

# Paroles de femmes et de sages-femmes

Autor(en): **Baumgartner-Besson, Mireille**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **83 (1985)**

Heft 12

PDF erstellt am: **21.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950404>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Paroles de femmes et de sages-femmes

Quelques réflexions personnelles sur la manière d'humaniser les soins en obstétrique

par Mireille Baumgartner-Besson, 2533 Evilars  
et Brigitte Nacht, 1049 Sullens, sages-femmes

## Introduction

Jusqu'au 17<sup>e</sup> siècle et même jusqu'au siècle passé, avant notre époque «hypermédicalisée», les femmes ont toujours accouché à domicile avec l'aide d'une femme. Avec ses avantages et ses inconvénients, elles n'avaient alors pas le choix de faire autrement et, pour la grande majorité, tout se passait très bien. Un petit pourcentage pourtant, était grevé de complications obstétricales et les petits moyens dont on disposait, n'arrivaient pas toujours à bout de ces problèmes: on devait constater parfois, des décès d'enfants, voire de mères.

Avec les progrès de la médecine, on a pu, peu à peu, remédier à certains de ces accidents par une connaissance plus approfondie, des pathologies et des traitements; et par une meilleure surveillance de la grossesse. L'évolution rapide, amena ensuite les femmes, dont la grossesse comportait des risques, à accoucher dans un milieu adéquat. Ainsi, on pourrait mieux leur assurer les soins qu'elles requéraient, ainsi que leur enfant, dans un milieu hospitalier. Tous deux, bénéficieraient d'une surveillance médicale, pour mieux prévenir et vaincre les éventuelles complications. C'est un grand pas pour ces femmes et ces enfants; et nous nous réjouissons de les savoir en sécurité.

Mais hors de ces problèmes diagnostiqués pendant la grossesse et traités à plus ou moins long terme, l'accouchement reste un moment où la complication peut survenir à n'importe quel instant, sans que l'on puisse le suspecter à l'avance, lors de grossesse harmonieuse et sans facteur de risque. Pour cela, on entraîne peu à peu toutes les femmes, à accoucher dans un milieu protégé, où tout est à la disposition pour le cas où...

Cette évolution montre bien le souci primordial de la santé future de la mère et de l'enfant; et on peut se féliciter des résultats obtenus: actuellement, les femmes ne décèdent pratiquement plus d'un accouchement, ou de suites de

couches hémorragiques ou infectieuses. L'enfant, atteint d'une pathologie, bénéficie de centres hyperspécialisés, soucieux de le soigner sans séquelle cérébrale et de lui assurer, si possible, un avenir proche de l'enfant sain.

On pourrait s'arrêter là et se réjouir de tant de victoires et, pourtant, voilà que, quand tout marche si bien, que la quasi totalité des grossesses est «surveillée» par le corps médical et que les accouchements se passent sous leur toit, en toute sécurité, on entend, par-ci, par-là, des femmes, qui crient leur refus d'accoucher dans ce monde là, et désirent retourner enfanter à la maison. La réaction du milieu médical est vive.

«Retourner en arrière, c'est une folie, c'est faire courir un grand risque à votre enfant!»

«Vous n'avez pas le droit de mettre en péril la santé de cet enfant sans défense, qui a besoin de nous...»

Ces quelques femmes courageuses de leur opinion entraînent d'autres et on commence à s'inquiéter un peu. On parle d'une «mode», d'un mouvement «écologique» irresponsable, d'une méconnaissance des réalités physiopathologiques d'un accouchement. Que faire pour ramener ces brebis égarées? Il faut, à tout prix, qu'elles reviennent sur le droit chemin de l'hôpital, sans cela on court à la catastrophe!

C'est ainsi qu'un premier effort se dessine lentement pour «humaniser l'obstétrique en milieu hospitalier». Ce lieu qui finalement est réservé aux «malades», aux personnes souffrantes, où le processus de soins rythme la journée des «patients», doit s'adapter un peu.

Tout le monde est d'accord et on commence, de-ci, de-là, à changer certains détails. On est prêt à investir pourvu que la femme revienne, reste sous la bonne main du corps médical.

## Choix du sujet

A peine entrées à l'école de sages-femmes, nous sommes invitées dans le bu-

reau du Professeur Bossart qui nous reçoit avec un sourire encourageant et nous félicite du choix de cette belle profession, celle d'aider à mettre au monde l'enfant. Il met l'accent sur la collaboration entre obstétriciens et sages-femmes, qu'il désire harmonieuse et stimulante. Pour terminer, il nous met en garde contre cette nouvelle vague à la mode, l'accouchement à domicile. C'est un non-sens et nous devons aider le corps médical à lutter contre: «L'accouchement est un moment dangereux! Les complications guettent à tout moment et peuvent mettre gravement en danger, mère et enfant, si nous n'avons pas, à portée de main, le matériel et la compétence médicale, capable de réagir face à la pathologie. Bien sûr, l'accouchement à domicile paraît attrayant et pour bon nombre d'entre eux tout se passera bien. Mais les autres? Peut-on accepter de prendre ce risque aujourd'hui, où une sécurité à l'hôpital est garantie? Non, nous n'avons pas le droit de permettre cela par simple «mode». Les femmes devraient comprendre, que dans une époque comme la nôtre, on ne peut pas décider pour un petit moment de retourner à l'état sauvage!»

Nous sortons quelque peu étonnées, sinon choquées par l'insistance de ce dernier monologue, mais nous ne pouvons prendre position, la connaissance en obstétrique étant encore devant nous.

Une année plus tard, lors de la remise des notes d'examens finaux de théorie, nous sommes félicitées par le Dr Cevey, médecin cantonal. Nous sommes soulagées et avons appris une foule de choses, vécu des accouchements poignants. Nous avons aussi remarqué à quelle vitesse une souffrance fœtale aiguë, une hémorragie, peuvent survenir. Le Dr Cevey insiste une fois encore sur le fait que le corps médical est fondamentalement contre l'accouchement à domicile, mais que tout le monde est d'accord pour améliorer, humaniser, les soins en obstétrique dans le milieu hospitalier. La sécurité avant tout!

Après cette année d'expérience, nous comprenons mieux cette exigence et n'avons pas l'intention de remettre en question ce paramètre là.

D'accord pour l'hôpital, d'accord pour l'humanisation des soins, *mais de quelle manière?*

Durant cette année de pratique au CHUV, nous avons pu apprécier quelques efforts en vue de cette humanisation dans les divers services: en salle d'accouchement, les pères sont admis depuis plusieurs années maintenant, et à défaut, une mère, voire une amie. Le

père est même, parfois, admis en salle d'opération, lors de césarienne programmée, si sa femme bénéficie d'une anesthésie péridurale. Dès la naissance de l'enfant, ce dernier est posé le plus vite possible sur le ventre de sa mère, pour favoriser ce premier contact, si important pour ce nouveau trio. Il y restera bien une demi-heure environ, sauf bien sûr, en cas de péjoration de son état. Selon le désir maternel, elle peut le mettre au sein déjà à ce moment là. Comme la pouponnière n'est pas dans la même salle, c'est le père qui prendra part au premier bain de son enfant et assistera aux soins donnés. Ensuite la nouvelle famille aura un moment d'intimité pour se retrouver.

