

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 113 (2015)
Heft: 5

Artikel: Vécu des femmes lors des interventions professionnelles en fin de grossesse et pour l'accouchement
Autor: Guittier, Marie-Julia
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949594>

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: 11.01.2026

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

Vécu des femmes lors des interventions professionnelles en fin de grossesse et pour l'accouchement

Dans le cadre d'une thèse de doctorat, plusieurs recherches ont été menées avec l'objectif d'évaluer les effets des interventions professionnelles sur le vécu des femmes, dans le cas précis de la présentation fœtale en siège. Les résultats ont mis en évidence une succession d'étapes pour la femme au cours desquelles nos interventions professionnelles, tant techniques que relationnelles, doivent être finement ajustées.

Marie-Julia Guittier

Toutes les citations des femmes rapportées dans cet article sont extraites des interviews menées dans le cadre de l'étude de Guittier et al. sur les déterminants du choix du mode d'accouchement par le siège^[1].

Au moment du diagnostic

Le diagnostic de présentation fœtale en siège et le processus d'acceptation d'un risque élevé d'accoucher par césarienne peut être psychologiquement difficile pour certaines femmes et mérite une écoute et un accompagnement attentifs. Nous savons que l'accouchement ne se passe pas toujours de la manière idéalisée comme les femmes ont pu l'imaginer avant le jour de l'accouchement. Mais, le plus souvent, en même temps que la surprise d'un déroulement imprévu, arrive le nouveau-né. La découverte de l'enfant et les premiers apprentissages de vie à ses côtés prennent souvent le pas sur les éventuelles déceptions en lien avec le déroulement de l'accouchement. Dans le cas du diagnostic de présentation du siège, la place prise par la déception et le deuil de l'accouchement idéalisé, surtout chez la primipare, est importante car l'enfant est encore au statut d'imaginaire.

Montrer à ces femmes qu'on ne banalise pas le diagnostic de présentation du siège en prenant le temps d'écouter leur ressenti face à cet évènement, et en leur laissant du temps pour parcourir leur chemin émotionnel avant d'aborder les informations pour le mode d'accouchement, est essentiel. Nous avons observé que la question simple consistant à leur demander pourquoi, selon elles, leur bébé se présente de cette façon-là peut aussi apporter des éléments pour évaluer le niveau de détresse maternelle: «*Je me disais: Mais s'il est comme ça (en siège) c'est que peut-être il n'a pas envie de venir et s'il ne met pas sa tête en bas c'est peut-être que parce j'ai, ou nous, n'avons pas assez mis en place un cadre ou un foyer qui lui donne l'impulsion de se retourner. Moi je trouvais ça très culpabilisant, vraiment.*»

Dans la même idée de qualité d'écoute, accepter d'entendre leur intérêt pour les MAC dans leurs stratégies de prise en charge individuelles, c'est prendre en compte

l'individu dans sa spécificité et c'est aussi respecter son droit à l'auto-détermination. Les réactions envers les MAC, tant parmi les patients que parmi les professionnels de la santé, sont très souvent de l'ordre de l'émotionnel allant d'une extrême à l'autre, «*j'y crois/j'y crois pas*», et se traduisent par un excès d'enthousiasme ou une fin de non-recevoir face à la patiente qui s'exprime^[2].

Les jugements liés aux représentations personnelles des professionnels ne devraient pas être ressentis par les femmes: «*Et puis j'ai osé dire qu'avec l'acupuncture aussi il y avait 60% de réussite apparemment (pour faire tourner le fœtus avant l'accouchement). Et le médecin m'a dit: «Mais moi l'acupuncture je m'en fous parce que de toute façon je n'y crois pas. Alors on constate que notre expérience ne vaut rien, et puis qu'il faut vraiment écouter ce que le médecin nous dit.*» La conséquence est un manque de sincérité dans la relation professionnel/patient. Une étude a rapporté que jusqu'à 77% des patients ne communiquent pas au médecin leur utilisation en parallèle des MAC pour se soigner^[3].

