d'une heure à la naissance est un facteur de risque spécifique du suicide de l'adolescent.

Etude : Salk L et al – Relationship of maternal and perinatal conditions to eventual adolescent suicide – Lancet – March 16 1985 – pp. 624-627

- Autisme:

Un hôpital japonais déclenchait systématiquement toutes ses parturientes et administrait un cocktail médicamenteux préparatoire la veille, composé de valium et pentobarbital, et pendant le travail un mélange complexe de sédatifs, d'agents anesthésiants et d'analgésiques (valium, péthidine, protoxyde d'azote...). Un nombre élevé d'enfants nés suite à ces pratiques, sont atteints d'autisme.*

Etude : Hattori R et al – Autistic and developmental disorders after general anesthetic delivery – Lancet – June 1 1991 – 1357 – 8

Des recherches menées par un éthologue et son épouse sur l'autisme ont mis en relief un certain nombre de facteurs susceptibles de favoriser l'autisme: pose de forceps haute, naissance sous anesthésie, réanimation à la naissance, déclenchement du travail...

Etude : Tinbergen N, Tinbergen A – Allen and Unwin – London 1983

Une étude plus récente (1997) sur 184 enfants autistes met en évidence un déclenchement du travail de l'accouchement lors de leur naissance dans une moyenne de 23% des cas étudiés.

Etude : Fein D, Allen D, et al – Pitocin induction and autism – AM.J.Psychiatry 1997 – 154, 3 : 438 – 9

- Délinquance juvénile :

L'association de complications à la naissance et de la séparation précoce d'avec la mère ou du rejet maternel précoce est un facteur essentiel de délinquance juvénile violente.

Etude : Raine A, Brennan P, Medink SA – Birth complications combined with early maternal reject at age 1 year dispose to violent crime at 18 years – Arch Gen Psychiatry – 1994 – 51 – 984 – 88

D/ Bénéfices du respect de la physiologie:

« Quel est le bénéfice pour l'enfant du respect de la physiologie de l'accouchement ?

- de meilleurs scores d'Agpar par rapport aux accouchements médicalisés
- de meilleures performances neurologiques observées entre la naissance et le premier mois de la vie
- une sérénité et une impression de confiance absolue chez ces bébés qui pleurent moins
- un allaitement maternel plus long (8 à 9 mois)
- une moindre consommation médicale pendant la première année de la vie. » Dr. S. Bizieau (38)

* « Ce n'est pas tant l'accumulation inquiétante de toxiques que la séparation brutale d'avec la mère, doublée d'une transformation totale du fœtus en "objet à expulser", niant son humanité intrinsèque qui serait responsable de l'autisme ». J. Planckaert, psychologue.

4/ DES CHIFFRES

4.1. Rapport de périnatalité 1998 (30) et situation périnatale en France entre 1981 et 1995 (31)

Evolution générale des interventions médicales :

	1981	1995	1998
péridurale	3,9%	48,6%	58%
extractions instrumentales	11,4%	14,1%	12,5%
césariennes	10,8%	15,5%	17,5%
déclenchements	10,4%	20,5%	20,3%

- envol des péridurales
- baisse légère des extractions
- augmentation nette des césariennes
- stagnation des déclenchements

4.2. Rapport sur l'enquête nationale sur le déclenchement artificiel du travail (2)

Enquête réalisée auprès d'un quart des gynécologues-obstétriciens, soit 900 praticiens (tirés au hasard).

Sur 900 praticiens ayant reçu le questionnaire, seuls 400 ont répondu.

Selon cette enquête « le taux de déclenchement pour indication médicale est globalement stable, selon les facteurs liés à l'exercice, et c'est bien la proportion de déclenchements de principe qui est responsable de la variation du taux global de déclenchement ». (2)

Les taux de déclenchement sont très variables. Les facteurs influents semblent être :

- La région

Région	taux global de déclenchement	taux déclenchements de principe
<i>Sud-ouest</i>	27,9%	28,9%
<i>Sud-est</i>	24,8%	17%
<i>Paris</i>	24,3%	29,8%
<i>Ouest</i>	22,4%	27,4%
<i>Nord</i>	21,9%	26,7%
<i>Lyon</i>	18,3%	24,4%
<i>Est</i>	17,7%	19,8%

Paris, sud-ouest et ouest ont les taux les plus élevés de déclenchements de principe

- le type d'activité de la maternité

	taux global de déclenchement	taux déclenchements de principe
public	19,7%	19,7%
privé	30,2%	39,8%
mixte	20,9%	23,3%

Les taux globaux de déclenchement et de principe sont beaucoup plus élevés dans le privé.

