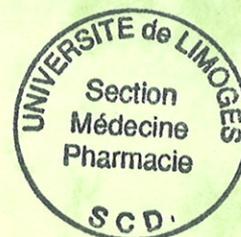


UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



Année 2008/2009

THESE N° 3166/11

DEMEDICALISER L'ACCOUCHEMENT EN 2008 :
UTOPIE OU HERESIE ?

THESE

POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 08 Décembre 2008

PAR

Aline Morineau

Née le 20 Janvier 1979 à Bourges.



EXAMINATEURS DE LA THESE

- M le Professeur Yves Aubard - Président
- M le Professeur Daniel Buchon - Juge
- M le Professeur Lionel De Lumley - Juge
- Mme le Professeur Elisabeth Vidal - Juge
- M le Docteur Michel Kapella - Directeur de thèse
- M le Docteur Cristian Boghina - Membre invité
- M le Docteur Khalil Massri - Membre invité

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE:
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe FF (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE:
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DUDOGNON Pierre (Sunombre 31/08/2009)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE:
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel
MAUBON Antoine (C.S)
MELLONI Boris
MERLE Louis (C.S)
MONTEIL Jacques
MOREAU Jean-Jacques (C.S)
MOULIES Dominique (C.S)
MOUNAYER Charbel
NATHAN-DENIZOT Nathalie
PARAF François
PLOY Marie-Cécile
PREUX Pierre-Marie
RIGAUD Michel (Surnombre 31/08/2010) (C.S)
ROBERT Pierre-Yves
SALLE Jean-Yves (C.S)
SAUTEREAU Denis (C.S)
SAUVAGE Jean-Pierre
STURTZ Franck
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
TREVES Richard
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNEGRE Alain (C.S)
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)
YARDIN Catherine (C.S)

CHIRURGIE DIGESTIVE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 PNEUMOLOGIE
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 OPHTALMOLOGIE
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
 GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION MEDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Parasitologie et Mycologie
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	Physiologie
BOURTHOMIEU Sylvie	Cytologie et Histologie
BOUTEILLE Bernard	Parasitologie - Mycologie
CHABLE Hélène	Biochimie et Biologie Moléculaire
DRUET-CABANAC Michel	Médecine et Santé au Travail
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Anatomie – Chirurgie Digestive
ESCLAIRE Françoise	Biologie Cellulaire
FUNALOT Benoit	Biochimie et Biologie Moléculaire
JULIA Annie (Départ le 01/01/2009)	Hématologie
LE GUYADER Alexandre	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
MOUNIER Marcelle	Bactériologie – Virologie – Hygiène Hospitalière
PETIT Barbara	Anatomie et Cytologie Pathologiques
PICARD Nicolas	Pharmacologie Fondamentale
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
TERRO Faraj	Biologie Cellulaire
VERGNE-SALLE Pascale	Thérapeutique
VINCENT François	Physiologie

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François	Physiologie
-----------------------	-------------

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	Anglais
-----------------------	---------

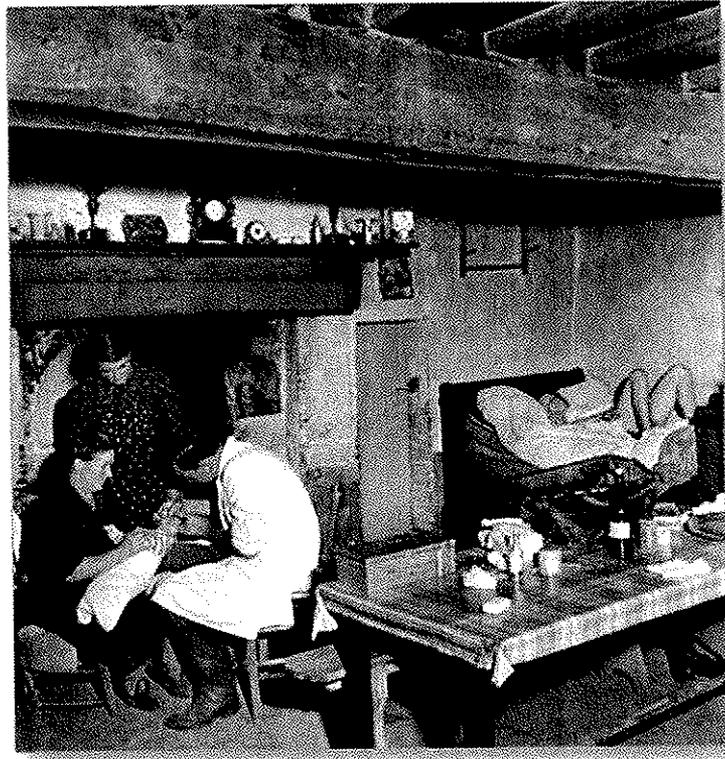
PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	Médecine générale
BUISSON Jean-Gabriel	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie	Médecine Générale
PREVOST Martine	Médecine Générale

Démédicaliser l'accouchement en 2008,
utopie ou hérésie ?



**Médecin de campagne - L'accouchement - Creuse 1950
Jean Philippe Charbonnier.**

A Candice, le plus beau des trésors

A Philippe,

Merci à la vie pour t'avoir rencontré,

Merci pour ton soutien et ton amour de chaque jour.

A mes parents, Yvon et Régine,

Merci pour votre éducation, votre amour et votre dévouement depuis
toujours

Que je puisse vous faire honneur à tous les deux.

A toute ma famille.

A tous mes amis.

A Monsieur le Docteur Michel Kapella, directeur de thèse,

Praticien hospitalier

Chirurgien des hôpitaux

Vous m'avez confié ce travail, vous m'avez soutenu dans sa rédaction, qu'il me soit permis de vous exprimer mes plus vifs remerciements.

A Monsieur le professeur Yves Aubard,

Professeur des universités de Gynécologie Obstétrique

Chirurgien des hôpitaux

Chef de service

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.

A Madame la professeur Elisabeth Vidal,

Professeur des universités de médecine interne

Chef de service

Votre accueil a été chaleureux lors de mon stage dans votre service, vous soignez toujours vos patients avec bienveillance et humanité.

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer nos plus vifs remerciements.

A Monsieur Le Professeur Lionel de Lumley Woodyeat,

Professeur des universités de Pédiatrie

Médecin des hôpitaux

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Daniel Buchon

Professeur Associé de Médecine Générale.

Merci pour la qualité de l'enseignement dispensé pendant ce troisième cycle.

Nous sommes honorés de votre présence au sein de ce jury.

A Monsieur Le Docteur Khalil Massri,

Chef de Service du service de gynécologie de Guéret

Merci pour votre soutien dans la réalisation de ce travail.

Nous sommes honorés de pouvoir vous compter parmi les membres de notre jury.

A Monsieur le Docteur Cristian Boghina,

Gynécologue Obstétricien

Merci pour votre gentillesse, votre soutien,

Vous accueillez toujours vos patientes dans le réconfort et l'empathie,
vous exercez la médecine admirablement.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant
de juger ce travail.

**Aux sages-femmes et secrétaires du service de gynécologie
de l'hôpital de Guéret,**

Merci pour votre soutien et votre aide logistique dans la réalisation de
ce travail.

**Aux secrétaires du service de gynécologie du C.H.U de
Limoges**

Merci pour votre aide et votre bonne humeur.

Au Département de Biostatistique du C.H.U de Limoges,

Merci pour l'analyse statistique de cette étude.

**Aux Départements de gestion des dossiers médicaux du C.H
de Guéret et du C.H.U de Limoges,**

Merci pour votre aide dans la réalisation de ce travail.

A Mesdames Chantal Portail et Véronique Salvagniac,

Sages-femmes libérales,

Merci pour la gentillesse que vous avez eu de répondre à mes questions.

Sommaire

Introduction

I Pourquoi ne peut-on pas envisager en 2008 un accouchement démedicalisé ?

I 1 : L'histoire de l'accouchement à travers les âges

I 1 1 : Le moyen âge.

I 1 2 : Le XVIIIème siècle et l'esprit des lumières.

I 1 3 : La première partie du XXème siècle.

I 1 4: Le baby-boom.

I 1 5 : Des 1970 à nos jours.

I 2 : La morbidité maternelle et infantile lors des différentes phases de la gestation et de l'accouchement.

I 2 1 : Pendant la grossesse

Pathologies infectieuses

Pathologies immunologiques

Problèmes toxiques

Hémorragies

Dépistage des anomalies chromosomiques

I 2 2 : Pendant l'accouchement

Le travail

L'accouchement proprement dit

La délivrance

I 2 3 : Le post partum

Pathologies infectieuses

Anémie

II Les structures actuelles permettant des accouchements plus physiologiques ou démedicalisés.

II 1 : En Europe

II 1 1 : Aux Pays Bas

II 1 2 : En Belgique

II 1 3 : En Suisse

II 2 : Au Québec

II 3 : En France

II 3 1 : Maison de naissance

II 3 2 : Espaces physiologiques des maternités

II 3 3 : Plateaux techniques à dispositions des sages-femmes

II 3 4 : Accouchements à domicile.

II 3 5 : Retour précoce à domicile après accouchement hospitalier.

II 4 : Difficultés rencontrées en France actuellement par ces structures.

II 4 1 : difficultés propres à l'accouchement à domicile.

- conciliation vie privée vie professionnelle
- diminution du nombre de maternité
- Le problème du logement en France

II 4 2 : difficultés rencontrées par l'ensemble de ces structures.

- L'opinion publique
- La pression médico-légale
- L'obligation d'assurance
- La formation des personnels à la pratique de l'accouchement à domicile
- La demande croissante des patientes

III : Pourquoi peut-on envisager en 2008 un accouchement démedicalisé ?

III 1 : laisser libre choix aux patientes

III 2 : la crainte de l'hôpital et de la surmedicalisation

III 2 1 : L'image de l'hôpital

III 2 2 : Le caractère impersonnel de la prise en charge

III 2 3 : Les césariennes

III 2 4 : Les épisiotomies

III 2 5 : Les maladies nosocomiales

III 3 : le coût

III 4 : la morbidité maternelle et infantile dans les autres pays européens

III 5 : Notre étude

III 5 1 : Méthodes et moyens

III 5 2 : Résultats

III 5 3 : interprétation des résultats

IV : Discussion

V : Bibliographie

VI : Références

Abréviations :

I. NIVEAUX de PREUVE SCIENTIFIQUE & GRADES des RECOMMANDATIONS (HAS)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 (NP1) <ul style="list-style-type: none">• Essais comparatifs randomisés de forte puissance.• Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés• Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie A
Niveau 2 (NP2) <ul style="list-style-type: none">• Essais comparatifs randomisés de faible puissance.• Études comparatives non randomisées bien menées• Études de cohorte	Présomption scientifique B
Niveau 3 (NP3) <ul style="list-style-type: none">• Études cas-témoins	Faible niveau de preuve C
Niveau 4 (NP4) <ul style="list-style-type: none">• Études comparatives comportant des biais importants• Études rétrospectives• Séries de cas	
<p>Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'ANAES.</p> <p>En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un ACCORD PROFESSIONNEL.</p>	

A.S.H : agent des services hospitaliers
A.V.B : accouchement par voie basse
B.P.M : battements par minute
C.C.A.M : classification commune des actes médicaux
C.H : centre hospitalier
C.H.U : centre hospitalier universitaire
C.C.L.I.N : centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
C.N.G.O.F : collège national des gynécologues et obstétriciens français
H.E.L.L.P : hemolysis elevated liver enzyme low platelets
H.T.A: hypertension artérielle
I.N.E.D : institut national des études démographiques
I.N.P.E.S : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
I.R.M : imagerie par résonance magnétique
P.M.I : Protection maternelle et infantile
R.C.F : rythme cardiaque fœtal.
S.A : semaine d'aménorrhée.
Les références internet sont notées en gras.

Introduction :

Dans notre société où règne le principe de précaution, tout doit être sous contrôle, peu de place est laissée à l'imprévu, aux événements naturels de la vie.

Tout doit être réglé, étalonné, étudié de manière statistique avant d'être approuvé par la communauté scientifique. Tous les actes de la médecine modernes sont régis par des protocoles d'examen et de soins réalisés à partir d'études randomisées.

Depuis le Moyen âge et surtout depuis le début du XX^{ème} siècle, les progrès de la médecine sont spectaculaires.

La haute technologie de la médecine actuelle est à l'origine de formidables progrès en avant dans la connaissance du vivant.

Elle permet aujourd'hui quotidiennement de dépister et de guérir des pathologies telles que la tuberculose qui paraissaient effroyables à nos grands-parents.

Dans les années 1950, les antibiotiques ont eu raison de nombreuses maladies infectieuses, la vaccination a fait reculer la poliomyélite et la tuberculose.

Aujourd'hui, l'endoscopie diagnostique et traite certains ulcères gastriques, on greffe des cœurs, et la coelioscopie amoindrit les séquelles post opératoires.

Et l'accouchement, comment a-t-il évolué ?

Dans les pays industrialisés, le décès d'une femme en couche est devenu exceptionnel. Les taux de mortalité maternelle (9 à 13/100000

naissances) et infantile (3,6/100 000 naissances en 2006) en France sont bas.

La médecine a amélioré le dépistage des anomalies foetales par l'échographie et l'amniocentèse, la prévention de la séroconversion toxoplasmique et rubéoleuse met le fœtus à l'abri de ces pathologies.

Le forceps et la césarienne permettent aux femmes de mettre leur enfant au monde quand un accouchement se complique.

La surveillance du R.C.F pendant le travail dépiste des signes de souffrance fœtale, une césarienne ou une extraction instrumentale devra alors être pratiquées.

Les techniques de réanimation néonatales permettent de sauver des enfants nés après 24 S.A.

Chaque accouchement hospitalier actuellement en France est très surveillé et très médicalisé.

Nos arrière-grands-mères ont toutes connues soit pour elles mêmes, soit pour une de leur parente, ou de leur voisine, un accouchement qui s'est mal passé, avec des séquelles importantes pour les mères et leur enfants.

Elles seraient heureuses de voir que pour leurs arrière-petites-filles, la grossesse et l'accouchement sont la plupart du temps vécu sans crainte et dans le bonheur.

Néanmoins, de nombreux accouchements, bien que réalisé sans la technologie actuelle, se déroulaient tout naturellement, de nombreux enfants naissaient sans aucune séquelle.

Aujourd'hui, au nom du principe de précaution, la quasi-totalité des accouchements, qu'il soit à fort ou bas risque obstétrical, se déroulent en milieu médicalisé avec des protocoles de surveillance et de soins très réglementés.

Cette technologie développée pour le bien être de l'homme ne doit pas faire oublier la singularité de tout être humain, les pratiques et les rituels autour de la naissance sont propres à chaque culture, le vécu et les désirs des patientes sont propres à chacune d'entre elle.

L'accouchement n'est pas une intervention médicale comme les autres, il revêt des aspects culturels, religieux, il a été espéré, rêvé et imaginé par certains parents.