Informier les femmes de manière objective des résultats des recherches permettrait à certaines de s'autoriser à ne pas entrer dans un activisme épuisant: «*Quand je l'ai annoncé autour de moi, tout le monde m'a dit: «Il faut absolument que tu fasses tout pour qu'il se retourne, coûte que coûte, il faut qu'il se retourne parce qu'une césarienne ce n'est pas bien. Alors tous les vieux remèdes de grand-mères sont bons. Et donc j'ai commencé un peu à... pas à paniquer mais j'étais prise dans un petit tourbillon*», et permettrait à celles qui ont besoin de tout tenter pour avancer dans le processus d'acceptation de le faire sans dissimulation auprès du corps médical.

Nos recherches ont aussi permis de prendre conscience du fait que la tentative de version céphalique externe (VCE) est vécue comme fortement douloureuse pour beaucoup trop de femmes^[4]. Une étude publiée en 2013 rapporte que l'appréhension de la douleur est le premier facteur influençant négativement le choix de la femme concernant le tentative de VCE^[5]. Prendre en charge la douleur favoriserait le recours à la tentative de VCE par un plus grand nombre de femmes et augmenterait leurs chances d'accoucher par voie basse.

Lors de la décision de la voie d'accouchement

Concernant la décision de la voie d'accouchement du fœtus en siège, la perception des risques des deux modes d'accouchement est très subjective et d'origine multifactorielle mais l'information reçue des professionnels l'influence fortement^[1]. Le problème est que l'information pour les risques des deux modes d'accouchement par le siège n'est pas consensuelle. Elle varie d'un pays à l'autre, d'un canton à l'autre, d'un établissement à l'autre et, encore même d'un médecin à l'autre à l'intérieur d'un même établissement.

La variation interprofessionnelle peut s'expliquer par le fait que le choix de la patiente a le potentiel d'engager le médecin dans des gestes techniques pour lesquels son niveau de compétence et d'assurance est variable. En effet, la pratique clinique de l'accouchement par voie basse par le siège est insuffisante pour beaucoup d'obstétriciens depuis la publication du Term Breech Trial (TBT) en 2000^[6]. Dans ce cas, la pratique de la césarienne élective est préférable pour la sécurité de l'enfant, mais pose question au niveau éthique.

En effet, plusieurs études ont mis en évidence des souffrances psychologiques possibles consécutives à un accouchement par césarienne^[7,8]. «*Quand je suis rentrée à la maison, je continuais de pleurer, j'avais envie d'être seule. Je ne me considérais pas comme une bonne mère. J'ai été frustrée parce que, dans ma vision des choses je voulais et puis je pouvais accoucher naturellement. Pour moi, encore aujourd'hui c'est un échec.*».

D'autres études font état d'une augmentation des risques maternels liés à la chirurgie, ainsi que des risques de complications obstétricales pour les futures grossesses. De récentes études font le lien entre une naissance par césarienne et une augmentation de la morbidité infantile^[9]. Alors comment défendre le recours massif à une intervention invasive pour la femme, tant au niveau physique que psychologique, pour des motifs en partie officieux de compétences professionnelles fragiles?

D'un point de vue éthique et législatif, l'information donnée au patient doit être neutre et complète, lui apportant des éléments essentiels pour exercer son droit à l'autodétermination. Mais l'aspect législatif est parfois perçu en opposition à l'éthique par une partie des médecins. Ces derniers sont alors réticents à l'emploi des documents écrits d'information et de consentement éclairés à faire signer aux femmes. Selon le Dr Azria, ces procédures médico-légales récentes sont la conséquence d'une dérive dans l'utilisation de l'Evidence-Based Medicine^[10]. Il défend l'idée que ce concept serait détourné de son objectif initial d'aide à la décision pour les médecins en un outil de standardisation de la pratique médicale conduisant à la déshumanisation de la relation entre soigné et soignant. Leurs arguments sont aussi que ces documents à caractère médico-légal ont un caractère trop général qui n'aide pas vraiment la femme à prendre sa décision individuelle. Ces professionnels soulignent également que ces formulaires colorent la médecine d'une teinte défensive qui est délétère pour les patientes. En effet, nous avons observé dans une de nos études que cette information écrite avec signature de consentement est parfois perçue par les femmes enceintes comme une déresponsabilisation du médecin des conséquences de

leur choix: «*Je me dis: Mon Dieu, s'il arrive quelque chose, c'est qui le responsable? C'est la maman, c'est le papa, c'est le médecin qui a insisté?*»