- la taille de la maternité

	taux global de déclenchement	taux déclenchements de principe
<i>< 500 acc/an</i>	25,4%	25,7%
<i>500 à 1000 acc/an</i>	23,5%	29,8%
<i>1000 à 1500 acc/an</i>	24,4%	29,3%
<i>1500 à 2000 acc/an</i>	21,4%	20,3%
<i>> 2000 acc/an</i>	18,1%	19,2%

Les maternités pratiquant moins de 500 accouchements par an déclenchent plus mais plus pour des raisons médicales

Les maternités pratiquant de 1000 à 2000 accouchements par an déclenchent presque autant que les maternités pratiquant moins de 500 accouchements par an mais plus pour des raisons de convenance (1/3 du total).

- Le taux global de déclenchement

Plus le taux global est élevé, plus grande est la proportion de déclenchements de principe (ou de convenance).

Taux global de déclenchement	taux déclenchements de principe	taux déclenchements médicaux
<i>10%</i>	18%	82%
<i>10-20%</i>	22%	78%
<i>20-30%</i>	30%	70%
<i>> 30%</i>	50%	50%

A noter de surcroît la tendance actuelle à augmenter les indications médicales de déclenchements de l'accouchement (1,3,4,6,9,13,22).

4.3. Rapport des premières rencontres nationales sur la programmation de l'accouchement (1)

Très peu de chiffres dans ce rapport, mais percutants :

- une primipare sur trois est déclenchée
- une secundipare (femme qui accouche pour la deuxième fois) sur deux est déclenchée
- 2/3 des femmes sont hostiles au déclenchement en début de grossesse
- 2/3 des femmes y deviennent favorables (après une “information collective”...) au cours du 7^{ème} mois
- 95% des femmes y sont favorables (???) à proximité du terme... moment choisi pour rediffuser “l’information” sur la programmation... SANS COMMENTAIRES.

5./ QUELLES RESPONSABILITES ET POUR QUI ?

Il ne faut pas oublier que dans le développement de cette technique, chacun a sa part de responsabilité, que ce soit la société dans laquelle nous vivons, les médias, les parents, et bien sûr les obstétriciens et l’équipe médicale. Mais tout d’abord, il y a un éclairage incontournable du phénomène accouchement, bien qu’il soit souvent omis : la mise en perspective HISTORIQUE, qui peut expliquer bien des outrances.

5.1. Mise en perspective historique

« L’histoire de la naissance dans l’espèce humaine est marquée par des particularités extrêmes du développement de la vie, aboutissant à l’extrême fragilité des équilibres permettant la naissance. Il est donc essentiel de bien connaître la physiologie, et comme le signale (le docteur) Michel Odent à juste titre, elle est très mal connue par les soignants eux-mêmes, et les médecins en particulier. Les accoucheurs ne sont pas des physiologistes. TOUTE LEUR CULTURE EST BASEE SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PATHOLOGIE OBSTETRICALE. Et ces pathologies sont HISTORIQUEMENT marquées par les pires souffrances (les grandes dystocies mécaniques).

Aussi douloureux que soit ce constat, la prise en charge chirurgicale de l’urgence obstétricale a sûrement voilé, obscurci, rendu difficile l’accès à la connaissance des mécanismes physiologiques de la naissance.

L’une des causes qui entraîne si facilement les femmes dans l’acceptation du déclenchement de principe est l’histoire de la naissance, si profondément marquée par les aléas mortels de son déroulement spontané.

La mortalité maternelle et périnatale étaient autrefois en grande partie liées aux conditions générales de vie des femmes : malnutrition, grossesses répétées, grossesses non désirées, pathologies osseuses, rachitisme, tuberculose ostéo-articulaire, poliomyélite, conséquences non traitées de luxations congénitales de la hanche... aujourd’hui largement transformées dans les pays occidentaux (et seulement occidentaux).

