

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 103 (2005)
Heft: 3

Artikel: Santé de la mère et du nouveau-né : les soins liés à un accouchement normal
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950041>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 02.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Ce mois-ci le journal se penche sur un thème que certains ont qualifié de vieux débat dépassé. Bien au contraire, je pense que le thème est actuel, à l'heure où les petites maternités ferment au profit de grandes maternités, friandes de protocoles et d'interventions.



Dans ce contexte, posons-nous la question suivante: mais au juste, qu'est-ce que la normalité? Y répondre par une seule définition est délicat, voire réducteur. Même pour nous, sages-

femmes d'horizons professionnels et de cultures divers, il est presque impossible de trouver une définition unanime. L'OMS propose la sienne, celle qui est développée dans le présent dossier. Pour ma part, j'aurai envie de la compléter en disant qu'une naissance normale devrait se faire avec le moins d'interventions possibles.

La question centrale est aussi de savoir quel rôle va jouer la sage-femme dans cette problématique. Car c'est elle, la spécialiste de la maternité et de la physiologie, qui va devoir confronter régulièrement ses propres pratiques et se remettre ainsi en question: «La rupture artificielle des membranes était-elle vraiment justifiée? Aurai-je pu attendre encore? L'instauration d'une perfusion d'ocytocine en cours de travail devient-elle systématique dans ma pratique? etc.» Mais, sommes-nous assez assidues à ce travail d'introspection? Des sages-femmes de part le monde font des recherches sur nos pratiques, écrivent des livres, des articles. A nous de les lire, de rester critiques face à notre propre travail. Si ce n'est à la sage-femme et aux femmes elles-mêmes qu'incombe cette grande responsabilité, de qui d'autres pourrait-on l'attendre? La naissance normale devient de plus en plus rare? Peut-être. Ce que je crois, c'est que nous, sages-femmes, portons une grande responsabilité aujourd'hui face aux femmes et à leur bébé pour que la naissance reste un événement aussi naturel que possible. La question posée ce mois-ci a le mérite de soulever une réflexion de fond posée à chaque professionnelle que nous sommes. Restons donc vigilantes et réveillées.

C. Allegro

Christiane Allegro

Santé de la mère et du nouveau-né

Les soins liés à un

Les nombreux débats qui ont eu lieu et toutes les recherches effectuées depuis de nombreuses années n'ont pas permis de dégager un concept uniformisé ou universel de la «normalité» en matière de travail et d'accouchement. Une équipe de chercheurs liés à l'OMS s'est lancée dans une étude dont nous publions ici quelques extraits.

CES dernières décennies ont vu se développer toute une gamme de pratiques visant à déclencher, intensifier, accélérer, régler ou surveiller le processus physiologique du travail, le but étant d'améliorer l'issue pour la mère et le nouveau-né, et parfois de rationaliser les schémas de travail dans les services où se déroulent les accouchements. Dans les pays industrialisés où cette activité s'est généralisée, la valeur et l'opportunité d'interventions de ce niveau sont de plus en plus remises en question. En même temps, les pays en développement cherchent à rendre accessibles à toutes les femmes des accouchements sûrs et à un prix abordable. L'adoption irréfléchie de toute une gamme d'interventions inutiles, inopportunes, inappropriées et/ou superflues, trop souvent insuffisamment évaluées, est un risque que prennent nombre de ceux qui essaient d'améliorer les services de maternité.

Après avoir adopté une définition de travail d'une «naissance normale», le rapport des chercheurs recense les pratiques les plus courantes utilisées pendant toute la durée du travail et tente de fixer certaines normes de bonne pratique pour la conduite d'un travail et d'un accouchement exempts de complications. Le rapport traite des soins liés à un accouchement normal quels que soient le cadre et le niveau des soins. Ses recommandations sur les interventions qui servent ou devraient servir à soutenir le processus d'une naissance normale ne sont spécifiques à aucun pays ni à aucune région. Il existe des différences énormes dans le monde en ce qui concerne le lieu où les soins sont dispensés et le niveau des soins, la complexité des services disponibles et le statut du dispensateur de soins pour un accouchement normal. Le présent vise simplement à examiner les arguments pour ou contre certaines des pratiques les plus courantes et à formuler des recommandations, sur la base des preuves disponibles les plus fiables, concernant leur place dans les soins pour un accouchement normal.