A l'étage des accouchées, le port du masque et bonnet est banni au profit du contact plus direct mère-enfant et le mari est autorisé à assister à la tétée du soir. Les frères et sœurs des nouveau-nés sont désormais admis dans les chambres des accouchées aux heures de visites habituelles. Un effort de «rooming-in» s'est développé aussi pour l'après-midi, entre 15h et 17h où l'infante est placée dans la chambre de la mère. Ce moment bien court est malheureusement encore fort occupé par les petites toilettes vulvaires, les lavements, la réfection des lits, parfois même une visite médicale.

Durant ces derniers mois, un colloque réunissant sages-femmes, élèves sages-femmes, monitrices, directrices et le Professeur Bossart a permis de créer un nouveau poste de sage-femme conseillère, dont le rôle sera de permettre aux femmes, de voir une fois au-moins, une sage-femme avant leur arrivée en salle d'accouchement. Elles devraient ainsi, pouvoir poser leurs questions, et bénéficier de conseils et d'informations pratiques, quant à leur hygiène de grossesse et aux interrogations qu'elles ont face à l'accouchement, l'allaitement... Comme ce poste vient de s'ouvrir, on ne peut pas encore en évaluer ses bénéfices.

Nous n'avons pas l'intention de dresser une liste complète de tout ce qui a déjà été fait au CHUV et ailleurs, mais plutôt de montrer par là que nous sommes sensibles à tous ces efforts à l'égard des futures mères et des mères à la maternité. Mais, avant de changer tous ces détails en vue de rendre plus accueillant ce séjour obligatoire, il nous a paru important de retrouver en premier lieu la raison pour laquelle les femmes redoutent tant l'hôpital et désirent retourner enfanter à la maison. De notre vécu, le point le plus important reste encore dans l'oubli: la place de la sage-femme face à la grossesse, la prévention, l'accouchement et ce sera là le thème de notre travail.

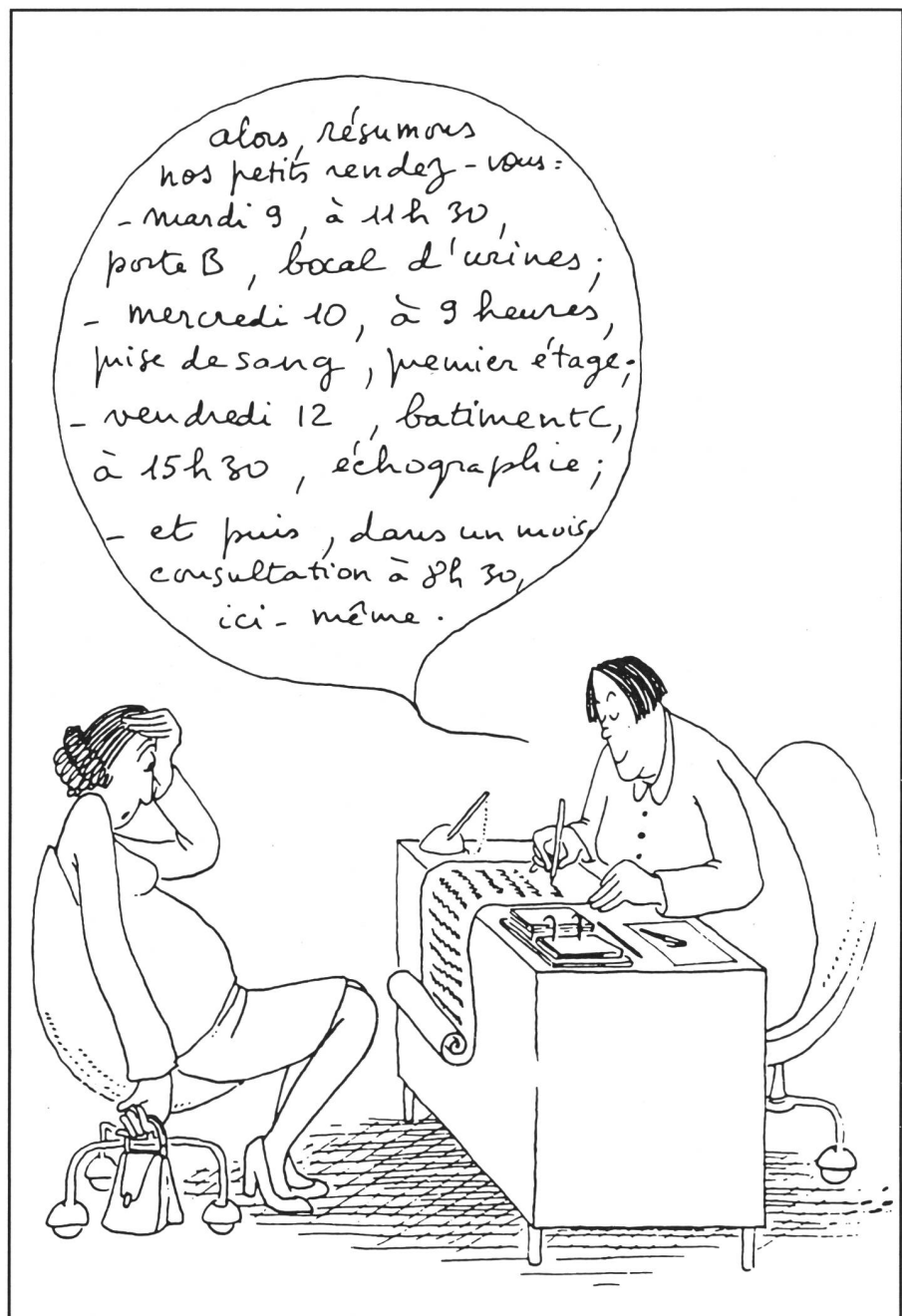
Durant toute cette année, nous avons eu maintes fois l'occasion de parler avec des mères (celles que nous avons accouchées, des amies, nos mères et grands-mères) de leurs accouchements respectifs. Que ce soit hier ou aujourd'hui, à la maison où à l'hôpital, une chose revient toujours en surface dans ces récits: la sage-femme. Elle est toujours là, pour les beaux moments, mais aussi, pour les passages difficiles. Elle aide la femme, l'accompagne par sa présence, elle sécurise, elle redonne confiance et courage, elle est femme près de la femme.

Qu'il y ait urgence, forceps ou même césarienne, c'est beaucoup de la sage-femme que va dépendre le souvenir de l'accouchement vécu par chaque femme.