C’est, il me semble, ce passé difficile, souvent malheureux, maltraitant à bien des égards, tant pour la femme que pour l’enfant, qui explique cette soumission à la “toute puissance” médicale. C’est aussi, du côté du corps médical et pour des raisons qui ne sont pas liées à la seule volonté de puissance, cette crainte extrême de l’accident “toujours possible” qui explique, sans le justifier, cet activisme à bien des égards menaçant. » Dr. Paul Cesbron.

5.2. La société

« Le domaine de la santé constitue un marché, et un marché juteux. Les appareils utilisés pour le dépistage, le diagnostic et le traitement sont extrêmement coûteux et les prix pratiqués pour ces matériels sont pharamineusement disproportionnés avec les coûts de production. Il suffit qu’un matériel, un appareil, un meuble soit utilisé dans le domaine médical pour que son prix soit multiplié par d’incompréhensibles facteurs. L’apparition des matériels à usage unique, et leur usage imposé par le règlement a fait monter encore de plusieurs crans le coût de la santé.

Comme chaque fois qu’il s’agit de justifier par le raisonnement l’injustifiable, les arguments utilisés sont naturellement puisés dans le domaine de la sécurité. Ils visent à faire jouer les

réflexes sécuritaires. La sécurité du médecin, face au risque médico-légal impose la multiplication des actes. La sécurité de la mère et de l'enfant exige la mise en œuvre de tout un éventail de techniques. Les moyens de communication en rajoutent à l'envi.

Dans la société hiérarchisée qui est la nôtre, il serait bien surprenant que cela ne se fasse pas au profit des dominants. On notera au hasard que grâce aux interpénétrations de capitaux, ce sont les mêmes qui fabriquent les matériels, qui les vendent, qui prêtent l'argent servant à les acheter (et qui encaissent les agios), qui rachètent massivement les lieux de santé privés. Ce sont les mêmes qui détiennent les moyens d'information propres à imposer les comportements sociaux qui les arrangent. La formation et l'information des médecins et du public vont dans le même sens. » Dr. C.E. Tourné. Gynécologue obstétricien (38)

5.3. Les médias

« Que penser du conditionnement qui nous conduit à voir dans l'accouchement seulement "un mauvais moment à passer" ? Plus vite c'est, mieux c'est, nous dit-on. De sorte qu'on est obnubilée par la douleur à fuir, à combattre et qu'on recherche plus un accouchement sans risques, sans crainte, sans douleur, presque sans rien, qu'un moment avec émotion. En réalité, c'est un des plus grands moments de notre vie, un temps unique à tous points de vue, et c'est sans aucun masochisme qu'il m'arrive d'envier celles qui partent, au petit matin, pour la grande aventure... » Bernadette de Gasquet (33)

Dans la littérature médicale "grand public", des journalistes conseillés par des médecins ou des médecins qui écrivent se sont fait les chantres de la programmation, contre "l'obscurantisme moyenâgeux" de ceux/celles qui osent refuser et remettre en cause certains "bienfaits" de l'obstétrique d'aujourd'hui.

Ces bateleurs version moderne présentent la programmation de l'accouchement de façon très sélective, esquivant les effets secondaires et toxiques, minimisant les répercussions sur le travail de l'accouchement, omettant les risques que comporte tout acte médical sans justification médicale, occultant complètement les répercussions psychologiques sur l'enfant, la mère, et le lien mère- enfant et ignorant ou voulant ignorer les retentissements ultérieurs (enfance, adolescence, âge adulte) des produits administrés et des actes effectués.

Par exemple :

- *article Internet, sur le site médical (gyneweb) mais accessible au grand public (8) :*

« ... la durée du travail n'est pas augmentée... »

« ... il n'y a pas d'augmentation du taux de souffrances pendant le travail, ni du taux de forceps. Le taux de césarienne est abaissé... »

Et ce médecin ne mentionne pas de références de travaux, d'études pouvant soutenir ses allégations.

- Déclenchement, pour qui, pourquoi ?