En 1985, une réunion à laquelle participaient la Région européenne de l'Organisa-

tion mondiale de la Santé, le Bureau régional des Amériques et l'Organisation panaméricaine de Santé à Fortaleza, Brésil, a formulé un certain nombre de recommandations basées sur une gamme analogue de pratiques. Malgré cela et en dépit de l'utilisation rapidement croissante d'une médecine scientifique, nombre de ces pratiques restent encore aujourd'hui couramment utilisées, sans qu'il soit dûment tenu compte de leur valeur pour les femmes et leurs nouveau-nés. C'est la première fois que des experts en matière d'accouchement représentant toutes les Régions de l'OMS ont la possibilité de préciser, à la lumière des connaissances actuelles, ce qu'ils considèrent être la place de ces pratiques dans les soins liés aux accouchements normaux.

Après avoir examiné les données existantes, le groupe de travail a classé ses recommandations concernant les pratiques liées aux accouchements normaux en quatre catégories:

- A. Pratiques d'une utilité avérée et devant être encouragées
- B. Pratiques à l'évidence nuisibles ou inefficaces et devant être éliminées
- C. Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander franchement et devant être utilisées avec précaution pendant que les recherches se poursuivent
- D. Pratiques fréquemment utilisées de façon inappropriée.

Economie et normalité

Le premier point à préciser est le sens donné tout au long de ce document à l'expression «naissance normale». L'exactitude est essentielle pour éviter toute interprétation erronée. On entend souvent dire qu'«un accouchement ne peut être déclaré normal que rétrospectivement». Cette notion répandue a amené les obstétriciens de nombreux pays à conclure que les soins liés à un accouchement normal devaient

accouchement normal

«Si le corps de la femme n'était pas conçu pour donner vie, comment de fait-il que la terre soit aussi peuplée?» s'interroge Ina May Gaskin.

Photo: Karl Weingart

être semblables aux soins dispensés lors d'un accouchement compliqué. Ce concept a plusieurs inconvénients: il peut changer un événement physiologique normal en un acte médical; il entrave la liberté des femmes de vivre l'accouchement de leur enfant à leur manière, à l'endroit qu'elles ont elles-mêmes choisi; il conduit à des interventions superflues et, compte tenu de la nécessité de faire des économies d'échelle, son application suppose la concentration d'un grand nombre de femmes en travail dans des hôpitaux techniquement bien équipés, avec les coûts correspondants.

Phénomène urbain

Sous l'effet du phénomène mondial de l'urbanisation croissante, les femmes sont beaucoup plus nombreuses à accoucher dans des services d'obstétrique, qu'elles aient un accouchement normal ou compliqué. La tentation existe de traiter tous les accouchements systématiquement avec le même niveau élevé d'intervention requis par ceux qui se révèlent compliqués. Ils s'ensuit malheureusement toute une gamme d'effets négatifs, dont certains ont des incidences graves. Ces effets vont du simple coût en temps, en formation et en matériel

qui va de pair avec nombre des méthodes utilisées au fait que de nombreuses femmes peuvent être dissuadées de rechercher les soins dont elles ont besoin parce que le coût élevé de l'intervention les inquiète. Les pratiques superflues peuvent nuire aux femmes et à leur nourrisson. Le travail des personnels dans les services d'accueil peut être rendu difficile s'ils sont empêchés de soigner les femmes très malades qui ont besoin de toute leur attention et de toute leur compétence, ne serait-ce que par la quantité des naissances normales qui se présentent. Quant à ces naissances normales, elles sont fréquemment gérées selon des «protocoles normalisés» qui ne sont justifiés que pour les soins aux femmes dont l'accouchement est compliqué.