## Historique

Pour commencer, il nous a paru important de connaître l'évolution de l'accouchement au travers des siècles et avec lui sa fidèle compagne la sage-femme. Ce petit résumé historique, nous permet aussi de suivre, à travers les années passées et jusqu'à aujourd'hui, le vécu du couple ou de la communauté autour de ce moment important, l'enfantement. Il tente aussi une compréhension de ce phénomène actuel toujours plus fréquent, de recherche du passé, qui malheureusement se fait souvent, du détrimement de la sécurité qu'offre l'obstétrique d'aujourd'hui.

Cette réaction forte étant de plus en plus présente dans notre société, il nous semble nécessaire d'en parler, de la con-



naître, pour mieux la comprendre et pouvoir concilier les désirs, les demandes profondes de nombreux couples, avec les meilleures connaissances que nous avons actuellement dans ce domaine.

Pour faire ce résumé, nous avons puisé toutes nos sources dans le livre de Mireille Laget: Naissances, l'accouchement avant l'âge de la clinique.

Il nous semblait plus judicieux d'avoir une référence solide sur ce sujet, puisque notre apport personnel se serait appuyé sur de vagues connaissances, glânées de-ci, de-là et bien sûr, sans rigueur quant à leur objectivité et à leur véracité.

*L'enfantement jusqu'au 17<sup>e</sup> siècle:* On voit à travers l'histoire que jusqu'à cette époque l'accouchement a toujours été une affaire de femmes.

Les femmes isolaient les espaces de la naissance, et l'enfantement célébré à huis clos servait la transmission de pratiques anciennes.

Dans l'immense majorité des cas, donc, la femme met son enfant au monde là où elle vit, et la présence de ses parentes, amies ou voisines constitue une assistance.

Inquiètes ou ardentes, ces femmes sont là parce que l'une d'entre elles vit un passage difficile, dangereux, constituant un acte fort d'où sortira un être vivant. La raison d'être de cette communauté de femmes, c'est l'attente et la venue de l'enfant. Pour elles, l'accouchement est une énorme tâche, faite de douleur, de violence ou ressentie comme telle. L'incertitude et la peur convergent vers les recours multiples, voies de salut éphémères, pratiques matérielles ou appel aux forces de l'Au-delà.

Dans cette communauté de femmes présentes et d'hommes absents, la figure qui s'impose est celle de la matrone. C'est une femme que la confiance des autres a investi du pouvoir de faire les accouchements. Pouvoir héréditaire de mères à filles ou de tantes à nièces ou plutôt transmission de savoir.

On les désigne sous des noms divers, imagés: la femme, la bonne femme, la sage-femme, la bonne mère, la leveuse, la levandière, la ramasseuse, la releveuse, la matrone (nom qui évoque à la fois l'idée de la mère et de la sagesse due à l'âge).

La matrone est celle qui a la sagesse et l'autorité, et qui a pouvoir sur la descendance de la communauté. Cette femme a dans les foyers, une place très importante. De ces fonctions émane un certain mystère. On la respecte avec une sorte de crainte. Elle connaît aussi les «secrets des familles» ce qui contribue à lui donner de l'importance.

*Evolution dès la fin du 17<sup>e</sup> siècle:* Pendant une très longue période de l'histoire de l'Occident, les hommes de gouvernement n'ont pas conçu l'omniprésence des matrones, l'importance de leur fonction, l'enracinement de leurs pratiques. Jusqu'à la fin du 17<sup>e</sup> siècle, ne s'exerçait sur elles aucune forme de contrainte.

C'est à peu près à cette époque que s'effectue à leur égard une prise de conscience: elles ont en main la fragilité de deux vies, dont l'une n'a pas reçu le baptême, et elles ne sont ni sûres ni dignes.

Les médecins et les chirurgiens, les administrateurs, et même le clergé vont se battre pour faire de l'accouchement leur affaire, une possession d'homme.

Pour cela, avec acharnement, ils vont jeter le discrédit sur «ces femmes sans instruction». Pour supplanter les matrones, le chirurgien accoucheur doit, d'une part, les infantiliser et prendre acte de leurs insuffisances et, dans un second temps, les instruire.

Derrière ces intentions humanitaires, s'exerce bien évidemment la volonté d'un contrôle qui prendra des formes scientifiques, mais aussi religieuses, politiques, corporatives. Ainsi la fin du 18<sup>e</sup> siècle est à ce titre une période où s'affrontent un pouvoir passéiste et un savoir en progrès, et, au-delà, les prérogatives de la femme et la puissance d'intervention de l'homme. Ce sont les prémices d'un affrontement de pouvoirs qui se développe pendant tout le 19<sup>e</sup> siècle.

Ce tournant décisif de l'obstétrique moderne, de la mise au monde de l'enfant par des hommes et de moins en moins par les femmes, n'a été pris qu'avec une lenteur extrême. D'une part, il y a le poids de la tradition et de la complicité des femmes. L'homme reste un intrus dans la communauté féminine et dans le couple. Mais l'argument de l'indécence fut le plus puissant à menacer l'ascension du chirurgien accoucheur. Au-delà de tous les discours humanitaires, l'espace de l'accouchement demeure le sexe. Alors l'argument du savoir va être le tremplin qui soutiendra le statut du chirurgien et sa raison d'être. Le prestige de ceux-ci tiendra désormais en grande partie à leur compétence en obstétrique et à leur pratique des instruments. Et au fur et à mesure que se précisent les méthodes d'intervention sur les accouchements difficiles, la femme et le couple deviennent dépendants du chirurgien qui détient les moyens de la vie. Mais la naissance va évoluer entre un accouchement extériorisé, avec la conscience très forte que l'enfant arrive dans une communauté et l'accouchement in-

tériorisé et froid qui a maintenant trouvé son expression la plus nette dans les boxes ou les salles de travail des hôpitaux. Mireille Laget nous décrit très bien cet état de fait à la page 326 de son livre: «dépersonnalisation, soumission, devant le praticien qui, de plus, est souvent un homme. L'acte obstétrical est rigoureux, efficace, mais rapide, rarement chaleureux. Cette réussite se fait au détriment des instances traditionnelles et de l'insertion dans la famille et la communauté. L'enfant est jaugé, soigné, maillotté d'une manière qui assure la sécurité de sa petite existence, mais de façon hâtive et systématique. La brusquerie de la séparation augmente avec la sophistication de l'acte chirurgical.»

Contre cette rigidité et ce déracinement, on en vient à céder à une moins grande sécurité, une conception familiale de la naissance plus personnalisée et dans un esprit de fête. Ce sentiment de dépossession qu'éprouvent souvent les couples, et même leur entourage, face à une naissance en milieu hospitalier; conduit, de nombreuses personnes, depuis une vingtaine d'années, au rêve d'un enfantement mieux pensé, plus détendu, plus familial. C'est une des exigences aujourd'hui des mères: réaliser le lien entre l'étreinte qui a conçu l'enfant, le père qui l'a engendré, et sa venue au monde.