Magazine Neuf Mois n°5 – 09/2000 (7)

« La meilleure façon de faciliter l'accouchement est de le déclencher sous certaines conditions. »

Cet article, qui se veut objectif, commence son développement ainsi... il ne donne que des témoignages de déclenchements réussis et de femmes satisfaites de cette méthode... rien sur les déclenchements ratés, rien sur les problèmes réels qui peuvent surgir...

C'est de l'objectivité dirigée.

Dans ces articles, soit ouvertement prodéclenchement, soit avançant masqués sous couvert "d'information", pas un mot sur le psychisme du naissant – à se demander s'il existe – ni sur les multiples risques liés à cette méthode.

« ...l'évolution des idées répandues par les médias, moins soucieux de la rigueur, de la justesse et de la pertinence de l'information que de l'article à sensation ou de l'audimat, crée des demandes pas toujours motivées par le souci d'un avenir plus juste et plus intelligent. » Dr. J.M. Munos, gynécologue-obstétricien (13)

C'est de la désinformation, d'autant plus pernicieuse qu'elle s'adresse à des femmes en recherche de réassurance, et prêtes très souvent à se mettre aveuglément entre les mains de qui pourra leur garantir un accouchement "clés en mains".

« Si la médecine actuelle tente de proposer le déclenchement pour un accouchement sans surprise, comprenant "le kit complet", péridurale garantie, chambre réservée, je noterais aussi au passage, l'étonnement qui fut le mien en constatant que paradoxalement les sages-femmes et les médecins optent rarement pour le "kit complet" (déclenchement = sécurité) pour eux-mêmes ou leurs proches. » Béatrice Alexandre – Docteur en psychopathologie clinique – psychanalyste (21)

5.4. Les parents

« La naissance, c'est la mise en forme d'une responsabilité. » Dr. C.E. Tourné – Gynécologue-obstétricien (38)

Cette responsabilité peut être vécue ou non vécue, de façon très différente :

- des parents responsables et désireux de vivre mieux et plus activement la naissance de leur enfant, conscients également de l'indispensable recours à la médecine quand la physiologie dérape vers la pathologie... (à noter particulièrement l'essor de mouvements de tels parents – associés ou non à des professionnels – en Angleterre et en Allemagne depuis plus de 20 ans...)
- des parents qui s'en remettent pieds et poings liés à la médecine actuelle, souvent parce qu'elle paraît répondre à des angoisses et besoins profonds, et parce qu'elle semble les décharger de toute responsabilité envers ces événements lourds de sens que sont la conception, la grossesse et l'accouchement... (32,33,34,38,39,40)

Se rendent-ils compte qu'ils signent un marché de dupes, car rien et surtout pas la venue d'un enfant "conforme" n'est garantie à 100% dans la vie ; la vie est innovation, création... et risques.

Cette attitude de confiance aveugle et démesurée entraîne des déceptions, et ces déceptions peuvent se traduire devant les tribunaux... Ce n'est pas un hasard s'il y a aujourd'hui multiplication des procès faits aux obstétriciens.

Entre ces deux extrêmes oscille la grande majorité : indécise, suivant les mouvements des médias, souvent usagère, consommatrice exigeant des techniques – péridurales, déclenchements – non par besoin... mais simplement parce que ces techniques existent... et que ces usagères estiment "y avoir droit"...

Oui, le napalm existe, mais je ne m'en sers pas pour désherber les allées de mon jardin... ni d'un bulldozer pour cueillir des pâquerettes, ou d'un marteau pilon pour tuer une mouche...

Et le souci de la santé, du bien-être de l'enfant semblent complètement absents de ces démarches.

5.5. Les obstétriciens et l'équipe médicale

A/ Leurs arguments

« L'argumentation des tenants de cette conception de l'obstétrique (la programmation) est ouvertement basée sur trois axes principaux :

- le discours sécuritaire
- le discours "économique"
- les arguments lénifiants et démagogiques

LE DISCOURS SECURITAIRE dit : aujourd'hui, pour assurer la sécurité maximum de la naissance, il est indispensable de disposer d'une équipe pluridisciplinaire pour entourer l'événement et parer à toute éventualité : médecin accoucheur, pédiatre, sage-femme doivent être simultanément présents et disposer de toute la technologie de dépistage, de diagnostic et de traitement.*

LE DISCOURS ECONOMIQUE dit : il faut rentabiliser la présence simultanée de tous ces intervenants qui vont évidemment coûter cher aux structures de suivi qui les emploient. Il s'ensuit que les accouchements doivent se faire quand tout le monde est là. Comme il n'est pas question que tout le monde soit là en permanence, il faut programmer les accouchements aux heures et jours ouvrables. De plus, la rentabilisation du matériel exigeant un minimum de "débit", il faut supprimer les lieux de naissance de moins de 1500 accouchements.