Les protocoles de surveillance et de soins mis en place dans les maternités ont tendance à standardiser les accouchements, la particularité de chaque être humain n'est pas toujours prise en compte.

Il semblerait que certains couples, dont la grossesse a été physiologique, aimeraient retourner vers des accouchements plus naturels, plus personnels, démedicalisés, avec plus de sérénité, mais avec la sécurité que chacun peut espérer en 2008.

L'univers hospitalier médicalisé classique les oppresse, ils ne pensent pas y trouver le calme et le bien être qu'ils estiment indispensable à la naissance de leur enfant.

Nous définissons la démedicalisation par l'absence de médecin et d'acte médicaux invasifs lors de l'accouchement. La possibilité d'un accouchement démedicalisé sera réservée aux patientes sans antécédents, avec une grossesse physiologique, mono-choriale, mono-amniotique, présentation céphalique. Ces accouchements seront supervisés par des sages-femmes. La surveillance du rythme cardiaque fœtal se fera de manière discontinue, la patiente sera laissée libre de ses mouvements, les méthodes antalgiques ne seront pas invasives, on préférera des techniques posturales, des techniques de relaxation, des bains ou l'acupuncture à la classique péridurale, l'accouchement se fera par voie basse, sans extraction instrumentale et si possible sans épisiotomie.

Selon une étude française (1) réalisée dans 3 maternités, 52% des patientes pensent que des accouchements extra hospitaliers devraient être proposés aux patientes qui le souhaitent.

Nous aborderons les différentes possibilités d'accouchements démedicalisés proposés à travers différents pays industrialisés.

En France, ces accouchements peuvent se dérouler à l'hôpital, quelques services de gynécologie obstétrique commencent à proposer cette possibilité aux patientes qui le souhaitent. Les femmes pourront ainsi choisir de mettre au monde leur enfant dans des espaces physiologiques situés au sein des maternités, ou peut être dans l'avenir dans des maisons de naissance. L'accouchement à domicile planifié et encadré par une sage-femme libérale est la solution la moins médicalisée mais aussi la moins « médicalisable ». Le temps de transport entre le domicile de la patiente et le plateau technique

obstétrical d'une structure hospitalière devra être pris en compte. Un risque individuel maternel et fœtal existera toujours malgré tout.

Dans notre pays ces structures connaissent actuellement de nombreux freins à leur développement.

Les structures que nous venons d'évoquer présentent de nombreux avantages : respect du choix des patientes, diminution du nombre d'interventions médicales, coût plus faible pour les caisses d'assurance maladie, et ne sont pas moins sûres que l'hospitalisation classique pour les patientes à bas risque obstétrical comme le montre différentes études réalisés dans différents pays industrialisés.

Notre étude, réalisée en Limousin, qui porte sur des patientes qui ont accouché inopinément à domicile sans l'encadrement de professionnel qualifié représente la forme extrême de la démedicalisation de la naissance.

Ces patientes ont pris des risques considérables et nous ne pouvons soutenir cette pratique.

Ce travail est une réflexion sur les pratiques médicales actuelles autour de la naissance.

Une femme qui présente une grossesse physiologique doit elle être surveillée comme une grossesse à haut risque obstétrical ?

Devons nous appliquer les mêmes protocoles pour toutes les patientes ?

Quelque soit les structures vers lesquelles nous nous dirigerons, le choix des patientes devra rester primordial, certaines patientes préféreront l'hospitalisation classique, d'autres préféreront des accouchements démedicalisés, ces différentes solutions devront rester des alternatives les unes par rapport aux autres, rien ne devra être imposé.

Nous ne devons pas perdre de vue que chaque patiente est une personne à part entière avec son vécu et ses propres désirs, qu'elle ne rentre jamais exactement dans les cadres que nous nous étions fixés avant de la connaître.

La médecine doit rester une science humaine où les besoins de chaque patient doivent être pris en compte afin de leur proposer une prise en charge plus adaptée et plus personnalisée.

I : Pourquoi ne peut-on pas envisager en 2008 un accouchement démedicalisé ?

Les progrès de la médecine à travers les connaissances et les techniques développés tout au long des siècles passés, nous ont permis actuellement de connaître des taux de mortalité maternelle et infantile très bas.

Au cours du dernier siècle, les progrès de la médecine se sont tous déroulés dans un cadre hospitalier.

Pour réfléchir sur une démedicalisation de l'accouchement par voie basse, il nous faut revoir son histoire au fil des âges.

I 1 : Les pratiques d'accouchements à travers les âges

I 1 1 : Le Moyen Age

En 1256, la médecine devient une discipline universitaire dans quelques villes d'Italie septentrionale ainsi qu'à Paris et à Montpellier. La femme enceinte est de plus en plus prise en compte et devient un sujet d'étude pour les savants du Moyen âge.

Ainsi au XI^{ème} dans la première université non religieuse installée à Salerne, Trotula di Ruggerio (1) dite aussi Trotula de Salerne fait quelques recommandations.

Dans cette université, les femmes sont autorisées à suivre les cours auprès des hommes.

Trotula di Ruggerio y devient une des première enseignante en occupant la chaire de médecine, elle écrit un ouvrage intitulé « De mulierum passionibus ante et post partum ».

Il s'agit d'un traité de gynécologie obstétrique en 6 chapitres dans lequel tous les aspects de la féminité sont abordés y compris les aspects esthétiques et psychologiques.

Elle propose une médecine à base de plantes médicinales et d'onguent.

C'est un ouvrage assez audacieux quand on le replace dans le contexte historique, en effet elle envisage des accouchements moins douloureux, elle envisage également la stérilité masculine.

Trotula décède en 1097 dans des circonstances inconnues.

On la surnommerait la sage-femme professeur.

Ces écrits ont souvent été plagés.

Certains doutent même que Trotula ait été vraiment une femme.



Figure 1 : Trotula de Salerno

Les premiers signes médicaux de début de grossesse sont décrits : Arnaud de Villeneuve (1238-1311) médecin personnel du roi Père II de Catalogne et d'Aragon écrit en parlant de la femme enceinte : « ses mamelles commencent à grossir », on remarque des modifications des urines, un changement de teint du visage, des variations de l'appétit et de l'humeur.

Barthélémy l'Anglais (1190-1272) décrit dans son encyclopédie théologique : *De proprietatibus rerum* l'absence de règles comme le premier signe de grossesse : « si les menstrues ne coulent plus »

On s'intéresse également aux besoins de la femme enceinte tant au point de vue nutritionnel qu'au point de vue de l'exercice physique.

Ainsi Aldebrandin de Sienne au XIII^{ème} siècle, consacre un chapitre dans « le régime du corps » : un des premiers ouvrages de médecine écrit en Français, intitulé « Comment la femme doit se garder quand elle est enceinte ». Il y conseille une alimentation, pas trop salé, modeste et équilibré, de boire bon vin trempé dans un peu d'eau. Valescus de Tarente recommande pour sa part d'éviter les plats trop épicés comme les câpres, les olives non parvenues à maturité, les fèves, le sésame et la menthe sauvage. Il suggère « d'user de bonne nourriture » de boire du vin rouge, de gober des œufs frais, de manger des fruits mûrs comme les poires et les coings pour fortifier le ventre. On déconseille les efforts physiques importants, les chocs, les femmes enceintes sont ainsi autorisées à s'asseoir pendant la messe.

Pour la pratique de l'accouchement, Trotula propose des « promenades par petits pas autour de la maison » afin d'accélérer le travail, Arnaud de Villeneuve conseille « de monter et descendre les escaliers et de se coucher sur le ventre jambes ployés sur le nombril ». Pour accélérer la dilatation, Arnaud de Villeneuve propose des fumigations.

Trotula conseille de mettre de la poudre d'encens dans les narines de la parturiente afin qu'elle éternue et que cela déclenche les contractions.

Tous ces conseils ne parviennent que petit à petit dans les villes et les campagnes. Le taux de mortalité infantile et maternelle reste très élevé.

Parallèlement à ce début de prise de conscience de ces quelques grands savants, s'ouvrent dans les villes quelques structures pour accueillir les parturientes ainsi, au XIII^{ème} siècle, apparaît à l'hôtel dieu à Paris une salle spéciale où les femmes pauvres peuvent séjourner dès le 8^{ème} mois de grossesse jusqu'à leurs accouchement.

Au XIII^{ème} également, le seigneur de Montpellier fonde la première maternité de la ville.

Au XIV^{ème} siècle, les premières sages-femmes font leur entrée à l'hôtel Dieu.

Quelques femmes de la noblesse sont assistées par un médecin lors de l'accouchement mais, la majorité des femmes du peuple seront aidées par des matrones : des femmes âgées d'expérience qui reproduisent les gestes de manière empiriques. Leur pratique est souvent empreinte de magie et de superstitions.

Le poids de l'église est prépondérant dans la société du Moyen âge, Tous les enfants doivent être baptisés pour accéder à la paix éternelle. Ainsi, on pratique régulièrement des césariennes post mortem pour baptiser l'enfant par ondoisement.

Le taux de mortalité infantile et maternelle est très effrayant de l'ordre de 50 % selon certaines études mais les données chiffrées sont très difficiles à obtenir du fait de l'absence de registre.

En effet il faudra attendre François 1^{er} le 15 Août 1539 avec les ordonnances de Villers Cotterêts où on demande aux curés des paroisses de tenir des registres de naissance, mariages et décès.

Ces registres seront l'ancêtre de notre état civil.

I 1 2 : Le XVIII^{ème} siècle et l'esprit des Lumières

Au XVIII^{ème} siècle, le pouvoir commence à jeter un regard nouveau sur la population. En effet, un état qui voit croître sa population peut renforcer son assise au niveau européen.

Le très fort taux de mortalité maternelle que l'on constatait alors n'était donc plus tolérable aux yeux du pouvoir.

Le risque humain qui planait sur chaque femme enceinte était effrayant, deux personnes : la mère et l'enfant risquaient de mourir lors de chaque accouchement.

Ainsi, dans les villes on voit apparaître vers 1730 les premiers corps de chirurgiens accoucheurs.

Dans les campagnes par contre continuent d'exercer des accoucheuses de manière empirique en reproduisant les gestes qu'elles ont vues réaliser auparavant.

En 1759, le roi demande à Madame de Coudray, accoucheuse auprès de la cour d'aller enseigner son savoir dans les campagnes afin d'y faire décroître la mortalité infantile et maternelle.

Angélique - Marguerite le Boursier du Coudray (1712-1791) (2) publie donc en 1759 une livre abrégé de l'art des accouchements illustré de gravures.

Elle conçoit une machine pour enseigner les accouchements à travers les campagnes.

Cette machine visible au musée Flaubert de l'histoire de la médecine de Rouen représente un périnée d'une femme enceinte avec tous les organes gynécologiques ainsi qu'un fœtus avec sa matrice.

Il existe également une version pour les grossesses gémellaires.

Cette machine permet d'enseigner aux femmes l'anatomie féminine et de s'exercer aux différents gestes de la naissance.

Encore aujourd'hui les élèves sages-femmes apprennent les gestes de l'accouchement sur un mannequin dérivé de celui inventé par Madame de Coudray.

Pendant 23 ans, de 1760 à 1783, elle sillonne les campagnes françaises pour former des sages-femmes. Les cycles de formation durent deux mois.

On estime que tout au long de sa vie, Madame de Coudray aurait formé environ 5000 sages-femmes et instruit de nombreux médecins et chirurgiens.

Durant ce tour de France, on note une nette régression de la mortalité infantile de la mortalité maternelle.



Figure 2 : Madame de Coudray



Figure 3 : La machine d'enseignement des accouchements réalisée par Madame de Coudray

I 1 3 : La révolution française et le XIX^{ème} siècle

Dans les cahiers de doléances de 1789, les femmes se plaignent de la misère et de l'ignorance.

Elles revendiquent le droit à l'instruction primaire, la protection pour les femmes abandonnées et les filles mères, le droit à la santé et à des sages-femmes expérimentées.

Les demandes des femmes seront en partie entendues dans cette France très pauvre où on compte au début du XIX^{ème} siècle à Paris un enfant trouvé pour 158 habitants et un enfant naturel pour 3 naissances.

Dans ce contexte, les députés de la convention signent le 27/06/1793 la première loi sur la protection de l'enfance, cette loi protège également les mères qui souhaitent abandonner leur enfant :

« Il sera pourvu par la nation aux frais de gésine de la mère et à tous ces besoins pendant la durée de ses couches. Le secret le plus inviolable sera conservé sur tout ce qui la concerne. »

La loi du 27 Novembre 1795 assure la protection des enfants abandonnés, ils seront accueillis dans les hospices civils de la république.

Ils restent 72H dans ces hospices, beaucoup y décèdent de maladie contagieuse comme la scarlatine, la tuberculose, la rougeole ou la diphtérie.

Jusqu'à leur 12ème anniversaire, ils sont alors confiés à des nourrices où ils sont là aussi plus ou moins bien traités, le taux de mortalité de ces enfants est très important.

Le 9 Janvier 1811, tous les enfants privés de famille jusqu'à leur 12^{ème} anniversaire deviennent pupille de l'état.

Ce même décret officialise les tours : petits tourniquets où les parents déposaient les enfants abandonnés tout en gardant l'anonymat.

En 1803, Napoléon réforme les professions de santé, la loi institue une formation de 6 mois pour les sages-femmes en milieu hospitalier. Très vite la durée des études passera à deux ans.

En 1806, la première chaire d'obstétrique est créée, elle sera occupée par Beudelocque qui sera chargé de l'enseignement des sages-femmes et des médecins.

En Hongrie, Ignace Philippe Semmelweis comprend la transmission manu portée de la fièvre puerpérale, grâce au lavage des mains avant d'examiner chaque patiente, le taux de mortalité maternelle passe de 12 à 2,4% dans la maternité où travaille Semmelweis.

Le nettoyage des instruments de chirurgie fera passer ce taux à 1%.

Ces travaux seront peu suivis d'effets à travers l'Europe, les microbes ne sont pas encore découverts, les médecins ne peuvent admettre qu'ils sont eux-mêmes les vecteurs de la fièvre puerpérale.

Les travaux de Pasteur quelques années plus tard viendront confirmer ces hypothèses, les mesures d'hygiène se répandront progressivement dans les structures sanitaires.

En Mai 1882, a lieu le premier concours de recrutement d'accoucheurs des hôpitaux responsables des services d'accouchement, quatre médecins sont reçus.

I 1 4 : La première partie du XX^{ème} siècle :

L'essor de l'industrie engendrée par la révolution industrielle conduit de plus en plus de femmes au travail.

Sous l'impulsion de courants féministes, le XX^{ème} siècle sera jalonné de lois en faveur de la protection des femmes enceintes.

Le 24/11/1909, la loi Engerand institue un congé maternité de huit semaines sans rupture du contrat de travail, mais non rémunéré.

