



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2015) 2(1), 38-47

Lu pour vous

Introduction

Cette section "Lu pour vous" accueille à nouveau des commentaires par certains membres du comité de rédaction des DM. Nous invitons cependant les sages-femmes qui auront lu un article qu'elles auront trouvé pertinent ou utile à partager à soumettre un commentaire pour les numéros suivants. Il serait particulièrement important d'avoir une panoplie d'articles qui pourraient intéresser les sages-femmes des différentes régions francophones.

Ce "Lu pour vous" vous propose un éventail important de sujet: la surveillance intrapartale, l'effet du type d'accouchement sur l'expérience de la mère, la place de la sage-femme dans un contexte socio-historique, certaines habitudes maternelles après une grossesse compliquée par un diabète gestationnel et, enfin, un commentaire sur la série publiée par le Lancet sur la violence faite aux femmes et aux filles. De quoi intéresser beaucoup de sages-femmes et les inciter à se procurer les documents originaux et à les lire en détail.

Petit détail - l'article de Paltineau intitulé "Midwives and Social Change in France" a bien été publié avec l'orthographe "midwives", ce qui est une erreur puisque sage-femme se traduit par "midwife" au singulier, mais par "midwives" au pluriel. Nous avons cependant gardé l'orthographe erronée parce que c'est ainsi que la revue concernée a publié cet article.

Bonne lecture !

Marianne Mead
Rédactrice en chef
Les Dossiers de la Maïeutique

National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth.* **NICE Clinical Guidelines 190 (guidance.nice.org.uk/cg190).** London: RCOG. [Surveillance intrapartale: surveillance des femmes en bonne santé et de leurs enfants au moment de la naissance]

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) est une institution britannique indépendante qui a pour mission d'analyser les données probantes issues de la recherche afin de publier des recommandations pour la pratique clinique et pour les recherches futures afin d'améliorer les pratiques de soins. Les guides cliniques de NICE - même s'ils ont une finalité nationale - ont de par la qualité et l'indépendance de leurs comités scientifiques un impact qui va au-delà des frontières du Royaume-Uni et sont souvent une référence pour d'autres pays qui n'ont pas les moyens de produire de telles recommandations.

NICE vient de mettre à jour son guide de recommandations cliniques pour les soins du per-partum pour les femmes enceintes à bas risque à terme (entre 37 SA et 41 SA + 6 jours). Le guide précédant datait de 2007. Le rapport comprend deux grandes parties : les recommandations cliniques et les recommandations pour la recherche.

Afin de mieux comprendre le contenu de certaines recommandations, il est important de connaître le système de santé britannique. Le *National Health Service* (NHS) est un système public financé directement par l'impôt et dont la mise en place, après la seconde guerre mondiale, en 1948, a posé comme principe l'accès gratuit aux soins. Chaque citoyen britannique qui souhaite bénéficier des prestations du NHS doit s'inscrire chez un médecin généraliste (*General Practitioner*, dit GP). Il constitue la filière d'entrée obligée dans le système de soins. Au Royaume Uni, les responsables du secteur de soins primaires ("commissioners") établissent des contrats avec les secteurs secondaires et tertiaires pour l'approvisionnement de contrats de soins pour leurs patients quand ceci est nécessaire. Ainsi les soins en maternité sont dispensés par le secteur secondaire et parfois tertiaire (soins intensifs pour nouveau-nés ou adultes), alors que la surveillance de la grossesse, accouchement et période postnatale/néonatale par les généralistes et sages-femmes travaillant en secteur primaire est financé directement par le secteur primaire.

Les recommandations sur les lieux d'accouchement sont principalement basées sur les résultats de l'étude Birth Place (2011) au Royaume-Uni et de Blix et al. (2012) en Norvège.

Recommandations principales du rapport de 2014 en matière de soins pour les femmes enceintes à bas risque (présentation céphalique à terme) :

• Lieu d'accouchement

Expliquer aux femmes multipares et nullipares qu'elles peuvent choisir n'importe quel lieu d'accouchement (à domicile, maison de naissances isolée, maison de naissances adossée, maternité hospitalière) et les soutenir dans leur choix quel que soit le lieu choisi :

- Informer les femmes pares et/ou multipares à faible risque que planifier leur accouchement à domicile ou dans une maison de naissance (isolée ou adossée à une maternité hospitalière) est particulièrement adapté pour elles car le taux d'interventions (césariennes, forceps ou ventouses, épisiotomie) y est plus faible et l'issue pour l'enfant n'est pas différente qu'avec une maternité hospitalière.
- Informer les femmes nullipares à faible risque que planifier leur accouchement dans une maison de naissance (isolée ou adossée à une maternité hospitalière) est particulièrement adapté pour elles car le taux d'interventions y est plus faible et le résultat pour l'enfant n'est pas différent qu'avec une maternité hospitalière. Expliquer que si elles prévoient d'accoucher à la maison, il y a une légère augmentation du risque (environ 4 pour 1000 naissances) d'avoir une issue défavorable pour le bébé. *[nouvelle recommandation 2014]*

Les responsables sanitaires ("commissioners") et les prestataires de soins doivent s'assurer que les quatre lieux de naissances sont accessibles à toutes les femmes (dans un environnement proche ou une zone voisine). *[nouvelle recommandation 2014]*

Les responsables sanitaires, les cadres et tous les professionnels de santé doivent s'assurer qu'une culture de respect existe dans chaque lieu de naissance et que la femme qui accouche soit considérée comme une personne vivant une expérience importante et émotionnellement intense. C'est-à-dire qu'ils doivent assurer que la femme garde le contrôle de ce qui se passe, soit écoutée et soit prise en charge avec compassion et que son consentement éclairé soit demandé quand approprié. *[nouvelle recommandation 2014]*