LE DISCOURS DEMAGOGIQUE dit quelque chose comme : comme ça, le gentil papa pourra être là avec la gentille maman quand le gentil bébé sera extrait de son ventre etc. ... »
Dr. C.E. Tourné, gynécologue obstétricien (37)

* à quand la présence impérative d'un huissier de justice pour contrôler et estampiller l'accouchement conforme ?

B/ Information et pouvoir

Obstétriciens et patientes sont pris dans un parfait exemple d'asymétrie d'information – situation dans laquelle des individus disposent d'un savoir dont d'autres ne disposent pas. Dans ce cas, les “dépositaires/utilisateurs” des connaissances – ici les obstétriciens – disposent d'un champ d'action d'autant plus large que celui des “non informés” - ici les patientes – se rétrécit. (voir Henry Solans, maître de conférence en économie (37))

La protection des “non informés” contre d'éventuels abus (ou ressentis comme tels) issus de cet état de fait nécessite la mise en place et en application de tout un système de règles (Code de Déontologie Médicale par exemple), avec pour arbitre suprême la justice.

« Moins la notion de soin est impérative aux yeux du juge, plus le risque d'implication du médecin est forte ». (1)

C/ La programmation, vue sous cet angle

Dans le cas de la programmation de l'accouchement, la notion de soin tend à laisser place à celles de bénéfiques organisationnels (voir paragraphe 3.1.) et de toute puissance :

« Par rapport aux demandes de déclenchement directement formulées à l'obstétricien par les parents, certains répondent positivement sous prétexte qu'ils n'ont pas le droit de s'opposer au désir des parents. Quel leurre et quelle toute-puissance que de vouloir occuper la place de celui qui peut satisfaire la demande, la place du sujet “supposé pouvoir” exaucer le désir de l'autre ! » C. Bergeret – Amselek, psychanalyste (33)

Ces deux facteurs se conjuguent – sans doute avec d'autres – pour créer un AVEUGLEMENT, qui touche aussi bien:

- les pratiques obstétricales elles-mêmes, et leurs répercussions à court, moyen et long termes (5,13,14,15,18,19,28,29,32,33,34,35,36,38,39,40)
- les produits administrés d'une façon ou d'une autre à la parturiente durant l'accouchement, et leurs retombées à court, moyen et long termes (5,12,13,23,27,28,29,37,38,40)
- les recherches et études menées par d'autres branches médicales sur les deux points cités (5,13,17,18,19,28,29,38,39,40)
- les besoins REELS (indépendamment du conditionnement des médias) des femmes durant leur grossesse et leur accouchement (10,13,15,16,17,18,19,32,33,34,38,39,40)
- les nécessités physiologiques et psychologiques des naissants, nécessités qui sont le plus souvent bafouées aujourd'hui (17,18,19,27,28,29,32,33,34,35,36,38,39,40)

Exemple : « Selon ceux qui recourent régulièrement à la programmation de l'accouchement, cette pratique a des avantages médicaux évidents. » (1)

POUR QUI ?

6/ CONCLUSIONS

La société a le devoir de protéger et de garantir la sécurité physique de l'enfant qui naît. Mais si c'est au prix de sa sécurité psychologique et affective, au moins aussi importantes, alors je crains que quelque part, le Naissant ne soit pris dans un marché de dupes.

PETIT RAPPEL "HISTORIQUE"

Il y a moins de dix ans (1994), les prématurés et les nourrissons étaient encore considérés comme des être insensibles à la douleur ; leurs cris, leurs gestes convulsifs lors d'interventions médicales douloureuses étaient vus comme "des actes réflexes archaïques". (11)*

Il existe encore, inutiles espérons-le, dans certains services de chirurgie des "planches d'opération" en croix, spécialement conçues pour pouvoir y attacher fermement un prématuré ou un nouveau-né pendant une opération... Ces nourrissons étaient opérés A VIF, sans utilisation de quoi que ce soit qui puisse atténuer leur torture, sans précaution ni explication. Et il apparaît maintenant qu'ils sont plus sensibles que nous à la douleur (11).