Retour au passé? Oui, en ce sens que la femme a tendance, au moment d'accoucher, à retrouver ses références fondamentales, à vivre les moments puissants au milieu des siens. Cette attitude traduit plutôt une forme de recherche du passé.

Mireille Laget esquisse une explication au phénomène de ce «retour en arrière» quant aux formes de la naissance à la page 328: «Que cherchons-nous dans l'image des femmes qui, de tout temps, ont accouché dans leur maison, dans leur lit et aidées de leur entourage familial? Une forme de cohérence, une proximité plus grande à l'enfant, un encadrement affectif? Les motivations sont peut-être diffuses. Mais elles procèdent de l'attirance que ressentent les jeunes générations pour une certaine sagesse du passé, en réaction contre des comportements trop artificiels ou trop imposés. Chercher ce que furent les mères d'autrefois conduit peut-être, dans ce vaste chantier, à permettre aux femmes, dans la rapidité de leur changement de condition et de vie, à intégrer la conscience de leur culture, et à savoir, sans passéisme irréfléchi et sans dépendance à l'autorité d'un système établi, quelles mères elles veulent être.»

## La sexualité féminine

Voici un autre domaine où il nous semble nécessaire de remettre les choses à leur place, c'est-à-dire qu'il nous faut redéfinir, pour comprendre le malaise qui s'installe dans le milieu obstétrical.

Un lavage de cerveau gigantesque et submergeant, depuis près d'un siècle cherche à égaler la sexualité humaine à la copulation, à faire de cet acte et de toutes ses variations possibles et impossibles, la source unique du plaisir, l'expression suffisante de l'amour.

Dans cette confusion, la femme est défigurée. Son activité sexuelle est réduite à une attitude imitée de l'homme. La femme est mutilée, car la sexualité féminine est autre que la sexualité masculine; elle est plus grande, plus vaste, plus différenciée.

En effet, si l'homme n'a qu'une seule fonction biologique reliée à son sexe, c'est-à-dire l'acte sexuel; la femme, elle, en a cinq: le cycle ovarien, la relation sexuelle, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

Ainsi tous ces événements sont considérés par l'homme comme des éléments distincts, sans relations véritables les uns avec les autres et surtout sans signification particulière pour la sexualité féminine.

Cette conception de la femme est née lors de la révolution industrielle et commerciale. Ce nouveau concept de féminité est culturel, c'est-à-dire qu'il s'est développé à partir de facteurs liés à la forme et aux impératifs d'une nouvelle société: une société masculine, productrice de biens à acheter avec un salaire, société dans laquelle la femme et ses impératifs biologiques ne sont qu'un fardeau, société dans laquelle le potentiel de travail de la femme est considéré comme une menace pour l'homme...

Ainsi, on peut se poser la question, de savoir, si ce retour au passé, traité déjà dans le chapitre précédent, n'est pas aussi l'expression d'une recherche d'identité propre, de la part de la femme.

En effet, la femme, comme tout être vivant, a des lois inscrites dans chacune de ses cellules, dans chacun de ses organes. La femme qui reconnaît ces lois en elle, comprend qu'elles sont celles de la vie.

«Pour la femme aucune de ses fonctions n'est plus importante que les autres. Elles existent toutes les unes par rapport aux autres et les uns pour les autres. La sexualité féminine est faite de continuité, d'enchaînement. Elle est active, productive. Son exercice donne des résultats qui cimentent la femme à la vie

dans ce qu'elle a de plus beau: le ressac des générations.» (1)

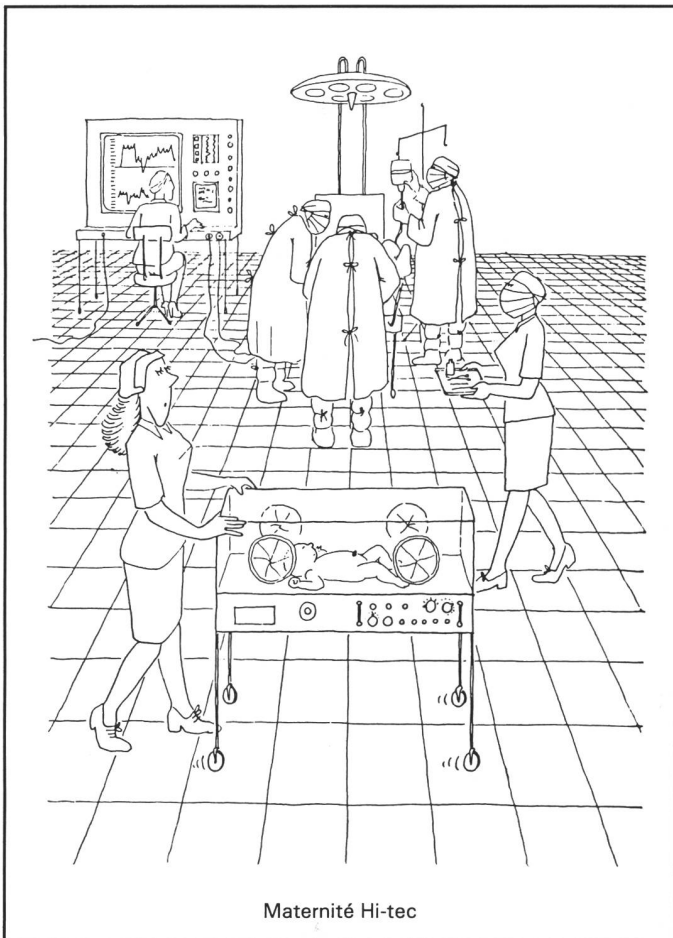
On voit ainsi que la sexualité féminine a une identité, elle est unique, spécifique. Elle s'exprime à travers la femme dans le cycle ovarien; avec l'homme, dans la relation sexuelle; et, grâce à l'enfant, dans la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

C'est pourquoi, à nouveau, après cette réflexion, la sage-femme nous semble la pièce maîtresse (hormis le conjoint bien sûr), dans l'accompagnement de la femme vers l'enfantement. C'est elle, parce qu'elle est femme, qui peut être sa référence, sa source de compréhension et parfois qui répondra à un besoin d'identification de celle qui vit à travers la grossesse et l'accouchement une expérience d'intensité unique.

«C'est dans le corps de la femme et par son corps que la vie germe, grandit, naît et s'alimente de lait pour un temps et d'amour pour toujours.» (2)

## L'accouchement, point fort de la sexualité féminine

L'accouchement est une dimension essentielle de la sexualité féminine. C'est pourquoi, nous voulons aussi en parler dans les quelques réflexions de notre travail. Il nous semble indispensable que



la sage-femme comprenne bien ce moment aux racines profondes pour la femme qui le vit.