Le rapport présenté ici n'est pas un plaidoyer en faveur d'un cadre particulier pour l'accouchement car il reconnaît la réalité de toute une gamme de lieux appropriés, que ce soit à domicile ou dans un centre d'accueil tertiaire, selon la disponibilité et les besoins. Il vise simplement à définir en quoi consiste des soins sûrs pour un accouchement normal, quel que soit le lieu où se déroule l'accouchement. Le point de départ pour le bon déroulement d'un accouchement, à savoir l'évaluation des risques,

nécessite une étude spéciale mais une brève introduction au concept est nécessaire ici avant l'examen des composantes des soins liés à l'accouchement.

Approche fondée sur les risques

La prise de bonnes décisions pour un accouchement, sans laquelle les soins risquent de ne pas être satisfaisants, repose nécessairement sur une évaluation des besoins et de ce qu'on pourrait appeler la capacité d'une femme à accoucher. Ce qui est connu comme l'approche fondée sur les risques est à la base des décisions prises depuis des décennies concernant l'accouchement, le lieu où il se déroule, son type et la personne qui dispense les soins. Le problème, avec beaucoup de ces systèmes, est qu'un nombre disproportionné de femmes sont classées comme «à risque», d'où le risque qui s'ensuit d'un niveau élevé d'interventions à l'accouchement. Un autre problème, malgré un classement scrupuleux, est que l'approche fondée sur les risques omet bel et bien de reconnaître de nombreuses femmes qui auront en fait besoin de soins pour des complications pendant l'accouchement. De même, nombre des femmes définies comme étant «à haut risque» ont finalement un

accouchement parfaitement normal, sans rien à signaler. En procédant à une évaluation initiale et continue des chances qu'a une femme d'accoucher normalement, il est néanmoins possible de prévenir et/ou de déceler l'apparition de complications et de prendre les décisions nécessaires concernant les soins appropriés.

C'est pourquoi il est primordial de s'interroger sur l'évaluation de la femme qui entre en travail. L'évaluation des facteurs de risque commence pendant les soins prénatals. Cette évaluation peut être faite de façon relativement simple, d'après l'âge de la mère, sa taille, la parité et par des questions concernant d'éventuelles complications dans le passé obstétrical comme une mortinascence antérieure ou une césarienne et la recherche d'anomalies dans la grossesse actuelle prééclampsie, grossesse multiple, hémorragie précédant le travail, présentation anormale ou anémie grave. L'évaluation des risques permet aussi de mieux différencier les facteurs de risque individuels et les niveaux de soins. Aux Pays-Bas, une liste d'indications médicales appelant des soins spécialisés a été établie; elle distingue les risques faibles, moyens et élevés. Dans de nombreux pays et établissements où l'on distingue grossesses à faible risque et à haut risque, des listes du même type sont utilisées.

«L'évaluation des risques n'est pas une mesure unique, mais un procédé continu pendant toute la grossesse et le travail. Des complications précoces peuvent apparaître à tout moment, et amener à décider de transférer la femme vers un niveau de soins supérieur.»

L'efficacité d'un système d'évaluation des risques se mesure d'après sa capacité à distinguer entre les femmes à haut risque et les femmes à faible risque, c'est-à-dire sa sensibilité, sa spécificité et sa valeur prédictive positive et négative. Les chiffres exacts concernant la capacité distinctive de ces systèmes d'évaluation des risques sont difficiles à obtenir mais, selon les rapports disponibles, une distinction raisonnable entre grossesse à haut risque et grossesses à faible risque est possible dans les pays industrialisés et dans les pays en développement. La définition des risques obstétricaux fondée sur des facteurs démographiques tels que la parité et la taille de la mère est peu spécifique et de nombreux accouchements non compliqués sont de ce fait dits à haut risque. La spécificité des complications dans les antécédents obstétricaux ou dans la grossesse en cours est sensiblement supérieure. Toutefois, même des soins prénatals de grande qualité et évalua-

tion des risques ne peuvent se substituer à une surveillance adéquate de la mère et du fœtus pendant le travail.