Quel rapport me direz-vous ?

Quand je lis des articles médicaux sur le déclenchement de convenance, énumérant soigneusement tous les avantages que l'on peut tirer de cette technique, sans une seule seconde s'arrêter sur le SACCAGE pour l'enfant de ce MOMENT FONDATEUR entre tous : SA NAISSANCE, je retrouve exactement le même ton froid, docte, parfois légèrement méprisant de ceux qui expliquaient, il y a quelques années, que pas plus le nouveau-né que le prématuré ne pouvaient ressentir la douleur, car la myélinisation des gaines n'était pas terminée et ne pouvait donc conduire l'influx nerveux de la douleur...

Que peuvent peser le vécu inaccompli et mutilé d'une mère lors de la naissance de son enfant, la panique inhumaine d'un Naissant arraché à son être même face aux certitudes techniques, bardées de diplômes, fortes d'une dizaine d'années d'études d'un technicien médical impassible ?

Ce n'est pas au nom d'une nostalgie passéiste que je parle ici.

* . Fitzgerald M. Development of pain mechanisms. BrMed Bull 1991; 47: 667 – 75

. Congrès – A.G. Piquard: douleur chez l'enfant, questions – réponses:

- 94 : refus parental d'analgésie : étude rétrospective sur 6 ans
- 94 : les acteurs du déni
- 92 : la violence de la douleur chez l'enfant

. Souffrir à l'aube de la vie, mémoire présenté par Amande Béguin, sage-femme – voir bibliographie (11)

Il est hors de question de revenir en arrière, ni de rejeter les acquis de l'obstétrique. Il est question

- d'AMELIORER les conditions de grossesse et d'accouchement
- d'HUMANISER la naissance et les conditions d'accueil du Naissant
- de DIMINUER les interventions médicales* inutiles et iatrogènes

« Rien ne justifie beaucoup de nos gestes techniques qui cachent, trop souvent, nos difficultés à entendre et à respecter les parturientes. » Dr. B. Maria (10)

ET DONC

- de BAISSER les taux de morbidité/mortalité foeto-maternelles

Il est question de changement des mentalités, il est question de réduire les tabous et dogmes qui encombrant l'obstétrique, il est question de progrès.

Mais pas de ce progrès stérile, déresponsabilisant, porteur d'un potentiel élevé de nuisances à court, moyen et long termes, nuisances qui se répercutent par "effet domino" sur toutes les facettes de la vie, pas de ce progrès qui prend les bénéfices aujourd'hui et se moque des problèmes que cela crée demain, pas de ce progrès qui encourage à intervenir toujours plus, à tout régir, tout gérer... Pas de ce progrès qui sous prétexte d'organisation complique et abîme, qui sous prétexte de rentabilité saccage, qui sous prétexte d'économie déshumanise...

NON

Je parle de progrès qui CONNAIT (le processus de la naissance), de progrès qui RESPECTE (la physiologie), de progrès CONSCIENT de la genèse des événements et de leurs répercussions, de progrès AGISSANT uniquement à bon escient, et donc efficace dans ses actions...

UN PROGRES REELLEMENT SCIENTIFIQUE .

« Une obstétrique scientifique serait extrêmement économe de haute technologie... l'hypermédicalisation de l'accouchement est la conséquence d'une attitude non scientifique : l'attitude non scientifique inclut une incompréhension quasi culturelle des processus physiologiques. » Dr. Michel Odent (32)

Une obstétrique scientifique pèserait soigneusement

- le rapport risques/bénéfices
- le rapport incertitudes/certitudes **

* « (l'obstétrique) est avant tout une médecine de prévention et de dépistage. Il en résulte que son action doit surtout viser à ne pas perturber des phénomènes physiologiques... » Professeur Claude Racinet (20)

** « Les pratiques qui restreignent l'autonomie de la mère, sa liberté de choix et l'accessibilité à son bébé ne sont acceptables que si le bénéfice escompté a été dûment prouvé. » Professeur Claude Racinet (20)