La physiologie d'un enfantement sans inhibition psychique (crainte, peur, solitude, inquiétude) ou physique (médication, rasage, lavement, etc. ...) ressemble beaucoup à celle de l'excitation sexuelle au niveau de la respiration, des expressions faciales, du système nerveux central, de la perception sensorielle et de la réponse émotive.

«Un mari qui avait scrupuleusement noté ses observations pendant le premier accouchement de sa femme fait cette remarque: Je ne cessais de me dire qu'il y avait réellement quelque chose d'orgasme dans ces contractions – une expérience étrange, solitaire, presque sexuelle.» (3)

C'est ici que l'on trouve l'explication à ce désir universel qu'ont les femmes, à l'approche de leur accouchement de se faire un nid et de leur angoisse généralisée, avouée ou non, exprimée ou non, de le quitter pour un milieu étranger où elles se retrouvent seules face à de nombreuses personnes qu'elles ne connaissent pas, devant lesquelles elles doivent se découvrir et par lesquelles elles doivent se laisser toucher.

Le mécanisme qui régit l'accouchement, tout comme celui qui régit la relation sexuelle et qui permet à l'un comme à l'autre de se dérouler sans accroc, sans arrêt est extrêmement sensible à toute perturbation psychique, à toute intrusion extérieure.

«L'amour.

Mais l'amour est timide. L'amour aime le secret,

le silence, la pénombre.

Et faire l'amour devant le médecin

les étudiants, les infirmières, les sages-femmes, les électriciens

et sous les projecteurs,

c'est un peu délicat.

En général, ça ne marche pas.

Et, même, tout s'inverse:

un viol.

Ou, pire encore, peut-être:

cinquante personnes vous regardent

et il faut faire caca.» (4)

Un bruit, un cri, une porte qui claque, le téléphone qui sonne au cours de la relation sexuelle peuvent rendre la femme frigide et arrêter son élan. Le va-et-vient continu d'étrangers, le rasage des parties délicates de la femme pendant le travail, le lavement, l'immobilité forcée, le monitoring dans tout ce qu'il a d'impersonnel et d'inquiétant, les touchers vaginaux répétés, l'absence ou la présence passive de celui qui est la cause même de sa grossesse et de son accou-

chement (mais comment pourrait-il se sentir responsable, impliqué, quand tant de gens semblent être plus important que lui, en savoir et en pouvoir plus que lui?). Oui, de telles conditions ont transformé l'accouchement au cours du siècle en un événement pénible à vivre, plein d'écueils, de complications, de douleurs, d'échecs.

Par dessus tout cela, au lieu de réunir le couple et de l'unir, l'accouchement est très souvent la première occasion qui le sépare. Au lieu de créer la famille, de la cimenter, il la divise, la disperse. Les liens qui auraient dû se forger se défont et chacun reçoit un statut différent: le père devient un visiteur en butte aux règlements de la maison, la mère est patiente de l'obstétricien, l'enfant patient du pédiatre. Lui est à la maison, elle dans sa chambre, le petit à la pouponnière. Comment jamais s'y retrouver?

La dépression est la suite logique d'un tel gâchis. Chose étonnante, elle est presque considérée comme normale dans notre société!

Pour la femme l'accouchement est un acte intime, profondément relié à son psychisme et qui, plus que tout autre acte dans sa vie, modèlera l'image mentale qu'elle aura d'elle-même, déterminera sa personnalité, établira ses relations d'amour envers son mari et ses enfants, et sera le baromètre de sa santé psychique. «Tout comme la puberté, le mariage et la mort, l'enfantement est un des grands mystères du cycle vital, et bien que l'expérience de ces quelques heures soit temporairement masquée par l'arrivée d'un nouveau-né, les souvenirs et les sensations de cet événement ont souvent une importance déterminante pour l'identité féminine future de la femme et ses relations futures avec les autres, notamment avec son mari et ses enfants.» (5)

Il faut comprendre que la grossesse, l'accouchement, l'allaitement sont des actes sexuels chez la femme, et qu'ils sont soumis pour leur succès et leur échec aux mêmes règles que la relation sexuelle proprement dite. En dehors de l'amour, de la confiance, de l'intimité, ces actes n'ont jamais pu et ne pourront jamais donner satisfaction, joie, bonheur et détente. Mais comment ne pas subir d'émotions négatives quand on sait qu'il va falloir partir, quand on craint de partir trop tôt ou trop tard et qu'on sent très bien que ce départ sera une déchirure, un bris de liens précieux avec son mari et ses autres enfants, s'il y en a, et surtout une confrontation (et pour certaines dégradante) avec des inconnus, un abandon de son identité, une négation de sa sexualité?

Non, ce ne sont pas les femmes qui ont changé, ce sont les conditions d'accouchement qu'on leur impose qui les paralysent, les dénaturent, les «rendent infantiles». C'est aussi, et cela est un élément majeur, le sexe qui s'occupe d'elles qui a changé. Alors que traditionnellement, depuis des siècles, ce sont toujours les femmes qui se sont occupées des femmes, elles n'ont, maintenant, que difficilement le choix d'avoir une femme pour référence.

«Une des conséquences fâcheuses de ces développements est que la génération qui donne actuellement des enfants est totalement dépourvue de l'assistance traditionnelle de femmes plus âgées et expérimentées qui puissent les aider à faire face aux appréhensions de l'accouchement, qui pour elles représente l'inconnu. De ce fait, les mères modernes n'ont guère d'autre choix que de s'adresser à un monde médical en majorité masculin pour obtenir à la fois information et assistance.» (6)

Et ces hommes ont rendu le foyer inhospitalier et dangereux au couronnement de l'acte d'amour d'un couple. Eux, si jaloux de leur sexualité, ne peuvent-ils être généreux envers celle de la femme?

#### **Une autre solution ou «rêvons un peu» – rôle de la sage-femme**

Maintenant que nous avons essayé de définir un peu mieux l'événement de la grossesse et de l'accouchement dans son contexte affectif, nous comprenons bien le déracinement que peuvent ressentir les femmes et leur mari, pour ce moment privilégié qu'est l'accouchement, en arrivant à la maternité, monde inconnu, inquiétant, dépersonnalisé. Il est vrai que le sourire accueillant de la sage-femme qui les reçoit, l'investissement qu'elle mettra à rendre la parturiente et son mari à l'aise, seront déterminants pour l'harmonie de ces heures passées en salle d'accouchement. Mais, à peine mis en confiance, le contact bien établi, voilà qu'il faut recharger de sage-femme, changement d'équipe, déception. Durant son travail, la parturiente se retrouve alors à nouveau dans des mains inconnues; elle est moins disponible, concentrée qu'elle est sur ses respirations afin de maîtriser sa douleur, mais elle donnera à nouveau sa confiance car elle a besoin plus que jamais d'un soutien efficace. L'harmonie s'en trouve néanmoins découpée, morcelée. Chaque sage-femme est une personnalité avant tout; avec une attitude et un comportement, face à l'accouchement, très différents de l'une à l'autre, et c'est à nouveau, à la femme, d'en subir les conséquences et de s'adapter.