Pendant les soins prénatals, un plan sera établi, à la lumière de l'évaluation, indiquant qui surveillera l'accouchement et où il se déroulera. Ce plan doit être établi avec la femme enceinte et le mari/partenaire doit en être informé. Dans de nombreux pays, il est aussi souhaitable que le plan soit communiqué à la famille parce que c'est elle, en définitive, qui prend les décisions importantes. Dans les sociétés où la confidentialité est la règle, il en sera autrement: la famille ne pourra être informée que par la femme elle-même. Le plan doit être prêt lorsque le travail commence. A ce moment, une réévaluation des risques est faite, y compris un examen physique pour évaluer le bien-être de la mère et du fœtus, l'orientation et la présentation fœtales et le pronostic de l'accouchement. En l'absence de soins prénatals antérieurs, une évaluation des risques devra être faite lors du premier contact avec la personne chargée des soins pendant l'accouchement. Un accouchement à faible risque commence entre la 37^e et la 42^e semaine révolue. Si aucun facteur de risque n'est constaté, l'accouchement peut être considéré comme à faible risque.

Une naissance normale, c'est quoi?

Une naissance normale se définit compte tenu de deux facteurs: le niveau de risque associé à la grossesse et la progression du travail et de l'accouchement. Comme cela a déjà été examiné, la valeur prédictive de l'évaluation des risques est loin d'être à 100% une femme enceinte à faible risque lorsque le travail commence peut finalement avoir un accouchement compliqué. En revanche de nombreuses femmes enceintes à haut risque ont finalement un travail et un accouchement sans complications. La cible première du présent rapport est le vaste groupe des grossesses à faible risque.

«Nous définissons une grossesse normale comme une grossesse dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37^e et 42^e semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien.»

Selon cette définition, combien de naissances peuvent être considérées comme normales? Cela dépendra largement de l'évaluation régionale et locale des risques

et des taux d'orientation-recours. Les études sur les soins de substitution à l'accouchement dans les pays industrialisés font apparaître un taux moyen d'orientation-recours de 20% pendant l'accouchement et un nombre identique de femmes transférées pendant la grossesse. Les taux d'orientation-recours des multipares sont beaucoup plus faibles que chez les nullipares.

Des études démontrent que les risques sont d'ordinaire évalués avec tant de soin que de nombreuses femmes transférées auront finalement un accouchement normal. Dans d'autres cadres, les transferts seront moins nombreux. Au Kenya, on a observé que 84,8% de tous les accouchements se déroulaient sans complications. On peut considérer en général que de 70 à 80% de toutes les femmes enceintes sont à faible risque au début du travail.

Quels soins?

Le but des soins est la bonne santé de la mère et de l'enfant, le niveau d'intervention étant réduit au minimum compatible avec la sécurité. Cette approche suppose que:

«Dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel.»

Les tâches du dispensateur de soins comportent quatre éléments:

- Soutenir la femme, son partenaire et sa famille pendant le travail, au moment de l'accouchement et dans la période qui suit.
- Observer la femme en travail; surveiller l'état fœtal et l'état du nouveau-né après la naissance; évaluer les facteurs de risque; déceler assez tôt les problèmes éventuels.
- Pratiquer des interventions mineures, si besoin est, comme une amniotomie et une épisiotomie; soigner le nouveau-né après la naissance.
- Transférer la femme vers un niveau de soins supérieur si des facteurs de risque apparaissent ou si d'éventuelles complications justifient ce transfert.