Le personnel cadre doit démontrer, à travers ses paroles et son comportement, sa capacité à parler de manière appropriée avec ou au sujet des femmes et de leurs compagnons et de leur choix en matière d'accouchement. *[nouvelle recommandation 2014]*

Les services de maternité hospitaliers devraient :

- fournir un modèle de soins qui permet d'assurer une prise en charge individuelle pendant le travail (une femme en travail = une sage-femme) et
- définir des normes de référence pour les prestations et identifier les sureffectifs ou manque de personnel à l'aide de modèles de planification des ressources humaines et/ou de ratios parturiente/sage-femme. *[nouvelle recommandation 2014]*

Les responsables sanitaires et les prestataires de soins doivent veiller à :

- créer des protocoles solides pour le transfert des soins entre les différents lieux d'accouchement
- avoir des trajectoires de soins claires pour assurer des soins continus aux femmes transférées d'une unité à l'autre, y compris :
 - lorsque les limites du prestataire de soins ont été franchies (quand on passe du secteur primaire au secteur secondaire/tertiaire - donc quand les contrats de soin et de prise en charge financière ne sont plus valables)
 - lorsque l'unité obstétricale et néonatale la plus proche est fermée ou lorsque la maison de naissance a déjà trop de parturientes *[nouvelle recommandation 2014]*

• Mesure du rythme cardiaque fœtal dans le cadre de l'évaluation initiale

Ne pas faire de monitoring à l'admission dans le cadre de l'évaluation initiale chez les femmes à bas risque en début de travail confirmé ou suspecté quel que soit le lieu d'accouchement. *[nouvelle recommandation 2014]*

• Interprétation du monitoring du rythme cardiaque fœtal

Ne jamais baser une décision clinique pour une femme en travail sur la seule base du monitoring. *[nouvelle recommandation 2014]*

• Première phase de l'accouchement

Ne pas proposer ou conseiller une intervention si le travail se poursuit normalement et si la femme et l'enfant vont bien. *[2007]*

• Troisième phase de l'accouchement

Après l'administration de l'ocytocine, clamber et couper le cordon :

- Ne pas clamber le cordon avant une minute (entre la naissance du bébé et le clampage) à moins qu'il n'y ait une préoccupation quant à l'intégrité du cordon ou que le nouveau-né présente un rythme cardiaque inférieur à 60 battements/minute et qui n'accélère pas.
- Clamber le cordon avant cinq minutes afin d'effectuer une traction du cordon dans le cadre de la gestion active de la délivrance
- Si la femme demande que le cordon soit clamped et

coupé après cinq minutes, la soutenir dans son choix.
[nouvelle recommandation 2014]

Pistes pour recherches futures proposées par le comité de rédaction du guide

• Impact de l'information donnée sur les lieux de naissance

Est-ce que la diffusion d'information adaptée et basée sur les preuves influence le processus de décision des femmes et le choix de leur lieu de naissance ? L'étude Birth Place a conclu qu'il était plus adapté pour une femme à bas risque d'accoucher en dehors d'une maternité hospitalière (moins d'interventions avec issues identiques pour l'enfant). Il est donc important de voir quel type de message et quelles personnes ont le plus d'influences sur les femmes ou sur les parents quand il s'agit de décider sur lieu de naissance.

• Conséquences à long terme du choix d'accoucher dans différents lieux

Quelles sont les conséquences à long-terme pour la mère et l'enfant selon le lieu d'accouchement. Les résultats directs que l'on pourrait mesurer sont la morbidité physique, la douleur après accouchement, les réadmissions, les infections, la morbidité psychologique (par exemple, la dépression postnatale, l'attachement, la séparation avec le conjoint, peur d'accoucher dans le futur) et les taux d'allaitement. Les résultats secondaires pourraient être l'impact de l'attachement en mère et l'enfant, l'obésité des enfants, les maladies auto-immunes, les maladies chroniques, les résultats scolaires, le fonctionnement de la famille.

• Education à propos de la phase latente du travail

Est-ce que l'amélioration de l'information et de la sensibilisation des femmes à propos de la phase latente du travail augmente le nombre de femmes nullipares qui attendent jusqu'à ce qu'elles soient en travail avant de venir à la maternité ou à la maison de naissance (ou d'appeler la sage-femme pour venir à la maison), par rapport aux femmes qui ne reçoivent pas cette information/sensibilisation? Le but de cette étude serait de comparer deux groupes de femmes primipares avec ou sans éducation ciblée sur la phase latente du travail. Les résultats directs mesurables seraient le mode de naissance, le vécu de l'accouchement et le bien-être physique et émotionnel de la femme après la naissance. Les résultats secondaires seraient l'utilisation de médicaments pour soulager la douleur, l'utilisation de l'ocytocine pour augmenter le travail.

• Hémorragie du post-partum

Quel est le traitement le plus efficace pour traiter une hémorragie primaire du post-partum ?
Il existe une incertitude sur les traitements

médicamenteux et les posologies les plus efficaces pour les femmes qui développent une hémorragie du post-partum. Le séquençage le plus efficace des interventions est également incertain. L'impact psychologique de l'hémorragie du post-partum pour les femmes peut être important; identifier l'approche qui minimise cet impact est important. Des essais randomisés contrôlés comparant des dosages et régimes différents pour l'ocytocine et le misoprostol, ainsi que des comparaisons avec l'ergométrine et le carboprost, sont nécessaires. Alternativement, un essai comparant l'efficacité d'une intervention complexe (par exemple, un volet éducatif, la séquence des interventions, un feedback immédiat avec amélioration de la qualité) par rapport à un traitement standard pourrait être entrepris. Les résultats à mesurer comprennent la transfusion de produits sanguins, le besoin d'une nouvelle intervention, le recours à une hystérectomie et les conséquences psychologiques pour la femme.

• Auscultation intermittente comparée au monitoring continu du rythme cardiaque fœtal

Quelle est la fréquence des problèmes évitables que le monitoring continu est sensé éviter chez des femmes à bas risque en début de travail ?

