



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

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

Editorial

Réflexion d'une sage-femme et grand-mère

[Reflection of a midwife and grand-mother]

Marianne Mead

Nous voici au début de l'année 2015 qui marque maintenant la deuxième année de la publication de notre revue *Les Dossiers de la Maïeutique*, bien que la première année n'ait en fait commencé en avril plutôt qu'en janvier 2014.

Bien que nous ayons pris la décision de ne pas avoir de thème pour les différents numéros des *DM*, il se fait par hasard que plusieurs articles de ce numéro sont consacrés à l'accouchement à domicile (AAD). L'article original de Cauchie *et al.* rapporte les résultats d'une enquête exploratoire sur le point de vue de femmes qui ont accouché ou choisi d'accoucher à domicile en Belgique. Dans la section *Lu pour vous*, Fabienne Richard propose un compte-rendu de la récente publication du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), l'équivalent britannique de la Haute Autorité de Santé (HAS), sur la surveillance intrapartale des femmes en bonne santé qui recommande, en autres, le choix de l'endroit d'accoucher, y compris l'AAD.

Le rôle de la rédactrice n'est pas normalement de faire part de réflexions trop personnelles. Pourtant un concours de circonstances récentes m'a permis de revoir de très près le choix de l'endroit d'accoucher. Peu de temps avant le récent congrès de ICM à Prague, une sage-femme cadre française m'avait contactée pour me demander des renseignements sur une maternité à Londres qui aurait au moins 1000 accouchements par an dans un centre de naissances. La directrice du Royal College of Midwives m'avait indiqué qu'il s'agissait de la maternité de l'hôpital universitaire St Thomas. Une visite avait alors été organisée pour la sage-femme française et je l'avais accompagnée pour lui servir d'interprète. Environ 7000 femmes ont accouché à St Thomas' Hospital en 2014, dont près de 1400 ont accouché dans le centre de naissances (Birth Centre). Il se fait que ma fille était enceinte pendant cette période et avait l'intention d'accoucher non seulement à St Thomas' Hospital, mais plus spécifiquement dans le centre de naissances. Comme ma fille et mon gendre m'avaient demandé de les accompagner, j'ai eu le privilège non seulement de vivre avec eux ce moment très spécial,

mais aussi d'être témoin de l'approche que le centre de naissances propose pendant le travail et l'accouchement. Cette première grossesse avait été tout à fait normale et à terme; la situation était on ne peut plus favorable - présentation céphalique, occipito-antérieure gauche et tête engagée. Il suffisait seulement que le travail commence spontanément, ce que se fit à 40⁺¹ semaines. Je leur avais conseillé de ne pas se précipiter à la maternité mais d'attendre que les contractions soient régulières et à raison d'environ deux à trois toutes les dix minutes. Deux heures après la première contraction, elles étaient maintenant très régulières et j'avais pris la décision de me rendre à Londres à au moins deux heures de chez moi. Quand je suis arrivée, ils avaient pris la décision de se rendre à la maternité où nous nous sommes rencontrés. Arrivée vers 23h30 en travail très actif. Accueil par la sage-femme qui allait s'occuper d'eux. Ce service a un principe de base dont il ne dévie pas: une femme = une sage-femme pour tout le travail. Cette jeune sage-femme très calme a pris son temps pour évaluer la situation et confirmer la position et la présentation par un examen abdominal, puis de faire un toucher vaginal qui a révélé une dilation du col à 4cm allant jusqu'à 7cm pendant une contraction. Les choses n'allaient pas traîner! Les contractions étaient très rapprochées et douloureuses. Ma fille a alors demandé une péridurale, mais sachant qu'elle avait aussi exprimé le désir d'avoir le moins d'intervention possible, la sage-femme a suggéré d'utiliser d'abord du protoxide d'azote 50%/50% puis la baignoire si le protoxide d'azote ne suffisait pas et ensuite une péridurale si indispensable, ce que ma fille a été acceptée. Après une première contraction d'apprentissage de l'utilisation du protoxide d'azote, son effet a été plus qu'évident et ma fille trouvait de nouveau le travail tout à fait supportable. Nous avons alors fait équipe, moi la main sur l'abdomen pour lui indiquer le tout début d'une contraction et elle commençant à utiliser le protoxide d'azote à ce moment pour en bénéficier au maximum. Trois heures plus tard, sans aucune autre intervention et donc sans monitoring, sans perfusion, sans autre toucher vaginal, son petit bout de choux de 3.3kg a pointé le nez, la sage-femme utilisant uniquement ses observations du périnée distendu par la

tête fœtale pour déterminer la dilatation complète du col et l'imminence de l'accouchement, le tout dans le calme le plus complet, même pendant les quelques efforts expulsifs. La petite a pris sa première respiration pratiquement immédiatement; quelques minutes plus tard elle a trouvé le sein et l'allaitement a commencé sans problème. Neuf heures plus tard, bébé, parents et grands-parents sont tous rentrés à la maison. Une sage-femme est passée le lendemain et le cinquième jour. Ce jour-là, la petite avait déjà pris 50 grammes. A deux semaines, elle avait pris 420 grammes.