La description qui précède sous-entend qu'un transfert vers un niveau des soins supérieur est aisément réalisable. Dans de nombreux pays, tel n'est pas le cas; des règlements spéciaux sont alors nécessaires pour permettre aux dispensateurs de soins au niveau primaire de se charger de tâches salvatrices. Cela nécessite une formation supplémentaire et l'adaptation de la législation pour permettre au dispensateur de soins de s'acquitter de ces tâches. Cela suppose aussi l'existence d'un accord entre les dispensateurs de soins concernant leurs responsabilités.

Quelle intervention?

L'accoucheur, ou l'accoucheuse, doit être capable d'assumer les tâches du dispensateur de soins telles qu'elles sont formulées plus haut. Il, ou elle, doit avoir une formation appropriée et posséder un éventail de compétences en soins obstétricaux correspondant au niveau de service. Il, ou elle, doit au moins pouvoir évaluer les facteurs de risque, reconnaître les complications qui surviennent, observer la mère et surveiller l'état du fœtus et du nouveau-né. L'accoucheur, ou l'accoucheuse, doit être capable d'assurer les interventions de base essentielles et de prendre soin du nouveau-né après la naissance. Il, ou elle, doit être capable de transférer la femme ou le bébé vers un niveau de soins supérieur en cas de complications et nécessitant des interventions qui dépassent les compétences du dispensateur de soins. Enfin, et ce n'est pas là le moins important, l'accoucheur, ou l'accoucheuse, doit avoir la patience et l'empathie nécessaires pour soutenir la femme et sa famille. Là où cela est possible, le dispensateur de soins doit s'efforcer d'assurer la continuité des soins tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, sinon personnellement, du moins par la façon dont les soins sont organisés. Divers professionnels peuvent être envisagés, selon les régions et les cultures, pour s'acquitter de ces tâches:

- *L'obstétricien-gynécologue*: ces professionnels sont certainement capables de s'occuper des aspects techniques des diverses tâches du dispensateur de soins. Il convient d'espérer qu'ils ont aussi l'empathie voulue. Les obstétriciens doivent généralement consacrer leur attention aux femmes à haut risque et au traitement des complications graves. Ils sont normalement responsables des actes de chirurgie obstétricale. Par leur formation et leur professionnalisme, ils peuvent être enclins à intervenir plus fréquemment que la sage-femme et y sont souvent tenus du fait de la situation. Dans de nombreux pays, spécialement dans les pays en développement, le nombre des obstétriciens est limité et ils sont inégalement répartis, la majorité d'entre eux exerçant dans les grandes villes. Leurs responsabilités dans la prise en charge des principales complications ne leur laissent probablement pas beaucoup de temps pour aider et soutenir la femme et sa famille pendant un travail et un accouchement normaux.
- *Le médecin et le praticien généralistes*: la formation théorique et pratique en obstétrique de ces professionnels varie sensiblement. Il existe certainement des praticiens qualifiés qui sont capables d'assumer les tâches du dispensateur de



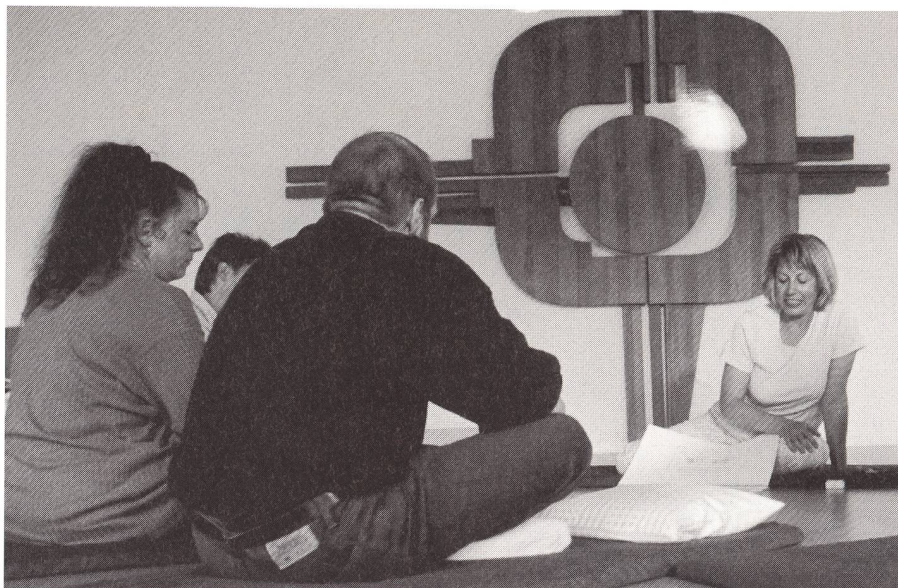
Les naissances normales ne sont pas forcément plus rares, mais notre conception est en évolution. Les femmes ont le choix et sont parfois partagées entre une multitude de conseils divers.