La patiente reprend son activité professionnelle au terme de son congé.

En 1910, les institutrices obtiennent la rémunération d'un congé maternité d'une durée de deux mois : un mois avant l'accouchement, un mois après l'accouchement.

En 1913, la loi Strauss met en place de faibles indemnités journalières pendant le congé maternité.

Après l'hécatombe de la première guerre mondiale, l'état veut repeupler la France et tente de mettre en place une politique nataliste.

La loi du 03/07/1920 réprime fortement « la provocation à l'avortement et la propagande anti-conceptionnelle ».

Le médecin qui informe sa patiente au sujet de pratiques contraceptives ou abortives est passible de prison.

En 1923, l'avortement est passible de la cour d'assise.

En 1920, est créé le ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale ainsi que le conseil supérieur de la natalité.

En 1928, le congé maternité passe à 12 semaines, il est rémunéré pour les fonctionnaires.

Le 5 Avril 1930, est votée la loi sur les assurances sociales qui couvrent plusieurs risques dont la maternité dans son article 9.

Le remboursement des fournitures pharmaceutiques, les honoraires de la sage-femme ou du médecin qui effectue l'accouchement ainsi que le paiement partiel des frais de séjour à la maternité sont pris en charge de manière forfaitaire pendant la grossesse et les six mois qui suivent l'accouchement.

En 1938, est votée une allocation de la mère au foyer.

A partir de 1920, le nombre d'accouchement hospitalier augmente, à Paris entre 1920 et 1939, le taux est doublé.

Dans les campagnes, jusqu'en 1950, un accouchement sur deux aura lieu à domicile.

I 1 4 : Le baby boom :

On assiste en France au sortir de la seconde guerre mondiale, à une période de croissance économique exceptionnelle, c'est les trente glorieuses.

Rassurés par le plein emploi, l'essor de la protection sociale, les français se marient et fondent des familles.

Le taux de natalité est très élevé, c'est le baby boom qui durera des années 1945-47 aux années 1964, ainsi le taux de natalité montera à 2,6 enfants par femme.

L'état de l'après guerre prend des mesures en faveur de la protection de la santé et des enfants : le 4/10/1945 est créée par ordonnance le système de sécurité sociale et le 2/11/1945 les services de protection maternelle et infantile (P.M.I).

Des années 1950 aux années 1970, l'accouchement hospitalier se généralise peu à peu dans les villes et les campagnes.

Au début des années 50, à la maternité des Bleuets, Fernand Lamaze médecin obstétricien (3), de retour d'URSS développe une méthode d'accouchement sans douleur appelée également accouchement psychoprophylactique.

Il utilise des techniques de relaxation, des exercices de respiration, il donne des notions d'anatomie féminines aux parturientes, ces techniques seront enseignées aux femmes lors de séances de préparation à l'accouchement, ancêtre des cours de préparation à l'accouchement connues actuellement.

Les souffrances des femmes en couche sont de plus en plus reconnues.

Des médecins et des sages-femmes de toute la France viennent se former à la maternité des Bleuets pour apprendre cette nouvelle technique et la diffuser ensuite dans leur établissement.

Le pape Pie VII, le 08/01/1956 prend position en faveur de l'accouchement sans douleur.

I 2 5 : Des années 1970 à nos jours :

L'entrée massive des femmes dans le monde du travail, l'aspiration des femmes à une vie professionnelle, la nécessité d'un double revenu pour assurer les dépenses familiales, les difficultés de conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle sont des facteurs de baisse de la fécondité.

La physionomie de la France change, les jeunes désertent les campagnes, c'est l'exode rural.

La loi Neuwirth en 1967 qui autorise la contraception permet maintenant aux femmes de choisir le nombre d'enfants qu'elle désire au moment où elle le souhaite.

En 1970, la loi institue l'indemnisation du congé maternité à 90% du salaire brut.

Dans les années 1970, la très grande majorité des accouchements se déroulent à l'hôpital.

En 1980, la péridurale entre à l'hôpital et augmente le panel des méthodes antalgiques proposées aux femmes lors de leur accouchement.

Le 3/10/2008, la Commission européenne a proposé de modifier la législation européenne sur le congé de maternité afin de le porter de 14 minimum à 18 semaines.

En France, ce congé est actuellement de 16 semaines.

Si ce projet aboutit, il ne sera pas applicable avant 2011.

Parallèlement à cette généralisation de l'hospitalisation des accouchements, on assiste au cours de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle à un recul très net de la mortalité infantile et maternelle.

Cette amélioration est due aux progrès de l'asepsie, à la diffusion des vaccinations, à la lutte contre les maladies infectieuses, aux progrès de la réanimation maternelle et néonatale, au meilleur suivi des grossesses.

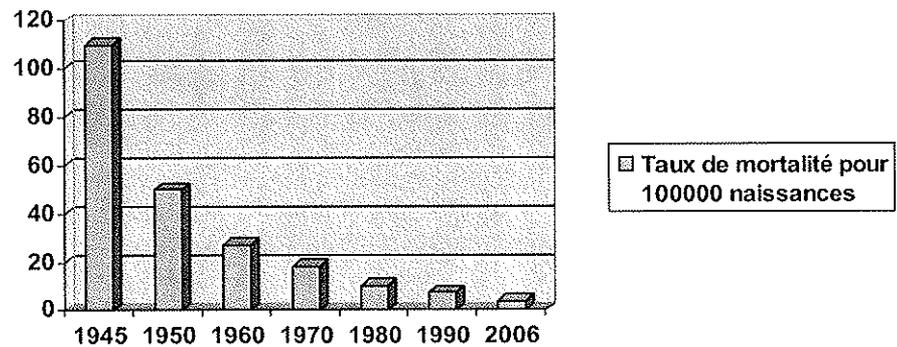


Figure 3: Evolution du taux de mortalité infantile des 50 dernières années

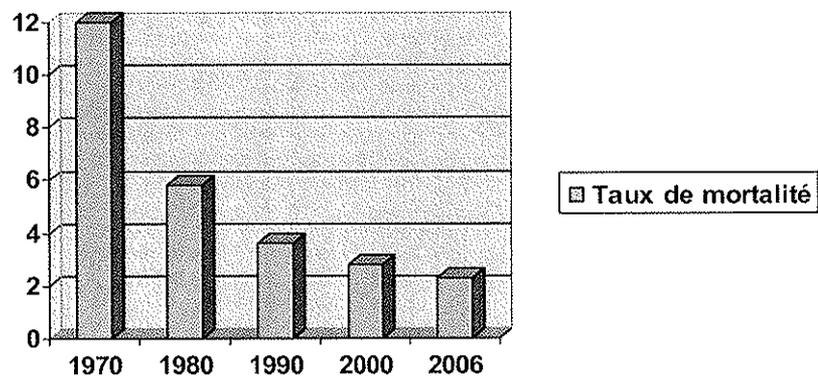


Figure 4 : Taux de mortalité néonatale : rapport du nombre d'enfant décédés avant 28J pour 1000 enfants nés dans la même année.

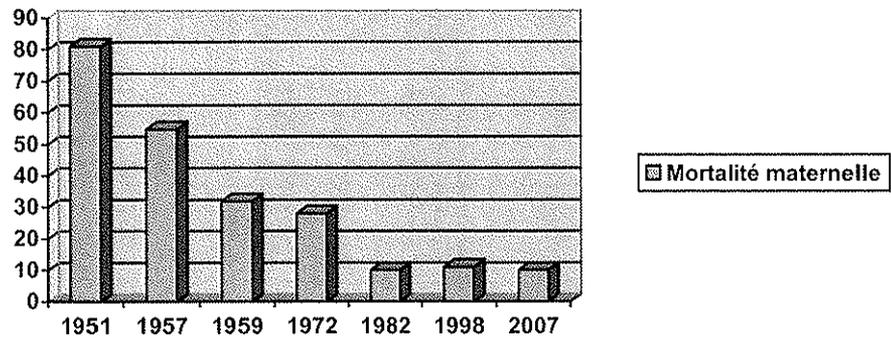


Figure 5 : Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes.

Nous voyons donc que la généralisation de la médicalisation et donc de l'hospitalisation des accouchements a permis un très net recul du taux de mortalité maternelle et infantile.

A l'heure actuelle, un décès d'une mère en couche ou d'un enfant avant sa première année est devenu exceptionnel.

Cependant les complications obstétricales peuvent être imprévisibles et le risque zéro n'existera jamais.

Nous allons maintenant aborder les différentes actions de prévention et les différentes thérapeutiques qui sont mises en œuvre actuellement afin de diminuer le risque obstétrical.

I 2 : La morbidité maternelle et infantile lors des différentes phases de la gestation et de l'accouchement.

I 2 1 : Pendant la grossesse :

Pendant la grossesse, différentes pathologies peuvent survenir qui peuvent mettre en danger la santé de la mère et du fœtus.

Depuis 1992, 7 consultations prénatales sont obligatoires, au cours de celles-ci, différentes actions de prévention sont entreprises : surveillance tensionnelle, dépistage de diabète gestationnel, prévention des maladies infectieuses, prévention de l'allo immunisation, prévention contre les toxiques : alcool tabac drogues, prise en charge des hémorragies, dépistage des anomalies chromosomiques.

Le suivi obstétrical est assuré par la surveillance de la longueur cervicale et de sa consistance.

3 échographies obstétricales seront réalisées à 12, 22 et 32 S.A afin d'évaluer le nombre de fœtus, leur position ainsi que d'éventuelles malformations fœtales.

Pathologies infectieuses :

Des problèmes infectieux peuvent survenir, une séroconversion toxoplasmique ou rubéoleuse, la syphilis, la listériose, le H.I.V, l'hépatite b ainsi que le portage du streptocoque du groupe B peuvent nuire gravement au développement du fœtus.

Nous recommandons à toutes les femmes pendant la période préconceptionnelle de s'informer de leur statut immunologique vis-à-vis de la rubéole.

En période préconceptionnelle, les patientes séronégatives pourront ainsi être vaccinées contre la rubéole.

En effet la rubéole est gravissime pour le nourrisson avec un risque de malformation du système nerveux central, des yeux, des oreilles ainsi que des malformations cardiaques.

61 femmes en France en 2001 ont développé une rubéole durant leur grossesse, le risque d'atteinte fœtale est de l'ordre de 80 à 100% durant le premier trimestre de gestation.

Des conseils hygiéno-diététiques adaptés seront délivrés aux patientes séronégatives vis-à-vis du toxoplasme, un contrôle mensuel de leur sérologie sera réalisé au cours de la grossesse.

En cas de séroconversion toxoplasmique durant la grossesse, un traitement antibiotique adapté sera délivré à la patiente ainsi qu'à l'enfant lors de la naissance.

De fait, la toxoplasmose peut être responsable chez le fœtus de malformations cérébrales, oculaires et plus rarement hépatiques.

Le dépistage d'une syphilis maternelle est recommandé en début de grossesse, un traitement antibiotique bien conduit avant la 18^{ème} S.A évite l'atteinte fœtale.

Une syphilis congénitale contractée après le 4^{ème} mois de grossesse peut se manifester par des lésions poly viscérales : pemphigus palmoplantaire et syphilides, hépatomégalie, atteinte méningée et lésions osseuses.

La recherche du virus de l'immunodéficience humaine est fortement recommandée en début de grossesse, en effet un traitement anti-rétroviral est proposé aux mères séropositives, ce traitement décroît très fortement la transmission du virus au fœtus, la transmission materno fœtale est de l'ordre de 1% actuellement sous trithérapie. Un accouchement par césarienne est le plus souvent proposé afin de limiter le risque de transmission verticale lors de l'accouchement.

La sérologie de l'hépatite B réalisée au 6^{ème} mois de grossesse permet de diagnostiquer les patientes atteintes. En cas de sérologie positive, le nouveau né bénéficiera d'injection d'immunoglobulines avant ses 12 premières heures de vie et débutera le schéma vaccinal dans les 48 premières heures.

Pour les patientes à fort risque de contamination, la vaccination peut être proposée pendant la grossesse.

L'hépatite B peut être responsable de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire.

Le traitement des listérioses durant la grossesse par antibiothérapie ainsi que les mesures hygiéno-diététiques préventives permettent d'éviter la transmission au fœtus.

Listéria monocytogènes est la troisième cause de méningite néonatale.

La recherche du portage du streptocoque agalactiae ou streptocoque du groupe B est recommandé idéalement en 34 et 38 S.A. La contamination de la mère engendre des infections chez le nouveau-né de plus de 2500g (streptococcus agalactiae est la deuxième cause de méningite néonatale), des chorio amniotites et des endométrites du post-partum.

En cas de recherche positive, un traitement antibiotique per-partum sera délivré à la patiente.

Pathologies immunologiques :

Des problèmes immunologiques peuvent également survenir : l'allo immunisation foeto-maternelle et le diabète gestationnel.

Les patientes de groupe rhésus négatif risquent l'allo immunisation si le fœtus est de groupe rhésus positif.

La recherche du groupe sanguin maternel en début de grossesse permet de détecter les femmes aux rhésus négatif et de leur injecter 300 microgrammes d'immunoglobuline anti d à 28 S.A à titre préventif ainsi que lors de toute situation à risque d'allo immunisation : amniocentèse...

La survenue d'une incompatibilité foeto-maternelle dans les autres systèmes est détectée par la recherche des agglutinines irrégulières en début de grossesse chez toutes les patientes, puis au 6^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} mois chez les patientes rhésus négatif et chez les patientes rhésus positifs aux antécédents de transfusion.

Un tiers des femmes rhésus D négatif donnent naissance à des enfants eux-mêmes rhésus D négatif.

Il existe actuellement des techniques de génotypage du sang fœtal à partir du sang maternel avec une excellente sensibilité après la 15^{ème} S.A.

Cette technique n'est actuellement pas standardisée, il n'existe pas de kits commerciaux en dehors de centres hyper spécialisés, ce test n'est actuellement pas remboursé.

Le C.N.G.O.F estime urgent que le génotypage Rhésus D fœtal soit inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale.

En effet, les immunoglobulines commercialisées actuellement sont d'origine humaine, des traitements sont appliqués pour éliminer d'éventuels virus.

Les donneurs sont très sélectionnés

On a déjà assisté à de très rares réactions allergiques ou d'hypersensibilité.

On ne peut écarter formellement le risque de transmission d'agents infectieux non encore répertoriés.

Des travaux sur des immunoglobulines monoclonales anti-D sont en cours.

La survenue d'un diabète gestationnel est recherchée chez toutes les patientes par le test de O'Sullivan entre 24 et 28 S.A, et dès la première consultation chez les patientes présentant un facteur de risque, si le résultat est positif et confirmé par l'hyperglycémie provoquée orale, un traitement par règles hygiéno-diététiques alimentaires dans un premier temps et insulinothérapie dans un deuxième temps sont envisagés.