Le fait de laisser aux femmes éligibles à la tentative d'accouchement par voie basse le choix du mode d'accouchement par le siège, sous prétexte de préserver son droit à l'autonomie, est délicat. Il sera apprécié par certaines femmes qui le percevront comme un renforcement de leur sentiment de contrôle, mais sera mal vécu pour d'autres. En effet, les recherches de Green et al. ont mis en évidence deux grands profils de femmes enceintes: celles qui veulent participer à toutes les décisions et celles qui souhaitent pouvoir s'abandonner en confiance au monde médical et n'ont pas d'attentes particulières^[11]. «*J'aurais préféré qu'on me dise à la consultation: Aujourd'hui vous êtes là parce que c'est nous qui prenons en charge la suite de votre accouchement.*»

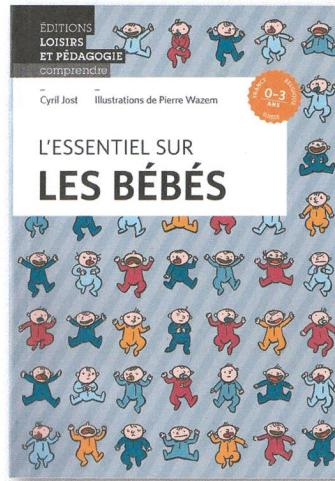
Aucun de ces profils ne risque davantage de déconvenues que l'autre. L'important est l'écoute attentive de la part des professionnels pour s'adapter à la demande, et non l'inverse comme cela est souvent rapporté par les femmes. Mais quel que soit leur profil, beaucoup de femmes sont en proie à de véritables conflits décisionnels à propos du choix du mode d'accouchement. En effet, le conflit décisionnel survient quand aucune option ne satisfait véritablement les objectifs personnels et qu'aucune n'est sans risque de résultats indésirables. Avec cette définition, il est évident que le choix du mode d'accouchement par le siège risque de provoquer un tel inconfort chez les femmes: «*Avec mon mari, pendant ces deux jours-là, on a essayé de prendre une décision qui, finalement, je trouve, est une décision impossible à prendre d'un point de vue rationnel. Parce que, dans l'un et dans l'autre, il y a des arguments pour et il y a des arguments contre.*»

Quelles solutions pour le futur?

La question de l'expérience clinique des obstétriciens pour l'accouchement par voie basse des sièges est taboue et pourtant au cœur de la problématique en 2015. Pourtant, des solutions existent. L'apprentissage en formation initiale ou continue par simulation est en pleine expansion et offre des perspectives réjouissantes pour la pratique des manœuvres d'accouchement par le siège. Encore faut-il le vouloir. N'oublions pas qu'aucun professionnel n'est à l'abri de devoir assumer un accouchement inopiné par le siège. Ensuite, comme l'ont souligné les Drs Delotte et Boubli, il y a un risque pour les spécialités d'obstétriciens et de sages-femmes à ne pas défendre leurs compétences spécifiques à réaliser les manœuvres obstétricales de l'accouchement du siège par voie basse^[12]. Selon eux, après le siège, il sera logique d'envisager la fin de l'accouchement de jumeaux par voie basse, puis anticiper le risque de dystocie des épaules en césarisant aussi en cas de suspicion de macrosomie fœtale. Au nom du principe de précaution, la liste des indications de césarienne élective pourrait un jour supplanter la liste des indications d'accouchement par voie basse. C'est une perspective d'avenir professionnel pessimiste mais tangible.

Cyril Jost | Illustrations de Pierre Wazern

L'essentiel sur les bébés



Editions
Loisirs et Pédagogie
2014, 159 p., CHF 19.–
ISBN 2-606-01518-3

Voici est un petit guide très complet qui aborde tous les sujets qui préoccupent les futurs et jeunes parents. Il permet d'obtenir les premières réponses qui ne suffiront pas toujours, mais qui permettront aux parents d'avoir les renseignements les plus importants. Un des grands atouts de cet ouvrage est de présenter un regard neutre, sans dogmatisme. L'auteur est d'une grande précision et, très vite, on sent qu'il a été secondé par des professionnels qualifiés, ce qui rend sa lecture très claire et précise. Il met en évidence les pratiques en vigueur en Suisse, en France et en Belgique, ce qui permet au lecteur d'avoir un point de comparaison utile. On y apprend que les papas français ont droit à 3 jours de congé de naissance et 11 jours de congé paternité; en Belgique, ils bénéficient de 10 jours de congé paternité alors que la loi suisse ne prévoit pas de congé pour les pères. Présenté sous la forme d'un lexique avec des illustrations pleines d'humour et de simplicité, sa lecture est très agréable. C'est un livre que je conseillerais aux parents d'un premier enfant. Il devrait rester à porter de vue et être régulièrement consulté.

Karine Allaman, sage-femme

Concernant le choix laissé aux femmes du mode d'accouchement par le siège, certaines ont rapporté le côté irrationnel d'une telle décision avec, comme base de réflexion, uniquement les risques théoriques des deux modes d'accouchement. Développer un score d'accouchement par le siège tel que l'avaient commencé plusieurs équipes de recherche pourrait réduire la subjectivité du praticien pour son information à la patiente et favoriser la rationalité de la décision pour la femme^[13,14].

Enfin, plusieurs études ont mis en évidence l'intérêt d'outils d'aide à la décision s'ajoutant à une information orale par les professionnels pour favoriser le sentiment de décision partagée, notamment dans le cas de la présentation du siège^[15]. Mais ces outils d'aide à la décision sont très peu utilisés. Ils mériteraient d'être évalués avec précision par rapport à ce pour quoi ils ont été conçus.

Références

1. Guittier MJ et al.: Breech presentation and choice of mode of childbirth: a qualitative study of women's experiences. *Midwifery*, 2011. 27(6): p. e208-13.
2. Graz B and Schopper D: [Complementary and alternative medicines (CAM): towards an «evidence-based» consensus in the university hospital]. *Rev Med Suisse*, 2009. 5(229): p. 2524-6.
3. Robinson A and McGrail MR: Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med*, 2004. 12(2-3): p. 90-8.
4. Pichon M et al.: [External cephalic version in case of persisting breech presentation at term: motivations and women's experience of the intervention]. *Gynecol Obstet Fertil*, 2013. 41(7-8): p. 427-32.
5. Vleminck F et al.: Patient's willingness to opt for external cephalic version. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2013. 34(1): p. 15-21.
6. Hannah ME et al.: Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet*, 2000. 356(9239): p. 1375-83.
7. Guittier MJ et al.: Impact of mode of delivery on the delivery experience in primiparous women: a qualitative study. *Submission process*, 2013.
8. Boorman RJ et al.: Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 2014. 30(2): p. 255-61.
9. Kulas T et al.: New Views on Cesarean Section, its Possible Complications and Long-Term Consequences for Children's Health. *Med Arch*, 2013. 67(6): p. 460-3.
10. Azria E: L'humain face à la standardisation du soin médical. *La vie des idées*, 2012.
11. Green JM, Coupland VA and Kitzinger JV: Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 1990. 17(1): p. 15-24.
12. Delotte J and Boubli L: Accouchement du siège: quel est le débat? *Les dossiers de l'obstétrique*, 2007. 361(Juin): p. 10-13.
13. Lagrange E et al.: [Breech presentation and vaginal delivery: evolution of acceptability by obstetricians and patients]. *Gynecol Obstet Fertil*, 2007. 35(9): p. 757-63.
14. Westin B: Evaluation of a feto-pelvic scoring system in the management of breech presentations. *Acta obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1977(56): p. 505-508.
15. Nassar N et al.: Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: a randomised controlled trial [ISRCTN14570598]. *BJOG*, 2007. 114(3): p. 325-33.