Photo Susanna Hufschmid

soins obstétricaux ou de niveau primaire et donc les soins pour un accouchement normal. Toutefois, les soins obstétricaux ne représentent d'ordinaire qu'une petite partie de la formation et des tâches quotidiennes des praticiens généralistes, et il leur est donc difficile d'entretenir cette compétence et de rester à jour. Les médecins généralistes qui travaillent dans les pays en développement consacrent souvent une grande partie de leur temps aux soins obstétricaux et ils sont donc relativement expérimentés mais ils peuvent être appelés à accorder davantage d'attention à la pathologie obstétricale qu'aux accouchements normaux.

- *La sage-femme*: Selon la définition admise par l'OMS, la sage-femme est généralement compétente pour dispenser des soins obstétricaux. Elle est particulièrement qualifiée pour les soins pendant un accouchement normal. La formation et les tâches des sages-femmes varient toutefois sensiblement selon les pays. Dans de nombreux pays industrialisés, les sages-femmes travaillent dans les hôpitaux sous la direction d'obstétriciens. Cela signifie d'ordinaire que les soins dispensés pendant un accouchement normal font partie des soins dispensés par le service d'obstétrique en général et qu'ils sont donc soumis aux mêmes règles et dispositions, que les grossesses soient à haut risque ou à

faible risque. La définition internationale de la sage-femme sert à reconnaître qu'il existe différents programmes de formation aux soins dispensés par les sages-femmes. C'est ainsi qu'une sage-femme peut être formée sans avoir auparavant obtenu un titre en soins infirmiers, ce qu'on désigne couramment comme l'«accès direct». Ce type de formation existe dans de nombreux pays et il connaît un regain de popularité, tant auprès des pouvoirs publics que des futures sages-femmes. L'accès direct à un programme de formation, avec une formation complète aux soins obstétricaux et aux sujets connexes tels que la pédiatrie, la planification familiale, l'épidémiologie a été reconnu comme d'un bon rapport coût-efficacité en même temps que spécifiquement axé sur les besoins des femmes enceintes et de leur nouveau-né. Les compétences de la sage-femme et sa capacité à agir avec assurance de façon indépendante sont plus importantes que le type de préparation offert par un gouvernement particulier. C'est pourquoi il est indispensable de veiller à ce qu'un programme de formation protège et favorise la capacité des sages-femmes à assurer la plupart des accouchements, à vérifier les risques et, là où les besoins locaux l'imposent, à prendre en charge les complications éventuelles de l'accouchement. Dans de nombreux pays en déve-



Les couples modernes devraient disposer de toutes les informations nécessaires afin d'effectuer un choix informé à la veille d'accueillir leur enfant. Photo Susanna Hufschmid

loppement, les sages-femmes travaillent dans les centres de santé et les centres communautaires ainsi que dans les hôpitaux, souvent en l'absence, ou avec très peu d'encadrement. Des efforts sont faits actuellement pour promouvoir un élargissement du rôle des sages-femmes aux compétences salvatrices, dans plusieurs pays et dans de nombreuses régions du monde.