Est-ce que le monitoring du rythme cardiaque fœtal en continu quand des complications surviennent confère un avantage net par rapport à l'auscultation intermittente ? Il n'existe aucune preuve probante pour dire que l'auscultation en continue du rythme cardiaque fœtal pour toute la population ou pour une catégorie de femmes présente un avantage. Des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer le risque actuel (ou probable) de ce screening. Comme une recherche clinique sans monitoring en continu chez des femmes présentant un risque ou une complication serait considéré comme non éthique, la recherche devra être basée sur une modélisation utilisant les données et des hypothèses tirées de données existantes dans un certain nombre de pays (données historiques) qui enregistrent la fréquence de problèmes évitables causés par des complications survenant pendant le travail.

Cette mise à jour publiée le 3 décembre 2014 a eu beaucoup de retombées dans la presse britannique, mais aussi européenne, conduisant à des paradoxes dans l'actualité : d'un côté la célèbre et sérieuse institution NICE qui recommande l'accouchement à la maison ou dans des maisons de naissance pour les femmes à bas risque (Donnelly 2014) et la Cour européenne des droits de l'homme qui le 12 décembre 2014 donne raison à la Tchéquie en déboutant le droit de femmes tchèques à accoucher à la maison avec une sage-femme (Drechselová 2014).

Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the

Birthplace in England national prospective cohort. *BMJ*, 343;d7400.

Blix E, Huitfeldt AS, Oian P, Straume B, Kumle M (2012). Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. *Sex Reprod Health*;3;147-53.

Donnelly L (2014). Doctors are not needed at births, says NHS. *The Telegraph*. <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/11268679/Doctors-are-not-needed-at-births-says-NHS.html>.

Drechselová L (2014). Accouchement à domicile : la Cour européenne des droits de l'homme donne raison à l'Etat tchèque. *Radio Praha*. <http://www.radio.cz/fr/rubrique/faits/accouchement-a-domicile-la-cour-europeenne-des-droits-de-lhomme-donne-raison-a-letat-tcheque>.

Fabienne Richard
Sage-femme, MSc, PhD
Chercheuse invitée à l'Institut de Médecine
Tropicale d'Anvers, Belgique

Guittier MJ, Cedraschi C, Jamei N, Boulvain M & Guillemin F (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 254. DOI : 10.1186/1471-2393-14-254.

[Influence du type d'accouchement sur l'expérience de la naissance pour les mères de premier enfants : étude qualitative]

Parmi les développements essentiels de l'Evidence-Based Medicine & Midwifery figure une attention renouvelée à l'expérience des personnes soignées et à l'impact des soins sur le vécu émotionnel et sensoriel. Dans le cadre de la maternité, l'intérêt pour l'expérience et le vécu sensoriel et émotionnel de la naissance est d'autant plus important que celui-ci peut avoir des répercussions sur la période postnatale et le "devenir parents". Comme le relève les auteurs de cette étude, le vécu de la douleur et de la naissance n'est pas seulement influencé par des événements concrets, tels que les interventions obstétricales, mais s'inscrit aussi à l'intérieur d'un contexte culturel riche en représentations, en attentes et en normes. D'où l'importance de conduire des recherches explorant le vécu de la naissance dans les pays francophones, ici en Suisse romande. Ce type de recherche permet en effet d'obtenir de précieux feedbacks concernant la qualité des soins et leur perception par les femmes et les familles, ceci afin d'alimenter la réflexivité professionnelle et d'ajuster certaines pratiques.

Afin de mieux comprendre l'impact des modes d'accouchement sur l'expérience subjective de la naissance, les auteurs ont effectué une recherche qualitative par entretiens approfondis et enregistrés puis analysés avec l'aide d'un logiciel spécialisé. La recherche a fait l'objet d'une approbation par le comité d'éthique compétent et les 24 femmes primipares ont été recrutées à travers une procédure de consentement éclairé. Afin d'écouter des récits concernant des expériences de naissance aussi diverses que possible, les auteurs ont recruté des femmes ayant vécu des naissances

spontanées, avec ou sans analgésie, instrumentées par ventouse ou forceps, par césarienne élective ou en urgence. Des situations spéciales ont été exclues, telles que les femmes mineures, celle ayant un parcours en PMA ou attendant des jumeaux par exemple. Les femmes allophones ont malheureusement été exclues elles-aussi, alors que leur expérience serait particulièrement pertinente à connaître. En effet, la situation d'allophonie influence vraisemblablement la compréhension du déroulement de la naissance et par conséquent son vécu.

Dans les entretiens, plusieurs femmes montrent qu'elles ont adopté une représentation valorisant la naissance par voie vaginale sans péridurale laquelle formerait le sommet d'une hiérarchie de valeurs. Cette représentation, lorsqu'elle est couplée à une naissance spontanée par voie vaginale sans péridurale, semble renforcer l'estime de soi et la satisfaction des femmes. Les auteurs rappellent cependant que dans un environnement où plus de 30% des naissances se font par césarienne, cette représentation pourrait être dommageable pour le vécu des femmes qui n'ont pas l'occasion d'accoucher par voie vaginale et sans péridurale. Ils appellent à une meilleure information sur les issues potentielles de la naissance afin de permettre aux femmes de s'y préparer. A mon sens, la valeur accordée par certaines femmes à la naissance par voie vaginale sans péridurale devrait aussi inviter à questionner les modalités d'accompagnement de la naissance fournies et notamment les interventions potentiellement évitables.