Que faire alors, pour garder la sécurité offerte d'une salle d'accouchement et l'harmonie de ce passage délicat d'un couple à une famille?

Nous avons placé notre confiance, dans le rôle de la sage-femme; rôle élargi, mais toujours dans la limite de ses compétences.

Nous n'avons pas l'intention de réaliser une étude applicable en tant que telle, mais plutôt, de vous tracer une autre idée qui nous paraît plus proche de notre idéal de sage-femme et ... de femme.

Nous pensons que le point principal pour «humaniser» l'accouchement à l'hôpital, serait d'offrir la possibilité à la femme enceinte, de connaître la sage-femme qui s'occuperait d'elle plus tard, pour ce moment précis et unique de l'accouchement.

Actuellement, bien des femmes qui en ont économiquement la possibilité demandent un status privé et cela, pour une grande partie, afin de connaître quelqu'un, au moins, lorsqu'elles arriveront à la maternité. Ce privilège n'est que partiel en ce qui concerne ce désir là car le médecin, seul regard connu, n'arrivera que pour l'expulsion du bébé, moment infiniment court par rapport à toute la période de dilatation.

D'autre part, en ce qui concerne les consultations prénatales, bien des femmes se sont plaintes du peu de temps qui leur était réservé par les gynécologues, souvent surchargés de travail par ailleurs. Leur rôle en tant que médecin reste malgré tout, rivié au dépistage d'une pathologie. Examen systématique, routinier, il n'a souvent pas le temps de comprendre «entre les lignes» et ces femmes ressortent des consultations avec leurs mêmes angoisses, problèmes sans réponse. Il nous semble malgré tout injuste, que ce «privilège» soit uniquement réservé à une population aisée, car il se paye cher!

Et si nous imaginions maintenant une autre infra-structure, sous forme de dispensaire par exemple, tenu par un groupe de sages-femmes, chez qui les femmes enceintes pourraient être suivies chaque mois pour leurs contrôles de grossesse. Un centre ouvert, où les femmes seraient écoutées plus longuement par d'autres femmes, souvent plus proches de leurs «petits» problèmes. Car en dehors d'une pathologie évidente telle une gestose, un placenta praevia, etc. ..., il existe une foule de facteurs de risque cachés, pas toujours mentionnés clairement et pourtant si importants pour l'évolution d'une grossesse harmonieuse. Il y a là un grand rôle à jouer dans la prévention de la prématurité pour ne citer qu'un exemple.

«Pour la femme qui n'est pas aimée, pour la mère célibataire, pour celle qui est harassée de travail ou malade, la réalité qui s'approche est pleine de dangers: ces femmes sont ce que j'appellerais des parturientes à risques, et c'est un de nos rôles, à nous sages-femmes, de percevoir ces situations, dont en général les femmes ne se vantent pas, par pudeur.» (7)

Cela exige évidemment un entretien bien différent, prenant en condition la situation sociale de ces femmes, de leur charge en travail, de leur logement et bien d'autres paramètres encore indirectement liés à une grossesse bien conduite; c'est un travail qui demande du temps et ... de l'intérêt dont nous, sages-femmes, sommes beaucoup plus proches de part notre métier et notre condition de femme.

Alexandre Minkowski insiste plusieurs fois là-dessus dans ses écrits: «dans presque tous les pays où la surveillance obstétricale de la femme enceinte est bonne, elle est assurée par des sages-femmes (...) Lorsqu'il s'agit de la femme et de son enfant, ce qui est important, c'est la compétence, et ce qui est plus essentiel encore, c'est d'avoir du temps.» (8)

Il ne saurait être question d'éliminer toutes visites médicales, mais de redonner à chacun, sage-femme, obstétricien, son rôle spécifique et complémentaire. Divers pays, dont la Suède, nous semblent exemplaires à ce sujet: «Les Suédois, qui ont la mortalité la plus basse, font faire systématiquement dix visites par des sages-femmes et quatre par des obstétriciens.» (9) Et ceci pour toute femme, même dont la grossesse paraît de prime abord ne poser aucun problème. Dans ce même pays, «la protection de la femme pendant la grossesse est effectuée dans des centres de protection maternelle, où toutes les femmes enceintes ont la possibilité d'être suivies gratuitement pendant leur grossesse. (...) Les sages-femmes s'occupent des grossesses normales, les obstétriciens des grossesses à risques.» (10)

La Suède n'est pas seule dans cette expérience; la Finlande, le Danemark, l'Angleterre, les Pays-Bas et la Belgique ont compris l'importance de la prévention et s'en sont remis aux compétences de la sage-femme.

Il ne s'agit donc pas de visites à domicile (quoiqu'on puisse aussi imaginer une telle visite de temps en temps, souvent riche d'instructions; à domicile, la sage-femme peut analyser certains facteurs de risque qui ne seraient peut-être pas apparus au cours de l'interrogatoire à la

maternité), mais d'une autre organisation où la sage-femme a sa place dans la période prénatale, ceci en collaboration avec les gynécologues et la maternité.

Ce serait un premier pas important à notre avis, pour «personnaliser» les contrôles de grossesses et aussi l'occasion de divulguer notre rôle et nos fonctions de sage-femme de plus en plus méconnus par le grand public. Dans le travail de diplôme d'une de nos collègues, son hypothèse se voit confirmée: «La sage-femme a encore sa raison d'être aujourd'hui, mais son rôle et sa fonction sont mal connus.» (11) Evidemment, c'est en salle d'accouchement que la plupart de ces femmes verront pour la première fois une sage-femme. Suivies dès le début de leur grossesse par des gynécologues, il est évident que ces femmes sont influencées et sont habituées à ce que ce soit le praticien qui les suive.» La médicalisation de l'accouchement semble avoir faussé auprès du public l'image de marque de la sage-femme qui, anonyme dans l'ensemble hospitalier, redevient une simple infirmière.» (12)