- *Le personnel auxiliaire et les accoucheuses traditionnelles qualifiées*: dans les pays en développement qui manquent de personnel de soins de santé qualifié, les soins dans les villages et les centres de santé sont souvent confiés à des person-

nels auxiliaires comme des infirmières-sages-femmes auxiliaires, des sages-femmes de village ou des accoucheuses traditionnelles qualifiées. Dans certaines circonstances cela peut être inévitable. Ces personnes ont un minimum de formation et elles constituent souvent l'épine dorsale des services de maternité à la périphérie. L'issue d'une grossesse et d'un accouchement peut être améliorée par l'utilisation de leurs services, spécialement si elles sont encadrées par des sages-femmes qualifiées. Toutefois, leur formation ne leur permet pas de s'acquitter de tout l'éventail des tâches du dispensateur de santé décrites ci-dessus et, du fait de leur origine, leur pratique peut être conditionnée par de puissantes normes culturelles et traditionnelles pouvant entraver l'efficacité de leur formation. Il convient néanmoins de reconnaître que c'est précisément cette forte identification culturelle qui amène souvent de nombreuses femmes à préférer leur assistance pendant un accouchement, spécialement en milieu rural.

Valoriser le rôle de la sage-femme

D'après ce qui précède, la sage-femme semble être le dispensateur de soins de santé le plus approprié et du meilleur rapport coût-efficacité pour les soins pendant une grossesse et un accouchement normaux, y compris pour l'évaluation des risques et la reconnaissance des complications.

Les sages-femmes sont les dispensateurs de soins de santé primaires les plus appropriés à qui doivent être confiés les soins pour les accouchements normaux. Toutefois, dans de nombreux pays industrialisés

et en développement, les sages-femmes sont soit absentes soit présentes seulement dans les grands hôpitaux où elles peuvent servir d'assistantes aux obstétriciens. En 1992, le rapport de la Commission de la Santé de la Chambre des Communes sur les services de maternité a été publié au Royaume-Uni. Il recommandait entre autre que les sages-femmes suivent leurs propres patientes et assument l'entière responsabilité des femmes qui leur sont confiées; les sages-femmes devraient aussi avoir l'opportunité d'établir et de gérer des services de maternité dans les hôpitaux et en dehors. Ce rapport a été suivi du rapport d'un groupe d'experts sur la maternité «Modifier l'accouchement» qui contenait des recommandations analogues. Ces documents sont les premiers pas vers une indépendance professionnelle accrue des sages-femmes en Grande-Bretagne. Dans quelques pays européens, les sages-femmes sont entièrement responsables des soins pendant une grossesse et un accouchement normaux, à domicile ou à l'hôpital. Dans de nombreux autres pays européens et aux Etats-Unis, en revanche, la plupart des sages-femmes (là où il en existe) travaillent à l'hôpital sous la direction de l'obstétricien.

Dans de nombreux pays en développement, la sage-femme est considérée comme la personne clef pour la fourniture des soins de maternité. Toutefois, ce n'est pas le cas dans tous les pays: certains manquent de sages-femmes. En Amérique latine en particulier, des écoles de sages-femmes ont été fermées, l'idée étant que les médecins pouvaient assumer ces tâches. Dans certains pays, le nombre de sages-femmes est en régression et celles qui sont présentes sont mal réparties: la majorité travaillent dans les hôpitaux urbains et non en zone rurale où vivent 80% de la population et où se posent donc la plupart des problèmes. Il est recommandé de former davantage de sages-femmes et de mieux choisir le site des écoles de formation afin qu'elles soient aisément accessibles aux femmes et aux hommes des zones rurales qui auront ainsi plus de chances de rester dans la communauté à laquelle ils appartiennent. La formation devrait aider les sages-femmes à faire face aux besoins des communautés qu'elles vont servir. Celles-ci devraient être capables de reconnaître les complications qui nécessitent un transfert mais si le transfert vers un niveau supérieur de soins est difficile, elles devraient être capables de s'acquitter d'interventions salvatrices. ◀