Et, au vu des différentes études, enquêtes, rapports... une obstétrique réellement scientifique axerait ses actions sur :

LA PROPHYLAXIE :

- le travail formidable de sages-femmes, médecins, psychologues (et autres “psy”) le démontre continuellement : une partie conséquente des problèmes liés à la grossesse et à l’accouchement peuvent se résoudre par un travail soutenu avec les parturientes pendant la grossesse (14,15,16,17,18,19,32,33,34,35,38,39,40)
- la préparation à la naissance : une préparation sérieuse (non ce qui se passe souvent dans les hôpitaux, qui ne préparent qu’à se faire accoucher dans leur service, voire qui conditionnent à leurs pratiques – voir 2.2. et “information appropriée”), préparation destinée à expliquer la physiologie, mais aussi à rassurer et soutenir. Mais ce genre de préparation nécessite généralement plus que les six ou huit séances, et beaucoup d’investissement de part et d’autre. (13,1,15,16,17,18,19,32,33,34,35,38,39,40)

LE RENVERSEMENT D’UN CERTAIN NOMBRE DE TENDANCES

- considérer la grossesse et l’accouchement AVANT TOUT comme des actes physiologiques
- ne pas mettre continuellement l’accent sur les problèmes potentiels (dans les cabinets, les médias...)
- éviter de décrire, parler de, envisager l’accouchement comme “un mauvais moment” à passer mais comme la rencontre espérée avec quelqu’un qu’on attend depuis plusieurs mois, un moment unique, riche d’émotions et de sensations, une occasion rare de croissance...

L’INFORMATION

REELLEMENT claire, loyale et appropriée

L’ECONOMIE DES ACTES ET DES TRAITEMENTS

- n’agir qu’à bon escient, uniquement quand la situation humainement et/ou médicalement le nécessite...
- donner un sens à ses interventions, par une parole humanisante, aussi bien aux parents qu’au Naissant.

Dans les conditions de mise en place et d’application d’une obstétrique réellement scientifique, le déclenchement de convenance reviendrait à sa juste place, une technique parmi d’autres, un moyen qui existe et peut être appliqué... quand la situation l’exige.

Et la programmation ? La programmation de l'accouchement ne répond pas aux critères d'une obstétrique réellement scientifique. Et donc, à ce titre, n'aurait aucune place dans cette obstétrique.

« En fait, il ne faut faire que ce qui est nécessaire et utile. Le rôle des sages-femmes et des obstétriciens est simple et délicat : surveiller et 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. » Dr. B. Maria, gynécologue-obstétricien, président du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (10)

***IL APPARTIENT A VOUS, A MOI, A EUX
DE FAIRE ADVENIR UNE TELLE OBSTETRIQUE.***

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES

- (1) *Premières rencontres nationales sur la programmation de l'accouchement* – **La Presse Médicale** – 28 hors série – 1999
- (2) *Enquête de pratique nationale auprès des obstétriciens sur le déclenchement artificiel du travail* – F. Goffinet, R. Humbert et al. – **Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction** – 28 – 1999
- (3) *Dossier sur le déclenchement du travail (1)* – **Profession sage-femme** – 65 – 2000
- (4) *Dossier sur le déclenchement du travail (2)* – **Profession sage-femme** – 66 – 2000
- (5) *Une période à risque – La vie avant la vie* – **Sciences et avenir** – 1998
- (6) *Prescriptions en salle de travail – Thérapeutiques dans le déclenchement du travail* – F. Goffinet – **Gynécol Obst Fert** – 28 – 2000
- (7) *Déclenchement : les plus et les moins pour décider* – **Neuf Mois** – 5 – 2000
- (8) *Peut-on proposer la programmation systématique de l'accouchement ?* – C. Fossat – Site Internet Gynéweb – 2000
- (9) *Le déclenchement de l'accouchement* – **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 236 – 1996
- (10) *Accoucher et naître en l'an 2000* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 279 – 2000
- (11) *Souffrir à l'aube de la vie* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 286 – 2000
- (12) *La péridurale vue autrement* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 189 – 1991
- (13) *La médicalisation de la naissance en question* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 255 – 1997
- (14) *Le droit du patient hospitalisé à être acteur dans sa prise en charge (1)* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 281 – 2000
- (15) *Le droit du patient hospitalisé à être acteur dans sa prise en charge (2)* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 282 – 2000
- (16) *Étude de l'impact de la préparation de la naissance sur la grossesse et l'accouchement* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 284 – 2000
- (17) *Le versant psychique de la grossesse* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 287 – 2000
- (18) *Le versant psychique de l'accouchement* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 289 – 2000
- (19) *Préparation globale ou comment faciliter l'accouchement* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 291 – 2001
- (20) *Pratiques obstétricales validées et non validées en salle-de-travail* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 290 – 2001
- (21) *L'accouchement programmé* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 229 – 1995
- (22) *Responsabilité médico-légale et sécurité* - **Les Dossiers de l'Obstétrique** – 243 – 1996
- (23) *L'analgésie péridurale augmente-t-elle les risques de césarienne ?* – **Génésis** – 1999