L'hypertension artérielle et la protéinurie doivent être dépistées, elles sont des facteurs de risque de pré éclampsie, une surveillance médicale rapprochée, la mise au repos de la patiente, et un traitement anti-hypertenseur sont alors instaurés afin d'éviter des complications materno-fœtales graves.

Toxiques :

L'intoxication tabagique est un facteur de risque de prématurité, de rupture prématurée des membranes, de retard de croissance intra-utérin, de décollement placentaire, et de mort subite du nourrisson.

L'intoxication alcoolique est responsable du syndrome d'alcoolisme fœtal (1 à 3 /1000 naissances) (2) qui se caractérise par une dysmorphie faciale, un retard mental, des anomalies articulaires, des troubles auditifs, un retard de croissance, des troubles du comportement, des anomalies cardiaques et par des troubles du langage.

L'intoxication alcoolique et tabagique est prévenue par des conseils hygiéno-diététiques donnés lors des consultations prénatales.

Une substitution nicotinique peut être envisagée chez la femme enceinte.

Hémorragies :

La survenue d'une hémorragie au cours du premier trimestre doit faire rechercher en premier lieu des causes graves qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital maternel tels que la grossesse extra utérine, la môle hydatiforme ou la fausse couche hémorragique qui nécessiteront des traitements chirurgicaux.

La survenue d'une hémorragie au troisième trimestre doit faire craindre une malposition placentaire : placenta praévia (1/200 à 1/250 naissances) (2), ou un hématome rétro placentaire (0,8% des grossesses) (2).

Le placenta praevia est confirmé par échographie, la patiente est mise au repos si l'hémorragie n'est pas trop abondante, l'accouchement se fera par césarienne.

En ce qui concerne l'hématome rétro-placentaire, une extraction fœtale en urgence par césarienne doit être pratiquée.

Dépistage des anomalies chromosomiques :

Entre la 14^{ème} et la 18^{ème} S.A est proposé aux femmes enceintes un dosage de l'alpha foetoprotéine (α FP), de l'hormone chorionique gonadotrope (β H.C.G) et de l'oestradiol qui vise à déterminer le risque de trisomie 21 du fœtus.

Ce risque est estimé par un rapport.

Si ce rapport est supérieur à 1/250, des tests supplémentaires sont alors proposés : détermination du caryotype fœtal par amniocentèse.

L'amniocentèse est également proposée à toutes les femmes enceintes âgées de plus de 38 ans.

Si le caryotype est anormal, la patiente pourra envisager de poursuivre sa grossesse ou d'y mettre fin par le biais d'une interruption médicale de grossesse.

I 2 b : Pendant l'accouchement :

L'accouchement comprend trois étapes successives :

- l'effacement et la dilatation du col
- l'accouchement proprement dit
- la délivrance

Le travail :

Pendant le travail, peuvent survenir des accidents hémorragiques par malpositions placentaires (placenta praevia), par hémorragie de Benkizer, qui nécessitent une extraction fœtale rapide, ou par rupture utérine qui est gravissime et qui nécessite une prise en charge chirurgicale rapide.

La stagnation de la dilatation peut engendrer des souffrances fœtales. En présence de signes de souffrance fœtale, une césarienne sera décidée.

Le principal risque couru par le fœtus est l'hypoxie qui entraîne une acidose métabolique, et altère le métabolisme cellulaire.

Le bien être fœtal est ainsi mesuré par différentes méthodes :

- Surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) :

Le rythme cardiaque fœtal est une bonne méthode de dépistage de l'asphyxie fœtale pendant l'accouchement car sa sensibilité est très bonne, l'existence d'un rythme cardiaque normal permet d'affirmer le bien être fœtal avec une excellente valeur prédictive négative (grade B) (3).

Le rythme cardiaque fœtal normal est défini par :

Un rythme de base compris entre 110 et 160 bpm.

Une variabilité comprise entre 6 et 25 bpm.

Une réactivité avec la présence d'accélération.

L'absence de ralentissement.

L'absence d'accélération pendant l'accouchement est tolérée.

On détermine ainsi des anomalies à faible ou haut risque d'acidose.

Des anomalies à bas risque d'acidose nécessitent une surveillance cardiotocographique continue (grade C) (3).

Des anomalies à risque d'acidose nécessitent des méthodes de surveillance de deuxième ligne.

Des anomalies à risque important d'acidose nécessitent une extraction fœtale rapide, des examens de seconde ligne de mesure du bien être fœtal peuvent être envisagés s'ils ne retardent pas l'extraction fœtale (3).

Des anomalies à risque majeur d'acidose nécessitent une extraction fœtale d'urgence sans recours aux techniques de deuxième ligne.

L'amnioscopie, le test de stimulation acoustique, l'évaluation systématique échographique de l'abondance du liquide amniotique ou la réalisation d'un score biophysique de bien être fœtal n'ont pas fait la preuve de leur utilité en début de travail.

Les gaz du sang au cordon ombilical réalisés rétrospectivement sont recommandés en cas d'anomalie du R.C.F (accord professionnel) (3).

-Le pH :

La mesure du pH au scalp reste la méthode de référence de seconde ligne de mesure de l'hypoxie fœtale per partum (accord professionnel).

La mesure du taux de lactates et l'oxymétrie fœtale ont une valeur diagnostique comparable à celles du pH sur l'asphyxie per-partum (3).

Pour 0,5 % des naissances à terme, on observe un pH inférieur à 7 (3). Les nouveaux-nés, qui ont souffert d'asphyxie, mais qui n'ont pas présenté d'encéphalopathie ou une encéphalopathie mineure se développeront comme les autres enfants.

Les nouveaux-nés présentant une encéphalopathie post anoxique plus importante nécessiteront une évaluation clinique rigoureuse, un electroencephalogramme ainsi qu'I.R.M afin de définir les lésions cérébrales, une infirmité motrice cérébrale ainsi qu'une surdité ont été largement décrites.

L'accouchement proprement dit:

Schématiquement certaines difficultés sont le fait du fœtus : des malpositions fœtales peuvent entraîner quelques complications en pré partum comme la présentation du siège qui nécessite aujourd'hui une césarienne programmée ou des complication pendant l'accouchement comme la dystocie des épaules qui peut entraîner des complications néonatales : fracture de clavicule ou une lésion du plexus brachial.

Des anomalies funiculaires peuvent survenir, ainsi la procidence du cordon touche 1/300 à 1/600 naissances (2), sa prise en charge se fait par césarienne.

Lors de l'accouchement, l'enfant peut inhaler du liquide amniotique et présenter une détresse respiratoire qui devra être prise en charge dès la naissance par une équipe pédiatrique expérimentée.

L'accouchement est également un moment à risque de transmission de certaines infections materno-fœtales, herpes, streptocoque B , H.I.V...

Des complications de l'accouchement peuvent également survenir chez la mère :

Il s'agit en particulier de lésions périnéales : lésions vulvo-vaginale, cervicale, et utérine supra-cervicale.

Ces lésions seront traitées par des reconstructions chirurgicales appropriées.

La délivrance :

La principale pathologie redoutée est l'hémorragie de la délivrance.

Elle correspond à une perte sanguine supérieure à un litre de sang, L'incidence de survenue est de 1 à 5 % des naissances (2).

Elle peut être due à une atonie utérine, à une rétention placentaire ou à une anomalie d'insertion placentaire (placenta accreta et percreta).

Sa prise en charge rapide par révision utérine, augmentation de la contraction utérine et compensation des pertes sanguines est indispensable.

L'hémorragie de la délivrance reste la première cause de mortalité maternelle évitable.

L'inversion utérine survient lors de 1 sur 10 000 à 20 000 accouchements (2).

Une réduction manuelle ou une intervention chirurgicale en cas d'échec doit être pratiquée.

I 2 c : Le post-partum

Depuis l'apparition des maternités, les fièvres puerpérales dues aux streptocoques ont tuées bien des patientes.

En 1856, Tarnier écrivait « il y eut à la Maternité de Paris où j'étais interne 2227 accouchements et 132 femmes succombèrent : 1/17 » (4). Aujourd'hui grâce à l'amélioration des conditions d'hygiène, et au traitement antibiotiques, le taux de fièvre puerpérale a nettement décliné : 0,06 cas pour 100 000 naissances aux Etats-Unis entre 1995 et 2000 (6).

L'anémie est un problème fréquemment rencontré, une supplémentation en fer est alors proposée aux patientes, ce traitement est suffisant dans la plupart des cas.

Pour les cas plus importants, des substitutions au veinofer, EPO voire des transfusions pourront être envisagées.

Nous voyons donc que la plupart de ces pathologies peuvent être prévenues ou prises en charge par un suivi bien conduit de la grossesse ainsi que par une prise en charge obstétricale correcte lors de l'accouchement.

Cette médicalisation de l'accouchement explique les taux relativement faibles de mortalité maternelle et néonatale actuellement observés en France.

Le taux de mortalité est ainsi passé de 19,2 en 1950 à 8,9/1000 en 2005 (5).

L'indicateur conjoncturel de fécondité était en 2007 en France de 2 enfants par femme (5), à l'heure de la contraception et de l'aide médicale à la procréation, la majorité des couples choisissent de concevoir un enfant.

Ils ont un réel désir d'enfant.

Pour ces couples, chaque grossesse devient précieuse, ils désirent le mieux pour leur enfant, ils attendent un maximum de sécurité lors de la venue au monde de leur enfant, pour le nouveau-né comme pour sa maman.

Les mères qui souhaitent ne pas souffrir pendant leur accouchement préfèrent l'hôpital pour bénéficier de la péridurale, en 2003, 6 patientes sur 10 optaient pour cette solution (6).

C'est pourquoi actuellement, la majorité des couples préfèrent se tourner, lors de l'accouchement, vers des structures médicalisées qui les rassurent.

Il existait ainsi en France au 1^{er} Janvier 2008, 584 maternités divisées en trois catégories :

- maternité de niveau 1 où ne sont réalisées que les accouchements sans complications
- maternité de niveau 2 qui possèdent un service de néonatalogie sans service de réanimation, c'est le cas du C.H de Guéret choisi pour notre étude.
- maternité de niveau 3 qui possèdent un service de néonatalogie et un service de réanimation néonatale, c'est le cas du C.H.U de Limoges choisi pour notre étude.

Les femmes accouchant à domicile sans l'aide d'une sage-femme libérale sont prises en charge avec leur bébé dans les maternités les plus proches de leur domicile et correspondant au niveau de soins appropriés.

Cependant, cet univers hyper médicalisé ne convient pas à tous les couples.

Certains souhaitent une approche plus naturelle de la naissance, tout en restant dans un cadre réglementé et sécurisé.

Des structures alternatives répondant aux désirs de ces familles permettraient également de désengorger certaines maternités.

Quelques structures commencent à poindre dans cet univers très médicalisé.

II : Les structures actuelles permettant un accouchement plus physiologique :

Nous ne nous intéresserons qu'aux structures développées dans les pays industrialisés, en effet dans les pays en voie de développement, les priorités actuelles sont tout autres.

Les taux de mortalité infantile et maternelle y sont très élevés.

La priorité pour ces pays est de former et de déployer des professionnels qualifiés sur tout leur territoire.

II 1 : En Europe :

II 1 1 : Les pays –bas :

Aux Pays Bas les grossesses sont classées en trois catégories selon le risque de survenue de pathologie.

Les médecins et les sages-femmes utilisent une échelle aux critères stricts appelée V.L.I :Verloskundige Indicatie Lijst : la sage-femme indication liste (7) qui comporte trois niveaux :

Niveau A : il s'agit des femmes dont les grossesses ont été physiologiques : ces femmes peuvent si elles le souhaitent accoucher à domicile à condition que celui-ci soit situé à moins de 20 Km d'un hôpital.

Elles seront alors assisté d'une sage-femme ou d'un médecin généraliste.

Elles peuvent également accoucher dans des structures hospitalières appelées polycliniques, elles sont obligées de faire ce choix si leur domicile est trop loin de l'hôpital.

Elles sortent des polycliniques dans les 24h qui suivent leur accouchement pour regagner leur domicile.

A domicile, elles reçoivent alors la visite de sage femme toutes les 48 h pendant 10 jours.

Une aide maternelle vient trois à huit heures par jour pendant une dizaine de jours. Elle conseille et aide la maman pour l'allaitement et les soins du nouveau-né, elle aide également aux tâches ménagères. Le salaire versé à l'aide ménagère est pris en charge par la sécurité sociale.

Niveau B : si la patiente présente des antécédents ou des signes cliniques référencés dans le stade B de la V.L.I, la sage femme doit demander un avis de deuxième échelon auprès d'un gynécologue.

Au terme de cette consultation, la patiente sera soit suivie par le gynécologue soit par la sage-femme.

Le gynécologue décidera également du lieu d'accouchement :

Soit à l'hôpital, soit dans le système domicile/polyclinique.

Niveau C : ce niveau regroupe les patientes qui présentent des antécédents et ou des signes cliniques qui sont à risque de grossesse et ou d'accouchement pathologique.

Le suivi de ces grossesses est réalisé par un gynécologue et l'accouchement a lieu à l'hôpital.

Au total, aux pays bas, environ 30 % des femmes accouchent à domicile, 20% en polyclinique, et 50% à l'hôpital.

II 1 2 : En Belgique :

En Belgique, tout comme en France la plupart des accouchements se déroulent au sein de structures hospitalières.

Toutefois, il existe quelques alternatives pour les patientes qui le désirent.

Les maisons de naissance :

Ce sont de petits établissements tenus par des sages-femmes indépendant des maternités mais qui en sont proches géographiquement.

Seules les femmes sans antécédent et dont la grossesse s'est déroulée physiologiquement peuvent faire ce choix.

Dans ces maisons, sont assurés le suivi de la grossesse ainsi que l'accouchement.

Les femmes peuvent séjourner 24h après leur accouchement dans ces maisons.

Les patientes sont transférées vers des structures hospitalières en cas de nécessité.

Le reste du suivi post-partum se fait à domicile.

Les soins sont pris en charge par le système de sécurité sociale, les frais d'hôtellerie et d'hébergement sont à la charge des familles.

Il existe actuellement en Belgique 7 maisons de naissance.

Accouchement à domicile :

L'accouchement à domicile est également possible pour les femmes sans antécédents et dont la grossesse est physiologique, elle est accompagnée d'une sage-femme libérale.

La patiente devra cependant consulter un médecin en début et en fin de grossesse.

Elle consultera également une sage-femme libérale durant toute sa grossesse.

La patiente devra choisir un médecin et un hôpital en cas de complications éventuelles.

La sage-femme rend visite à la patiente tous les jours suivant son accouchement.

Ces visites sont prises en charge par la sécurité sociale hors déplacement.

Le bébé doit être examiné par un médecin dans sa première semaine de vie.

En Belgique, 1 % des femmes accouchent à domicile.

Quelques maternités permettent maintenant aux sages-femmes libérales de réaliser, au sein de leurs locaux, l'accouchement des patientes qu'elles ont suivies durant leurs grossesses.