Ainsi la sage-femme perd progressivement sa place étant de moins en moins connue! Pourtant dans ce même travail de fin d'études, il ressort que: «les futures mères et les mères apprécient et réclament la présence de la sage-femme tout au long de leur grossesse, pendant l'accouchement et durant le post-partum. Elles soulignent leur désir d'être entourées par une femme.» (13) Il est important dès lors de lutter pour la sauvegarde de notre profession, de ne pas baisser les bras maintenant, et c'est en nous faisant mieux connaître aux futures mères que celles-ci pourront faire un choix et non subir la façon dont seront suivis leur grossesse et leur accouchement. Ce n'est que grâce à nous toutes, femmes, futures mères, accouchées que la sage-femme retrouvera son rôle auprès de tout ce qui concerne la grossesse et pourra ainsi se rapprocher des désirs de personnalisation, d'individualisation de chaque cas. D'une revue d'obstétrique, un autre témoignage: «La sage-femme est l'interlocutrice favorite de la future mère ou de celle qui attend et espère une grossesse, elle est le trait d'union entre les structures médicales et sociales, la collaboratrice directe du médecin, qui ne peut, faute de temps, être toujours longuement disponible.» (14)

Nous avons cité plus haut certains pays nordiques comme exemple, mais la France a également tenté une expérience dont les conclusions nous semblent fort intéressantes. Elle a débuté en 1976 dans le département de Seine-Saint-Denis où s'est constituée une

équipe de huit sages-femmes, chacune d'elles rattachées à une maternité et intervenant à domicile, pour une pathologie de la grossesse déjà installée, à la demande des médecins et sages-femmes de la maternité. Elles offrent donc un supplément de six visites environ à ces femmes déjà prises en charge médicalement. Après deux ans et demi de ce fonctionnement, l'efficacité de cette action préventive des sages-femmes, contrairement à leur attente, n'a pas mis en évidence une diminution du taux des prématurés ni du taux d'hospitalisation. Il apparaît en fait, que la surveillance à domicile par des sages-femmes est très efficace pour les femmes défavorisées sur le plan socio-économique et qu'elle est, au contraire, contre-indiquée pour certaines pathologies médicales, tels placenta praevia, toxémie gravidique.

Cette étude démontre clairement qu'il ne suffit pas de suivre uniquement les femmes qui ont déjà une pathologie, mais plutôt d'agir à titre préventif, c'est-à-dire plus précocement, afin de détecter les facteurs de risque d'une pathologie, *avant* qu'elle ne s'installe. «Notre souci est donc désormais de rechercher de quelle manière la sage-femme pourra intervenir auprès des femmes qui le souhaitent, dès le début de la grossesse, avant l'installation de la pathologie.» (15)

Revoici définis les rôles respectifs de chacun: la sage-femme avant la pathologie, le médecin avec la pathologie! Nous pourrions encore mentionner bien d'autres pays où la sage-femme s'occupe avec succès de la période prénatale et nous espérons que ceux-ci serviront bientôt d'exemples à la Suisse.

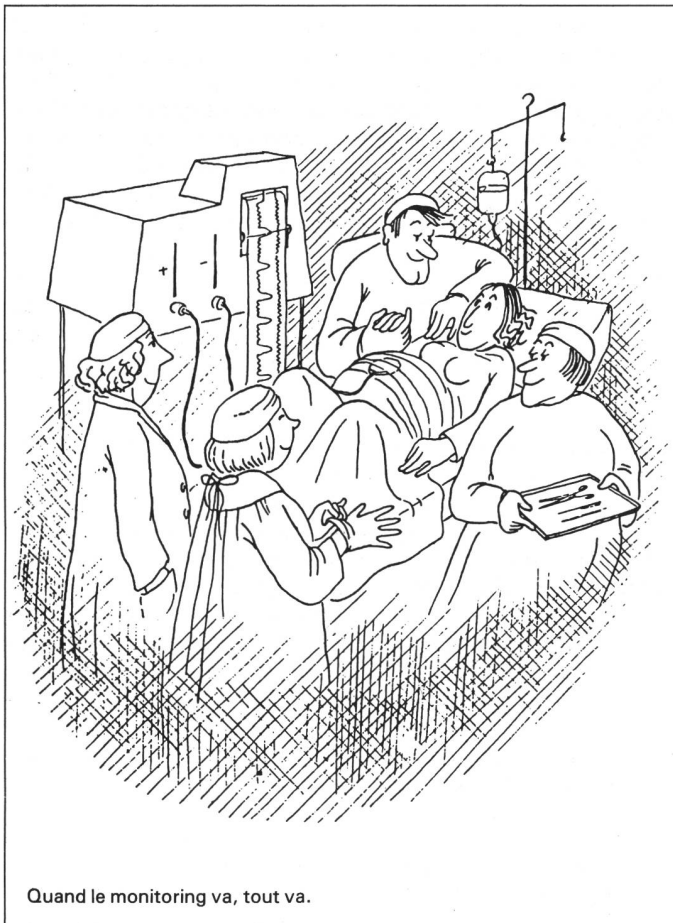
Vous remarquez donc que pour nous, l'humanisation des soins en obstétrique commence bien avant l'entrée en salle d'accouchement d'une femme en travail. C'est dès la première consultation que nous pensons devoir être disponibles en entourant ces femmes et bien sûr leur mari durant tout le temps de cette grande aventure de la grossesse. La «visite» est un moment privilégié pour qu'un échange de confiance s'instaure entre la future mère et la sage-femme.

Nous avons parlé de l'accompagnement et de l'aide nécessaire dans cette attente de l'enfant, mais il ne suffit pas de s'arrêter là, car l'écart ne serait ressenti que plus vivement par la parturiente à l'entrée en salle d'accouchement, si elle se retrouve à nouveau dans un milieu inconnu. Il nous semble en effet primordial que cette dernière, une fois l'heure du travail commencée, retrouve un facteur sécurisant en se rendant à la maternité pour accoucher. Ce devrait être, une des sages-femmes qui l'a suivie durant sa grossesse et qui, contactée aus-

sitôt, la retrouverait à son entrée à l'hôpital. Ainsi, elle accueillerait le couple et accompagnerait la parturiente durant ces heures importantes de la dilatation, de l'expulsion et du post-partum immédiat. «Si la sage-femme suivait les futures mères, ces dernières apprécieraient de la revoir en salle d'accouchement.» (16)

Quelle satisfaction aussi pour la sage-femme de voir une personne connue, un regard plein de confiance et la reconnaissance mutuelle, personnelle, pleine de promesses de part et d'autre! La parturiente n'en oublierait-elle pas alors un peu la froideur des murs? Ne ressentirait-elle pas moins le côté effrayant d'un hôpital? Nous en sommes convaincues et serions heureuses de le vivre ainsi.

D'après le travail de diplôme d'une autre élève sage-femme, il semblerait que cela se fasse déjà quelque part: «une proposition intéressante pour notre pratique, nous vient d'une clinique où les parturientes sont suivies pas une sage-femme de leur choix avec laquelle elles font connaissance au cours de la grossesse, à qui elles font appel au moment voulu et qui les accompagne et les accouche. Un bon moyen pour éviter les changements d'équipe préjudiciables au moral de la patiente.» (17) Dommage qu'elle ne cite ni le nom ni le pays où se trouve cette clinique!