Dans l'échantillon, l'expérience d'une césarienne en urgence était celle qui a rapporté les moins bons vécus des femmes. Pour les auteurs, cette expérience, notamment lorsque la femme avait un intense désir d'une naissance par voie basse, induisait un sentiment d'échec pouvant se prolonger dans la période postnatale et ternir celle-ci. L'expérience de césarienne en urgence représente également la situation où la femme se sent le plus dépossédée de contrôle sur les événements, n'ayant pas le choix de ce qui lui arrive. Enfin, la séparation d'avec le bébé qui est occasionnée par la césarienne est désignée par les mères comme étant particulièrement perturbante, notamment lorsque l'enfant n'a pas pu être bien vu avant d'être amené au pédiatre. Par conséquent, les auteurs recommandent de renforcer le sens de contrôle des femmes en les laissant participer aux décisions les concernant et en entendant leur souhaits autant que possible, notamment avant les décisions de césarienne*. En cas de césarienne, les auteurs soulignent l'importance de faciliter un contact suffisant entre la mère et l'enfant, puis entre le père et l'enfant notamment par le contact peau à peau.

Les femmes mentionnent également l'importance de la présence de leur compagnon et de son soutien. Le père joue également, pour certaines femmes, le rôle "d'un historien" de la naissance, celui qui pourra raconter ce qui s'est passé, car moins pris par le travail de son corps au cours de la naissance. Le rôle du père n'a pas pu être beaucoup étayé au cours de l'article en raison des réponses des femmes.

Les femmes mentionnent également les attitudes des soignants et apparemment plus spécifiquement des sages-femmes. Lorsque les femmes se sentent soutenues par leur sage-femme, l'expérience de la naissance est améliorée. Par contre, les représentations des sages-femmes, lorsqu'elles sont en contradiction avec les souhaits des femmes, peuvent parfois jouer un rôle négatif. Le langage non-verbal des soignants est également évoqué en tant que stresser potentiel, notamment lorsque les soignants communiquent leurs pronostics - de césarienne ? - entre eux en échangeant des regards entendus. Enfin, l'appréhension de la pudeur par les sages-femmes et l'équipe obstétricale est parfois dérangement pour les parents. Proposer par exemple au père de venir regarder les cheveux dépassant du vagin n'est pas nécessairement apprécié par les femmes. De même, les femmes ne trouvent pas agréable d'être dans une chambre au milieu de plusieurs inconnu(e)s alors qu'elles sont presque nues. A mon sens, ces réflexions de femmes appellent au tact "de base" des professionnel(le)s de la santé; tact qui s'oublie parfois avec l'habitude de voir des corps nus.

Dans leurs conclusions, les auteurs proposent d'accorder à toute mère, et si possible père, la possibilité de discuter de l'expérience de la naissance durant la période postnatale. Cette opportunité permettrait notamment d'entendre les parents, de répondre à leurs questions et d'identifier des parents ayant des besoins plus importants en soutien. Dans la mesure où la naissance par césarienne en urgence est associée aux récits les plus négatifs, les auteurs suggèrent à l'équipe obstétricale d'être particulièrement attentive dans cette situation, notamment en raison des répercussions potentielles sur la période postnatale et donc le lien mère-enfant.

Enfin, les auteurs envisagent des ouvertures pour de futures recherches. Ils proposent premièrement d'investiguer par des recherches quantitatives l'association entre modes d'accouchement et vécu de la naissance. Ils proposent deuxièmement d'investiguer de manière plus approfondie l'existence "d'une hiérarchie des modes d'accouchement" laquelle pourrait avoir un impact sur l'expérience des mères, notamment lorsque leur accouchement ne correspond pas "au sommet de la hiérarchie". En d'autres termes, les représentations véhiculées par les soignants et les femmes jouent un rôle potentiellement important pour le vécu qu'il est pertinent de mieux connaître.

De mon côté, j'appelle à ce que le vécu des femmes allophones soit également interrogé. Les femmes d'origine étrangère forment en effet une large proportion de la "clientèle" des maternités de Suisse romande et il est donc éthiquement et épistémologiquement essentiel de les inclure dans les recherches contemporaines, particulièrement lorsque celles-ci investiguent le vécu des soins. Cette inclusion serait envisageable par le recours à des interprètes communautaires.

Cette recherche qualitative investigate un sujet essentiel,

le vécu de la naissance et, en filigrane, les répercussions de celui-ci sur la période postnatale, voire sur le désir de grossesse ultérieur. Les auteurs montrent donc l'importance pour les soignants de mettre tout en œuvre pour que ce vécu soit aussi bon que possible. L'article comporte de nombreuses citations de femmes, certaines sont particulièrement parlantes pour les sages-femmes, donnant matière à réflexion ! D'autres auraient pu être un peu plus complètes, plus denses au sens de Geertz (1998), afin de permettre au lecteur de mieux comprendre ce qui avait vraiment été important pour les femmes.

*Suggestion de lecture pour penser l'accordage du soin de proche en proche : Mol A-M (2009). *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*. Paris : Presse des Mines.

Geertz, C. (1998). La description dense : vers une théorie interprétative de la culture. *Enquête* [en ligne], 6. mis en ligne le 15 juillet 2013. Consulté le 19 août 2014 à <http://enquete.revues.org/document1443.html>. doi 10.4000/enquete.1443.

Patricia Perrenoud
Sage-femme, enseignante, doctorante en anthropologie
Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale
(site HESAV)

Paltineau M (2014). Midwives and Social Change in France. *Journal of Social Policy Studies*, 12(3), 427-40.
[Sages-femmes et changement social en France]

Maya Paltineau, doctorante au Centre d'analyses et d'interventions sociologiques à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, à Paris, s'intéresse particulièrement à la sociologie de la maternité.