II 1 3 : En Suisse :

L'accouchement ambulatoire :

Les femmes sont prises en charge au sein de structures hospitalières au moment de l'accouchement d'où elles ressortent dans les 24 heures suivant leurs accouchement.

Elles sont par la suite prises en charge à domicile par des sages-femmes qui leurs rendent visite une à deux fois par jour les premiers jours puis la fréquence des visites varient en fonction des besoins de la patiente.

Ces soins sont pris en charge par les caisses maladies jusqu'à 10 jours après l'accouchement et plus sur présentation d'un certificat médical.

Accouchement à domicile :

Une sage femme accompagne la patiente durant toute sa grossesse au rythme d'une consultation par mois.

La patiente bénéficie d'une consultation médicale auprès d'un gynécologue avant la seizième semaine de grossesse.

La sage-femme réalise l'accouchement à domicile.

La surveillance des suites de couches et l'accompagnement de la maman et du nouveau-né sont réalisés de la même façon que pour l'accouchement ambulatoire.

Un pédiatre viendra examiner l'enfant dans les 24 premières heures de vie

Ce type d'accouchement est réservé aux patientes dont la grossesse est physiologique.

Les maisons de naissance :

En suisse, il existe actuellement 18 maisons de naissances.

Le fonctionnement de ces maisons n'est pas pris en charge par les caisses maladies.

Environ 1400 femmes par an sont prises en charges dans ces maisons et 1000 y accouchent soit 1.5 % des naissances par an en Suisse.

II 2 : Au Québec :

Tout comme en France, la très grande majorité (environ 98%) des femmes accouchent en milieu hospitalier.

Il existe cependant quelques alternatives pour celles qui le souhaitent.

Au Québec, il n'existe que 85 sages-femmes contre 60 000 en France.

Elles sont salariées de l'état, il n'existe pas de sage-femme libérale à proprement parler.

Les couples se dirigent soit vers un hôpital, soit vers une sage-femme.

S'ils choisissent de se diriger vers une sage-femme, celle-ci leur proposera trois alternatives :

- soit l'accouchement se déroulera à domicile
- soit l'accouchement se déroulera à l'hôpital mais dirigé par une sage- femme.
- soit l'accouchement se déroulera en maison de naissance.

Si au cours de l'accouchement, un problème survient, le couple est alors redirigé vers une maternité d'accueil préalablement choisie.

Maisons de naissance :

Il existe actuellement dix maisons de naissance et dix nouvelles devraient voir le jour dans les dix années à venir.

II 3 : Les modalités d'accouchement démedicalisés en France en 2008.

II 3 1 : Les maisons de naissances :

Les maisons de naissance sont déjà envisagées dans le rapport « mission périnatalité » ordonné par le ministre de la santé, Monsieur Mattei en 2003.

Le plan périnatalité 2005 2007 (5) suggère d'élaborer des textes permettant d'expérimenter les maisons de naissances.

Selon ce plan, il s'agirait de structures attenantes ou situées au sein de services d'obstétriques, qui permettrait aux femmes enceintes de faire suivre leurs grossesses jusqu'à leur accouchement exclusivement par des sages femmes.

Ceci permettrait d'offrir aux femmes qui le souhaitent une moindre médicalisation de leur grossesse tout en assurant une sécurité optimale par la proximité de plateaux techniques médicaux pour la mère et l'enfant.

Actuellement une concertation sur l'expérimentation de ces maisons de naissance est en cours.

II 3 2 : Espaces physiologiques au sein des maternités :

Une alternative existe actuellement dans certaines maternités : il s'agit d'unités situées dans l'enceinte même des services de maternité où on essaie de se réapproprier l'aspect physiologique de la naissance.

L'accouchement n'est pris en charge que par des sages-femmes.

La proximité d'un plateau technique et d'une équipe composée de gynécologues obstétriciens et de pédiatres permet une intervention rapide si la santé de la mère et ou de l'enfant le nécessite.

Dans ces unités, les examens para cliniques sont moins nombreux. On utilise des méthodes antalgiques moins invasives telles que l'acupuncture, les massages et des thérapeutiques posturales.

Pour être admis dans ces unités, un accord auprès de l'équipe de sages-femmes, d'un pédiatre, d'un gynécologue et d'un anesthésiste est requis afin de bien sélectionner les patientes dont la grossesse est physiologique.

Ces structures prennent différents noms selon l'hôpital où elles se situent, ainsi à Strasbourg, la maison de naissance hospitalière a vu le jour en Avril 2004 au sein du service de gynécologie obstétrique du C.H.U.

Au C.H de Guéret, un projet est actuellement en cours.

II 3 3 : Plateaux techniques à disposition de sage-femme libérale :

Quelques hôpitaux en France offrent cette possibilité.

Les sages-femmes libérales suivent la grossesse de leur patiente et lors de l'accouchement utilisent le plateau technique d'un hôpital.

Elles accompagnent la patiente pendant l'accouchement avec des méthodes antalgiques peu invasives.

Si un problème survient, le plateau technique et les compétences des obstétriciens sont à disposition.

Ce système avait été mis en place au sein du service de gynécologie obstétrique du C.H de Saint-Junien.

Mais lors du changement de direction du service, cette alternative n'a plus été offerte aux femmes.

En France, 17 sages-femmes libérales pratiquent ce type d'accouchement (8).

II 3 4 : L'accouchement à domicile :

Accoucher à domicile avec l'aide et les soins d'une sage-femme libérale est possible.

Cependant, peu de sages femmes libérales pratiquent les accouchements à domicile.

Il s'agit obligatoirement de patientes ayant eu une grossesse physiologique, de grossesse mono choriale, mono amniotique. Les patientes aux antécédents de césarienne ainsi que les accouchements se présentant par le siège ne peuvent se dérouler à domicile.

La sage-femme est en lien avec une maternité auprès de laquelle elle peut transférer la patiente si survenue de problème pendant le travail, l'accouchement ou la délivrance.

La sage-femme tient tout au long de la grossesse un dossier médical.
La charte de l'accouchement à domicile (8) rédigée par l'association nationale des sages-femmes libérales constitue un référentiel de bonnes pratiques à cet égard.
Il existe actuellement en France une cinquantaine de sages-femmes libérales qui pratiquent l'accouchement à domicile (8).

II 3 5 : Retour précoce à domicile après accouchement hospitalier :

Le retour précoce à domicile peut répondre au désir de certains parents.

Certaines maternités proposent à leur patiente dont la grossesse a été physiologique, et dont l'accouchement s'est bien passé, de rentrer précocement à domicile, le plus souvent après 48 h d'hospitalisation et d'être suivi par la suite dans le cadre d'une hospitalisation à domicile.

Le retour précoce à domicile après accouchement ne devra être proposé qu'aux patientes à bas risque médical, social et psychologique.

Les recommandations de pratique clinique de l'H.A.S éditées en Mai 2004 intitulées « conditions pour proposer un retour précoce à domicile » (8) insistent bien sur le fait que ce retour précoce «ne doit pas être une contrainte subie ou non souhaitée ».

Une sage-femme se rendra quotidiennement au domicile de la patiente pour contrôle médical de la mère et du nouveau-né, accompagnement de l'allaitement, et soutien dans la relation mère enfant.

Le retour précoce à domicile après accouchement doit être envisagé dès les séances de préparation à l'accouchement.

Les parents doivent être informés des éventuelles difficultés du post partum : psychologique, allaitement, soins du cordon.

Les parents qui optent pour ce projet dans un premier temps auront la possibilité de revenir sur leur décision et de s'inscrire de nouveau dans une hospitalisation classique.

Au total, selon le rapport de l'institut national de veille sanitaire intitulé : « La Mortalité maternelle en France : bilan et perspectives » (9) publiée dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 12/12/2006, la mortalité maternelle en France serait de 9 à 13/100 000 naissances par an.

Nous allons maintenant aborder les différents problèmes qui freinent l'expansion de ces structures en France.

II 4 : Difficultés rencontrées en France actuellement par ces structures.

II 4 1 : difficultés propres à l'accouchement à domicile.

Certaines difficultés sont propres à la pratique de l'accouchement à domicile :

Conciliation vie privée vie professionnelle

Le travail de sage-femme libérale réalisant des accouchements à domicile est très difficile si on exerce seule, en effet cela demande d'être de garde jour et nuit Dimanche et jours fériés inclus, et laisse moins de place à la vie privée.

Ce mode d'exercice s'envisage plus facilement s'il est réalisé en association avec un consoeur ou un confrère.

Baisse du nombre de maternité :

Les sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile sont gênées dans leur pratique quotidienne par la fermeture des petites maternités.

En effet, elles essaient de réaliser les accouchements dans un périmètre situé autour de 20 à 25 minutes d'une maternité dans l'éventualité d'une complication.

Comme le nombre de maternité a tendance à diminuer, de plus en plus de femmes habitent loin du premier service d'obstétrique, les sages-femmes libérales sont alors obligés de demander aux patientes d'accoucher chez une amie ou chez une personne de leur famille qui accepterait de les accueillir lors de leur accouchement.

Le problème du logement en France :

La France connaît actuellement une pénurie de logement.

Selon le rapport mal logement 2008 édité par la fondation Abbé Pierre, 3 318 500 personnes connaîtraient actuellement une problématique forte de logement (10).

Dans ces conditions de mal logement, logement insalubre, exigü, ne possédant pas de sanitaires, un accouchement à domicile ne peut pas être envisagé.

II 4 2 : difficultés rencontrées par l'ensemble de ces structures.

Aller à l'encontre de l'opinion publique :

Dans notre société, où règne le principe de précaution, aller vers des accouchements plus naturels va à l'encontre du courant de pensée très sécuritaire que partage la majorité de la population.

Ce nouveau courant de pensée a donc du mal à s'affirmer parmi la communauté scientifique et la société en général.

Les professionnelles qualifiées qui encadrent les femmes qui choisissent des accouchements plus naturels sont parfois mal jugées par leurs confrères et par l'opinion publique.

Ce débat passionne la communauté des obstétriciens et des sages-femmes depuis de nombreuses années.

De nombreux sites Internet sont dédiés à ce sujet.

Des associations de parents défendent des méthodes d'accouchements moins médicalisés.

Qu'en pense la population générale ?

La population générale s'ouvre progressivement à ces idées.

Les sages-femmes libérales qui pratiquent les accouchements à domicile ressentent moins d'hostilité depuis quelques années.

Selon une étude française réalisée dans trois hôpitaux (1), sur 121 femmes interrogées, 52% considèrent que l'accouchement à domicile devrait ou pourrait être proposé.

22 % par contre pensent que cela ne devrait jamais être proposé.

Cependant, l'accouchement à domicile n'est pas fait pour toutes les patientes, et certaines se sentent plus sécurisées à l'hôpital.

Ainsi, une étude néerlandaise (11) montre que les patientes avec des facteurs de risques sanitaires et ou socio-économiques (mère célibataire, consommation de tabac, d'alcool, de drogues, indice de masse corporelle anormal, antécédent d'infertilité, âge maternel supérieur à 31ans ou inférieur à 20 ans, appartenance à une ethnie minoritaire) préfèrent se diriger vers des structures hospitalières.

Les patientes néerlandaises jeunes et diplômées ont plus tendance à choisir l'accouchement à domicile (12).

Au Canada, ce sont des patientes plus âgées, mariées, primipares, ayant suivi des cours de préparation à l'accouchement, ayant un suivi prénatal complet, avec un niveau d'études supérieur qui ont tendance à choisir l'accouchement à domicile (13).

Le choix entre accouchement hospitalier et extra hospitalier doit donc rester personnel, il appartient à chaque patiente.

La pression médico-légale :

La judiciarisation de la médecine prend de plus en plus d'ampleur actuellement ce qui fait hésiter de plus en plus de sages-femmes à faire des accouchements à domicile.

La crainte des procès et des peines encourues a poussé les professionnelles à tenter de se couvrir contre ce risque.

L'obligation d'assurance :

La loi du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé impose à chaque professionnel de santé une assurance responsabilité civile professionnelle.

Cela permet aux victimes d'être rémunéré en cas d'accident médical.

De nombreuses compagnies d'assurance refusent de prendre en charge le risque « accouchement à domicile ».

Certaines assurances proposent des surprimes très onéreuses aux nouvelles sages-femmes qui veulent commencer dans cette pratique.

Certaines professionnelles, ne pouvant payer ces surprimes, préfèrent travailler sans assurance.

Les futurs parents qui choisissent de leur faire appel savent qu'en cas de problème, le recours envers la sage-femme sera limité à la hauteur de ses biens personnels.

Certaines sages-femmes par contre préfèrent abandonner cette voie, pour ne pas payer des surprimes importantes et pour éviter tout problème.

Formation des personnels à la pratique de l'accouchement extra hospitalier :

Les gestes réalisés par ces professionnelles sont les mêmes à l'hôpital et à domicile.

Cependant l'état d'esprit d'un accouchement hospitalier classique et d'un accouchement démedicalisé est différent.

Certaines écoles permettent à leurs élèves de faire des stages au sein de cabinets de sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile, certaines écoles sont plus réticentes.

D'autre part, très peu de jeunes médecins généralistes sont correctement formés à la pratique de l'accouchement.

Le stage en obstétrique n'est plus obligatoire dans leur formation.

Tous les internes ne peuvent passer dans ces stages.

Le nombre important de personnel en formation au sein des services d'obstétrique laisse peu de place aux futurs médecins généralistes.

Dans ces circonstances, la création de réseaux de naissance extra hospitaliers, au même titre que ceux trouvés aux pays bas par exemple, sera difficile à mettre en place à grande échelle.

Très peu de personnels peuvent ainsi répondre à la demande des patientes choisissant d'accoucher autrement.

La demande croissante des patientes :

De plus en plus de patientes cherchent à retrouver l'aspect naturel et familial de la naissance, comme le montrent le nombre important de sites Internet et de pages dans les forums consacrés à ce sujet.

Devant l'insuffisance du nombre de professionnel qualifié, certains parents vont être tentés de s'adresser à des personnes non professionnelles comme en témoigne la tragique histoire qui s'est déroulée en Ariège en Août 2008 où un couple a choisi de faire appel à une doula pour l'accouchement, malheureusement l'enfant est décédé faute de soins appropriés à son état de santé.

Pourquoi la demande des patients est-elle si forte ?

Pourquoi ne veulent-ils pas se rendre à l'hôpital ?

Peut-on envisager en 2008 un accouchement démedicalisé ?

III Pourquoi peut-on en 2008 envisager un accouchement démedicalisé ?

III 1 : Laisser libre choix aux patientes :

Aucune loi en France n'oblige les femmes à se rendre à l'hôpital pour accoucher.

Les différentes alternatives évoquées plus haut dans ce travail permettent aux femmes d'avoir le choix de vivre l'un des moments les plus forts de leur vie de la manière dont elles le souhaitent.