DOSSIERS/FASCICULES

- (24) Recommandations pour la pratique clinique – Information des patients – A.N.A.E.S. – 2000
- (25) Code de Déontologie Médicale – 1995
- (26) Le déclenchement de l'accouchement – Conférence de consensus – C.N.G.O.F. – 1995
- (27) *La dépendance à la drogue peut-elle commencer à la naissance ?* **Bulletins de Recherche en Santé Primale** – Vol.I, lettre 1 – 1993
- (28) *Déroulement de la naissance et autisme* - **Bulletins de Recherche en Santé Primale** – Vol. V, lettre 2 – 1997
- (29) *Les conséquences à long terme de notre naissance* - **Bulletins de Recherche en Santé Primale** – Vol. VII, lettre 1 - 1999
- (30) Enquête périnatale 1998 – INSERM U149
- (31) *La situation périnatale en France* – **J Gynecol Obst Biol Reprod** – 26 – 1997

LIVRES

- (32) **Devenir parents en l'an 2000** – C. Bergeret Amselek – Ed. Desclée de Brouwer
- (33) **Le mystère des mères** - C. Bergeret Amselek – Ed. Desclée de Brouwer
- (34) **Bien être et maternité** – Bernadette de Gasquet – Ed. Implexes
- (35) **Grossesse et naissance** – Mille et Un Bébés – Ed. Erès
- (36) **Les compétences du nouveau-né** – M. Thirion – Ed. J'ai Lu
- (37) **Vidal** – 1999
- (38) **Evaluation des pratiques médicales autour de la naissance** – Dr. C.E. Tourné – Presses Universitaires de Perpignan – 1996
- (39) **Responsabilités, rôles et statuts dans la naissance** - Dr. C.E. Tourné – Presses Universitaires de Perpignan – 1997
- (40) **Naissance et maltraitance** - Dr. C.E. Tourné – Presses Universitaires de Perpignan – 1998

!!!!!! INTERNET RELAIE LES INFORMATIONS !!!!!

LES SITES INTERESSANTS ...

<http://naissance.ws>

LE site de référence en la matière, concernant les pratiques autour de la naissance et une réflexion autour des protocoles qui sont imposés, en dépit de la loi et du code de déontologie médicale.

<http://perinatalite.info>

Créé par Sophie Gamelin, Présidente de l'AFAR – Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté

<http://a.far.info>

Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté

Ce site fait le point sur les actions en cours, les actions réalisées, les projets ... et possède une base de données impressionnantes d'études médicales sur nombre de sujets qui touchent à l'accouchement.

http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/index.html

Le site où sont expliquées, démontrées et argumentées les pratiques fiables pour une maternité sans risques ... et où on se rend compte qu'en France, il est fait beaucoup de choses pas recommandées du tout.

<http://www.maternitywise.org/guide/>

Sur ce site vous trouverez gratuitement et en intégralité le best seller anglais sur les soins efficaces durant un accouchement : "A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth" ... en anglais malheureusement, écrit par des médecins.

Et encore

Une liste de discussion et d'échanges : la « liste-naissance »

<http://www.naissance.ws/adhesion.htm>

Le cyber-journal, bulletin d'information gratuit : « lettre-naissance »

<http://www.egroup.fr/join/lettre-naissance>