Ce mode d'accouchement nous paraît «nouveau», à nous jeunes sages-femmes, et pourtant il faut se rappeler que cela se pratiquait il y a quelques années encore, dans le canton du Valais, sous le nom «d'accouchement policlinique»: La parturiente se faisait accoucher et soigner à l'hôpital par sa sage-femme. Nous nous rendons bien compte aussi, de la grande disponibilité qu'une telle pratique demande et c'est pourquoi nous n'avons pas parlé de la sage-femme indépendante, mais d'un groupe de sages-femmes, lesquelles pourrait s'entraider et permettre une certaine liberté dont nous avons aussi besoin.

A l'heure actuelle, les femmes ont la possibilité d'accoucher ambulatoirement et de retourner ainsi rapidement, dans leur intimité familiale; mais rares sont celles qui sont au courant de cette possibilité et qui osent choisir ce mode là, toute la charge de l'organisation leur incombant. Malgré tout, le problème d'«humanisation» reste pareil pour ces femmes; la période à l'hôpital n'étant que raccourcie et non améliorée, ni personnalisée.

Nous ne nous attarderons pas sur la période du post-partum et de l'allaitement, ni sur l'accouchement ambulatoire, ces sujets ayant déjà été traités à plusieurs reprises par d'autres élèves. Il est bien évident, dans notre idée, que l'idéal serait pour ces femmes, une fois la période du post-partum dangereuse passée, d'avoir, dès qu'elles le désirent, la possibilité de rentrer à domicile et de se faire suivre par une des sages-femmes déjà connues durant la période prénatale.

Cette évolution demanderait beaucoup de changements et d'investissements et nous sommes conscientes, de ne pas avoir soulevé tous les problèmes pratiques qu'elle impliquerait, mais ce n'est pas là notre but. Il nous semble important de sensibiliser avant tout et de faire prendre conscience à qui de droit de ces problèmes; ensuite les choses paraîtront déjà plus simples: une grossesse et un accouchement humains, personnalisés, accompagnés de toute la sécurité offerte en milieu hospitalier et aussi, ne l'oublions pas, la possibilité de soulager la douleur par des moyens efficaces, permettant une naissance vécue et non subie. Ce serait pour ces femmes «courageuses» et envieuses de vivre ce moment pleinement, une autre alternative que l'accouchement à domicile envers et contre tout. Alternative moins téméraire, plus réaliste et plus confortable.

Dans «Ces hommes qui nous accouchent» Marie-José Jaubert termine son livre par ces lignes: «Pourquoi pas de véritables maisons de femmes qui ne seraient pas uniquement des lieux d'accouchements mais aussi des lieux de

rencontres, d'informations, de loisirs? Des maisons dans lesquelles les techniques les plus sophistiquées, les spécialistes, médecins et sages-femmes, seraient véritablement à la disposition des femmes, parce que précisément ces lieux seraient gérés par les femmes elles-mêmes? (...) Cet espace de rencontres pourrait aussi être le lieu où le problème de la douleur serait abordé dans toute sa complexité et où il pourrait être résolu selon la volonté de la femme (...), résolu au long de l'accouchement selon le désir de chacune.» (18)

### Conclusion

La sage-femme moderne ne pourrait-elle pas être la gardienne de la vie, de ses processus naturels, de sa dimension familiale, de son besoin absolu d'amour et de respect? D'abord et avant tout parce qu'elle est femme et par là-même, devrait avoir la sagesse de comprendre et d'avoir confiance en la femme.

Elle pourrait être l'amie qui ne s'intéresse non pas à l'expulsion seulement, mais à tout le travail de la femme, lui ac-

cordant un soutien éclairé et averti; et bien avant encore, en assurant la surveillance prénatale des femmes qui se confient à elle. C'est ainsi qu'elle apprendrait à connaître la nature de la femme qu'elle va aider et lors du travail, saurait avoir l'attitude juste qui entraîne chez l'accouchée la plus grande détente et la plus grande confiance.

Elle voit la femme comme un être humain, avec des besoins spécifiques et y répond par sa compétence, sa disponibilité et sa sensibilité.

«La sage-femme ne pratique pas un métier, dans son sens mercenaire, ni une science, dans son sens étroit et inhumain, mais un art, dans tout ce que l'art doit à l'intuition, au génie, au cœur, à l'inspiration, à l'originalité et à l'amour de la nature. Cet art remonte à la nuit des temps et pendant des millénaires il s'est exercé dans un monde qui savait et acceptait que l'enfantement soit une fonction normale et naturelle du corps de la femme.» (19)

### Bibliographie

Sur demande à la rédaction

## **Aussagekraft des subpartualen Kardiotokogrammes in bezug auf klinisch relevante hypoxische Komplikationen**

Prof. Dr. med. E. Saling \*

Grundlage für diesen Artikel ist eine neuere Auswertung unserer Arbeitsgruppe gemeinsam mit Gruner und Goeschen.

407 Patientinnen wurden während der Geburt ununterbrochen durch die Kardiotokographie und gleichzeitig durch die Fetalblutanalyse (FBA) überwacht; letztere war jeweils nach den an unserer Klinik bestehenden einfachen und plausiblen Richtlinien indiziert, und zwar bei akuter Bradykardie sofort und nach Auftreten von Alarmtiefs (hypoxie-suspekte Dezelerationen) nach drei Wehen oder spätestens nach 10 Minuten. Die Beurteilung der Kardiotokogramme erfolgt nach dem zwar aufwendigsten, aber wohl immer noch zuverlässigsten Verfahren, nämlich nach dem Hammacher-Score.

Zunächst einmal zeigte sich, dass auch nach dem Hammacher-Score in 80% dieser Fälle das CTG als nicht mehr normal einzustufen war; es lagen nämlich drei oder mehr Score-Punkte vor. In

78% dieser CTG-mässig suspekten bis pathologischen Fälle waren die durch FBA ermittelten pH-Werte des Feten optimal – also 7,30 und besser, in 12% gering reduziert, aber noch im Normbereich – also zwischen 7,29 und 7,25. Zusammengefasst waren also in 90% dieser Feten normale pH-Werte gemessen worden und nur in 10% präpathologische Werte – also unter pH 7,25. Erwartungsgemäss nahm die Zahl der Fälle mit reduzierten pH-Werten mit dem Schlechterwerden des CTG-Scores zu. Dabei kann aber nicht die Rede davon sein, dass dies zuverlässige klinische Schlüsse zulassen würde. Selbst bei präpathologischem und pathologischem CTG-Score mit 5 Punkten und mehr betrug die Zahl der Präazidosen oder Azi-dosen nur 27%.

\* Prof. Dr. med. E. Saling ist Leiter des Institutes für perinatale Medizin der Freien Universität Berlin und Chef der Abteilung für Geburtsmedizin der Klinik Berlin-Neukölln.