Certaines préféreront l'hôpital parce qu'elles s'y sentent rassurées et n'envisagent pas d'autres alternatives car elles n'en ressentent pas le besoin : l'hôpital répond parfaitement à leurs attentes.

Certaines femmes par contre considèrent que l'accouchement est quelque chose de naturel, elles préféreraient vivre un accouchement plus physiologique avec moins d'interventions médicales, dans un univers plus réconfortant que celui offert à l'hôpital.

Pourquoi ces femmes ne veulent t'elles pas être hospitalisée ?

III 2 : la peur de l'hôpital et de la surmédicalisation :

III 2 1 : L'image de l'hôpital :

Certains couples considèrent que seules les personnes souffrantes doivent se rendre à l'hôpital, l'hôpital leur renvoie une image de maladie, de douleur qui ne leur convient pas.

III 2 2 : Le caractère impersonnel de la prise en charge :

Certains couples ne se sentent pas à l'aise du fait du caractère impersonnel de la prise en charge, ils ont l'impression de n'être qu'un numéro parmi d'autre.

De fait dans certaines maternités, il est très difficile en secteur public, de consulter le même professionnel lors des 7 consultations prénatales, les patientes verront ainsi plusieurs médecins ou sages-femmes au cours des différents rendez-vous, seul le dossier médical fera le lien entre les différentes interventions.

Une relation personnalisée entre le couple et le soignant est difficile à mettre en place dans ces conditions.

Selon l'étude française réalisée par Dupuis (1), 53 % des femmes pensent que l'accouchement à l'hôpital est plus impersonnel.

C'est pourquoi, certains parents préfèrent mettre au monde leur enfant dans un univers plus réconfortant comme une maison de naissance ou leur domicile.

Ainsi l'étude réalisée en Suède par Lindgren H.E et al (7) montre que 80% des femmes qui ont accouché à domicile craignaient d'être prises en charge par des personnes étrangères si elles se rendaient à l'hôpital, et 60% pensaient subir des interventions médicales inutiles si elles allaient à la maternité.

Comme le montre cette étude, l'hyper médicalisation du travail et de l'accouchement, avec les risques que font prendre certaines techniques obstétricales effraie certains parents.

III 2 3 : Les césariennes

« L'enquête nationale périnatalité 2003 » ordonnée par le ministère du travail de l'emploi et de la cohésion sociale (6) montre que le taux de césarienne en France en 2007 est de 20,2% au total et de 12,5 % avant déclenchement du travail.

La césarienne comme toute intervention chirurgicale n'est pas un acte anodin.

Des complications peuvent survenir.

Selon le rapport de l'institut de veille sanitaire publié dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 12/12/2006 intitulé : « la mortalité maternelle : bilan et perspectives », le taux de mortalité maternelle est

3,5 fois supérieur chez les patientes césarisées, que le césarienne ait eu lieu avant ou pendant le travail.

Ce taux est significatif.

L'augmentation du risque de décès du à des complications d'anesthésie, à des complications thromboemboliques, et à des complications infectieuses est significatif.

Il n'y a pas d'augmentation significative du risque d'hémorragie.

Les recommandations pour la pratique clinique rédigées par le collège national des gynécologues et obstétriciens français (C.N.G.O.F) intitulé « Césariennes : conséquences et indications (2000) »(14) ne recommandent la réalisation systématique d'une césarienne que dans le cas de diabète gestationnel accompagné d'un poids foetal estimé supérieur à 4250g (grade C).

La réalisation systématique d'une césarienne après 2h de stagnation de la dilatation doit être reconsidérée (grade B).

Il convient donc de réfléchir aux indications lors de chaque césarienne.

La décision de césariser une patiente devrait être prise en fonction des caractéristiques cliniques de la grossesse et de l'accouchement de la patiente.

Hors l'étude réalisée par la D.R.E.S.S en 2003 intitulée « La pratique des césarienne : évolution et variabilité » (15) montre que trois principales variables influent sur le taux de césarienne pratiqué dans chaque maternité.

Il s'agit des caractéristiques des femmes, des pratiques médicales et des caractéristiques des maternités.

Ainsi, le taux de césarienne est plus élevé dans les maternités de niveau 1 toute chose égale par ailleurs.

Ceci s'explique par deux facteurs : d'une part ces maternités ont des plateaux techniques moins développés et préfèrent césariser une patiente à risque pour éviter tout geste de réanimation néonatale, d'autre part, en 2001, 52% des maternités de niveau 1 étaient privées.

De fait les établissements privés réalisent plus de césariennes que les établissements publics.

En 2001, le taux de césarienne dans les maternités publiques était de 17,5%, de 19% pour les établissements privés sous O.Q.N (objectif national quantifié) et de 18% pour ceux sous dotation globale, mais la différence entre public et privé tend à disparaître.

En effet depuis 1995, la revalorisation tarifaire des maternités privées a été subordonnée à un taux de césarienne inférieur à 18%.

Nous voyons donc que la réalisation d'une césarienne ne dépend pas uniquement des caractéristiques cliniques présentées par les patientes.

Certaines indications de césarienne seraient discutables.

III 2 4 : les épisiotomies

On a longtemps pensé que les épisiotomies protégeaient les patientes de dégâts périnéaux importants, cet acte douloureux était souvent mal compris par les patientes.

Selon les recommandations pour la pratique clinique rédigées en 2005 par le collège national des gynécologues et obstétriciens français intitulées : « L'épisiotomie » (16), le taux d'épisiotomie en France décroît depuis 1996 et atteignait en 2003 47% : 68% pour les primipares et 31% chez les multipares.

La réalisation d'une épisiotomie et ses conséquences est très opérateur dépendant, l'épisiotomie peut varier dans sa longueur, sa profondeur, son orientation et sa technique de réparation.

Il n'y a aucune indication à la réalisation systématique d'une épisiotomie.

Lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion, une pratique systématique de l'épisiotomie n'est pas nécessaire, en effet dans cette situation, une politique restrictive de l'épisiotomie permet de multiplier par trois le taux de périnée intact sans pour autant augmenter le risque de déchirure du 3ème degré. (Grade B).

Les antécédents de lésions périnéales de 3^{ème} et 4^{ème} degré et les mutilations ne justifient la pratique systématique de l'épisiotomie.

Le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'épisiotomie est associée à l'extraction instrumentale.

En cas de rythme cardiaque de l'enfant non rassurant, il n'a pas été démontré que l'épisiotomie systématique améliorerait l'état néonatal.

La pratique de l'épisiotomie ne prévient pas les déchirures périnéales de 3^{ème} et 4^{ème} degré (grade A).

Elle réduit par contre le risque de survenue de déchirure périnéale antérieure, de moindre gravité (grade A).

La pratique de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue d'une incontinence anale (grade B) et semble même exposer à ce risque dans les trois premiers mois du post partum.

L'épisiotomie n'est pas un acte anodin, elle peut exposer la patiente à des effets secondaires :

Les patientes qui ont subi une épisiotomie souffrent plus de douleur périnéale dans le post partum précoce que celles qui ont un accouchement avec un périnée intact (grade B).

L'épisiotomie est encore trop employée dans notre pays, le C.N.G.O.F souhaiterait que le taux d'épisiotomie soit inférieur à 30%.

III 2 5 : Les maladies nosocomiales :

Le spectre des maladies nosocomiales éloigne également certains patients de l'hôpital.

Le rapport intitulé : « 100 recommandations pour la surveillance et le prévention des maladies nosocomiales » (17) édité en 1999 par le ministère de l'emploi et de la solidarité définit les infections comme nosocomiales si elles étaient absentes au moment de l'admission du patient dans l'établissement de santé.

Lorsque l'état du patient à l'admission est inconnu, l'infection est généralement considérée comme nosocomiale si elle apparaît après un délai de 48h d'hospitalisation ou dans un délai supérieur à la période d'incubation de l'infection.

En cas d'infection de site opératoire, le délai communément admis est de 30 jours.

Pour les nouveau-nés, l'infection est considérée comme nosocomiale si elle survient entre le 2^{ème} et le 30^{ème} jour de vie.

Le rapport annuel du réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité édité par le C.L.I.N du Sud Est pour l'année 2007 (18) montre que le taux d'infections nosocomiales est de

2,94 % pour les césariennes et de 0,9 % pour les accouchements voie basse.

Grâce aux renforcements des mesures d'asepsie, ce taux a décru, puisqu'il était en 2001 de 1,2 % pour les accouchements par voie basse et de 4,5 % pour les accouchements par césarienne.

Les principales infections pour les césariennes sont :

- Les infections urinaires à 34,98 %
- Les infections de site opératoire à 34,06 %
- Les syndromes infectieux non étiquetés à 13,3 %
- Les endométrites à 8,65 %
- Les infections locales sur cathéter à 3,72 %
- Les bactériémies à 3,72%.

Les principales infections pour les accouchements par voie basse sont :

- Les infections urinaires à 34,96 %
- Les endométrites à 22,62 %
- Les infections de site opératoire (épisiotomie, réfection périnée) à 12,85 %
- Les infections locales sur cathéter à 2,8 %
- Les bactériémies à 2,57 %

Les infections nosocomiales touchent également 0,22 % des nouveaux-nés.

Les principales infections sont :

- Les infections ophtalmologiques à 64 %
- Les infections cutanées à 14 %
- Les infections de cordons à 15 %
- Les infections plus graves à 7 %.

III 3 : le coût

Selon la C.C.A.M, un accouchement unique par voie basse est rémunéré 313,50 € à la sage-femme libérale ou à la structure hospitalière où est réalisée l'accouchement.

A l'hôpital, on rajoutera le prix de journée, au C.H.U de Limoges une journée en gynéco obstétrique est facturée 1153,00 euros.

Un séjour moyen pour un accouchement unique par voie basse sans complications est de 4 jours.

La somme facturée aux organismes de sécurité sociale par le C.H.U sera de 4925,50 € contre 313,50€ pour une sage- femme libérale.

Le coût d'un accouchement dans un espace physiologique ou dans une maison de naissance resterait moindre par rapport à un accouchement hospitalier classique.

A l'heure des économies de santé, cette notion est à prendre en compte.

De nombreuses maternités sont actuellement surchargées, les solutions alternatives que nous avons évoquées plus haut, pourraient si elles étaient développées répondre en partie à ce problème.

III 4 : la morbidité maternelle et infantile dans les autres pays européens.

En hollande où 30 % des accouchements ont lieu à domicile, le taux de mortalité maternelle était entre 1990 et 1994 de 7 pour 100 000 naissances contre 11,2/100 000 en France à la même époque.

Le taux de mortalité infantile aux Pays-Bas est de 4,81 pour 100 000 naissances contre 3,36 pour 100 000 en France (9).

Ce taux est donc supérieur au taux français mais reste inférieur à la moyenne des pays de l'union européenne : 5,84 pour 100 000 naissances (9).

En Suède, l'organisation du système des naissances est similaire au système français, la plupart des accouchements ont lieu à l'hôpital et 1% seulement sont planifiés pour se dérouler à domicile avec l'aide d'une sage-femme libérale.

L'étude réalisée par Lindgren (7) montre qu'entre 1992 et 2004 la mortalité néonatale lors des accouchements planifiés à domicile était de 2,2 pour 1000 contre 0,7 pour 1000 pour les accouchements hospitaliers, cette proportion est plus importante pour les accouchements à domicile mais n'est pas significative.

Les femmes qui ont accouché à domicile ont plus souvent eu un travail spontané sans intervention médicale, et ont moins souvent subi d'épisiotomie.

Qu'en est il en France et en Limousin ?

Aucune sage-femme libérale établie sur la région administrative du Limousin ne pratique les accouchements à domicile.

Notre étude portera par extrapolation sur les accouchements inopinés survenus à domicile en région Limousin en gardant à l'esprit que les AVB inopinés ne sont pas des AVB à domicile planifiés.

III 5 : Notre étude :

Il s'agit d'une étude multicentrique rétrospective descriptive régionale qui porte sur 131 accouchements réalisés dans les secteurs géographiques de Limoges et Guéret, à domicile de façon non programmée, entre 1996 et 2006.

Nous étudierons :

- les caractéristiques socio-économiques des patientes par l'étude de leur âge et des signes de précarité sociale
- leur passé obstétrical par la parité et la gestité
- la santé des patientes par l'étude des éventuelles complications obstétricales et des gestes ayant dus être réalisé durant l'accouchement étudié
- l'état de santé du nourrisson par l'étude de leur biométrie et des complications néonatales
- la présence ou non d'un personnel qualifié arrivé sur les lieux de l'accouchement dans un contexte d'urgence.
- le désir éventuel d'accoucher à la maison de certaines de ces patientes.

III 5 1 : Méthodes et Moyens :

Sur les registres d'accouchements des années 1996 à 2006 des maternités de Limoges et Guéret, étaient enregistrées les patientes ayant accouché inopinément en dehors de ces structures alors qu'elles y étaient rattachées géographiquement.

A partir des dossiers médicaux de ces patientes, nous avons répertoriés pour chacune d'entre elles:

Leur âge,

La parité et la gestité, nous rechercherons la proportion de primipares primigeste, et le taux de grande multipares que nous définirons par un nombre de pares supérieur ou égal à 5.

Le lieu d'accouchement :- domicile,

- structure sanitaire où a pu se dérouler l'accouchement dans un contexte d'urgence,
- véhicule sanitaire : S.A.M.U ou ambulance privée

Les éventuelles interventions médicales nécessaires ayant été pratiquées lors de l'accouchement et de la délivrance,

La présence de personnel qualifié lors de l'accouchement :

Certaines patientes ont pu bénéficier de la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement.

Il peut s'agir du médecin généraliste appelé par la famille ou des équipes du S.A.M.U parvenues auprès de la patiente avant qu'elle n'accouche.

Ces personnels interviennent dans le cadre de l'urgence et ne connaissent pas les dossiers médicaux des patientes.

Lorsque le S.A.M.U de Guéret est appelé pour un accouchement, il se déplace systématiquement avec une sage-femme d'astreinte en plus de son équipe habituelle.

Lorsque l'accouchement est imminent et que l'équipe se trouve proche d'une structure sanitaire (maison de retraite par exemple...) et loin de l'hôpital de Guéret, l'équipe choisit quelques fois d'y réaliser l'accouchement.

Le S.A.M.U de Limoges par contre n'a pas fait le choix d'intégrer dans ses équipes de sage-femme lorsqu'il est appelé pour un accouchement.

Cependant toutes les patientes de notre étude ont par la suite été prises en charge par des équipes qualifiées pour la délivrance et ou les suites de couche.

Pour quelques patientes, un médecin traitant a pu se rendre sur les lieux pour aider la patiente lors de l'accouchement.