Mon conseil pour un accouchement futur est certainement l'AAD et je n'étais pas seule. Conseil identique par la sage-femme qui avait assisté à l'accouchement, la directrice du centre de naissances et les deux sages-femmes qui lui ont rendu visite à la maison 24h et cinq jours après l'accouchement. Ces conseils sont maintenant conformes aux recommandations de NICE.

Bien sûr, ceci n'est qu'une expérience qui n'est donc pas généralisable. Il n'empêche que St Thomas' Hospital a environ 1400 accouchements annuellement dans ce centre de naissances, ce qui veut dire que compte tenu d'un potentiel de transfert dans le service obstétrical pour diverses raisons, y compris optimisation ou demande de péridurale, un nombre important de femmes - nullipares et pares - peuvent être suivies uniquement par des sages-femmes quand la grossesse est parfaitement normale.

Pourquoi relater cette expérience personnelle? La sage-femme est la spécialiste de la physiologie et dans ce cas, elle l'a remarquablement bien démontré. Une étude entreprise il y a maintenant assez longtemps (Mead *et al.*, 2006) avait permis de montrer qu'il semblait que la sage-femme française avait une pratique plus médicalisée que d'autres sages-femmes européennes. Bien qu'il semble que certaines pratiques, par exemple l'épisiotomie, soient en diminution, la pratique de la sage-femme française reste très médicalisée et semble fortement influencée par la philosophie du normal uniquement *a posteriori* alors qu'en Grande Bretagne et dans les pays nordiques la grossesse est jugée normale *a priori* et ce jusqu'à preuve du contraire.

Comment arriver à changer les pratiques pour qu'elles correspondent mieux aux données probantes disponibles actuellement? Il me semble que plusieurs atouts seraient utiles:

- une connaissance très à jour des publications récentes chez les sages-femmes cadres ainsi que des qualités de leadership et de diplomate importantes afin de pouvoir négocier et persuader divers collègues parfois moins informés ou moins enclins à accepter des changements de pratique,
- un intérêt constant vis-à-vis des nouvelles publications de recherche sur l'approche maïeutique qui répond le mieux aux besoins et aux désirs des femmes, des parents et du public,

- un désir d'explorer des aspects très spécifiques à la maïeutique par les sages-femmes en formation initiale et continue dans le cadre de travaux de fin d'études,
- une mise à jour constante de leurs connaissances et des méthodes d'enseignement les plus appropriées pour aider les étudiants en formation initiale et/ou continue à développer leurs connaissances et compétences, cliniques aussi bien qu'académiques,
- l'élaboration de questions de recherche spécifiques à la maïeutique afin de développer le corps de connaissances dont les sages-femmes ont et continueront à avoir besoin pour proposer des pratiques cliniques, éducatives et cadres qui répondront le mieux aux besoins des femmes, des familles et des communautés.

Cette expérience personnelle récente m'a permis de voir comment le niveau des connaissances actuelles et les qualités de leader de la directrice de cette maternité lui permettaient de proposer des pratiques basées sur données probantes et d'encourager le personnel à être à l'écoute des femmes. Une aversion pratiquement absolue de tout risque renforce une médicalisation souvent inutile et parfois même iatrogène de la naissance, ce qui n'est pas dans l'intérêt des femmes en bonne santé. Dans le cadre d'une grossesse physiologique, il apparaît important que toute intervention soit justifiée avec une compréhension démontrée des avantages et inconvénients potentiels afin que les femmes puissent avoir confiance dans l'information impartie et consentir de façon éclairée à ce qui est proposé.

Les ennemis du progrès sont le manque d'intérêt, l'indifférence, l'adoption du rôle de victime et de ce que les anglais appellent le "blame game" (c'est toujours la faute d'un autre) et le "manque de temps". Pour que notre profession se développe, il faut que les sages-femmes soient intéressées et prennent le temps de lire, de réfléchir, de se poser des questions et de développer ses connaissances.

Au début d'une nouvelle année, l'invitation de soumettre une étude ou un "Lu pour vous" en 2015 est donc lancée à toutes les sages-femmes, enseignants et étudiants et autres professionnels intéressés par la santé maternelle et infantile, pour que ces partages nous aident à développer nos connaissances et à en faire profiter les femmes et les familles qui nous font confiance.

Marianne Mead
Sage-femme, PhD
Rédactrice en chef