Son article, publié en anglais, est une analyse socio-historique qui étudie la place des sages-femmes des siècles derniers à nos jours afin de fournir une meilleure compréhension des conduites parentales et des caractéristiques sociales de la naissance. Il s'agit d'une perspective historique combinée à une analyse sociologique. Soixante-douze entretiens semi-directifs ont été menés en France (essentiellement à Paris, Strasbourg, Lyon et Toulouse) entre 2010 et 2014 auprès de parents et de professionnels de santé (sages-femmes, obstétriciens, infirmières...). Cette étude révèle combien les sages-femmes ont permis de développer et d'affirmer les droits des femmes et combien les parents ont été les éléments incontournables pour améliorer la reconnaissance légale et sociale de la profession sage-femme. L'action combinée des usagères et des sages-femmes a permis de changer le paysage de la santé reproductive en France.

Les sages-femmes ont toujours été les acteurs principaux de la naissance. Le rôle social donné aux sages-femmes est à l'intersection de la sphère publique et privée. D'un côté, elle représente les recommandations de l'institution

qui définit des règles "à priori" de prise en charge de l'accouchement et de l'autre, elle a accès à l'intimité de la femme. Ces deux rôles ont des interactions qui au fil des temps ont permis la construction de la profession sage-femme.

Le nom de sage-femme a émergé au XV^{ème} siècle, pour identifier ces matrones à qui était confié l'acte d'enfantement. Leur connaissance était basée sur leur expérience en utilisant une médecine traditionnelle. Souvent associées à des guérisseuses ou à des sorcières, elles n'étaient pas professionnellement reconnues. Entre le XV^{ème} et le XX^{ème} siècle les deux appellations matrone et sage-femme ont coexisté. La sage-femme est reconnue officiellement dans la prise en charge des femmes; la profession commence à s'organiser et se développe jusqu'à la disparition des matrones. Elle avait alors le contrôle et l'autorité médicale dédiée à son art.

L'arrivée des médecins entre le XV^{ème} et le XVIII^{ème} vient peu à peu se substituer aux sages-femmes en imposant des données empiriques de contrôle sur le corps des femmes. Les médecins introduisirent la position "gynécologique" pour l'accouchement tout en diminuant la liberté de mouvement des parturientes. La révolution française apporte un taux de mortalité infantile et de problèmes sanitaires qui vont complètement changer le regard sur les professions médicales telles que médecins, chirurgiens et sages-femmes. La sage-femme devient un acteur incontournable dans la diminution de la mortalité infantile. Peu à peu la profession se structure et est mieux définie. La première école de sage-femme ouvre en 1802 à Port Royal à Paris. Les sages-femmes diplômées partent travailler dans l'ensemble de la France.

Le XIX^{ème} siècle correspond à l'ère industrielle et augure du changement des pratiques autour de la naissance. Petit à petit l'hôpital va devenir le premier endroit pour accoucher avec la création des services d'obstétrique. La loi sur l'exercice de la médecine en 1892 entérine la dichotomie sage-femme et médecin renforçant le pouvoir médical, la sage-femme ne devant utiliser aucun instrument durant l'accouchement.

Avec le développement des services d'obstétrique, la sage-femme alors praticienne reconnue dans les campagnes n'est plus le principal professionnel de santé pour les mères et les nouveau-nés. Les premières lois sur les assurances sociales avec la prise en charge des frais médicaux à l'hôpital vont contribuer à la diminution de la pratique à domicile par la sage-femme. De plus en plus de femmes vont donner naissance à l'hôpital, les sages-femmes vont tomber en disgrâce et perdent leur statut d'expert de la naissance.

Parallèlement à ce développement de la médicalisation de la naissance et à la marginalisation des sages-femmes indépendantes se mettent en place les premières associations de sages-femmes et la création de l'ordre des sages-femmes. La formation quant à elle se développe. De deux à trois années d'études puis quatre, elle intègre

depuis les années 2000 la réforme LMD avec un diplôme d'Etat délivré au grade de master lui donnant une entière reconnaissance dans la législation européenne.

Bien que le développement des compétences des sages-femmes soit acté avec la loi de 2009 Hôpital Patient Santé et Territoire, celles-ci ont toujours souffert du manque de reconnaissance statutaire par les pouvoirs publics. Le statut d'exercice le plus individualisé est celui de la fonction publique hospitalière qui ne favorise pas la pratique autonome et individuelle de la sage-femme. Elle est positionnée comme un auxiliaire médical dont l'organisation des soins dépend des médecins. De plus le paradigme français qui définit l'accouchement normal a postérieurement menacé la légitimité symbolique de la sage-femme. Le conflit social en 2014 témoigne de cette crise identitaire. En effet les sages-femmes (4^{ème} discipline médicale) sont assimilées actuellement à un statut entre deux "médical de la fonction publique hospitalière" à l'instar de tout praticien spécialiste en santé (médecins, pharmaciens ou dentistes).

En dépit de toutes ces barrières et difficultés qui ont façonné la profession sage-femme, les sages-femmes, avec le soutien des parents, ont la possibilité de transformer la société. Actuellement les sages-femmes quittent le service public pour une activité libérale au plus près des attentes des femmes et proposent d'autres alternatives à l'accouchement médicalisé. La controverse actuelle réside en la réalisation des accouchements à domicile dont la pratique par les sages-femmes libérales n'est pas légalement protégée.

Notre société contemporaine est caractérisée par un intérêt croissant dans la sphère privée du bien-être personnel et la prise en compte réel de celui-ci. Les sages-femmes ont toute leur place dans la demande parentale. L'action combinée de l'activisme des parents, affirmant leur identité parentale ne peut que renforcer le changement du statut légal de la profession sage-femme.

Véronique Charvolin

Sage-femme Directrice du Département de Maïeutique, UFR des Sciences de Santé, Université de Bourgogne, Dijon, France. Doctorante en sociologie.

Kaiser B & Razurel C (2013). Determinants of postpartum physical activity, dietary habits and weight loss after gestational diabetes mellitus. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 58-69. DOI 10.1111/JONM.12006. [Facteurs déterminants de l'activité physique, des habitudes alimentaires et de la perte de poids pendant la période postnatale après un diabète gestationnel.]

Afin de contribuer à présenter les recherches primaires et secondaires effectuées par des sages-femmes francophones, de montrer l'étendue de leurs champs

d'intérêt, ainsi que les méthodes actuellement utilisées, je me suis permise de choisir un article publié il y a environ une année et demie. Les auteures Barbara Kaiser et Chantal Razurel sont toutes deux sages-femmes et titulaires de doctorats en psychologie.

Cet article rapporte les résultats d'une revue systématique de littérature au sujet des représentations et des pratiques de femmes en matière d'alimentation et d'activité physique dans la période postnatale, ceci après avoir vécu un diabète gestationnel. Comme le relèvent les auteures, l'intérêt d'une telle revue de littérature réside dans le fait que le diagnostic de diabète gestationnel a un certain pouvoir prédictif sur la survenue de diabètes gestationnels ultérieurs et sur le développement de diabète de type 2. Or, moyennant une action préventive incluant une alimentation équilibrée riche en légumes et fruits, une diminution du BMI si nécessaire et une activité sportive modérée, mais régulière, le risque de diabète de type 2 peut être amenuisé. La revue de littérature met en évidence plusieurs points importants, aussi bien pour la pratique que pour la recherche.

Pour commencer, les femmes ne sont pas nécessairement bien informées sur les conséquences potentielles et à moyen terme du diabète gestationnel et sur les moyens de les prévenir. Ensuite, même lorsque ces conséquences et que les moyens pour les prévenir sont connus, cela ne signifie pas encore que des actions concrètes seront mises en place par les femmes. Ici, les résultats évoquent ce que d'autres auteur(e)s ont déjà souligné : les comportements humains ne sont pas nécessairement le résultat de réflexions rationnelles, mais sont également sous l'influence de circonstances contextuelles entravant les changements (par ex. Lupton, 1995). Les recherches recensées par les auteures n'évoquent d'ailleurs que peu les circonstances et les contraintes sociales des femmes pour se concentrer sur des aspects psychologiques. Comme le relève les auteures, les femmes issues de couches sociales défavorisées sont plus à risque de contracter un diabète gestationnel et donc par la suite un diabète de type 2. Or, et c'est moi qui ajoute, pour ces femmes les circonstances sociales et économiques sont susceptibles d'entraver toute velléité de changement. Paradoxalement, les recherches existantes et recensées par Kaiser et Razurel se centrent sur des femmes "blanches" issues des classes favorisées et éduquées de la population. En d'autres termes, les populations qui d'un point de vue épidémiologique devraient être la "cible" des chercheurs sont ignorées, ce que critiquent les auteures.

Kaiser et Razurel relèvent encore que les recherches ont pratiquement toutes été effectuées en dehors de l'Europe et dans les pays anglo-saxons. Dans la mesure où les habitudes de vie sont influencées par les contextes culturels, Kaiser et Razurel appellent au développement de recherches européennes sur la prévention du diabète de type 2 pour les femmes ayant contracté un diabète gestationnel et soulignent l'importance de recruter des échantillons représentatifs tant de la diversité de la population que des données épidémiologiques

contemporaines. Les auteurs évoquent également la nécessité d'examiner les contraintes et les mesures de soutien contextuelles, mais à mon sens presque en filigrane. Or, cette intention pourrait être renforcée. En effet, de nombreux chercheurs en sciences sociales ont montré que le changement pour les couches plus vulnérables de la population est difficile à promouvoir en ne faisant appel qu'à la volonté des individus, d'où l'importance d'un travail sur le contexte.

Pour les praticiennes, la revue de Kaiser et Razurel rappelle la complexité tant de la transmission de savoirs que de la promotion de changements de comportements. A mon sens, leur article pointe à quel point nous devons rester critiques envers nos actions de prévention et être prête à les revoir et à les améliorer. Pour les chercheuses, les auteures soulignent l'importance de concevoir des moyens efficaces pour former et informer les femmes. Elles appellent notamment à la conduite de recherches complémentaire appréhendant les circonstances qui accompagnent les changements des comportements de santé, ainsi que les moyens favorisant ces changements. En d'autres termes, elles désignent un champ de recherche impressionnant pour les sages-femmes francophones.

Lupton D (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage

Patricia Perrenoud

Sage-femme, enseignante, doctorante en anthropologie
Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale
(site HESAV)

The Lancet - Violence against women and girls

[Violence envers les femmes et les filles]

En juillet, le journal *The Lancet* publiait une série d'articles sur la maïeutique. Cette série faisait suite à d'autres séries, une sur la survie néonatale en mars 2005 (<http://www.thelancet.com/series/neonatal-survival>), une sur la mortinatalité en avril 2011 (<http://www.thelancet.com/series/stillbirth>), une sur le nouveau-né en mai 2014 (<http://www.thelancet.com/series/everynewborn>) et maintenant une sur la violence aux femmes et aux filles en novembre 2014 (<http://www.thelancet.com/series/violence-against-women-and-girls>). Toutes ces séries sont disponibles gratuitement en ligne sur le site du *Lancet*. Il suffit de s'enregistrer gratuitement sur le site pour avoir accès à toutes ces séries.

Cette dernière série contient cinq articles:

- Eillsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, *et al.* (2014). Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet*. doi 10.1016/S0140-6736(14)61703-7.
- Garcia-Moreno C, Hegarty K, Lucas d'Oliveira AF, Koziol-MacLain J, Colombini M & Feder G (2014). The health systems response to violence against women. *Lancet*. doi 10.1016/S0140-6736(14)61837-7.

- Jewkes R, Flood M & Lang J (2014). From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *Lancet*. doi 10.1016/S0140-6736(14)61683-4.
- Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M & Zimmerman C (2014). Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *Lancet*. doi 10.1016/S0140-6736(14)61797-9.
- Garcia-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, *et al.* (2014). Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*. doi 10.1016/S0140-6736(14)61830-4.

La prévalence de la violence faite aux femmes est malheureusement élevée dans le monde entier et dans toutes les couches sociales. Une revue de ces articles ne peut être que superficielle et tous les lecteurs sont donc invités à lire les articles complets et, si possible, à explorer la littérature qui a été utilisée comme base de leur rédaction.

Le premier article (Ellsberg *et al.*, 2014) est une revue systématique très détaillée d'une importante littérature scientifique qui explore les résultats de diverses approches mises en place pour faire face à différents types de violence envers les femmes et les jeunes filles. La revue identifie trois types majeurs de violence: la violence par un intime, la violence par un inconnu et la mutilation génitale féminine. La majorité des interventions évaluées ont été mises en œuvre dans des pays à revenus élevés (PRE) bien que des interventions importantes aient aussi été identifiées dans des pays à faibles ou à moyens revenus (PFMR ou PMR). Dans les PRE, les interventions ont visé différents groupes, mais principalement les femmes victimes ou les hommes auteurs de violence ou encore les enfants et adolescents dans le cadre de prévention au niveau du système scolaire et enfin le système politique et législatif. Pour les PFMR, cette revue examine surtout les aspects législatifs, les programmes communautaires, les programmes de prévention de la violence et les interventions communautaires visant à améliorer l'autonomisation des femmes.

Les résultats sont fouillés et peuvent être complexes parce qu'il est parfois difficile d'établir un lien de cause à effet entre interventions et résultats quand les caractéristiques des participants qui seraient plus ou moins engagés dans le processus varient. Quoiqu'il en soit, et tout en acceptant que bon nombre d'interventions ne puissent encore être recommandées ou rejetées par manque de données probantes suffisantes au moment de la rédaction de cette revue systématique, les auteurs identifient quelques interventions qui sont soit inefficaces ou utiles soit dans les PRE ou dans les PFMR. Pour les PRE, les interventions suivantes sont prometteuses: le soutien aux femmes victimes de violence par un partenaire intime et qui ont entamé une procédure légale, visite à domicile par un membre d'une équipe de santé. Pour les PFMR, ces interventions-ci ont été identifiées comme prometteuses: mobilisation communautaire, autonomisation et amélioration des revenus des femmes

et jeunes filles, interventions scolaires visant à changer les mentalités et comportement des filles et des garçons. Par ailleurs, des études très rigoureuses ont identifié certaines interventions comme inefficaces: les campagnes de publicité et d'information, le dépistage dans les PRE (il n'existe pas dans les PFMR), la formation de divers personnel (police, personnel de santé, personnel des services d'urgence...).

Ceci n'est qu'une introduction succincte de cet article qui mérite une lecture approfondie par les sages-femmes dans les PRE et les PFMR afin d'identifier plus spécifiquement les approches utiles, prometteuses ou pour le moment inefficaces ainsi que les aspects qui devraient faire l'objet d'études bien plus approfondies dans lesquelles les sages-femmes pourraient jouer un rôle important parce que la grossesse est souvent un moment déclencheur de violence par un partenaire intime.

Le deuxième article (Garcia-Moreno *et al.*, 2014a) explore les réponses des services de santé face à la violence faite aux femmes et est basé sur une analyse de la revue systématique associée aux recommandations du document "*Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes*" (OMS, 2013) et un examen de plusieurs revues dont celles de NICE (2014), Ramsay *et al.* (2009) et Taft *et al.* (2013).

Cinq études de cas sont analysées dans cet article et la représentativité des différentes régions du monde (Afrique du Sud, Brésil, Espagne, Inde, Liban) met en évidence la spécificité et les défis auxquels l'institution gouvernementale doit faire face pour agir à l'encontre d'un phénomène qui n'est pas toujours perçu comme anormal comme au Liban. En Inde, c'est l'organisation non gouvernementale qui paraît avoir plus de facilités à agir en milieu hospitalier. Ce sont des exemples qui méritent d'être lus aussi attentivement que l'ensemble de l'article et de la série elle-même.

Il ne fait aucun doute que la violence envers les femmes est un problème à échelle mondiale qui exige non seulement une réponse efficace et effective des services de santé, mais aussi une réponse intégrée qui prend en considération d'autres aspects importants qui vont de la prévention au traitement et à la protection des femmes et des enfants impliqués. Pour démontrer la complexité mais aussi la complémentarité des services nécessaire pour apporter une approche globale centrée sur la femme, les auteurs proposent un modèle qui a la femme au centre des services et comprend trois niveaux de soutien: (1) les prestataires de santé qui apportent le soutien immédiat nécessaire aux femmes, (2) les structures et systèmes de soins qui permettent aux prestataires de soins d'apporter ce soutien, y compris leadership et gouvernance, infrastructure, développement du personnel, organisation, coordination et financement des services, et (3) les structures sociales et politiques nécessaires pour soutenir ces structures et systèmes de soins, y compris les services sociaux et communautaires,

les services de protection infantile, le système législatif et criminel, le système politique de financement des soins de santé, pour n'en nommer que quelques-uns.

Les auteurs proposent aussi un modèle à suivre par les professionnels quand une femme victime de violence décide d'agir, que ses actions l'amènent à quitter ou à rester avec la personne responsable des violences.

Le troisième article (Jewkes *et al.*, 2014) présente une analyse plus spécifique du comportement des hommes et jeunes gens et des approches qui devraient les inclure pour arriver à une prévention effective de violences futures. Ces approches pourraient n'inclure que les hommes et les jeunes gens ou être une collaboration entre eux et les femmes et les jeunes filles pour arriver à des changements de comportement au niveau des relations individuelles hommes-femmes, des normes sociales et des systèmes qui perpétuent la discrimination sexuelle et la violence faite aux femmes et aux jeunes filles. Ces approches devraient prendre en considération les différences qui existent entre les représentations sociales et personnelles des hommes et jeunes gens et des femmes et jeunes filles.

Cet article propose aussi une analyse des facteurs de risque présents chez les hommes et jeunes gens (y compris les expériences personnelles de violence, abus de drogues illicites et d'alcool, pauvreté...) et qui pourraient être associés à différents types de violence envers les femmes et jeunes filles (y compris viol et violence à l'encontre d'une partenaire intime, multiples partenaires, sens de droit vis-à-vis de la femme, disputes multiples, isolation de la partenaire, marginalisation...).

Et si la violence fondée sur le genre est une thématique qui fait l'objet de nombreuses initiatives et publications internationales, l'évaluation des effets sur les attitudes des hommes demeure trop insuffisante. D'où l'intérêt d'investir dans cette composante afin de donner des preuves scientifiques aux approches les plus pertinentes pour agir en aval et plus précisément auprès des jeunes gens et cultiver le concept d'égalité des genres. Comme pour les autres articles, ces auteurs mettent en évidence la complexité des solutions et le fait qu'elles ne pourraient être effectives que si les interventions sont proposées aux niveaux suivants: personnel, interpersonnel, institutionnel et sociétal, pour arriver à une transformation des "masculinités" et une remise en question des droits et de l'égalité des femmes et jeunes filles. Les auteurs sont clairs - l'approche d'un changement de la perception des "masculinités" ne pourrait être efficace que si en parallèle les femmes et les jeunes filles sont encouragées à développer leur confiance en elles et si en cas de violence, les services sanitaires, sociaux, éducatifs et légaux sont disponibles pour les aider et réitérer le fait que de telles violences sont absolument inacceptables pour les individus, les communautés et les sociétés.

Le quatrième (Michau *et al.*, 2014) et le cinquième article (Garcia-Moreno *et al.*, 2014) adressent la prévention de la violence envers les femmes et jeunes filles et

suggèrent les actions qui devraient être entreprises à tous les niveaux de la société afin de réduire et enfin d'éradiquer ce type de violence.

Selon Michau *et al.* (2014, p1), une politique de prévention effective reposerait sur cinq principes de base: (1) analyse et prévention à tous les niveaux de l'écologie sociale (individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal); (2) interventions basées sur une analyse ponctuelle du pouvoir entre hommes et femmes; (3) le développement de modèles théoriques basées sur données probantes; (4) des interventions multisectorielles soutenues à long terme, et finalement (5) des programmes dont l'ambition serait de promouvoir une réflexion personnelle et collective et de soutenir l'activisme des femmes et des jeunes filles vis-à-vis de leurs droits à vivre sans violence.

Garcia-Moreno *et al.* (2014b) lancent un appel à l'action afin que les structures politiques, sociales et économiques qui subordonnent les femmes puissent être révisés et que les engagements nationaux et budgétaires soient actionnés par tous les secteurs impliqués afin de prévenir et de répondre de façon effective aux situations d'abus. La prévention est cruciale et des programmes de prévention devraient être mis en œuvre à niveau: (1) interventions communautaires avec la participation d'hommes et de femmes afin de revoir les normes sociales discriminatoires et de réduire le risque de violence, (2) éducation et autonomisation des femmes, (3) formation du personnel sanitaire à l'identification et au soutien des victimes et stratégies intégrées dans les services de santé infantile, maternelle, sexuelle et reproductive, et drogues et alcool. Les programmes de recherche devraient être renforcés et devenir une priorité dans l'agenda pour le développement après 2015 parce que l'élimination de la violence envers les femmes et les filles est essentielle dans le cadre d'un développement économique équitable et durable.

Les conclusions de cet article soulignent la disponibilité de preuves scientifiques prometteuses pour mettre un terme à la violence faite aux femmes. L'inégalité des genres et les pouvoirs non équilibrés représentent les fondements de la violence dans les PFMR.

Ces commentaires ne peuvent présenter qu'un survol extrêmement rapide d'un problème important et malheureusement évident dans le monde entier, bien que certaines manifestations, telles que les mutilations sexuelles féminines, soient plus spécifiques dans certains pays que dans d'autres. La discrimination systématique acceptée, par exemple l'inégalité des salaires pour les hommes et femmes qui entreprennent une même activité ou le non accès à certaines activités y compris à certaines professions pour les femmes ou à l'éducation pour les filles, devrait être adressée par les systèmes sociaux, politiques et législatifs. Bien que cette discrimination puisse ne pas être considérée comme des actes violents, il ne fait pas de doute qu'elle fait violence aux droits des femmes et des filles. La violence envers les femmes et les filles à tous les niveaux, allant du foeticide féminin, à l'accès inégal aux soins de santé des filles, à la

violence par un partenaire, sanctionné ou toléré par les communautés ou sociétés ou législations, devient de plus en plus inacceptable, bien que ceci reste très inégal à travers le monde.

Même si les actions recommandées sont souvent identifiées à niveau communautaire ou national, il n'empêche que la sage-femme joue un rôle important de dépistage et de soutien aux femmes enceintes avec qui elle entre en contact par le biais de son rôle professionnel. Il serait donc utile et important d'évaluer l'efficacité de la sage-femme à ce niveau surtout compte tenu du fait que la grossesse est un moment où le risque de violence envers la femme est plus important.

NICE (2014). Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively. Oxford: NICE.

OMS (2013). *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes*. Geneva: OMS.

Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G, et al. (2009). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD005043.

Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L & Feder G (2013). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD007007.

Marianne Mead
Sage-femme, PhD
Rédactrice en chef - Les Dossiers de la Maïeutique

Atf Ghérissi
Sage-femme, PhD, MEdSc
Maître Assistante Universitaire en Sciences de l'Education appliquées à la Santé
Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé
Université Tunis-El Manar
Rédactrice en chef adjointe - Les Dossiers de la Maïeutique