Le type d'allaitement : artificiel ou maternel

Les situations de précarité sociale :

Le rapport Belorgey définit la précarité comme :

« L'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

L'insécurité qui en résulte conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi même dans un avenir prévisible »

Chacune de ces difficultés correspond à différents processus de fragilisations :

Précarisation de l'emploi et du travail

Fragilisation des solidarités familiales
Bas niveau scolaire, absence de qualification
Fragilisation due à la maladie

Au cours de notre étude, selon cette définition, nous avons classé comme patiente en situation de précarité :

- les patientes titulaires de la couverture maladie universelle (C.M.U),
- les patientes dont les grossesses n'ont pas été médicalement suivies, les grossesses non déclarées, les grossesses non connues,
- les personnes sans logement ou vivant en foyer socialement aidé,
- les patientes pour lesquelles le personnel médical et paramédical a demandé un suivi régulier par les équipes de la protection maternelle et infantile (P.M.I)
- les patientes mineures

Désir d'accoucher à la maison :

Certaines patientes issues de notre panel ont accouché plusieurs fois à domicile durant la période étudiée.

Nous pouvons donc supposer qu'elles avaient choisi d'accoucher à domicile.

En ce qui concerne les enfants, nous avons répertorié :

- le terme : nous n'avons répertoriés que les enfants dont le terme était supérieur à 24 semaines d'aménorrhée (S.A)

Nous considérons comme prématurés les enfants dont le terme est inférieur 36 S.A : parmi ceux-ci, les enfants nés entre 32 et 36 S.A sont prématurés, ceux nés entre 28 et 32 S.A sont de grands prématurés, et ceux nés entre 24 et 28 S.A sont de très grands prématurés.

- le poids : d'après Burillon (19), le poids normal d'un enfant à terme est compris entre 2600 et 4000 g, nous considérerons donc hypotrophe les enfants dont le poids est inférieur à 2600 g et macrosome ceux dont le poids est supérieur à 4000G

- la taille : d'après Burillon (19), la taille normale d'un enfant né à terme est comprise entre 46 et 50 cm.

- le périmètre crânien (P.C)

- la température : la température normale d'un nouveau à terme est comprise entre 36,5 et 37,5°C.

On parle d'hypothermie modérée lorsque la température est comprise entre 36°C et 32°C, et d'hypothermie sévère lorsque la température est inférieure à 32°C.

Les enfants avec des températures comprises entre 36°C et 36,5°C sont en simple état de stress provoqués par le froid, il faut les réchauffer et les surveiller (10).

- le score d'A.P.G.A.R

- les complications et les éventuels transferts dans les services de pédiatrie et de néonatalogie

Analyse statistique :

Les comparaisons des proportions ont été faites avec un test du χ^2 , le seuil de significativité est fixé à 0,05.

III 5 2 : Résultats :

Taille de l'échantillon

En consultant les registres des maternités, nous avons retrouvé 50 accouchements extrahospitaliers pour lesquels la patiente a été admise au C.H de Guéret, et 81 pour lesquels elles ont été admises au C.H.U de Limoges entre le 1^{er} Janvier 1996 et le 31 Décembre 2006.

Notre échantillon total comporte donc 131 accouchements pour 124 patientes : en effet 4 patientes ont accouché plusieurs à domicile pendant la période choisie pour cette étude, nous comptons également une grossesse gémellaire.

Nombre d'A.V.B survenus inopinément à domicile la région de Guéret en fonction des années :

Année	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AVB Dom	3	5	4	5	7	3	6	7	1	6	3
AVB totaux	523	517	552	576	562	552	514	546	551	552	606

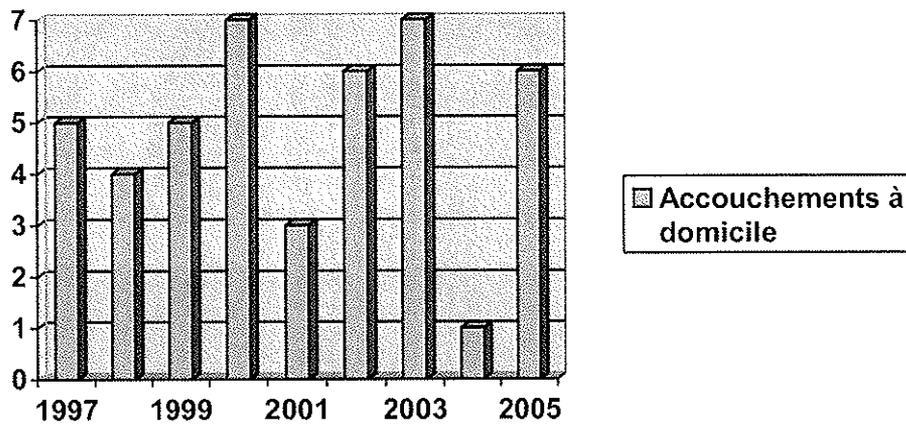


Figure 6 : évolution du nombre d'accouchements à domicile dans la région de Guéret

Nombre d'A.V.B survenus inopinément à domicile la région de Limoges en fonction des années :

Année	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AVB Dom	2	6	2	10	7	16	2	2	10	9	13
AVB totaux	1809	1784	1925	1907	2044	2129	2027	1972	2025	2218	2166

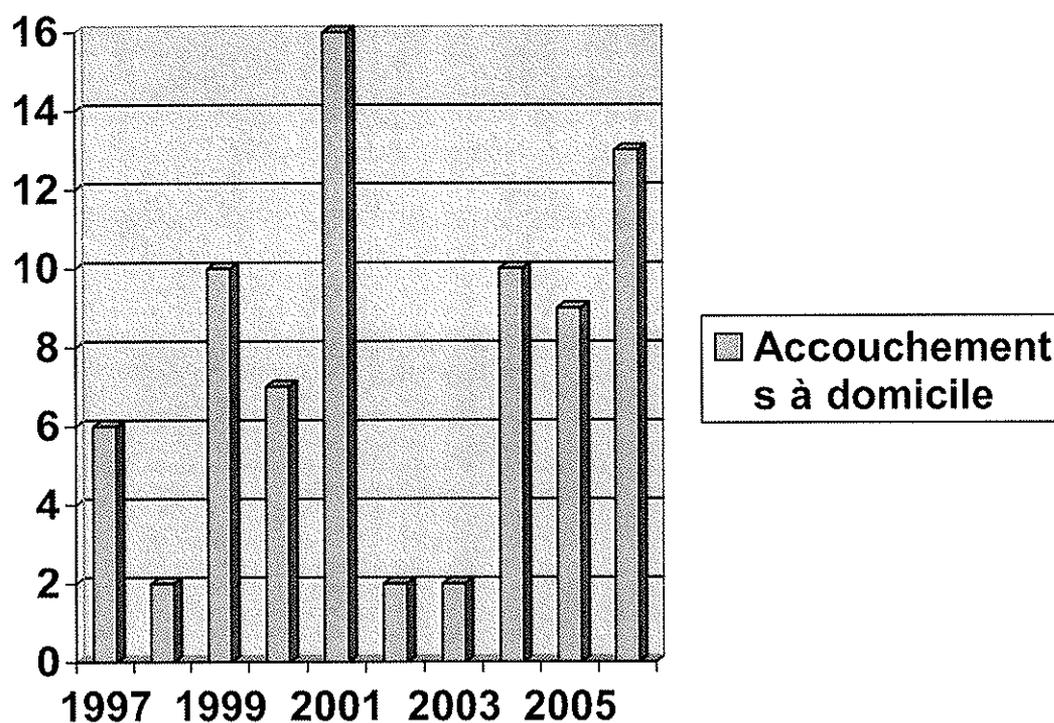


Figure 7 : Evolution des accouchements à domicile dans la région de Limoges

Age de la population:

L'âge moyen de notre échantillon est de 31,007 ans.

Deux patientes sont mineures, l'une a 15 ans, l'autre 17 ans.

Une patiente est âgée de 19 ans.

65 sont âgées de 20 à 29 ans.

57 sont âgées de 30 à 39 ans.

6 sont âgées de plus de 40 ans.

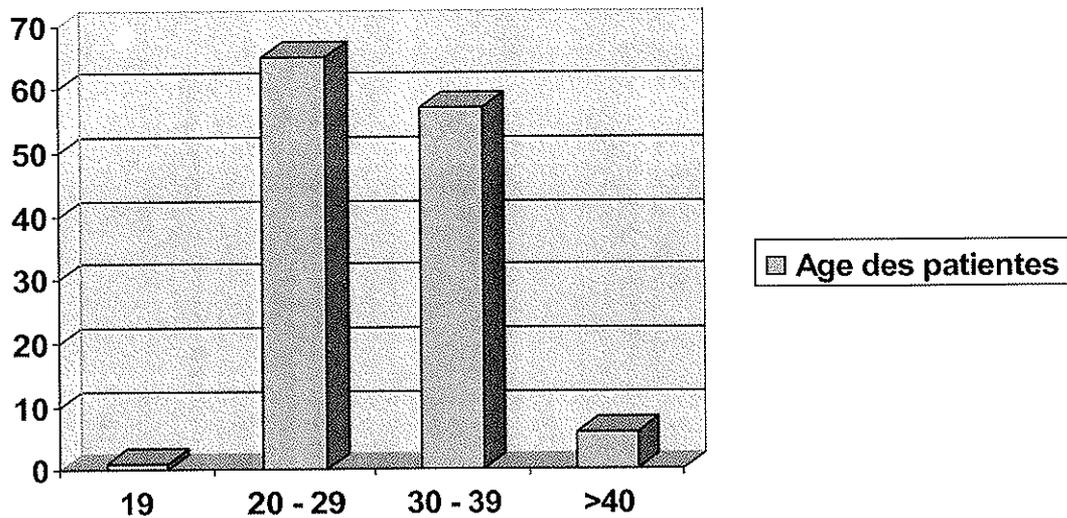


Figure 8 : répartition des patientes par tranche d'âge

Gestité et parité :

16 patientes sont primipares et primigestes ce qui représente 12,21 % de notre échantillon contre 87,79% de multipares, parmi celles-ci 20 sont de grandes multipares ce qui correspond à 15,26 % de l'échantillon.

Situation de précarité :

49 patientes se trouvent en situation de précarité soit 37,4% de notre échantillon.

21 patientes précaires ont été accueillies à la maternité de Guéret, ce qui représente 42 % des patientes accueillies à Guéret, et 42,8 % des patientes précaires de notre étude.

28 patientes précaires ont été accueillies à Limoges soit 34,56% des patientes accueillies à Limoges et 57,14 % des patientes précaires de notre étude.

Parmi ces 49 cas, nous notons 17 grossesses non suivies et non déclarées soit 12,97 % de notre population.

De nombreuses patientes cumulent différents facteurs de précarisation.

Lieu d'accouchement :

101 accouchements ont eu lieu à domicile soit 77 % de notre échantillon.

19 accouchements se sont déroulés dans des ambulances soit 14,5% de notre échantillon

5 accouchements ont eu lieu dans des structures sanitaires (maison de retraite, hôpital local, caserne de pompiers) soit 3.81% de notre échantillon.

4 accouchements ont eu lieu dans des voitures personnelles soit 3,05% de notre échantillon.

1 accouchement a eu lieu sur la voie publique soit 0.76% de l'échantillon

1 accouchement a eu lieu dans l'hélicoptère du S.A.M.U soit 0,76% de l'échantillon.

Interventions médicales au cours de l'accouchement :

Pour 41 accouchements, aucun geste technique médical n'a été pratiqué soit 31,22 % des cas.

Pour 49 accouchements, les patientes ont bénéficié de perfusion d'ocytocique soit 37,4 % des cas.

Pour 58 accouchements, des gestes de suture ont dus être pratiqués soit 41,98 % des cas.

Pour 7 accouchements (soit 5% des cas), des complications graves sont survenues :

3 patientes ont bénéficié d'une révision utérine.

1 patiente a du être prise en charge pour abcès de la fesse.

Une patiente a été prise en charge dans le cadre d'un H.E.L.L.P syndrome.

Une patiente a présenté une H.T.A du post partum.

Une patiente a présenté un siège décomplété.

Présence de personnel qualifié lors de l'accouchement :

19 patientes ont pu bénéficier de l'aide de professionnel qualifié lors de leur accouchement soit 15,2 %.

Parmi elles, une patiente a présenté une grossesse gémellaire.

20 enfants soit 14,5% ont pu bénéficier de la présence de personnel qualifié.

Pour 16 accouchements, il s'agit d'équipes du S.A.M.U qui ont pu intervenir avant la naissance de l'enfant.

Pour 3 accouchements, on note la présence du médecin généraliste.

Désir d'accoucher à domicile :

4 patientes ont accouché plusieurs fois à domicile durant la période écoulée.

Nous avons retrouvé dans un dossier le désir exprimé d'une patiente d'accoucher à domicile.

Nous pouvons donc penser que au moins 5 patientes issues de notre panel ont désiré accoucher à domicile.

Alimentation du nourrisson :

84 enfants ont été nourris au biberon soit 64,1% de la population contre 47 qui ont bénéficiés d'un allaitement maternel soit 35,87 % de la population.

Age gestationnel des enfants :

7 enfants ont un âge gestationnel compris entre 32 et 36 semaines soit 5,34 % de la population.

Il n'y a pas dans cette étude de grands et de très grands prématurés.

Un enfant est né avec un retard de terme.

Pour 17 enfants le terme est inconnu du fait du non suivi et de la non déclaration des grossesses.

Dans 10 dossiers médicaux, le terme n'a pas été retrouvé.

Biométrie des enfants :

Poids :

19 enfants ont un poids de naissance inférieur à 2600g soit 14.5% de notre population.

3 enfants ont un poids supérieur à 4000g soit 2,29% de notre population.

Taille :

15 enfants ont une taille inférieure à 46 cm soit 11,45% de l'échantillon.

19 enfants ont une taille supérieure à 50 cm soit 14.5 % de l'échantillon.

Température des nouveaux-nés :

38 enfants ont une température centrale inférieure à 36°C avant toute prise en charge médicale soit 29% de l'échantillon.

24 enfants ont une température comprise entre 36°C et 36,4°C, ce qui représente 18,32% de l'échantillon.

Dans 37 dossiers médicaux, la température n'a pas été retrouvée.

Score d'APGAR :

Les scores d'APGAR sont très souvent calculés à posteriori à partir des dires de la patiente et de son entourage.

Les éléments du calcul du score sont souvent imprécis dans ce contexte.

Le score est bien souvent incomplet dans ces circonstances.

Nous ne pouvons pas analyser de manière correcte les relevés du score d'APGAR réalisé pour cette étude.

Complications néonatales :

29 enfants ont eu besoins de soins pédiatriques à la naissance soit 22,13 % de la population.

5 enfants ont été transférés vers des services de pédiatrie pour hypotrophie,

6 pour hypothermie,

2 pour association hypothermie et hypoglycémie,

4 pour ictère,

3 pour infection materno-fœtale,

2 pour suspicion inhalation de liquide méconial,

2 pour maladie des membranes hyalines,

1 pour détresse respiratoire transitoire,

1 pour déshydratation,

1 pour syndrome de sevrage dans le cadre d'un alcoolisme fœtal,

1 pour surveillance et bilan devant une séroconversion de la sérologie de la toxoplasmose durant la grossesse

2 pour dystocie des épaules

1 pour surveillance avant placement en pouponnière

1 pour surveillance devant défaillance psychologique maternelle

III 5 3 : Interprétation des résultats

Cette étude ne concerne que des patientes qui ont accouché inopinément en milieu extra hospitalier.