Ce texte est tiré du rapport d'un groupe de travail technique qui a édité une brochure de 60 pages intitulée «Les soins liés à un accouchement normal». Traduite depuis peu en français, cette brochure peut être commandée directement à l'OMS sur le lien (prix: 10 francs): http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/index.html

Réflexions en Allemagne

En Allemagne, combien de femmes donnent vie à leurs enfants sans aucun recours à la médecine? En 1999, une minorité de femmes, environ 6,7%, a accouché de façon dite «normale». Depuis, ce pourcentage est même à la baisse. Sur un panel de 700000 femmes, seule 1,3% d'entre elles ont accouché en-dehors d'une structure hospitalière et loin de toute aide technique. De nos jours, l'aide à la naissance se base sur une intervention médicale et la prise en charge de nombreuses situations comme relevant de l'urgence ou de la pathologie et cela même lorsque la situation semble normale. Une récente étude menée en Allemagne s'interroge sur la question de savoir si nous ne sommes pas allés trop loin dans la médicalisation de l'aide à la naissance.

Classification des pratiques

Le texte suivant, lié au rapport de l'OMS présenté précédemment, propose quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité. Les raisons de cette classification ne sont pas exposées ici; les personnes qui désirent des informations plus détaillées peuvent obtenir le rapport complet (voir p. 30).

Pratiques à encourager

1. Un plan individuel détermine où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera. Plan à établir avec la femme pendant la grossesse et à communiquer au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille.
2. Evaluer les risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals. Le réévaluer à chaque contact et cela jusqu'à la fin du travail.
3. Surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de la naissance.
4. Boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement.
5. Respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance.
6. Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement.
7. Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement.
8. Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement.
9. Fournir aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent.
10. Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation.
11. Surveillance fœtale avec auscultation intermittente.
12. Usage unique des matériels jetables et décontamination appropriée du matériel à usage multiple pendant tout le travail et l'accouchement.
13. Utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipulation du placenta.
14. Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail.
15. Encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail.
16. Surveillance attentive de l'évolution du travail.

17. Administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger.
18. Stérilité des instruments utilisés pour sectionner le cordon.
19. Prévention de l'hypothermie du bébé.
20. Contact dermique précoce entre la mère et l'enfant et encouragement à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement.
21. Examen systématique du placenta et des membranes.

Pratiques à éliminer

1. Recours systématique au lavement.
2. Rasage systématique du pubis.
3. Infusion intraveineuse systématique pendant le travail.
4. Pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique.
5. Utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail.
6. Toucher rectal.
7. Utilisation de la radiopelvimétrie.
8. Administration d'ocytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés.
9. Utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail.
10. Efforts de poussée soutenus et dirigés (manœuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail.
11. Massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail.
12. Utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie.
13. Administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au troisième stade du travail.
14. Lavage utérin systématique après l'accouchement.
15. Révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement.

Pratiques à utiliser avec précaution (effets méconnus)

1. Méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail, comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse.
2. Amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail.
3. Pression sur le fond utérin pendant le travail.
4. Manœuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement.
5. Manipulation active du fœtus au moment de la naissance.
6. Administration systématique d'ocytocine, tension légère sur le cordon ou combinaison des deux pendant le troisième stade du travail.
7. Clampage précoce du cordon ombilical.
8. Stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines pendant le troisième stade du travail.

Pratiques fréquemment utilisées à tort

1. Interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail.
2. Traitement de la douleur par des agents systémiques.
3. Traitement de la douleur par l'analgésie épidurale.
4. Monitoring électronique du fœtus.
5. Port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement.
6. Touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins.
7. Accélération par l'ocytocine.
8. Transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du deuxième stade.
9. Sondage de la vessie.
10. Encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser.
11. Observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse.
12. Extraction instrumentale.
13. Utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie.
14. Exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement.