

Mouvement Français pour le Planning Familial

Formation au Conseil Conjugal et Familial

Montpellier : 2017 - 2018

**« Impact des politiques de santé sur les
pratiques obstétricales et leur potentiel de
violences sur les femmes ».**

Directrice de mémoire : Chantal BIRMAN

Mémoire présenté par :

Annie-Claude OTTAN

Née le 1^{er} février 1959

Remerciements

*A Carine, Elsa et Pierre, militants du Planning familial,
qui ont validé le thème de ce mémoire.*

*A mes collègues de promotion pour ces 18 mois passés
ensemble dans le respect, la joie et la bonne humeur.*

A mes enfants

A mes parents

A mes camarades de combat....

.....Elles (Ils) se reconnaitront.....

A Emmanuelle pour son soutien constant

A mon compagnon pour ses encouragements

Un grand merci à Chantal, ma grande sœur de cœur pour son amitié indéfectible et sa grande générosité.

« Qu'une femme ait accouché une ou plusieurs fois dans sa vie, jamais elle n'oubliera ces heures-là. Pourquoi ? Parce qu'accoucher, c'est aller à un rendez-vous avec soi-même : son histoire familiale, sa mère, son corps, sa sexualité, son avenir. Un rendez-vous qui change profondément la vie de chacune. Car une femme qui accouche pousse la vie devant elle, " s'efface " derrière son enfant et comprend que donner la vie, c'est accepter de mourir un peu ».¹

¹ Chantal Birman- Sage-femme- Au Monde- Editions La Martinière

Table des matières

Introduction	5
CHAPITRE I. Témoignages au sujet des « violences obstétricales » à la lumière d'une analyse politique et sociétale	11
A. Violences obstétricales ?	12
1. Marlène Schiappa ouvre le débat devant le Sénat	12
1-1 Extrait de la déclaration de la secrétaire d'Etat aux droits des femmes	12
1-2 Ce qu'en pensent une sage-femme et une médecin (témoignages)	12
1-3 La presse s'empare de la polémique	17
B. Eléments de contexte politique	19
1. Ce qui est prescrit par les textes	19
2. La réalité du financement	19
3. Discussion	19
CHAPITRE II. Histoire de la naissance, histoire de femmes et de sages-femmes	22
A. Histoire de la sage-femme	23
B. Comment les hommes ont pris le pouvoir sur le corps des femmes en prenant le contrôle des sages-femmes	25
CHAPITRE III. Les normes sociales et leur impact sur les prises en charge obstétricales ...	28
A. Le suivi de la grossesse et la culpabilisation des femmes	29
B. La modification des contenus de formation des sages-femmes	31
C. Sage-femme/Obstétriciens : deux approches différentes de l'accompagnement des femmes	32
CHAPITRE IV. Les réformes du système de santé et leur impact sur l'organisation des maternités	36
A. Les décrets de périnatalité de 1998	37
B. La fermeture des « petites » maternités ou maternités à taille humaine	37
C. La mise en place de protocoles ou la perte du savoir être	40
CHAPITRE V. La Formation au Conseil Conjugal et Familial a-t-elle une place dans la prise en compte des violences obstétricales ?	43
Conclusion	47
Annexe	52

Introduction

J'ai choisi ce thème d'actualité que les médias traitent sous l'appellation de « violences obstétricales » et qui a été repris par Marlène SCHIAPPA, Secrétaire d'état chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, devant le Sénat au cours de l'été 2017.

Je note que le terme de violences obstétricales est souvent associé aux épisiotomies, sans doute parce que l'accouchement est ce moment de confrontation entre les techniques et cet événement spécifiquement féminin qu'est la mise au Monde, moment fondateur de l'humanité.

En tant que professionnelle de la naissance et engagée de longue date pour le droit des femmes, en formation au Conseil Conjugal et Familial, la manière d'aborder le sujet des « violences obstétricales » me semble réductrice.

Ce terme pourrait laisser penser que ce sont uniquement les professionnel.le.s de la naissance qui sont maltraitant.e.s vis-à-vis des femmes.

Je souhaite apporter au sein de cette récente polémique un regard plus « politique » qu'un simple jugement des conditions d'exercice des pratiques professionnelles qui, à n'en pas douter, se dégradent dans les structures de soins.

J'envisage d'aborder cette « maltraitance » au travers des réorganisations successives du système de santé, en me référant à l'histoire de la naissance qui, entre autre, est une histoire de changement du territoire de la naissance : de la maison vers l'hôpital ; du pouvoir des femmes et des sages-femmes à celui des médecins, majoritairement masculin.

Je vais tenter de démontrer que ces « violences » trouvent leur origine dans la notion de rentabilité de notre système de soins, associée dans le domaine de la naissance, à la prise de pouvoir progressive des hommes sur le corps des femmes, dans une logique de technicité plutôt que d'humanisme.

Je vais aussi étudier l'histoire de la naissance en France rapportée par l'historien de la naissance Jacques Gélis dans son ouvrage « La sage-femme ou le médecin ».

Je vais également procéder à l'analyse des différents textes de loi portant sur l'organisation de notre système de santé avec un focus sur ceux qui concernent la périnatalité ainsi que l'évolution de la formation initiale des sages-femmes.

Je souhaite enfin faire le lien entre ce que l'approche enseignée lors de ma formation au Conseil Conjugal et Familial et la problématique des violences obstétricales peut apporter à ce débat d'actualité au travers des rapports de domination hommes/femmes.

Je suis sage-femme depuis 1983 et je travaille dans un CHU du sud de la France.

J'ai eu le bonheur d'apprendre mon métier à une époque où la prise en charge des

grossesses physiologiques et des accouchements eutociques² n'était pas encore surmédicalisée mais accompagnée par des professionnel.e.s médicaux.ales. formé.e.s à un métier médico-psychosocial : les sages-femmes, métier très largement féminin.

Les Gynécologues Obstétricien.ne.s étaient chargé.e.s de répondre présent à l'appel des sages-femmes lorsque celles-ci estimaient que leur intervention était nécessaire, en cas de complication pendant la grossesse ou de dystocie³ pendant le travail et l'accouchement.

Une équipe pluri disciplinaire travaillait de concert mais chacun à sa place : Sages-femmes, Obstétricien.ne.s, Anesthésistes, Pédiatres et Auxiliaires de puériculture.

A cette époque, le service effectuait autour de 1.500 naissances par an. La structure était à taille humaine et les protocoles de service n'existaient pas.

Les champs de compétence, les connaissances, les responsabilités et l'expérience de chacun.e permettaient des modes d'intervention différents dans ces moments de la mise au Monde d'un enfant.

L'histoire du désir de cet enfant, de la force qui unit un couple ou pas, impacte l'histoire de cette mise au Monde elle-même.

Le printemps 2001 fût marqué par un mouvement social des sages-femmes. Cela a été, pour moi, l'occasion d'échanger librement des idées sur la naissance avec des collègues de toute la France, ayant des pratiques professionnelles très diverses et des parcours personnels tout aussi intéressants.

A l'origine de ce mouvement social, on retrouve une revendication forte des sages-femmes, qui est la reconnaissance de leurs compétences médicales et de la place fondamentale qu'elles/ils doivent occuper au sein du système périnatal en France ainsi que leur place particulière auprès des femmes.

Il était intéressant de se rendre compte que les lois ne suffisaient pas à assurer un statut professionnel ni un accompagnement de la naissance de même qualité selon les structures où l'on exerçait.

L'évolution de la prise en charge de la naissance en France semblait être responsable de cette dégradation statutaire et, « le fait précédant le droit », la profession dans son intégralité s'est révoltée pour la première fois de sa longue histoire.

Leur parole libérée, les sages-femmes ont pu proposer des alternatives à la prise en charge des femmes comme l'accompagnement global ou la création de maisons de naissance sous leur entière responsabilité, en complémentarité avec les autres

² Un accouchement eutocique est un accouchement qui se déroule tout à fait normalement sur le plan physiologique

³ La dystocie désigne la difficulté, essentiellement mécanique, qui peut survenir lors d'un accouchement.

acteurs médicaux de la naissance.

Les alternatives mises à la discussion n'avaient pas une écoute bienveillante de la part des Gynécologues Obstétriciens qui se sentaient menacés dans leur « pouvoir » et aussi dans leur « portefeuille ».

Il m'a alors semblé fondamental de tenter d'apporter des éclaircissements sur les causes de ce profond malaise professionnel mais aussi sociétal.

A l'automne 2002, je décidais de m'inscrire en Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales.

L'obtention de cette maîtrise passait par l'obtention de trois certificats et parmi ces trois certificats, j'en choisis un « Anthropologie, Ethnologie et Sociologie de la Santé » dispensé par la Faculté de Médecine de Montpellier (Unité d'enseignement des sciences Humaines - Laurent Visier).

Le mémoire que j'ai rédigé en fin d'année 2003 était intitulé « Naitre en France aujourd'hui entre technique et Humanisme ».

Le postulat de départ était que dans un même pays disposant des mêmes lois et des mêmes droits sur l'ensemble du territoire, selon où l'on mettait son enfant au Monde, les conditions de la naissance et du respect des projets de naissance étaient très différents et dépendaient du système d'organisation et de pensée des structures de prise en charge.

Je réalisais une étude sociologique dans deux structures différentes :
La maternité des Lilas (93) et la maternité du CHU de Montpellier (34).

La première était une maternité à taille humaine, imprégnée des méthodes de Préparation psychoprophylactique et plus tard, de celle de la naissance sans violence de Frederick Leboyer⁴.

Cet établissement privé à but non lucratif est connu pour sa particulière bienveillance à l'égard des femmes, des couples et des nouveau-nés ; maternité où exerçaient des sages-femmes et des médecins militants pour le droit des femmes.

La seconde était une maternité « classique » de Centre Hospitalier Universitaire, effectuant 3.000 naissances par an et étant chargée de la formation des futur.e.s médecins et sages-femmes.

Je menais alors une étude sur l'instrumentation des normes.

Je réalisais un descriptif de chacune des deux structures et des entretiens avec des sages-femmes des deux structures.

Les questions posées étaient les mêmes aux professionnel.le.s des deux structures.

L'observation était sans appel. Les conditions de la naissance et le respect des projets de naissance des couples n'étaient en aucun cas comparables et

⁴ Frederick Leboyer- a développé sa méthode de l'accouchement en douceur, "sans violence", permettant au nouveau-né de venir au monde sans traumatisme, si tout se passe bien par ailleurs

proportionnels à la place faite à la liberté décisionnelle des sages-femmes de chaque structure.

L'organisation du travail ainsi que l'organisation spatiale de ces deux structures tout autant que le mode de pensée « militante » ou pas, rendaient des résultats différents. Ce qui différençait les deux structures n'était pas les taux de sécurité mais l'abord humain et respectueux des projets de naissance.

Le slogan « Une femme, Une sage-femme » s'imposera progressivement pour devenir la revendication principale de la corporation en 2011, en association avec le Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE- Association de parents).

Mon travail, même s'il fût récompensé par la faculté, ne fût pas au goût des chefs de service de la maternité où je travaillais.

L'engagement que je préconisais autour d'une prise en charge respectueuse des couples et humaniste pour les enfants à naître me mit, du fait de ma position critique, en situation de mauvais objet par la corporation des Gynécologues Obstétricien.ne.s de mon établissement.

Ils déclarèrent la guerre à ce mouvement que je soutenais pleinement et commença pour moi une longue période de discrimination.

Par la suite, j'ai eu un parcours de militante syndicale et j'ai pu voir comment les réformes successives du système de santé ainsi que de son financement s'immisçaient dans les rapports humains et alimentaient toutes les formes de maltraitance institutionnelle.

Il est intéressant de noter que la maltraitance institutionnelle est inversement proportionnelle au discours des pouvoirs publics.

Cette « maltraitance » institutionnelle touche à peu près toutes les spécialités médicales mais un peu plus dans les domaines où les patient.e.s sont les plus vulnérables.

Depuis quatre ans, je travaille dans un réseau de santé qui s'occupe d'adolescent.e.s à difficultés multiples, à l'interface du social, de la psychiatrie et du médicosocial.

Dans les situations rencontrées, j'ai pu mettre en lien les sources de situations complexes chez les enfants devenus adolescent.e.s et la manière dont la survenue d'une grossesse, les difficultés du couple ou de la future mère, les conditions de la naissance, la mise en place des liens d'attachement et l'accompagnement à la parentalité ont systématiquement été négligés ou mal accompagnés.

Cette expérience professionnelle m'a conduite à vouloir me former au Conseil Conjugal et Familial, formation à l'écoute active, à la croisée de l'ensemble des postes que j'ai occupé dans ma carrière.

En formation au Conseil Conjugal et Familial en 2017-2018, je poursuis un parcours professionnel varié dont le militantisme est le fil rouge autour du droit des femmes.

Cette formation à « *la prise de conscience des relations de dépendance et des conditionnements ; à la capacité à reconnaître l'oppression partout où elle se trouve*

pour pouvoir la dénoncer ainsi que d'entraîner les autres à cette prise de conscience afin de lutter contre les conditionnements dans notre vie » me renforce dans l'idée de dénoncer ce que sont pour moi les violences obstétricales.

La formation à l'écoute active et à la communication non violente me paraît indispensable dans mon exercice quotidien de sage-femme.

Pour moi, les violences obstétricales sont plus complexes que ce qui est énoncé dans la presse ou par la Ministre. Les mises en cause médiatiques et ministérielles des professionnel.les de santé concernant la pratique de violences obstétricales est une condamnation partielle et en partie injuste. M'inspirant d'une célèbre dénonciation antérieure de santé publique, je constate que nous sommes toujours dans le :

" Responsable mais qu'en partie coupable "

J'ai choisi d'appeler ce mémoire : **« Impact des politiques de santé sur les pratiques obstétricales et leur potentiel de violences sur les femmes ».**

Depuis 2003, les réformes successives du financement de la santé en France sont venues aggraver les conditions de la Naissance inter agissent avec ces nouvelles formes de violences.

La tarification à l'activité (T2A) est une nouvelle méthode de financement des établissements de santé mise en place à partir de 2004.

Une collecte d'informations se fait au travers du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). À partir de ces informations sont déterminés des groupes homogènes de malades (GHM) associés à un (ou plusieurs) groupe(s) homogène(s) de séjour (GHS) au(x)quel(s) est appliqué un tarif fixé chaque année par le ministre en charge de la santé.

La T2A ne prend en compte que les actes techniques effectués et ne reconnaît pas les temps d'accompagnement des patient.e.s.

Ce mode de financement a transformé la gestion des lieux de soins en véritable gestion d'entreprise qui doit dégager des marges de bénéfice en multipliant les actes techniques, en diminuant les durées de séjour et en mettant de côté tout ce qui est humain dans la prise en charge des patient.e.s. La gestion hospitalière étant essentiellement comptable, les effectifs en personnel étant la variable ajustable des budgets déficitaires, ce sont eux qui sont principalement touchés, rendant les conditions de travail de plus en plus difficiles et les prises en charge de moins en moins humaines.

Cette T2A vient s'ajouter, pour les prises en charge de la naissance, à des réorganisations massives des maternités avec un grand nombre de fermeture des « petites maternités ».

Le postulat de départ pour justifier la fermeture de ces « petites maternités » était leur dangerosité liée au petit nombre de naissances qui s'y déroulaient. Cette « dangerosité » évoquée est largement discutable pour 80% des naissances et quand bien même certains pourraient y adhérer, le nombre d'accouchements de « bord de route » vient contredire cette hypothèse à laquelle je ne peux adhérer.

La réalité est tout autre ; pour maintenir une maternité ouverte il faut un bloc opératoire et le personnel qualifié qui s'y réfère. Cela représente un coup que nos

gouvernants ne souhaitent plus supporter. De plus, la pénurie de médecins, organisée depuis les années 1970, fait son effet sur la démographie médicale. Aujourd'hui, ce sont des maternités de 1500 naissances qui ferment et l'on comprend bien que ce n'est pas parce qu'elles seraient potentiellement dangereuses.

Ce sont de véritables « usines à bébé » dont nous disposons aujourd'hui où l'hyper médicalisation nécessaire pour deux femmes sur dix s'applique à toutes. Les prises en charge se sont standardisées sous la forme de protocoles.

Les nouvelles formes d'organisation imposées, la concentration des naissances dans de grandes structures, la mise en place de protocoles de services rédigés par des spécialistes de la pathologie que sont les Gynécologues Obstétricien.ne.s ainsi que les modifications de la formation initiale des sages-femmes sont autant d'éléments qui enracinent la maltraitance institutionnelle.

Il serait illusoire de vouloir réduire les violences obstétricales sans en analyser l'origine et sans constater la relégation du facteur humain, voire son abandon, par les institutions.

Je suis frappée de constater combien l'envahissement de la technologie à l'intérieur même de la culture médicale est à ce point véhiculé par le langage lui-même. Ainsi, entre professionnel.le.s de santé, en place de nom et prénom d'une patiente, elle sera désignée par l'intervention subie ou à subir. Mais le langage n'est-il pas le premier véhicule de la culture ? Ce constat banal est celui de l'écrasement du sens que prend l'évènement de vie au sein de l'hôpital, pour chaque personne, au profit de la gestion hospitalière. Les gestionnaires sont les nouveaux monarques et la globalité de leur vision n'intègre pas (par manque de pratique) l'aspect humain.

**CHAPITRE I. Témoignages au sujet des « violences
obstétricales » à la lumière d'une analyse politique et
sociétale**

A. Violences obstétricales ?

1. Marlène Schiappa ouvre le débat devant le Sénat

1-1 Extrait de la déclaration de la secrétaire d'Etat aux droits des femmes

- « *Gestions hospitalière n°568 août/septembre 2017* » :
« *Le 20 juillet dernier, au Sénat, « à l'issue d'un discours sur les inégalités professionnelles et sur les violences (viols, harcèlements) subis par les femmes en France* », la secrétaire d'État dit commander « *un rapport au Haut Conseil à l'Égalité sur les violences obstétricales, [...] sujet qui revient dans l'actualité.*

«*Vous savez, dit-elle, qu'en France, on a un taux d'épisiotomie à 75% alors que l'OMS préconise d'être normalement autour de 20 et 25 %*», puis elle surenchérit : «*Des pratiques obstétricales non consenties, avec particulièrement des violences obstétricales sur les femmes très jeunes, étrangères ou handicapées*» ...

1-2 Ce qu'en pensent une sage-femme et une médecin (témoignages)

- *Isabelle Hanquart*⁵ :

« *L'anathème est jeté sur les accoucheurs/euses qui se sentent généralement bafoué.e.s. Cela tient-il à la teneur d'une information publique relevant plutôt de l'imaginaire ou au fait que ladite déclaration recèle une part de vérité blessante?...*

...Puisse au moins cette affaire être utile à penser et remanier les pratiques, toujours perfectibles !...

...Il importe d'abord de remarquer une trop rapide assimilation des épisiotomies aux violences. La confusion des catégories signe un paradoxe inhérent au soin.

Ajoutons que la similitude entre viol et violence, ainsi que l'effraction nécessaire de l'accoucheur/euses dans l'intimité de la parturiente, facilitent la confusion...

...Passer d'une dénomination médicale à une accusation délictueuse, signe combien le soin est paradoxal: effectuer un acte dont les conséquences peuvent être à la fois salvatrices, désagréables ou douloureuses ne devrait pas pour autant constituer un délit voire un crime !

...La majorité des professionnels de santé considère sûrement que les abus de pouvoir, particulièrement ceux portant atteinte aux corps, sont exceptionnels mais qu'ils doivent être prévenus ou réprimandes. Leur constat va néanmoins de pair avec l'exercice humain de la médecine, discipline parmi d'autres, non épargnée par quelques élans de cruauté. Il est ici, comme ailleurs, nécessaire de rester vigilant...

...Leurs conditions de travail peuvent bien sûr et hélas parfois avoir quelques retentissements sur les soins prodigués aux patients...

⁵ Isabelle Hanquart- Docteure en philosophie, Sage-femme : « Dénoncer les violences obstétricales- Risques et enjeux ». Cette sage-femme Thésée continue à exercer sa profession de sage-femme.

...Si les conditions de travail peuvent former le terreau de comportements pathologiques, elles ne peuvent suffire à inciter aux sévices...

...Les conditions de travail de sages-femmes sont une manifestation tant oubliée que criante d'iniquité parmi les professions médicales – puisque l'obstétrique physiologique demeure une discipline essentiellement féminine. Cela ne constitue pas pour autant un critère absolu de maltraitance.

...La surcharge de travail et le stress peuvent contribuer à un défaut d'explication des gestes, vraisemblablement moins à en décider de superflus.

Cela ne les justifie pas, non plus. C'est pourquoi les informations et explications données aux femmes enceintes sont sans doute à travailler et à développer.

...L'accusation de violences induit la menace du retour de bâton d'Asclépios – l'agitation des peurs et l'assignation des femmes au statut de victimes éventuelles non seulement ne combattent pas les inégalités mais risquent d'augmenter les demandes, de moins en moins opposables, de césariennes pour convenance personnelle...

...Pire, c'est ôter aux femmes, et particulièrement aux plus vulnérables, leur puissance! Parce qu'à fortiori ces dernières acquièrent un statut dans la société en mettant un enfant au monde.

Que les violences délibérées et avérées du corps médical envers les patients/es soient condamnables, la majorité des médecins et soignant.e.s l'entend. Que les plaintes relatives aux violences obstétricales, devant les tribunaux, sur les blogs..., soient à entendre, écouter, prendre en compte, concomitamment comme symptôme d'une ère compassionnelle annoncée par Nietzsche et comme souffrance subjective nécessitant un étayage psychologique, n'est pas davantage à remettre en cause.

Les accouchées se plaignent essentiellement du peu de temps d'écoute ou d'éclaircissement accordé pour ce moment exceptionnel de leur vie. Que les pratiques soient révisées avec pertinence en vue d'être améliorées est toujours souhaitable et même nécessaire. »

Je partage ce témoignage.

Aucune femme n'est volontaire pour qu'on lui « coupe » le sexe.

Cette partie intime de l'anatomie du corps est directement en lien avec la sexualité et le plaisir sexuel.

La représentation de cette partie du corps parfois mal connue est symbolique dans l'épanouissement sexuel.

L'épisiotomie consiste à pratiquer une incision de quelques centimètres au niveau de la paroi vaginale et des muscles du périnée.

La cicatrisation est sensible dans les premiers jours et peut parfois entraîner des dyspareunies⁶ au moment des rapports sexuels.

En cas d'allaitement, la sécrétion de prolactine⁷ diminue la lubrification vaginale. Les femmes sont-elles informées qu'elles peuvent utiliser un lubrifiant à la reprise des rapports ?

⁶ Douleurs au moment des rapports sexuels

⁷ Prolactine est une hormone sécrétée par les cellules lactotropes de la partie antérieure de l'hypophyse

C'est ainsi que le soin peut être vécu comme violent.

Les indications d'épisiotomie sont praticien dépendant, institution dépendant, travail dépendant. On note des taux d'épisiotomies en baisse depuis une vingtaine d'années.

Ceci étant, l'épisiotomie et sa suture sont des actes de petite chirurgie ayant pour but d'éviter, lors de l'accouchement, des lésions périnéales compliquées en cas de déchirure trop importante, lésions dont les suites prévisibles seraient invalidantes.

L'épisiotomie peut aussi être décidée pour favoriser une expulsion plus rapide de l'enfant à naître dans les cas où le rythme cardiaque fœtal indique une souffrance aiguë.

Décider d'une épisiotomie n'est pas un acte anodin, les accoucheurs.euses apprennent progressivement l'opportunité de la pratiquer ou non.

Il est primordial d'expliquer aux femmes que parfois, cet acte est impératif et évite des mutilations bien plus graves ; chaque professionnel.le est en mesure d'évaluer la nécessité ou pas de le réaliser. Ce ne peut pas être la femme qui le décide mais il n'est pas question de le systématiser non plus.

Ces explications doivent être faites pendant la grossesse et refaites au moment où la situation se présente. La parole qui explique ce qui doit être fait est essentielle pour la femme mais aussi pour le/la praticien.ne. En effet, expliquer préventivement un tel geste c'est déjà l'apprivoiser et donc en extraire la violence qu'elle contient intrinsèquement.

Il y a plusieurs manières d'accompagner une naissance.

La manière la plus respectueuse, lorsque la grossesse et l'accouchement ne sont pas à risque, est celle d'un accompagnement individualisé.

C'est dans cette optique que l'Entretien Périnatal Précoce a été mis en place.

Mais ces entretiens ne sont souvent pas réalisés ; ils doivent être proposés et non obligatoires.

C'est souvent le cas dans les grosses structures hospitalières, les projets de naissances et leur respect n'étant pas la priorité.

La définition des compétences qu'il est souhaitable que la femme enceinte (le couple) développe s'appuie sur l'évaluation de ses besoins et attentes.

Ces compétences, négociées avec la femme enceinte, peuvent être variables d'une femme enceinte à l'autre et/ou d'un couple à l'autre.

Certaines compétences, celles que toutes les femmes doivent maîtriser pour des raisons de sécurité, sont communes, d'autres sont transversales et concernent le développement de compétences personnelles et d'autres enfin sont spécifiques à leurs besoins.

Dans toutes les situations, le développement de compétences est associé à une démarche de reconnaissance et de valorisation du savoir et de l'expérience des parents.

Toutes les sages-femmes rêveraient de pouvoir se consacrer à une patiente à la fois et bénéficier du temps nécessaire pour chaque femme or les consultations sont programmées tous les ¼ d'heure.

Pendant le travail, un accompagnement global demande au / à la professionnel.le un investissement émotionnel et une empathie permanente pendant le travail. Pour ce faire, il est impossible de s'occuper de plusieurs femmes en même temps.

A ce travail s'ajoute le téléphone, les urgences, la gestion des locaux et des médicaments et l'énorme gestion administrative qui accompagne tout acte.

Aujourd'hui, une sage-femme peut suivre le « travail » de 4 ou 5 femmes en même temps.

Pour sécuriser ces pratiques on a donné aux professionnel.le.s les moyens techniques de surveillance à distance ; la pose d'Anesthésie péridurale pour calmer la douleur même si celle-ci aurait pu être maîtrisée par la femme avec un accompagnement de qualité.

L'accompagnement humain est pourtant la seule façon pour que les femmes vivent pleinement leur accouchement.

Du point de vue des femmes, l'anesthésie péridurale est un réel soulagement de la douleur. L'obtention ou pas de cette technique est souvent au centre des récits que font les femmes de leur accouchement. C'est souvent une demande qui est faite par la femme dès son arrivée en salle de naissance, avant même que la douleur ne se soit installée. La peur d'avoir mal est une préoccupation majeure.

Du point de vue de la sage-femme que je suis, l'accouchement sans péridurale s'accompagne bien sûr de la douleur mais aussi d'une montée émotionnelle qui trouve son apothéose au moment de la naissance. L'anesthésie péridurale coupe cette émotion (les femmes peuvent discuter, dormir...).

Les femmes ont-elles réellement le choix ou cette demande est-elle sous-tendue par une peur induite à leur insu par une médiatisation des bienfaits de pouvoir enfanter sans ressenti physique ?

J'ai moi-même accouché deux fois sous péridurale et je ne pose pas ici un jugement de valeur. Je pose juste des questions sur ce qu'accoucher veut dire et comment l'accompagnement par une Conseillère Conjugale et Familiale pourrait rétablir un lien entre contraintes médicales et désirs des femmes.

L'anesthésie péridurale est suggérée souvent par les professionnels eux même non pas parce qu'ils veulent s'éviter du travail mais parce qu'ils ne peuvent pas faire un accompagnement digne.

En réalité, la technique vole aux femmes cet acte tout puissant qu'est la mise au monde d'un enfant.

Les épisiotomies, le forceps, les phrases malveillantes, les actes faits sur un corps « périduralisé » sont coupés de leur but, c'est-à-dire la naissance.

La femme sous péridurale n'a plus le curseur lui permettant de relativiser ce qui lui arrive. Les meurtrissures corporelles ne peuvent alors être vécues que comme une

violence et non pas comme une traversée initiatique à l'épreuve fondamentale de la vie des femmes qu'est l'accouchement.

- Extraits d'une lettre écrite par une médecin généraliste, spécialisée dans les Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et la contraception à qui il a été demandé de participer au démarrage d'un mouvement initié par L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (I.R.A.S.F) au sujet des violences obstétricales.

Cette femme médecin, militante pour le droit des femmes écrit :

« Je suis contre toutes formes de violences, et pourtant j'ai participé, comme tous médecins ayant fait ses études en France à ces violences qu'elles soient obstétricales ou plus généralement médicales.

Nous sommes formatés dès le début de nos études à être des chefs, des sachant absolus, des maîtres à bord et sans même en être informés, ni conscients de l'effet, nous devenons des maltraitants.

L'autorité, la toute-puissance apprise, est notre garant contre les émotions qui nous traversent.

L'apprentissage de la mort, de l'extrême douleur, de nos limites face à la précarité de la vie, de l'injustice d'une maladie est un chemin difficile et l'écoute du patient est une forme nouvelle d'apprentissage de la médecine.

Nous ne sommes pas sadiques et beaucoup souhaitent véritablement la guérison, la bonne santé de l'être humain qui leur fait face. Certains même ignorent leur capacité à la douceur et à l'enseignement de celle-ci. Ces médecins-là ne passent pas sur les ondes, n'écrivent pas des oraisons. Ils soignent au mieux.

Et pourtant, contrairement à d'aucuns qui se prétendent heurtés par votre mouvement, ou d'autres qui se gausseraient d'une attention bienveillante sans faille je pense que tout le corps médical, que tous les médecins et sages-femmes, y compris moi, participons encore à des formes plus ou moins graves de maltraitance.

Seuls les patients nous apprennent et nous guident sur le chemin de la bienveillance, ce dernier étant un objectif à atteindre mais encore très lointain.

Je ne peux donc être juge et partie, je suis médecin, j'apprends tous les jours à essayer de mieux faire sans douleur et avec le consentement

C'est très difficile et pourtant tellement passionnant. Bien à vous

Hélène⁸ »

Ce témoignage comme celui de la sage-femme plus haut nous donne des éléments de réflexion sur les formations, les pratiques, les conditions de travail et la place qui est donnée à ce qu'il y a d'humain dans la naissance par les pouvoirs publics. Et il faut y ajouter le pouvoir des hommes sur le corps des femmes qui s'est affirmé depuis le XVIII^e siècle.

⁸ Médecin des "Femmes et des Enfants"- Bordeaux »

1-3 La presse s'empare de la polémique

Article du journal Le Monde du 30/08/2017 :

« Six ans ont passé depuis que Magali a donné naissance à son premier enfant. « *Je n'ai rien oublié, c'est un tel traumatisme* », relate la jeune femme, qui a requis l'anonymat. Dès son arrivée à la maternité ce jour-là, on la prévient : il y a beaucoup d'accouchements en même temps. Seule dans une chambre, elle souffre au point de perdre connaissance deux fois. « *On m'a dit : "Taisez-vous madame, vous ne pouvez pas avoir aussi mal."* *Je n'ai eu aucune prise en charge, aucune surveillance.* ».

Quand elle sort dans le couloir pour réclamer d'aller en salle de pré travail, l'accouchement est en fait imminent. Elle est auscultée : il est trop tard pour une anesthésie péridurale. Elle enfante dans la douleur, avec forceps et épisiotomie (incision du périnée censée prévenir une déchirure plus grave). « *Un des pires jours de ma vie* », souffle-t-elle.

Le plus dur à supporter, ce n'était pas la souffrance physique, mais les mots des soignants : « *On m'a dit que je poussais mal, que je ne faisais pas assez d'effort. Ma douleur était niée, j'étais complètement culpabilisée.* » A 40 ans, elle essaie d'avoir un deuxième enfant, dans l'angoisse, car elle « *ne veut[t] plus accoucher* ».

Les récits comparables se multiplient depuis que la secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes a dit vouloir lutter contre les « *violences obstétricales* », le 20 juillet au Sénat. L'expression a déclenché une tempête. En outre, il n'y a pas en France 75 % d'épisiotomie en moyenne comme Madame Schiappa l'a alors indiqué mais moins de 30 % (44 % pour le premier enfant, 14 % ensuite). L'ordre des médecins ne s'était pas privé de dénoncer des propos « *mal documentés* ».

Le vécu rapporté par Magali met en lumière la surcharge de travail dans la maternité où elle s'est présentée.

On peut envisager que les sages-femmes étaient submergées par le nombre de naissances ce jour-là et qu'il n'y avait plus de place en salle de pré travail, lieu où les femmes « en travail » sont généralement prises en charge et surveillées mais pas toujours accompagnées.

Un sentiment, certainement réel, d'abandon est en soi une violence parce que Magali attend du soutien, et ce d'autant plus que c'est son premier accouchement.

«*Taisez-vous madame, vous ne pouvez pas avoir aussi mal*» est une deuxième violence qui lui est faite.

Plusieurs analyses peuvent être supposées :

- Une violence brutale de premier degré. Le personnel est maltraitant, pas à l'écoute
- Il y a beaucoup de travail. L'examen a été fait en début de travail et on ne sait pas que la dilation avance rapidement. Dans ce cas-là la violence des contractions utérines est effectivement insoutenable. Seule l'assurance d'un.e professionnel.le à ses côtés lui affirmant qu'elle n'allait pas mourir aurait pu être rassurant. Mais les professionnel.le.s étaient peut être occupé.es ailleurs

à faire naître d'autres enfants et n'ont pu se libérer qu'à la fin. A ce moment-là l'état de panique de la patiente nécessitait une quantité d'énergie importante de la part des professionnel.le.s pour ramener un retour à la normale. Cette énergie, suivant les investissements antérieurs, est parfois impossible. Les professionnel.le.s sont aussi des êtres humains.

Du coup, l'utilisation de forceps a dû devenir indispensable (peut être que l'enfant présentait aussi des signes de souffrance en lien avec un travail rapide afin d'écourter la période d'expulsion du nouveau-né).

Il est assez fréquent, quoi que discutable, que l'utilisation de forceps s'accompagne d'une épisiotomie et l'on a là un enchaînement d'actes violents chez une femme en lien direct avec une surcharge de travail.

Ce qui me heurte également dans ce témoignage c'est l'absence de paroles qui auraient dû être échangées entre les professionnel.le.s et cette personne dans les jours qui ont suivi cette naissance, à défaut de ne pas l'avoir fait au moment même voire par anticipation pendant la grossesse.

De cet accouchement, Magali ne retiendra que la violence dont elle a été victime et pour une grande part cette violence trouve son origine dans l'organisation de la maternité, elle-même induite par la politique de santé actuelle basée sur la rentabilité.

Dans le cas de Magali comme dans beaucoup d'autres cas, l'insuffisance de prise en charge a empêché une naissance naturelle, a bouleversé la vie de cette famille et aura, au final, coûté plus cher à la sécurité sociale (pose de forceps ayant nécessité la présence d'un médecin, d'un anesthésiste et d'un pédiatre).

Les séquelles de cette violence qui lui a été faite ne feront pas l'objet d'une étude de coût de santé mais un accompagnement à se réapproprier son corps est fondamental pour elle (image corporelle et traumatisme), son couple (sexualité) et son enfant (mise en place des liens d'attachement).

Dans le poste que je vais occuper bientôt, j'espère pouvoir être en mesure de rencontrer chaque fois que nécessaire, les femmes ou les couples qui, malgré l'entretien prénatal et l'établissement de leur projet de naissance, auront vécu de telles violences dans le cadre de mon nouveau poste.

Pour ce faire, il est nécessaire de disposer de professionnel.le.s formé.e.s et en nombre suffisant, ce qui n'est pas au goût du jour. Un.e seul.e professionnel.le dédiée à cette activité pour plus de 3000 naissances ne sera pas un nombre suffisant.

B. Eléments de contexte politique

1. Ce qui est prescrit par les textes

Qualité et sécurité des soins dans le secteur de la naissance – HAS - Mars 2014

« Le secteur de naissance promeut la bientraitance, en lien avec la Commission de Représentation des Usagers. La bientraitance se traduit par la qualité de la relation avec la femme et l'accompagnant, la prise en compte des préférences et des attentes exprimées dans le projet de naissance, si celui-ci existe et s'il n'est pas incompatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis. Le projet peut rester oral ou être mis par écrit dans le dossier médical, sachant qu'il peut évoluer dans le temps, la femme pouvant changer d'avis ou la survenue d'une complication imprévue pouvant imposer une décision médicale urgente. Outre les droits du patient (personne de confiance, confidentialité, information sur son état de santé, etc.) (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), la bientraitance dans le secteur naissance inclut :

- le respect du choix fait par la femme, de l'accompagnant présent au moment du travail et de l'accouchement
- le soutien attentif de la femme et de l'accompagnant durant l'accouchement
- l'intimité et la dignité sur le lieu de l'accouchement (salle de naissance individuelle et insonorisée, etc.)
- l'information sur la prise en charge de la douleur, la mise en peau à peau, les facteurs de risques éventuellement identifiés et les modalités de leur prise en charge sur place ou dans le cadre d'une orientation ou d'un transfert et en cas de césarienne programmée, les risques pour les futures grossesses
- la prise en compte de la demande des femmes accouchant dans le secret (de façon anonyme). ».

2. La réalité du financement

Rapport de la Cour des comptes de 2015

Il pointe le sous-financement structurel des maternités, qui ne peuvent trouver un équilibre qu'à partir de 1100 à 1200 accouchements par an, en raison d'une déconnexion ancienne des tarifs et des coûts réels.

3. Discussion

Les naissances sont aujourd'hui prises en charge dans ce que l'on pourrait appeler des « usines à bébé ». Ces structures ont perdu une taille humaine et concentrent le travail dans des équipes surchargées et sommées de faire porter leurs efforts sur les actes techniques (les seuls rémunérés par la T2A).

Contrairement aux recommandations de l'HAS, le choix de la femme au moment du travail et de l'accouchement est rarement respecté.

Dans la plupart des maternités de niveau II et III, la surveillance du rythme des contractions et du rythme cardiaque fœtal se fait sur des écrans à distance dans ce qui peut être considéré comme une « salle de contrôle ». L'accompagnement humain tend à disparaître.

Le soutien attentif de la femme nécessite la présence physique d'un.e professionnel.le alors que celui/celle-ci est obligée de surveiller à distance ce qui se passe partout où il/elle n'est pas.

L'information sur la prise en charge de la douleur est faite pendant la grossesse et se résume souvent à la pose d'une Anesthésie Péridurale.

Rares sont les propositions alternatives mais elles existent (elles exigent d'avantage de temps de présence auprès de la femme).

On voit bien là que le fossé est large entre ce qui est prescrit et ce qui est réalisable. C'est un élément d'insatisfaction au travail majeur de la part des professionnel.le.s.

Comme nous l'avons vu, l'épisiotomie mise en exergue par Madame Schiappa est loin d'être la seule violence faite aux femmes au moment de la naissance de leur enfant.

L'accouchement est un acte naturel dans la majorité des cas mais il est confronté à la médecine et ce qu'il y a d'indispensable dans les soins, accouchement à domicile exclus.

Celui ou celle qui est responsable de l'accouchement devra rendre compte des complications éventuelles liées à son intervention ou pas. C'est bien cette personne qui devra décider de l'opportunité de pratiquer une épisiotomie. Ni la femme, ni les protocoles de service ne peuvent lui dicter ce qu'il/ elle doit faire.

L'accompagnement global durant toute la grossesse, l'accueil en maternité, la prise en compte du projet de naissance du couple, le temps d'écoute et la personnalisation du suivi du travail sont aussi importantes que les techniques obstétricales.

Il y a dans l'atmosphère d'une salle naissances des « atomes » qui préviennent les sages-femmes. Ce qui est donné aux sages-femmes est une capacité à ressentir les choses et à les anticiper. Cette capacité ne pourra jamais être remplacée par la technique.

Alors, parler de violences obstétricales à travers la pratique des épisiotomies est plus que réducteur mais très symbolique.

Peut-on formuler l'hypothèse suivante pour envisager la symbolique et trouver une raison de se focaliser sur la violence de la pratique des épisiotomies ? :

L'association d'une épisiotomie et d'une anesthésie péridurale ne pourrait-elle pas s'apparenter psychiquement à ce qui est vécu dans le viol ? : Une cicatrice reste d'un moment qui s'est passé alors que la femme était « dissociée », condition assez proche des conditions dans lesquelles les femmes sont au moment d'un viol.

Il faut donner aux femmes le droit de se réapproprier cet acte fondateur de leur vie tout en les rendant actrices de ce qu'elles vivent y compris dans ce qu'il y a de décision médicale lorsque c'est nécessaire.

Redonner aux femmes cette possibilité relève d'un mouvement d'éducation populaire.

Le féminisme a longtemps été focalisé sur les leviers d'émancipation que sont la contraception et l'avortement. Il est temps de s'intéresser à ce qui se passe entre les acteurs médicaux et les femmes au moment de l'accouchement, qui, pour la plupart d'entre elles est aussi celui du devenir mère.

Les moyens alloués à la naissance en France doivent être discutés avec les pouvoirs publics. Il faudra que les femmes s'emparent de cette revendication mais pas seulement à travers les épisiotomies.

*« Une société a la naissance et l'accouchement qu'elle mérite. Accouchement et naissance ne sont au fond que des symptômes. La vraie question est bien celle du projet de vie, du devenir de la personne dans une société qui tend à n'être plus aujourd'hui qu'une somme d'individus ».*⁹

L'accouchement est un acte sauvage archaïque qui permet aux femmes de contacter la composante animale de l'être humain. Il est fondamental, me semble-t-il, qu'à ce moment-là précisément, un autre être humain, par ses paroles et son contact physique vienne vous prendre par la main pour vous arracher au monde animal qui vous engloutit pour construire le monde des êtres humains.

C'est bien le langage qui nous différencie du monde animal. C'est par et à travers les autres que nous sommes des hommes et des femmes plus encore, car contacter l'animalité, s'en extraire grâce au savoir-faire des professionnel.le.s, leur donne l'énorme responsabilité de la transmission. Elles ont appris là que leurs fils ne pouvaient pas être que des guerriers !

⁹ J Gélis « La sage-femme ou le médecin »

**CHAPITRE II. Histoire de la naissance, histoire de
femmes et de sages-femmes**

A. Histoire de la sage-femme

Dans toutes les collectivités humaines, la sage-femme est la figure la plus universellement connue. Cependant, son rôle historique et sa contribution à l'édification de l'art obstétrical sont les plus méconnus de notre temps. Son passé en fait depuis toujours la protectrice de la mère et de l'enfant.

C'est à la corporation des sages-femmes égyptiennes que Pharaon donna ordre d'exterminer les enfants mâles. SIPHRA et PUA, deux sages-femmes désobéirent à cet ordre en adhérant à l'idéologie qui correspond aujourd'hui à celle de la population Copte de l'Egypte. On pense que la mère et la sœur de Moïse étant sages-femmes, ce sont ces deux femmes.

Dans la Grèce antique, le premier traité d'obstétrique fut rédigé par une sage-femme. Socrate est fier d'être « le fils d'une très vaillante et vénérable sage-femme » compare sa doctrine philosophique à l'art des accouchements et lui donne le nom de « Maïeutique ».

Dans la société hébraïque, les femmes sont considérées comme inférieures aux hommes et pourtant dans les « écritures sacrées », elles sont seules mentionnées dans les cas d'accouchements dystociques (les femmes accouchant seules si tout se passe bien).

Dans la Rome antique où le patriarcat met les femmes dans une situation d'infériorité totale, les sages-femmes forment une corporation. Junon-Lucine est la divinité sage-femme, elle incarne la vie et la lumière.

Venue du fond des âges, héritière des secrets de la tradition orale et de la pratique d'assistance des femmes en couches, la Matrone dont le but premier est de sortir les mères d'un mauvais pas est un personnage central de la communauté villageoise.

C'est à partir du XVII^{ème} siècle que l'état Français s'estimant responsable de la population, décida de former les matrones à l'école de l'Art pour en faire des Sages-femmes.

En France, jusqu'au seuil du XX^{ème} siècle la sage-femme joue un rôle social indéniable. Elle est une pièce essentielle de la politique sociale dans la communauté rurale mais aussi urbaine. Elle sait lire et écrire, elle est régulièrement en contact avec des praticiens et ouverte à l'innovation.

Une approche récente de l'histoire des couches résulte de l'émergence d'une sensibilité féministe (1970).

Sans que l'on puisse la réduire à cela, elle a le mérite de poser le problème de l'origine de la situation actuelle, en cherchant dans les rapports d'opposition homme/femme, sage-femme/accoucheur.

Les femmes, éternelles mineures, seraient tombées sous la dépendance du corps médical masculin.

L'après-guerre connaît une mutation de la naissance qui se déplace du domicile des femmes vers des centres spécialisés en matière d'obstétrique.

*« Quand la pratique libérale a cessé d'être rentable, les sages-femmes sont entrées comme salariées dans les hôpitaux et cliniques privées : elles s'y trouvaient en position subalterne, aux ordres des médecins, non plus à la disposition des parturientes. Une forme de solidarité féminine s'est désorganisée. Les barrières de la pudeur ont cédé très vite ».*¹⁰

Les patientes y accouchaient dans des salles communes : le respect de l'identité et de la personnalité n'existait pas.

L'intervention de Mrs Lepage et Lamaze dans les années 50 va permettre de prendre en compte la dimension psychologique de l'accouchement.

- Préparer dans le passé, pour que la mère, avant son accouchement, se sensibilise et soit informée
- Préparer dans le présent de l'accouchement: nul n'ignore plus les bienfaits du calme, de la maîtrise de soi, de la relaxation, de l'accompagnement
- Préparer pour le futur, pour que la relation qui s'établit entre les parents et l'enfant soit solidement ancrée.

Certaines femmes, cependant, considèrent encore que l'accouchement et ses « douleurs » sont des étapes par lesquelles il « faut passer » et comptent de ce fait sur la totale prise en charge par le personnel médical et ses techniques de plus en plus perfectionnées.

Les débats se mettent en place: « Accouchement sans violence s'oppose à l'accouchement « technologique » ».

La société crée les oppositions. C'est une forme d'évolution basée sur des paradoxes.

¹⁰ - Yvonne Knibiehler : « Histoire des mères et de la maternité en occident »

B. Comment les hommes ont pris le pouvoir sur le corps des femmes en prenant le contrôle des sages-femmes

« C'est sur le terrain de la formation que commence la dévaluation symbolique des sages-femmes ».¹¹

L'un des exemples les plus frappants de cette mise en place du métier de sage-femme fut l'aventure de Louise Bourgeois.

Née en 1563, fille de famille aisée, elle apprit à lire et à écrire. Elle épousa un barbier-chirurgien dont la culture médicale avait pour fondement la pratique des champs de bataille et la théorie d'après l'œuvre d'A Paré.

Touchée par un revers de fortune, elle décida de devenir sage-femme pour élever ses cinq enfants.

Sa renommée la fit devenir sage-femme jurée de la Ville de Paris : elle avait 36 ans.

Sa carrière fut couronnée par les six accouchements de Marie de Médicis.

En 1609, elle publie « **Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et des enfants nouveaux nés** ».

Ce livre servit de vadémécum à des milliers de sages-femmes en Europe.

En 1757, Madame Du Coudray, sage-femme, grâce à un édit royal, part enseigner dans tout le royaume l'art de l'Obstétrique aux sages-femmes mais aussi aux médecins qui le souhaitent (500 chirurgiens et médecins ont participé à ses enseignements).

C'est la Convention qui crée officiellement la première école de sages-femmes le 17 octobre 1795 à l'Hôtel Dieu.

Les sages-femmes étaient mêlées aux médecins pour leur apprentissage.

C'est Baudelocque, chirurgien chef, qui devient titulaire de la première chaire d'obstétrique en France.

Ce sera l'occasion d'affirmer la prééminence du chirurgien sur les sages-femmes. La médecine des hommes était déjà en chemin et le bouleversement révolutionnaire va rendre l'évolution irréversible.

C'est là un exemple significatif des nouveaux rapports professionnel.le.s qui s'établissent alors au détriment des femmes.

Madame De la Chapelle, maîtresse sage-femme à l'Hôtel Dieu, en charge de l'enseignement pratique était salariée au même titre et au même rang que Baudelocque.

Elle rédige un mémoire : « **La pratique des accouchements** », trois tomes qui représentent une belle leçon de clinique et de pratique.

C'est elle qui expliqua la technique d'utilisation du forceps encore utilisé de nos jours.

Les médecins n'ont eu qu'un intérêt tardif pour tout ce qui concerne la protection des femmes en couches mais vont se rattraper au siècle des lumières par une ambition

¹¹

Le 6 décembre 2001, Pierre Bourdieu ouvrant le Congrès de sages-femmes

démessurée et exclusive dans ce domaine.

Entre 1870 et 1890, la combinaison de l'anesthésie, de l'antisepsie et des progrès en matière de suturassions permet une chirurgie audacieuse.

Dès le début du XIX^{ème} siècle, la sage-femme aura suffisamment de connaissances pour commencer à prescrire et donc à traiter certaines affections. Le recours à l'accoucheur restera exceptionnel.

L'exercice professionnel des sages-femmes est un révélateur de changement social. Les sages-femmes jouent un rôle dans le changement social mais elles accompagnent sans doute ce changement plus qu'elles ne le suscitent.

L'opération césarienne devient, au seuil du XX^{ème} siècle, une pratique courante. Alors la clientèle des sages-femmes diminue à des rythmes différents selon les régions.

Par exemple, s'il est un domaine où l'accoucheur marque volontairement la différence avec les usages anciens, c'est celui de la position de la femme pendant les couches, la position couchée sur le dos qu'il impose va devenir celle de l'accouchement médicalisé.

*« A voir la superbe et le paternalisme des accoucheurs d'hier et d'aujourd'hui à l'égard des sages-femmes, on peut penser que leur immense ambition et l'appui que le pouvoir politique leur a accordé suffisait à expliquer leur percée sur la scène de l'accouchement ».*¹²

C'est donc par la pratique de l'accouchement à risque que l'on passe de la sage-femme à l'accoucheur.

Ce débat est toujours d'actualité. L'hyper médicalisation nécessaire pour les naissances à haut risque a grignoté progressivement l'espace de la naissance « normale ». La rationalisation des dépenses de santé a fait le reste.

Actuellement, l'éventail des prescriptions chez les sages-femmes se circonscrit au domaine « eutocique » (arrêt maladie, antibiotiques, anti mycosiques compris), aux accouchements demeurant dans la physiologie, ce qui n'est pas le cas des gynécologues-obstétriciens.

Depuis 1948, les sages-femmes bénéficient du statut médical à compétences « réglementé » (suivi de grossesses physiologiques, accouchements sans complications prévues ou envisageables). Leurs compétences ont depuis été élargies au suivi gynécologique de prévention, à la contraception, à l'IVG médicamenteuse et à la pratique des échographies obstétricales.

Le même code de la santé publique désigne les Obstétricien.ne.s pour des interventions dans les accouchements « dystociques », à savoir les accouchements

¹² J Gélis- la sage-femme ou le médecin

à risques pour la femme et/ou l'enfant.

Si la répartition de ces deux formes d'exercice (eutocique/dystocique) peut apparaître fonctionnelle et adaptée dans l'organisation du travail très hiérarchisée des structures hospitalières, elle est aussi un moyen de maintenir le pouvoir obstétrical dans les mains des médecins (Dagnaud et Mehl, 1988). Alors que les femmes peuvent prétendre à une compétence issue de la relation empathique avec la parturiente, compétence que l'on peut qualifier « de genre » (Schweyer, 1996), c'est-à-dire en rapport avec des qualités et des capacités attendues des femmes comme la dimension relationnelle, pédagogique, de conseil, les accoucheurs ont, eux, établi une relation distanciée, rationnelle et scientifique.

La médiatisation expansive concernant la naissance et les techniques dites « de pointe », donnent un climat de technicité aseptisé, mécanique, électronique, automatique. Elle a joué ses 30 dernières années un rôle important pouvant amener à penser que seule la machine est capable d'apporter la sécurité. Les facteurs humains de compétence se retrouvent au deuxième plan.

**CHAPITRE III. Les normes sociales et leur impact sur
les prises en charge obstétricales**

A. Le suivi de la grossesse et la culpabilisation des femmes

En France, un accouchement est déclaré « normal » deux heures après la délivrance¹³.

Il existe une « culture du risque » lié à la grossesse et à l'accouchement.

Dès le début de la grossesse, on effectue un bilan de début de grossesse à la recherche de l'ensemble des infections, pour l'essentiel tératogènes pour le fœtus puis on évalue le **risque** de trisomie 21, puis le **risque** de diabète gestationnel, puis le **risque** de retard de croissance ou de macrosomie du fœtus...

Je ne conteste pas l'importance des dépistages proposés. La loi impose de les « proposer » ; les femmes peuvent refuser si elles ont été informées et qu'elles n'estiment pas ces actes nécessaires y préférant l'examen clinique et échographique. Je conteste le climat de risque qui est prégnant dès le début de la grossesse et qui est mal expliqué voire culpabilisant en cas de doutes ou d'opposition de la part de la femme.

L'ensemble de ces dépistages nécessite de prendre un long moment d'explication, d'échanges avec les femmes et les couples afin d'éclairer sur la réalité du risque dépisté, sa réalisation laissée à l'appréciation des intéressés.e.s.

Lorsque cela n'est pas fait, les femmes et les couples interrogés ont le sentiment qu'à chaque étape de la grossesse leur projet de naissance peut être remis en question.

De fait, il est courant d'entendre les mères se raconter leurs angoisses inutiles et comment elles ont vécu un véritable parcours du combattant semé de risques auxquels elles auraient échappé. L'hyper médicalisation commence dès le début du suivi d'une grossesse.

En réalité, moins de 20% des grossesses présentent réellement un risque et ce risque est plus ou moins dangereux pour la mère ou l'enfant.

80% des femmes et des couples vivent les injonctions qui, si elles ne sont pas suivies, les renvoient au risque pris par elles de la mort de leur enfant. Quelle femme peut entendre que si elle ne se plie pas à l'ensemble de ces protocoles, elle est, de fait, une mère inconsciente (voire une mauvaise mère).

Le pseudo choix qui est donné aux parents par la loi n'est en fait qu'une parodie face à la pression médicale et sociétale.

De ce fait, au moment de l'entrée en travail, la femme qui va mettre son enfant au Monde est sous influence, à la merci du pouvoir médical dans son ensemble.

A noter que dans les structures de niveau II et III, le personnel s'occupe indifféremment d'accouchements à haut risque et de naissances physiologiques, passant de l'une à l'autre de façon permanente ; Difficile dans ce cas-là de changer

¹³ Expulsion des annexes du fœtus (placenta, cordon, membranes).

de posture en un clin d'œil.

Et comme il existe très peu de salles de naissances dédiées à la physiologie, les protocoles prévoient le même traitement du risque pour toutes.

Ceci dit, l'aspect décoratif et l'agencement plus ou moins ergonomique des lieux reste mineur par rapport au temps d'accompagnement. Le respect de l'autre passe forcément par un personnel dédié à la physiologie et à une prise en charge d'une femme par une sage-femme.

Prenons comme exemple la pratique de l'épisiotomie puisque c'est cette dernière qui suscite le plus de critiques

Les lésions périnéales responsables de douleurs, d'incontinence et de dyspareunie¹⁴ ont toujours été une source d'insatisfaction des usagers et une préoccupation pour les professionnel.le.s de l'accouchement, qui les ont amené.e.s à réfléchir sur la pratique de l'épisiotomie.

Cet acte, dont le but est de prévenir les ruptures périnéales sévères et de protéger les foetus fragiles lors de l'accouchement, a fait l'objet de modifications, et d'ajustements basés à la fois sur la clinique, la littérature scientifique mais également sur les procédures institutionnelles.

Jusqu'en 1980, l'épisiotomie systématique est largement utilisée, mais l'absence de preuves de son efficacité en routine, attestée par bon nombre de publications, remet en question cette habitude. En 1995, un véritable réquisitoire contre une large utilisation de l'épisiotomie basé sur une revue de la littérature sur 15 ans, est publié.

A la lumière de ces résultats, l'organisation mondiale de la santé (OMS) émet un guide pratique, proposant un taux d'épisiotomie de 10%.

En 1995, le taux d'épisiotomie était en France de 55,56%, un accouchement sur 2 étant associé à une épisiotomie.

Entre la parution du guide de l'OMS et les années 2004/2005, on note une baisse de 17% du nombre d'épisiotomies, et on peut donc penser que la parution de ce guide a eu un impact avéré sur les pratiques obstétricales.

En 2005, dans le cadre d'une politique restrictive de l'épisiotomie, le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) émet des recommandations visant un taux inférieur à 30%.

Pourtant il semble que les taux nationaux ne soient pas représentatifs d'une homogénéité territoriale, certaines maternités affichant des taux de 72% quand d'autres affichent des taux de 21%. Au Centre Hospitalier de Besançon, en 2016 il y a eu 12 épisiotomies pour 2900 naissances (- de 1%).

On constate aussi des variations de ce taux, entre les régions, chez les primipares¹⁵ et les multipares¹⁶ indépendamment des caractéristiques individuelles et obstétricales des femmes et des caractéristiques des maternités.

De plus, il existe une variation selon les professionnel.le.s pratiquant l'accouchement (sages-femmes, obstétricien.ne.s) avec un taux moindre pour les sages-femmes qui peut s'expliquer par le fait que, dans le cas d'extraction instrumentale, les médecins ont plus facilement recours à l'épisiotomie.

Face aux résultats de ces études sur le taux d'épisiotomie pratiquées, en baisse depuis 30 ans, comment expliquer que ce soit aujourd'hui le sujet prioritaire de plainte pour violences obstétricales.

¹⁴ Douleurs au moment des rapports sexuels

¹⁵ Femme qui accouche pour la première fois

¹⁶ Femme qui accouche plusieurs fois

Je plaide pour une utilisation purement indispensable de cet acte qui, s'il n'est pas strictement nécessaire, peut être comparé à une mutilation.

Ceci étant, j'ai pu observer l'automatisation de certaines pratiques obstétricales (rupture précoce des membranes, pose de perfusion pour accélérer les contractions utérines associée à la pose d'une anesthésie péridurale, délivrance dirigée pour éviter l'hémorragie en lien avec l'utilisation de Syntocinon¹⁷ pendant le travail ...) visant à « diriger » le travail pour fluidifier la gestion d'une salle de naissance au prix d'interventions devenues indispensables au lieu de laisser le temps faire son œuvre et l'épisiotomie fait partie du lot.

Pour moi, les violences obstétricales sont un ensemble résultant de protocoles de prises en charge standardisées dans un contexte de rationalisation des soins et non la seule problématique de l'épisiotomie comme le perçoit Marlène Schiappa.

B. La modification des contenus de formation des sages-femmes

Depuis 1982, les études de sage-femme sont ouvertes aux hommes. A cette époque les hommes sont peu nombreux à tenter l'aventure.

Évoquer la masculinisation des sages-femmes revient à se demander si ce métier, radicalement marqué par son caractère féminin, peut se décliner au masculin sans en être profondément modifié.

En 2003, la sélection à l'entrée des écoles de sage-femme se met en place par une année commune avec les futurs médecins et dentistes.

« La nouvelle forme de recrutement en école de sages-femmes mise en place en 2003 s'avère favorable à la venue d'hommes dans la profession, dans le sens où de jeunes garçons se voient proposer cette orientation professionnelle sans y avoir songé auparavant. Dans la grande majorité des cas, ces hommes avaient envisagé une carrière de médecin ou dentiste.

Évoquer la masculinisation des sages-femmes revient à se demander si ce métier, radicalement marqué par son caractère féminin, peut se décliner au masculin sans en être profondément modifié.

Ainsi, il est tentant d'avoir recours à la thèse de la carrière médicale « ratée ».

*Tel n'est pas le cas. La caractéristique principale de cette population est sa jeunesse. Le fait d'intégrer une profession médicale s'avère décisif, l'attrait du secteur d'activité est bien réel. L'idée était pour la plupart d'entrer dans une profession de santé ce qui atténue l'explication par le hasard, sachant que le métier de sage-femme n'était pas un objectif en soi. Les choix par défaut sont donc rares et viennent d'une certaine manière contrebalancer cette absence de vocation ».*¹⁸

Il faudra attendre 2009 et la mise en place du PACES (première année commune aux études de santé) pour que cette année soit reconnue comme une année d'étude à part entière. Le diplôme de sage-femme est au niveau Bac +5 toujours sous rémunéré par rapport aux autres métiers de même niveau d'études (Ingénieurs par exemple). Il y a fort à parier que les sages-femmes paient encore le fait d'exercer une

¹⁷ Syntocinon- médicament visant à lutter contre l'insuffisance des contractions utérines, en début ou en cours de travail. Etude INSERM U953

¹⁸ Sociétés contemporaines 2007/3 (n° 67) Des hommes chez les sages-femmes- Philippe Charrier

profession féminine.

Les études ainsi remaniées se divisent en deux cycles :

Un premier cycle de 3 ans (PACES + 2 ans) pendant lesquelles les futur.e.s sages-femmes vont apprendre tout ce qui relève de la physiologie en Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie.

Un deuxième cycle de deux années dédiées au diagnostic des pathologies obstétricales, gynécologiques et pédiatriques ainsi que la contraception, l'échographie, la procréation médicalement assistée et autres.

De par cette formation, les sages-femmes sont de vrai.e.s acteurs/trices de prévention.

1/3 de la formation est pratique (stages) ; 2/3 de la formation est théorique.

Pour rappel, la profession de sage-femme est une profession médicale (Art L.4111-1 du Code de la Santé Publique).

L'ensemble des actes qu'une sage-femme peut réaliser est réglementé (Art L.4151-1 du Code de la Santé Publique).

La profession de sage-femme est régie par un Code de Déontologie depuis 1949.

La refonte du cursus initial des sages-femmes a pour effet de préparer des technicien.ne.s de haut niveau.

L'aspect psycho social de la formation a peu à peu laissé place à la culture du risque médical.

Ce sont encore des médecins qui enseignent aux sages-femmes.

Ces dernier.e.s se battent pour pouvoir être maîtres.ses de leurs enseignements mais se heurtent aux facultés de médecine dont elles sont devenues des départements, donc sous la tutelle des médecins.

Les sages-femmes disposent ou préparent des doctorats de recherche pour pouvoir prétendre à un statut universitaire. La route est encore longue avant que la Faculté leur cède la place qui leur revient. Les corporatismes ont la vie dure, le pouvoir des hommes sur les femmes aussi.

C. Sage-femme/Obstétriciens : deux approches différentes de l'accompagnement des femmes

Nombre de mes consœurs et confrères souhaitent reprendre la main sur l'accompagnement des femmes enceintes et en couches ; retrouver un accompagnement humain et respectueux des femmes et de la naissance.

Certain.e.s pratiquent des accouchements à domicile ou se sont lancé.e.s dans l'expérimentation récente de Maisons de Naissance¹⁹.

Pour les sages-femmes qui pratiquent des naissances à domicile, en 2002, les compagnies d'assurance ont décidé de ne plus couvrir ces accouchements.

¹⁹ Le ministère de la Santé a donné son accord pour que neuf maisons de naissance soient expérimentées en France, en 2016. Dans ces maisons, ni médecins, ni péridurales : Le seul personnel médical présent : des sages-femmes qui assurent le suivi et l'accouchement des futures mamans.

Depuis 2004, cette assurance est obligatoire mais il est impossible à une sage-femme de s'assurer. De ce fait, les sages-femmes qui pratiquent des naissances à domicile sont sous le coup de la loi.

L'expérimentation des maisons de Naissance est contrainte en France par l'adossement à une maternité. La surveillance par les Gynécologues Obstétriciens n'est pas loin et du fait de l'intégration aux locaux hospitaliers, ces maisons de naissance sont sous contrôle à petite distance. Cet espace sous condition est un empêchement au développement d'une pensée libre, adulte et émancipée de la culture hospitalo-universitaire dont elle est issue.

Au sein de ces structures, les femmes enceintes à bas risque pour leur grossesse et leur accouchement ont ainsi la possibilité de bénéficier d'un accompagnement global, qui associe une femme et une sage-femme.

Les sages-femmes en assurent la responsabilité médicale, en toute autonomie et conformément à leurs compétences légales.

Les femmes pouvant y être admises sont au préalable sélectionnées et ne doivent présenter aucune pathologie et aucun risque avéré. Après l'accouchement, les femmes ne sont pas hospitalisées et rentrent chez elles quelques heures après, la sage-femme venant ensuite à leur domicile.

Les maisons de naissance sont en lien direct avec le service d'obstétrique d'un établissement de santé afin de favoriser une collaboration efficace, notamment en cas de transfert.

Par ailleurs, elles offrent une alternative permettant de respecter le choix des femmes qui souhaitent accoucher dans un environnement moins standardisé.

Ces structures sont prévues pour accueillir un nombre raisonnable de naissances par année, afin de lui conserver un caractère intime, familial et convivial.

A la différence d'une maternité, la maison de naissance repose sur un suivi personnalisé de la patiente : l'accompagnement global. Ce concept permet d'associer une femme à deux sages-femmes pendant la grossesse, l'accouchement et après. Le jour de l'accouchement, la sage-femme connaît ainsi parfaitement le dossier médical et l'histoire de sa patiente, ce qui représente une garantie supplémentaire de sécurité. Elle a eu le temps de la grossesse pour apprécier les enjeux de l'accouchement pour chaque femme. Elle est également parfaitement informée de son projet de naissance, ses attentes ou ses craintes et peut ainsi l'accompagner de façon très personnalisée. Les femmes apprécient beaucoup cette relation de confiance qui se tisse avec la sage-femme et qui leur permet de vivre ces moments de façon très intime et respectueuse.

Le concept de Maisons de Naissance en France est bien différent de ce qui existe dans les autres pays. Ici, les sages-femmes sont toujours sous contrôle et le temps de la chasse aux sorcières n'est pas si loin...

On peut espérer que la politique des petits pas finira par ouvrir des perspectives meilleures pour les femmes.

Quoi qu'il en soit, c'est une alternative proposée dans le système de santé.

Reste que l'indépendance des maisons de naissance et la possibilité d'une pensée obstétricale de la physiologie en dehors de la pensée dominante hospitalo-universitaire n'est toujours pas acquise.

Les maisons de naissance, qu'elles soient à l'intérieur de la pensée universitaire comme en France ou indépendante dans les autres pays Européens, portent le

même nom. Cette même dénomination est bien l'empêchement à penser l'indépendance et la culture qui s'y rapporte.

Dans l'expression Maison de naissance, il y a le mot « maison ». Donc, ce n'est ni une salle réservée à la physiologie ni une aile d'un service, cela désigne une indépendance des lieux. En France, cette confusion est entretenue y compris par les sages-femmes.

C'est dans les maternités de niveau I que les conditions de la naissance sont le plus souvent respectueuses mais ces maternités tendent à disparaître au profit de grosses structures plus rentables.

L'ouverture des « plateaux techniques » de maternité aux sages-femmes libérales est actée depuis le 31 juillet 1991 mais il y a peu de maternités de niveau 1 qui ont effectivement ouvert cette possibilité.

L'ouverture d'un plateau technique peut se faire à l'initiative de l'établissement ou à la demande du professionnel de santé libéral. Diverses instances doivent valider ce projet : la commission médicale de l'établissement, la direction de l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS). Ce contrat est établi pour une durée définie, renouvelable. Il stipule les conditions d'utilisation du plateau technique, la rémunération des actes et la redevance payée à l'établissement. Il prend en compte les orientations stratégiques prévues dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclus entre l'établissement et l'ARS.

Un rapide tour d'horizon sur un site dédié aux projets de naissance permettait en 2015 d'identifier au moins 31 établissements ouvrant leur plateau technique.

Le/la professionnel.le s'y engage à respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les projets et règlements ainsi que programmes de l'établissement, la continuité des soins. Il doit être porté à la connaissance du Conseil de l'Ordre des sages-femmes, qui autorise aussi l'activité multi-sites. La sage-femme doit déclarer cette activité à son assureur.

Dans beaucoup d'établissement ayant passé contrat avec une sage-femme libérale, le rôle de cette dernière s'arrête lors de toute médicalisation (demande d'Anesthésie Péridurale par exemple). Elle passe alors la main à l'équipe de garde alors que ses compétences contenues dans le Code de la Santé lui permettent de prescrire et de pratiquer un certain nombre d'actes médicaux. Après la naissance, le couple a la possibilité de rentrer à la maison après 2 heures (et examen du bébé par le pédiatre) ou de rester en hospitalisation quelques jours. Quel que soit leur choix, la sage-femme passe les voir tous les jours. C'est elle qui fait la visite de sortie en cas d'hospitalisation.

Pour illustrer l'illusion de cette possibilité offerte aux couples de bénéficier d'un tel accompagnement, je propose de citer un exemple parlant :

L'automne 2014 a signé la fermeture de la maternité d'Orthez. Effet collatéral de cette fermeture, la disparition du « plateau technique » obstétrical où des couples, accompagnés de leur sage-femme libérale, venaient mettre leur enfant au monde. Les négociations d'accès à d'autres plateaux techniques à proximité sont restées vaines, ces maternités étant de type 2 ou 3.

L'argument principal pour ne pas ouvrir cette possibilité aux sages-femmes libérales reste que les sages-femmes libérales devraient se conformer aux protocoles décidés dans les établissements et ne pourraient pas y être autonomes. Derrière cette argumentation se cache le refus de la part des Gynécologues-Obstétriciens

d'accompagner les femmes autrement ; les sages-femmes comme les femmes d'ailleurs, seraient des inconscientes que l'on se doit de toujours contrôler.

Dans les maternités qui ont ouvert cette possibilité aux sages-femmes et donc aux couples de décider de leur projet de naissance avec leur sage-femme, les professionnel.le.s se confrontent à une problématique plus pragmatique qui les met en difficulté.

Cet accompagnement demande une grande disponibilité pour chaque naissance, la sage-femme reste en « alerte » dans les semaines qui précèdent le terme, déplace des rendez-vous prévus quand sa présence auprès du couple l'exige.

Cette disponibilité a aussi un prix. Le tarif de base de la sécurité sociale pour un accouchement (349,44€) ne couvre pas les frais, d'autant plus que la sage-femme en reverse 30% à l'établissement qui l'accueille.

Il est stupéfiant de noter que du coup, le salaire horaire d'une sage-femme est bien souvent en dessous du SMIC (salaire minimum interprofessionnel de croissance) pour une qualification universitaire de haut niveau, une disponibilité intense et une responsabilité médico-légale identique à celle d'un médecin....L'accouchement est politique !

Le puissant lobby des médecins dicte à l'ensemble des femmes comment devenir mère, abandonnant leur corps à leur pouvoir de « sachant » et en occultant ce qu'il y a d'abord d'humain dans la naissance. Les pouvoirs politiques, malgré l'ensemble des études pratiquées dans les pays où les sages-femmes sont au cœur de la naissance et qui démontrent de bien meilleurs résultats en terme de qualité de prise en charge (de mortalité périnatale et de coût de santé), reculent ou n'avancent que très difficilement lorsqu'il est question de donner leur place aux sages-femmes.

On peut ici noter l'inégalité salariale femmes/hommes pour des gestes identiques. Le « qui peut le plus, peut le moins » ne peut en aucun cas s'appliquer dans ce domaine ; les deux professions étant différentes mais complémentaires, les médecins étant formés à la pathologie et les sages-femmes spécialistes de la physiologie dans le domaine de la santé gésésique des femmes.

**CHAPITRE IV. Les réformes du système de santé et
leur impact sur l'organisation des maternités**

A. Les décrets de périnatalité de 1998²⁰

L'organisation des soins en réseaux coordonnés, encadrée par le décret périnatalité de 1998, distingue les maternités de type 3 équipées d'un service de néonatalogie et de réanimation néonatale, celles de type 2 qui ont un service de néonatalogie ou de soins intensifs ne nécessitant pas d'assistance respiratoire, enfin celles de type 1 qui ne disposent pas d'unité d'hospitalisation des nouveau-nés à proximité. Cf. *Annexe*

B. La fermeture des « petites » maternités ou maternités à taille humaine

La plupart des femmes accouche dans des maternités de type 2 ou 3 parce qu'elles n'ont plus vraiment le choix, les maternités de type 1 ayant presque toutes disparu.

Le nombre de maternités en France a été divisé par 3 en quarante ans.

Le dernier rapport du sénat note 790.000 accouchements pour 820.000 naissances en France. Ce chiffre est assez stable.

Pour qu'un établissement soit financièrement viable, il faut qu'il réalise au moins 1.200 naissances par an eu égard au tarif T2A et ce seuil tend à augmenter à 1.500 naissances.

Les Maternités de niveau 3 réalisent un minimum de 3.000 naissances par an, ce chiffre pouvant aller jusqu'à plus de 6.000 naissances !

Dans le même temps, les effectifs en personnel diminuent.

Par exemple, à l'ouverture de la nouvelle maternité de Port Royal, 30% des effectifs étaient supprimés.

Le Conseil national de l'ordre des sages-femmes estime « *qu'il y a danger lorsqu'une sage-femme doit s'occuper de plus de deux parturientes et cela en dehors de toute autre activité surajoutée* ».

Peut-on trouver ici une piste de réflexion sur ces nouvelles violences faites aux femmes à travers la qualité de leur prise en charge en obstétrique ?

Pour cela, je suis retournée interroger Chantal, sage-femme de la Maternité des Lilas que j'avais rencontrée lors de l'écriture de mon mémoire de sociologie de la santé.

15 ans après, qu'est ce qui a changé dans les pratiques que j'avais tant envié à l'époque ?

²⁰ Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique

Chantal est aujourd'hui à la retraite de la Maternité des Lilas. Elle exerce toujours en cabinet libéral et a participé à la lutte contre la fermeture de la Maternité des Lilas. Décorée de la Légion d'honneur à la demande de Martine Aubry puis promue Officier par Marisol Touraine pour son engagement auprès du droit des femmes et son travail sur l'IVG, elle reste militante à l'ANCIC, entre autres....

La maternité des Lilas, symbole d'une « certaine idée de la naissance »

Dès 2009, la Maternité des Lilas envisageait sa reconstruction. Vieillissante et de venue trop étroite pour augmenter son activité, un « feu vert » de Roselyne Bachelot avait été donné. Cet accord a été dénoncé un an après par l'ARS dirigée par Claude Evin et la maternité des Lilas a alors été menacée de fermeture. Un projet de transfert à l'hôpital André-Grégoire de Montreuil, dans le même département, lancé en juin 2013, a été abandonné en septembre devant l'opposition des équipes, qui craignaient de devoir renoncer à la spécificité de leur approche, soutenu par un Comité de défense très actif.

Après plusieurs années d'incertitude sur son sort, la maternité des Lilas, lieu emblématique de la lutte pour le droit des femmes depuis sa création en 1964, devrait finalement être reconstruite à Bagnolet, une commune limitrophe, attenante à une clinique privée à but lucratif.

Malgré ce contexte, la maternité ne désemplit pas et doit même refuser du monde, plafonnant à environ 1.600 accouchements par an – le projet de reconstruction du bâtiment prévoit le passage à 2.700 accouchements.

Pour maintenir la "proximité" avec les parturientes, le personnel privilégie *"l'accompagnement"* des couples et refuse la *"course à la rentabilité"*.

C'est cette vision humaniste de l'accompagnement qui ne convient pas aux nouveaux modes de gestion des établissements de santé.

Durant ce combat, les professionnel.le.s ont subi quand même des pressions de rentabilité ; la Maternité des Lilas est dans le « rouge ».

Il faut faire des économies à défaut, pour le moment, de ne pas pouvoir augmenter le nombre de naissances nécessaires pour répondre à des critères de rentabilité.

Le management a changé et les logiques militantes ont dû s'adapter pour ne pas disparaître.

Il faut accepter l'augmentation du nombre d'accouchement, la densification du travail liée à la diminution des effectifs en personnel et la détérioration de l'accompagnement humain qui faisait de cette Maternité un lieu exceptionnel.

« Si la reconnaissance de la profession de sage-femme était un jour acquise, elle pourrait permettre un travail sur la santé qui serait de l'ordre de la physiologie.

Les femmes accouchent à 80 % sans problème et aujourd'hui du fait des rythmes et du nombre de naissances que chaque sage-femme fait par garde, forcément l'accouchement est hyper médicalisé » explique Chantal.

« Ce qui coûte cher à un hôpital c'est le salaire des gens. Donc, on a multiplié les actes par personne et technicisé les salles de naissance. »

« L'accouchement hyper technique n'est pas plus facile pour les femmes, mais plus pratique sur la gestion des flux.

Après ce type d'accouchement, les femmes ont l'impression qu'on leur a volé quelque chose, parce que le mouvement de passer derrière son bébé n'a pas pu se faire pendant l'accouchement. »

« Ce qui est extraordinaire, même s'il n'y a plus de pédagogie avec les nouvelles sages-femmes qui arrivent à la maternité des Lilas, du fait de l'histoire de cette maternité, elles viennent malgré tout pour travailler différemment et quelque chose se transmet malgré tout. Elles travaillent autant que dans les autres maternités mais elles ont appris le bonheur de l'accompagnement. Elles restent une équipe de sages-femmes fortes mais, malheureusement elles ne sont pas « politisées ».

Elles ont appris des gratifications des femmes. Au lieu d'avoir des égos gonflés par la réalisation d'actes techniques elles sont gonflées par le bonheur des gens et c'est une autre façon d'être heureuses dans le travail. Etre une experte en technique va permettre des satisfactions professionnelles mais recevoir la gratification des femmes c'est la façon de rencontrer vraiment son métier. Je pense que c'est différent pour un médecin et surtout pour un chirurgien qui va pratiquer un acte qui va modifier quelque chose. La satisfaction du médecin est dans la réparation alors que pour la sage-femme, le bonheur c'est le bonheur de l'autre.

Dans l'accouchement il y a deux actes simultanés : un bébé qui naît et une femme qui accouche. Comment l'enfant, la femme, le couple va grandir à travers ce qui lui a été proposé dans ce moment-là, c'est là le bonheur. Dans ces moments-là, une sage-femme sait assez vite où la femme en est dans sa vie parce qu'elle va être face au phénomène douloureux des contractions et on a le résultat d'une histoire : La femme a été préparée à négocier dans sa petite enfance. Chaque femme arrive avec un sac à dos de négociations qui n'est pas le même d'une femme à l'autre et nous on sait quand les sacs à dos sont assez vides ou quand ils sont bien pleins. L'art de la sage-femme c'est au moment où la femme ne peut plus aller plus loin au niveau de sa négociation parce qu'il y a quelque chose d'inhumain dans la naissance. Dans ce face à face avec la solitude de la douleur, la sage-femme est celle qui sait que l'autre va pouvoir quand l'autre elle-même n'y croit pas. C'est ça la force de cette relation-là. C'est le moment dans la vie où l'on va au-delà de soi-même. Après avoir vécu cela, toute femme ressent qu'elle a gagné mais elle ne sait pas ce qu'elle a gagné pourtant elle a gagné pour le restant de sa vie. Elle sait de quoi elle est capable et c'est ça la véritable violence en fait ; on ne donne plus la possibilité d'accompagner cet acte là parce que c'est de la dentelle d'accompagnement, il faut être dans une grande finesse de rapports humains, dans une grande complicité avec la femme pour qu'elle puisse entendre que nous on croit en elle et ce sont les sages-femmes les professionnel/les de ce savoir-là.

J'ai peur qu'avec les prouesses techniques et les fascinations sur le monde médical, ce savoir-là se perde.

Dans le contexte que traverse la Maternité des Lilas aujourd'hui par rapport à il y a 15 ans, la prise en charge des femmes se fait plutôt à l'instinct et le personnel sait qu'elles peuvent se réfugier dans le rapport aux femmes et d'une certaine façon se recharger elle-même. Ce qui a changé profondément c'est qu'elles ont été usées par cette lutte très dure, qu'à chaque fois elles ont perdu. Elles ont énormément travaillé à perte et à un moment donné elles ont fait pouce et quand on fait pouce on perd.

Aujourd'hui elles sont toujours sur le lieu de la maternité des Lilas. Ils sont en train de reconstruire dans la maternité elle-même et je me demande s'ils vont déménager ou s'ils vont rester là dans ces locaux qui ne sont pas du tout suffisants pour le nombre de naissances demandées en fonction du budget alloué. Le personnel est usé et il y a une coupure avec les autres militants.

La lutte pour la maternité des Lilas aurait pu être une lutte d'avant-garde féministe et le coche a été raté dans la mesure où les idées féministes ont été en deuxième position par rapport à l'idée d'une reconstruction. Il aurait fallu mettre en premier l'intérêt de l'ensemble de l'obstétrique française de garder ce lieu comme laboratoire humain et mettre la reconstruction en deuxième position.

Cette bagarre s'est passée dans une coupure historique et a été défendue comme une bagarre de fermeture de petite maternité sans mettre l'accent sur l'histoire particulière de ce lieu emblématique. Ce combat pour l'emploi qui est aussi légitime a occulté le combat pour le droit des femmes. De plus des emplois ont quand même été supprimés.

Le nombre de naissance a augmenté et le nombre de sages-femmes aussi mais les libertés individuelles ont été réduites par rapport à ce que moi j'ai connu et les rapports sont plus hiérarchisés. Les espaces du possible se sont rétrécis avec la pyramide de la hiérarchie mais les protocoles permettent encore une certaine liberté pour les femmes (pas de perfusion systématique ; pas de monitoring en continu). Ils sont quand même passés autour de 70% de péridurales et le Syntocinon coule en permanence. Il y a une tendance à se rapprocher de prise en charge plus standardisées même s'il y a encore des queues de comète. L'équipe de sage-femme des Lilas est bienveillante mais déconnectée des luttes historiques et surtout à distance des associations de parents. L'équipe des médecins a été recrutée (à quelques exceptions près) sur vacances de poste et non pour une motivation personnelle en fonction du lieu. La plupart d'entre eux sont ignorant de la spécificité institutionnelle et ne s'y intéresse pas. Mais l'ambiance générale, les réflexions du staff, font qu'imperceptiblement, malgré tout, leur façon de travailler se modifie avec le temps. La perte la plus importante est donc militante et politique. Les projets perdent leur envergure humaniste d'avenir et deviennent essentiellement matériels. »

Après cet échange, si j'avais encore des illusions sur le sens de la marche, je sais que seules les femmes peuvent aujourd'hui renverser le sens de l'histoire et je pense que les mouvements féministes doivent s'emparer des conditions de la naissance après avoir fait avancer le droit à la Contraception et à l'IVG.

C. La mise en place de protocoles ou la perte du savoir être

Le moment de la naissance est un moment particulier.

La grossesse et l'accouchement ne sont pas des maladies mais des actes naturels que l'on se doit de surveiller pour pallier aux complications éventuelles.

80% des grossesses, en France, sont physiologiques et nombre d'accouchements se compliquent du fait des interventions inutiles prescrites par les protocoles. La plupart des femmes présentant de grossesses « normales » et des accouchements pré visiblement eutociques accouchent dans des maternités de niveau II ou III alors que leur accompagnement relève d'un niveau I. On a tendance à penser que « qui peut le plus, peut le moins » mais dans ce cas, c'est faux. Si une maternité de Niveau III est la plus adaptée à accompagner un accouchement à haut risque, elle ne l'est pas pour accompagner une naissance normale. La technique nécessaire pour les unes

est iatrogène pour les autres ²¹

« L'obstétrique traditionnelle consiste à surveiller un phénomène physiologique en se tenant prêt à intervenir à tous les instants.

L'obstétrique moderne consiste à perturber le dit phénomène de telle sorte que l'intervention devienne indispensable à l'heure exacte où le personnel est disponible, c'est beaucoup plus difficile. »²²

Les recommandations obligent les structures à se doter de protocoles de service. Dans nombre de grosses maternités, ces protocoles sont établis majoritairement par les Obstétriciens et quoi qu'il en soit, validés par eux.

Nous l'avons dit, l'Obstétrique physiologique est du domaine de la sage-femme et elle concerne 80% des femmes enceintes.

Quel singuliers paradoxes de voir que ce sont les spécialistes de la pathologie qui décident comment les sages-femmes doivent accompagner un travail naturel.

Depuis quelques années, des salles dites « physiologiques » ont été ouvertes dans les maternités de niveau II et III. Elles sont équipées de baignoires, de ballons, de lits et peuvent permettre un accompagnement plus naturel des femmes mais elles n'ont pas été assorties de personnel sage-femme dédié. Elles sont souvent sous utilisées et parfois ce sont les médecins qui décident quelles sont les femmes qui peuvent en bénéficier.

Depuis 2014, la loi prévoit la création d'unités de prise en charge de la physiologie dans les hôpitaux par et sous la responsabilité entière des sages-femmes.

Ces unités doivent être prises en compte dans le projet d'établissement et avoir obtenu l'accord de la Commission Médicale d'Etablissement. Des postes de sage-femme responsables de ces unités ont même été créés par le Ministère de la Santé (statut particulier).

Le moins que l'on puisse dire est que les hôpitaux ne se sont pas précipités pour créer ces unités où les sages-femmes seraient en plein exercice autonome autour d'un accompagnement global des femmes.

Le pouvoir médical dit avoir peur de ce que les sages-femmes pourraient y faire sans qu'ils puissent vérifier le danger que les femmes pourraient courir entre les mains de ces inconscientes qui en profiteraient pour leur échapper.

Pourtant le Code de la Santé public, en son article R.4127-307, modifié par le décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012, stipule :

« La sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ».

L'Article R.4127-348 du code de la santé publique stipule :

« Le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels, et en particulier à ses

²¹ Iatrogène : entraîne des complications en lien avec le traitement médical

²² Professeur Malinas : « Le Dauphiné libéré du 8 mai 1994 »

obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel.

En aucune circonstance la sage-femme ne peut accepter de la part de son employeur de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patients et des nouveau-nés ».

C'est en vertu de ces articles que les sages-femmes sont systématiquement convoquées devant la justice en cas de plainte.

Dans la réalité juridique, tout ce qui se passe en salle d'accouchement est sous la responsabilité de la sage-femme.

Elle/Il se doit de refuser d'exécuter un ordre si elle/il ne partage pas la conduite à tenir préconisée par un médecin. Si il y a une faute et qu'elle/il ne s'est pas retiré.e, elle/il est complice et condamné.e seul.e ou avec le médecin.

Il y a bien là de la perversion à l'encontre de la profession.

Comment appliquer des protocoles de service dans son domaine de compétence et ne pas aliéner son indépendance professionnelle ?

Pourquoi refuser aux sages-femmes ce que la loi leur reconnaît et exige d'elles/eux : agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patients et des nouveau-nés.

La mise en place de protocoles est une façon de détourner la loi et de permettre la domination d'une profession historiquement masculine sur une profession toujours très féminine.

**CHAPITRE V. La Formation au Conseil Conjugal et
Familial a-t-elle une place dans la prise en compte des
violences obstétricales ?**

Ce n'est pas un hasard si j'ai choisi ce thème de mémoire de formation au Conseil
Conjugal et Familial.

Même si dans ma pratique professionnelle j'ai toujours été particulièrement sensible à ce qu'il y a d'humain dans la naissance et même si j'ai déjà rédigé un mémoire sur ce thème il y a 15 ans, la formation que je viens de suivre m'a permis un éclairage encore plus bienveillant sur ce qu'il convient d'offrir aux femmes et aux couples.

J'ai moi-même interrompu ma carrière de sage-femme pendant une quinzaine d'années en lien avec le constat de maltraitance dans lequel je pouvais me trouver à mon corps défendant.

J'ai choisi le chemin de la résistance par un engagement syndical et les miettes d'amélioration arrachées ont semé des graines à faire germer si les femmes et les professionnel.les concerné.es s'en saisissent.

Par ce travail que je propose au travers de mon mémoire, j'espère donner des pistes de réflexion à l'ensemble des mouvements féministes et des associations qui militent autour des conditions de la naissance en France.

A l'occasion de la formation, j'ai pu approfondir cette analyse politique en la complétant par les dimensions de rapports de pouvoir hommes / femmes et leur impact.

L'introduction de la culture de Conseil Conjugal et Familial me paraît indispensable aux études scientifiques plus techniques afin de redonner aux femmes et aux couples une vraie place dans leurs projets de naissance.

L'approche proposée dans le cadre de la posture de Conseil Conjugal et Familial, permet de développer cette approche centrée sur la personne et qui redonne le pouvoir de décision aux personnes concernées, d'améliorer une approche humaine et grâce à cette culture de l'échange, une communication plus fluide laissant espérer un avenir où l'aspect humain aurait sa juste place, une évocation des personnes en tant qu'êtres humains

La formation que j'ai suivie au Conseil Conjugal et Familial m'a permis de proposer la création d'un poste de sage-femme dédié à l'Entretien Périnatal Précoce dans la Maternité du CHU où je travaille.

La formation au Conseil Conjugal et Familial est idéale pour réaliser ces entretiens qui nécessitent une formation à l'écoute active.

La formation initiale des professionnel.le.s de santé n'apprend pas cette posture.

J'occuperai ce poste à la fin de ma formation au Conseil Conjugal et Familial.

Un tel poste n'existait pas alors que le texte a été élaboré à la demande de la Direction générale de la santé et des sages-femmes pour accompagner les mesures du plan périnatalité 2005-2007.

L'entretien périnatal précoce (EPP, également appelé entretien du 4^o mois) ne compte pas parmi les sept consultations obligatoires du suivi de grossesse. Il s'inscrit dans

une démarche d'humanité, de proximité, de sécurité et de qualité.

La Haute autorité de santé (HAS) fixe **quatre objectifs à l'entretien prénatal** :

- Accéder au ressenti de la femme et du couple
- Les aider à avoir confiance en eux
- Favoriser la coordination entre les différents intervenants de la naissance
- Consolider la confiance des patient.e.s en leur système de santé

Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement.

Elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple.

De ce fait, le rôle des professionnel.le.s et les relations des professionnel.le.s de santé entre eux se trouvent modifiés.

La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice.

Les conditions de dialogue et techniques de communication utilisables lors du déroulement de l'entretien individuel ou en couple sont:

- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie
- Temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier
- Possibilité de s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens
- Progressivité dans la délivrance des informations, des conseils
- Clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète)
- Assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées

- Résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, décidé
- Assurance que la décision finale appartient à la femme. Cette décision peut évoluer au cours de la grossesse
- Confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique
- Information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social

Difficile de mettre en place un vrai projet de naissance dans une maternité. Ce projet sera toujours limité par un protocole de prise en charge (y compris pour un accouchement normal).

Un seul entretien précoce est-il suffisant ou le temps de chaque consultation prénatale ne devrait-il pas être moins contraint ?

La formation que je termine me donne les outils pour exercer ces entretiens, en tant que sage-femme mais dans une posture CCF.

Il me semble pourtant dommage que les femmes et les couples que je vais rencontrer ne me revoient pas, sauf demande expresse.

Pour ce faire, je travaille à une fiche de liaison que la femme pourrait remettre aux professionnel.le.s qui la suivront jusqu'à la naissance de l'enfant.

Je vais tenter de proposer un nouvel entretien dans les suites de l'accouchement mais je ne suis pas sûre de pouvoir le réaliser, la maternité effectue plus de 3.000 naissances par an.

De même que l'on sait qu'une contraception efficace est celle qu'a choisie la femme, on se doit, après un long moment pédagogique de présentation, d'expliquer et d'entendre le désir de chaque femme sur la façon dont elle souhaite vivre sa grossesse.

Proposer et éclairer le choix de chacun.e plutôt que d'imposer, certes cela prend du temps ; un temps trop précieux dans les vingt minutes dédiées à une consultation médicale.

Conclusion

« En cherchant à transmettre notre vision et notre compréhension de ce qui se joue autour de la fécondité des femmes, et en particulier lors de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement, nous avons souhaité rendre visible ce qui ne l'est presque plus aujourd'hui : la division et l'isolement des femmes ainsi que l'oppression matérielle, corporelle, psychique, qu'elles subissent en raison de leur potentiel de fécondité. Nous osons même espérer que la reconnaissance de cette oppression qui n'est finalement que la transformation de celle qui contraignait les femmes à la reproduction, pourrait rassembler l'ensemble des personnes et des mouvements qui œuvrent pour l'auto détermination sexuelle et reproductive »²³

L'accouchement est un rendez-vous avec soi-même : son histoire familiale, son corps, son avenir. Un rendez-vous qui change profondément la vie de chacune mais aussi celle des hommes qui ont assisté à ce rendez-vous.

Les mouvements féministes se doivent aujourd'hui de s'emparer de cette étape de la vie des femmes.

Mon corps m'appartient lorsque je ne désire pas d'enfant mais mon corps m'appartient aussi lorsque je suis enceinte et lorsque je mets mon enfant au Monde.

L'apparition de l'Anesthésie Péridurale a créé une illusion de l'enfantement sans douleur.

Je dois dire que dans les années 80, c'est devenu une revendication féministe de ne pas être obligée d'enfanter dans la douleur.

A cette époque la phase du travail qui précède l'accouchement n'était pas vécue comme une étape psychique mais une violence dont on pouvait s'affranchir.

Normal de ne pas souhaiter subir la violence de la douleur si l'on peut s'en épargner.

Le revers de la médaille, c'est un peu plus de pouvoir donné à l'hyper technicisation de l'accouchement et l'aseptisation de la naissance.

La douleur due aux contractions utérines est variablement supportée et supportable.

Je ne ferai pas ici un éloge de l'accouchement sans péridurale. Ce procédé médical est bien souvent le bienvenu, attendu avec impatience lorsque les « douleurs » augmentent et laissent peu de temps de récupération.

La presse, essentiellement féminine a rempli des tonnes de pages sur les bienfaits de la technique.

Pour le coup, la péridurale est venue s'inscrire dans le déroulé normal de l'accouchement et à une époque, il était de mauvais ton de dire que l'on n'avait pas « demandé » la péridurale.

²³

L'accouchement est politique-Laetitia Négrié et Béatrice Cascales

A ses débuts, la technique n'étant pas tout à fait maîtrisée, qui disait péridurale disait perfusion d'ocytocine, extraction instrumentale et épisiotomie. Cela était acquis comme le tribu à payer pour ne pas souffrir.

La technique a fait beaucoup de progrès et les extractions instrumentales ainsi que les épisiotomies sont loin d'être systématiques, les patientes peuvent même déambuler aujourd'hui sous péridurale.

Ce travail pourrait faire penser à un plaidoyer corporatiste pour la profession de sage-femme.

Si j'associe le droit des femmes (enceintes ou en couche) à celui des sages-femmes, c'est parce que leur sort est historiquement lié.

Comment ne pas associer la violence faite aux sages-femmes aux violences obstétricales vécues par les femmes ?

Comment ne pas apporter un éclairage professionnel sur ce qui est vécu ?

Comment ne pas rechercher dans les rapports d'inégalités femme/homme le germe de ces violences ?

C'est toujours avec émotion qu'une mère se remémore ses accouchements. Douleur, peur, bonheur. Les souvenirs de la naissance restent vivants dans le souvenir des femmes.

Mais aussi, pour certaines femmes, il reste un arrière-goût d'inachevé. L'impression d'être passé à côté de quelque chose ; de ne pas avoir connu cette expérience de par son essence même initiatique qu'est donner la vie à un enfant. En cause, une médicalisation poussive de la grossesse et de l'accouchement, qui prive la femme de toute action.

Si l'on regarde vers demain et vers la suite de ce que je viens de décrire, la question peut se poser d'envisager comment la quantité de travail et l'impossibilité d'accompagnement va forcément augmenter l'hyper médicalisation et déshumaniser d'avantage la naissance.

Dans la mesure où l'on ne dispose pas de personnel nécessaire, on va avoir besoin de plus d'intermédiaires pour sécuriser le travail qui devient « insecure » puisque l'on n'a plus le temps de surveillance nécessaire.

On se sert de la technique non pas pour aider les femmes mais pour répondre à des injonctions financières et les femmes ne le savent pas.

Les sages-femmes le savent, elles/ils, et c'est insatisfaisant pour elles/eux parce qu'elles/ils savent que l'on pourrait faire autrement et que ce serait bien plus sécurisant pour les femmes.

C'est particulièrement pervers : les sages-femmes deviennent l'instrument de leur propre écrasement social. Le rythme de travail les pousse à instrumentaliser les femmes, justement parce qu'on les fait trop travailler

De ce fait il y a une insatisfaction au travail et un moindre investissement militant.

Les femmes y perdent parce qu'on leur a enlevé la possibilité de connaître leur force et quelque chose se transmet déjà dans le rapport à l'enfant.

Cela se perçoit déjà au moment de l'allaitement. Au lieu d'être passée derrière l'enfant qu'elle a poussé, la femme reste sur la même ligne.

L'enfant est de toute façon la génération suivante et c'est lui dans sa relation à sa mère qui va la faire passer derrière lui. Une pesanteur supplémentaire s'immisce dans la relation mère-enfant. En effet, ce n'est pas l'étape physique et psychique de l'accouchement qui va être le moment initial et fondateur de sa maternité mais sa relation à l'enfant qui la transforme en maman. Ça ne vient plus d'elle mais de la relation à son enfant. Cela crée une fascination envers l'enfant difficile à assumer. C'est un chemin détourné qui la fragilise et ajoute du doute là où elle devrait puiser sa force.

Il y a là quelque chose de nouveau qui peut nous faire interroger sur certaines formes de tyrannie chez les enfants.

Prenant le contre-pied de cette tendance du tout médicalisé, de plus en plus de parents recherchent aujourd'hui des alternatives afin de se réapproprier la naissance.

L'accouchement a en lui quelque chose de violent ; violent pour le corps et pour le psychisme.

Les contractions utérines sont violentes, la sortie de l'enfant est violente, l'émotion est violente. L'ensemble de ces violences constitue un rite de passage.

La maltraitance est autre chose.

Les conditions de l'accouchement sont maltraitantes pour toutes les raisons évoquées plus haut : insuffisance d'accompagnement, pratiques standardisées, maltraitances institutionnelles, prise de pouvoir par les hommes sur le corps des femmes, isolement.

C'est sur la maltraitance que nous pouvons agir avec efficacité.

Les professionnel.le.s que sont les sages-femmes sont aussi des femmes (en grande majorité) et sont également maltraitées dans leur travail, leur reconnaissance salariale comme dans leur vie personnelle.

Une prise de conscience des femmes est fondamentale et les sirènes qui nous annoncent un rapport sur les violences obstétricales ne doivent pas nous endormir.

L'argumentaire que je donne dans ce mémoire n'est certainement pas exhaustif et pourra largement ouvrir à la controverse.

Ce qui est important pour moi, c'est d'ouvrir le débat, d'éviter les idées toutes faites, d'entendre les besoins et d'amener les pouvoirs publics à prendre des mesures qui ne se borneraient pas à montrer du doigt les un.es et les autres et ainsi de créer des opposition stériles entre le danger du naturel et le graal du tout technique assorti de nouvelles injonctions standardisées et déshumanisées.

Avant de terminer, je voudrais alerter sur la façon dont l'accompagnement de la grossesse et l'accouchement pourrait bientôt être réglementé comme cela se fait déjà aux Etats-Unis et évoquer l'émergence des « Doulas » auprès des femmes.

Une Doula est une femme qui accompagne, soutient, informe le couple, la femme au moment d'une naissance.

Le mot « Doula » vient du grec ancien signifiant « esclave, servante ». La Doula propose un service marchand à la femme enceinte et à son entourage.

Aux USA, les femmes qui souhaitent avoir un accompagnement personnalisé font appel à une Doula. Cette femme est payée par la patiente pour être accompagnée et « instruite » par elle.

Des pseudos formations de 27 jours²⁴ ne débouchent sur aucun diplôme reconnu mais un certificat délivré par l'Institut de formation des Doulas de France.

D'après leur site internet leur formation serait en cours d'études pour une reconnaissance par les pouvoirs publics.

En France, il existe les sages-femmes dont c'est le métier et qui sont formées 5 longues années pour cela.

Il existe une demande de femmes et de couples en manque d'accompagnement. Je pense avoir mis ici en exergue les causes de ces difficultés d'accompagnement et les colères des professionnel.le.s.

L'idéal pour les pouvoirs publics actuellement serait de laisser ces Doulas remplacer les sages-femmes dans ce qui constitue le cœur de leur métier puisqu'elles n'ont plus la possibilité de remplir cette fonction fondamentale et de les cantonner à des gestes purement techniques, leur ôtant toute possibilité de revendiquer leur rôle humaniste auprès des femmes et des couples.

Les femmes paieraient de leur poche ce que la sécurité sociale ne paierait plus. Le niveau d'accompagnement serait incomparable en termes de compétences et de formation. La disparition de cet accompagnement entrainerait la perte de l'intuition chez les sages-femmes, moment de pressentiment qui se perçoit dans l'air et qui précède l'objectivité des signes cliniques qui vont apparaître dans un deuxième temps. C'est donc une perte de sécurité médicale pour les femmes et les bébés que l'introduction des Doulas en tant qu'intermédiaire entre les femmes et les sages-femmes.

Les médecins auraient alors obtenu ce qu'ils souhaitent : la disparition du cœur de métier des sages-femmes pour pouvoir exercer un pouvoir médical sans limite.

Des professionnel.le.s formé.e.s en nombre suffisant; des temps de rencontre centrés sur l'aspect médical et aussi sur l'écoute; des séances de préparation à la

²⁴ Source Institut de formation des Doulas de France

parentalité qui devraient se construire sur le mode "groupe de paroles", animées par des professionnel.le.s formé.e.s à l'écoute active mais aussi des temps de régulation entre professionnel.le.s où seraient abordés les attentes des femmes et des couples, voilà ce qu'il convient d'obtenir pour aller vers la bienveillance dans les maternités.

La formation au Conseil Conjugal et Familial s'inscrit dans un mouvement d'éducation populaire, en lien avec les autres acteurs.

L'apprentissage de l'écoute active, à la prise de conscience des relations de conditionnements et à la capacité à reconnaître l'oppression est un atout formidable et indispensable qui devrait être enseigné dans le cursus de formation initial des professionnel.le.s de santé.

Trop nombreux.ses sont mes collègues qui comme les médecins sont formatés dès le début de leurs études à être des sachant absolus, des maîtres à bord inconscients de l'effet que ce "savoir" peut produire en termes de maltraitance.

A défaut de voir introduire une formation à l'écoute active dans les études médicales et paramédicales, des Conseiller.es Conjugales et Familiales devraient pouvoir au minimum participer à des régulations axés sur les pratiques dans toutes les maternités, pas seulement dans les services prenant en charge les IVG.

Grâce à la formation en Conseil Conjugal et Familial, je vais pouvoir exercer mes deux métiers de façon concomitante, Sage-femme et Conseillère Conjugale et Familiale, responsable des Entretiens Périnataux Précoces en respectant les modalités et les conditions de déroulement de l'entretien individuel ou en couple, pour une prise en compte de la parole des femmes.

Je vais plaider pour que soit respectée la nécessité de consacrer du temps à l'information de la femme enceinte ou du couple et à leur écoute attentive, leur permettre de poser des questions et d'aborder les problèmes rencontrés.

La durée recommandée d'un entretien est de 45 minutes minimum.

La création de conditions de dialogue, la posture et l'utilisation de techniques de communication appropriées que j'ai apprises pendant ma formation en Conseil Conjugal et Familial est fondamentale.

Le challenge à relever sera la prise en compte du bilan de cet entretien par les professionnel.le.s qui vont poursuivre le suivi de la femme jusqu'à la mise en place des liens d'attachement, n'étant pas moi-même en charge de poursuivre le suivi médical.

Je propose de pouvoir revoir les femmes et les couples qui le demanderont mais aurais-je la possibilité de le faire ?

Je suis à deux années de la retraite. Un.e autre professionnel.le sera-t-il /elle formé.e d'ici là pour poursuivre le travail que j'aurais engagé ?

Annexe

Normes en personnels en salle de naissances :

« Les contraintes normatives se sont considérablement accrues depuis les décrets de 1998 qui ont prévu trois niveaux de maternités selon la complexité de l'accouchement et le risque qui en découle pour la mère et le ou les enfants. Les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. Toutefois, si l'unité d'obstétrique réalise moins de 500 naissances par an, la sage-femme peut également, en l'absence de parturiente dans le secteur de naissance, assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement. »

« Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1.000 naissances par an, une sage-femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance. Au-delà de 1.000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires ».

« Au-delà de 2.500 naissances », quel que soit le nombre de naissances constatées dans un établissement de santé, celui-ci doit organiser la continuité obstétricale et chirurgicale des soins tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique :

- Cette continuité est assurée :

« - soit par un.e gynécologue-obstétricien.ne ayant la qualification chirurgicale ;
- soit, lorsque l'établissement ne peut disposer que d'un praticien ayant seulement une compétence obstétricale, à la fois par cet.te obstétricien.ne et par un praticien de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement. »

« A cet effet, pour les unités réalisant moins de 1.500 naissances par an, la présence des médecins spécialistes est assurée par :

- Un.e gynécologue-obstétricien.ne, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site. « Le/la gynécologue-obstétricien.ne intervient, sur appel, en cas de situation à risque pour la mère ou l'enfant dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ;
- Un.e anesthésiste-réanimateur, sur place ou d'astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ;
- Un.e pédiatre présent dans l'établissement de santé ou disponible tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité. »

« Pour les unités réalisant plus de 1.500 naissances par an, la présence médicale est assurée par :

- Un.e gynécologue-obstétricien.ne présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique ;
- Un.e anesthésiste-réanimateur présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ; si l'unité réalise plus de 2.000 naissances par an, l'anesthésiste-

réanimateur est présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique ;

- Un.e pédiatre, présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité. »
 - En ce qui concerne les autres catégories de personnel

« Dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence. Si l'unité réalise moins de 500 naissances par an, les conditions de présence du personnel paramédical dans le secteur de naissance sont les mêmes que pour la sage-femme. ».

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes a lancé le débat sur les violences obstétricales devant le Sénat à l'été 2017. Elle a abordé ce sujet réel au travers de la pratique des épisiotomies. Etant sage-femme, cette façon d'aborder le sujet m'a semblé très réductrice et c'est la raison pour laquelle je propose ici une analyse plus politique de l'origine d'une forme de maltraitance peu mise en lumière envers les femmes.

La formation au Conseil Conjugal et Familial s'inscrit dans un mouvement d'éducation populaire, en lien avec les autres acteurs.

L'apprentissage de l'écoute active, à la prise de conscience des relations de conditionnements et à la capacité à reconnaître l'oppression est un atout formidable et indispensable qui devrait être enseigné dans le cursus de formation initial des professionnel.le.s de santé dont je fais partie, je suis sage-femme.

Si l'on regarde vers demain, la question peut se poser d'envisager comment la quantité de travail et l'impossibilité d'accompagnement va forcément augmenter l'hyper médicalisation et déshumaniser d'avantage la naissance

On se sert de la technique non pas pour aider les femmes mais pour répondre à des injonctions financières et les femmes ne le savent pas.

Prenant le contre-pied de cette tendance du tout médicalisé, de plus en plus de parents recherchent aujourd'hui des alternatives afin de se réapproprier la naissance. Une prise de conscience des femmes est fondamentale et les sirènes qui nous annoncent un rapport sur les violences obstétricales ne doivent pas nous endormir.

Ce qui est important pour moi, c'est d'ouvrir le débat, d'éviter les idées toutes faites, d'entendre les besoins et d'amener les pouvoirs publics à prendre des mesures qui ne se borneraient pas à montrer du doigt les un.es et les autres et ainsi de créer des opposition stériles entre le danger du naturel et le graal du tout technique assorti de nouvelles injonctions standardisées et déshumanisées.

L'approche proposée dans le cadre de la posture de Conseil Conjugal et Familial, permet de développer cette approche centrée sur la personne et qui redonne le pouvoir de décision aux personnes concernées, d'améliorer une approche humaine et grâce à cette culture de l'échange, une communication plus fluide laissant espérer un avenir où l'aspect humain aurait sa juste place .une évocation des personnes en tant qu'êtres humains

A l'occasion de la formation au Conseil Conjugal et Familial, j'ai pu approfondir cette analyse politique en la complétant par les dimensions de rapports de pouvoir hommes / femmes et leur impact

Je pense que les mouvements féministes se doivent aujourd'hui de s'emparer de cette étape de la vie des femmes.