Ces accouchements n'étaient donc pas planifiés pour se dérouler dans ces circonstances.

Ces femmes n'avaient pas fait appel à une sage-femme libérale pour les aider lors de la mise au monde de leur enfant.

Variation du nombre de cas en fonction des années :

En France, il y a environ par an 1000 accouchements inopinés à domicile (11)

Grâce au test statistique du χ^2 de tendance, nous voyons que les variations du nombre de cas observées entre chaque année ne sont pas significatives ($p=0,5$).

Influence de la présence de personnel qualifié :

Aucune des mères qui a bénéficié de la présence d'une aide qualifiée n'a présenté de pathologie obstétricale grave.

5 % de la population avait par contre présenté des complications graves.

Quatre enfants soit 21% ont présenté des problèmes néonataux :

- Une dystocie d'épaule
- Les deux jumeaux sont prématurés : l'un a présenté une maladie des membranes hyalines, le deuxième a présenté une détresse respiratoire transitoire.
- Le dernier a présenté une suspicion d'inhalation de liquide méconial avec un score d'APGAR de 2, 4, 8

Le taux nul de complications maternelles graves peut s'expliquer par deux raisons :

Elles ont bénéficié plutôt dans leur prise en charge des soins de suture éventuels et de perfusions d'ocytocique si nécessaire qui ont pu prévenir d'éventuelles hémorragie et d'éventuelles anémies.

De plus, le taux de précarité de ces patientes n'est que de 22,22 % (4 patientes sur 18) contre 37,4 % pour le reste de l'étude.

Le taux de complication néonatale se rapproche de celle du reste de l'étude.

Dans cette étude, la présence de personnel qualifié ne diminue pas de manière significative le taux de complications néonatales.

Répartition des différentes interventions médicales réalisées au cours de l'accouchement :

Les patientes ont bénéficié de gestes médicaux au cours de l'accouchement ou après celui-ci, lors de la délivrance, à 90 reprises dans cette étude.

32 patientes ont bénéficié d'une suture de réfection du périnée.

24 patientes ont bénéficié d'injection d'ocytociques.

23 patientes ont bénéficié de suture et de perfusion d'ocytociques.

Les sages-femmes sont habilitées à réaliser les sutures de réfection du périnée et les perfusions d'ocytociques, elles auraient donc très bien pu prendre en charge ces 79 patientes.

Sur ces 90 accouchements, 79 auraient pu être réalisés par des sages-femmes soit 87,7 % de ceux-ci.

Influence de la parité :

Le taux de travaux de suture chez les patientes primipares est 66,66 % contre 40 % chez les multipares.

Taux de prématurité et d'hypotrophie :

13,7% des enfants de notre étude ont un poids inférieur à 2500g contre 8% dans la population générale (6).

Ce taux peut être expliqué par un moins bon suivi des grossesses de nos patientes.

Par contre le taux de prématurité est de 5,34% contre 7,2% dans la population générale (6).

Dans notre étude, il n'y a pas de grands ni de très grands prématurés.

En effet les patientes présentant des menaces d'accouchements prématurés sont pour la plupart prises en charge dans des unités de grossesses pathologiques, accoucher à domicile dans ces circonstances paraît moins probable.

Influence de la précarité sociale sur le déroulement de l'accouchement et la santé de l'enfant :

En France en 2008, on estime qu'environ 6 millions de Français vivent dans la précarité soit 10% de la population.

Nous remarquons que le taux de patientes précaires de notre échantillon (37,4 %) est supérieur à celui de la population générale.

Comment expliquer ce taux ?

Plusieurs hypothèses sont possibles :

Les messages d'information et de prévention médicale parviennent moins bien aux personnes maîtrisant mal le français et aux personnes dont le niveau d'éducation est plus faible que celui de la population générale.

Certaines patientes de notre échantillon présentaient des problèmes psychologiques ou psychiatriques qui les ont rendu moins sensibles au discours de prévention.

Ces femmes comprennent peut être moins bien l'intérêt de faire suivre leur grossesse régulièrement.

Deux patientes de notre échantillon sont des adolescentes, elles ont peut être eu peur du regard de la société et de leur famille à leur égard et n'ont pas pu ainsi faire suivre leur grossesse comme elle l'aurait souhaité.

Le taux de nouveaux-nés transférés en pédiatrie pour problème de santé est de 28,5% (12 enfants sur 49) contre 18,2% pour le reste de la population de notre étude (15 enfants sur 82), cette différence n'est pas significative ($p=0,12$).

Le taux de perfusion d'ocytocique est du même ordre dans les populations précaires (38,4%) et non précaires (35,8%).

Le taux de suture périnéale est inférieur dans la population des femmes précaires (21 femmes sur 49 soit 42,89 %) à celui des femmes non précaires (37 femmes sur 82 soit 45,1%).

Ceci peut s'expliquer par le plus grand nombre de grandes multigestes dans la population précaire, en effet 87,5% des multigestes de cette étude appartiennent à la population précaire, et seulement 28,5% d'entre elles ont bénéficiés de suture.

Cette différence reste néanmoins non significative ($p=0,8$).

Toutes les pathologies plus importantes constatées dans cette étude ont été présentées par des femmes en situation de précarité.

Il s'agit de deux femmes avec une anémie importante, de trois femmes qui ont dû bénéficier d'une révision utérine, de la prise en charge d'un abcès de la fesse, d'un H.E.L.L.P syndrome et d'une H.T.A du post partum.

Cette augmentation du taux de pathologie plus lourde peut s'expliquer par une moins bonne diffusion des campagnes de prévention médicale auprès de ces populations, et de ce fait un moins bon suivi des règles hygiéno-diététiques, un moins bon suivi médical des grossesses.

Parmi ces femmes précaires, 17 n'ont ni déclarée leur grossesse, ni ne l'ont fait suivre.

L'étude des dossiers ne nous a pas permis de savoir s'il s'agissait pour certaines de déni de grossesse, et dans quelle mesure.

La jeune fille de 15 ans a peut être préféré taire sa grossesse auprès de sa famille et ainsi ne l'a pas fait suivre.

Le non suivi de ces grossesse est t'il préjudiciable à la santé de la mère et de l'enfant ?

Influence du suivi de la grossesse sur le déroulement de l'accouchement et la santé de l'enfant:

17 patientes de notre échantillon n'ont pas fait suivre leur grossesse.

Pour les patientes qui ont fait suivre leur grossesse, on peut penser que le suivi normal de la grossesse a permis des actes de prévention par des conseils hygiéno-diététiques, la recherche et le suivi d'éventuelles pathologies maternelles (hypertension artérielle, diabète gestationnel, malposition placentaire) ainsi que d'éventuelles anomalies fœtales.

Si ces patientes avaient présenté des pathologies obstétricales lourdes, elles auraient été hospitalisées dans des unités de grossesses pathologiques avant leur accouchement pour surveillance et n'auraient donc pas accouché à domicile.

Pour cette catégorie de patiente, on pourrait donc penser que le taux de complications maternelles et fœtales sera moindre que pour les patientes de la même catégorie.

Les femmes dont la grossesse n'a pas été suivie s'exposeraient donc à des risques plus importants du fait de l'absence de dépistage des principales pathologies obstétricales et fœtales.

En effet, 9 enfants ont été transférés dans des services de pédiatrie parmi ceux issus de grossesse non suivies soit 52,94% de la population contre 17,54% parmi ceux issus de grossesses suivies.

Parmi ces 9 enfants, 2 enfants ont été transférés en pédiatrie pour simple surveillance du fait de défaillance maternelle importante.

L'un des deux a été confié à l'adoption.

Donc, parmi ces enfants seuls 7 ont été transférés pour problème de santé soit 41,17 % contre 17,54 % dans la population générale. Cette différence est significative ($p=0,05$).

5 enfants issus de grossesses non suivies sont hypotrophes soit 29,4% contre 12,2% des enfants issus des grossesses suivies (14 enfants hypotrophes sur 114 enfants au total). Cette différence n'est pas significative.

En ce qui concerne les mères, 7 patientes dont les grossesses n'ont pas été suivies soit 41,7% n'ont bénéficié d'aucun geste technique médical contre 36,84% chez les patientes suivies.

4 patientes ont bénéficié d'une suture soit 23,52% contre 47,36 % pour les patientes suivies.

6 patientes ont bénéficié de perfusion d'ocytocique soit 35,29% contre 36,75 % pour les patientes suivies.

1 patiente a présenté une complication grave, il s'agit d'une hypertension artérielle du post partum, ce qui représente 5,88 % contre 3,5 % des patientes suivies.

Les enfants dont les mères n'ont pas fait suivre leur grossesse ont donc un risque accru de pathologies néonatales par rapport à ceux dont la grossesse a été suivie.

Allaitement des nourrissons :

Selon la D.R.E.E.S (Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques), le taux d'allaitement maternel calculé à partir des déclarations fournies sur les certificats du 8^{ème} jour, serait en France en 2002 de 56,2 % avec de grandes variations entre les régions, ainsi l'allaitement est plus répandu dans les régions du sud que dans le nord, le taux est également supérieur dans les régions de l'est par rapport aux régions de l'Ouest.

L'observatoire régional de la santé du Limousin dans son étude intitulé « L'allaitement en Limousin » (20) estime que le taux d'allaitement entre 2003 et 2006 dans notre région est de 57,3 % avec 60 % en Haute Vienne et 52 % en Creuse.

Selon cette étude, l'allaitement est plus fréquent chez les citadines, chez les primipares (60 %) par rapport aux multipares (54 %), ainsi que chez les personnes titulaires d'un diplôme d'étude supérieur : 74 % des cadres allaitent leurs enfants contre 50 % des commerçantes, artisanes, employées et ouvrières.

Pour la population de notre étude, ce taux est de 35,87%, il est donc inférieur à la moyenne nationale et régionale.

Nous définissons comme citadines les patientes demeurant dans Limoges et sa communauté d'agglomération, les patientes de Bellac et

de Saint Léonard de Noblat, les patientes de Guéret ainsi que celles de Bourgneuf et La Souterraine.

Dans notre étude, le taux d'allaitement des citadines n'est que de 45,83 %, il est donc supérieur à la moyenne de la population de notre étude mais reste inférieur à la moyenne régionale. Ceci s'explique probablement par le taux important de patientes précaires présentes dans notre échantillon.

De plus, ces villes restent de démographie très modeste par rapport aux grandes agglomérations françaises d'une part et, d'autre part en Limousin, la ruralité occupe la plus grande partie du territoire et les traditions rurales restent très présentes même chez les citadins.

En ce qui concerne la répartition départementale, 35,8 % des Haut-Viennoises de cette étude nourrissent leur nouveau-né au biberon contre 36 % des Creusoises.

Pour la population de notre étude, la différence interdépartementale n'est donc pas significative.

Sur les 21 primipares que compte notre étude, seules 5 ont choisis d'allaiter leur enfant soit 23,8 % de la population contre 60 % au niveau régional.

Le taux d'allaitement des multipares de l'étude est de 47,27 % contre 54 % au niveau régional.

Désir d'accoucher à domicile :

Au moins 5 patientes issues de notre population ont souhaité accoucher à domicile.

Elles n'ont pas fait appel à des professionnels qualifiés et en cela ont pris des risques.

Cette pratique ne peut donc pas être encouragée.

Parmi les 114 patientes de notre étude qui ont fait suivre leur grossesse, nous pouvons penser que au moins 5 ont eu le désir d'accoucher à domicile, on peut se demander si parmi les 109 autres, il n'y a pas d'autres patientes qui auraient désiré un accouchement démedicalisé et qui ont accouché à domicile faute de structures adaptées.

Conclusion de cette étude :

La population de cette étude n'est pas représentative de la population générale.

En effet, le taux de personnes précaires est supérieure à la population générale et biaise nos résultats.

Néanmoins, parmi tous ces accouchements à domicile, les taux de mortalité maternelle et néonatale dans notre échantillon sont nuls.

Le taux d'enfant transféré dans les services de pédiatrie est significativement plus élevé pour les grossesses non suivies.

Ceci montre bien l'intérêt d'un suivi de grossesse bien conduit.

Toutes les pathologies maternelles lourdes ont été observées dans la population précaire, population moins réceptrice aux différents messages de prévention.

Les variations du taux d'enfants transférés entre précaire et non précaire ne sont pas significatives.

Il n'y a pas de différences statistiques significatives entre les patientes qui ont bénéficié d'aide de professionnel qualifié lors de l'accouchement au point de vue de la santé de la mère et de l'enfant.

Néanmoins nous ne pouvons encourager la pratique de l'accouchement sans professionnel qualifié.

Ces taux ne sont pas significatifs du fait de la taille modeste de notre échantillon.

De nouvelles études comprenant des populations plus importantes devront être conduites afin d'étayer ou d'infirmer ces hypothèses.

IV : Discussion

Le but de ce travail n'est pas de faire marche arrière sur les progrès conséquents des 50 dernières voire des 20 dernières années, où le taux de mortalité est passé de 27 en 1960 à 3.6 aujourd'hui. Mais de remarquer, d'interpeller, de signaler peut-être une dérive des pratiques de plus en plus agressives de plus en plus médicalisées.

C'est vrai, il existe des grossesses dites pathologiques, comme les RCIU, ou les dysplacentations ou même les gémellaires qui nécessiteront toujours un climat d'hyper médicalisation. Il est illusoire et rétrograde de penser aujourd'hui de revenir à l'accouchement à domicile, même si aucune loi française n'oblige à la parturiente à accoucher dans une maternité. Lorsqu'on regarde l'activité des maternités il existe toujours une proportion incompressible d'extraction fœtale soit par césarienne soit par instruments (forceps ou ventouse) de près de 22 + 15 soit 40 % d'intervention obstétricale selon les chiffres de notre maternité.

La démedicalisation au sens propre est dans l'air du temps, l'objectif actuel est de proposer aux patients au sens large des méthodes de suivi de moins en moins astreignantes tout en étant de plus en plus performantes. Par exemple dans le cas des patients diabétiques, le contrôle retrospectif de la glycémie par l'hémoglobine glyquée de réalisation peu contraignante a amélioré le suivi au long

cours du patient, les études sur des glucomètres transcutanés, moins sanglant confirme la volonté d'être moins agressif, moins traumatisant tout en offrant une sécurité optimale. La même logique de réduire la lourdeur des prises en charges thérapeutiques est illustrée par les interventions chirurgicales micro invasives, la coelioscopie dans les années 90 la radiologie interventionnelle dans les années 2000 et maintenant la chirurgie par les orifices naturels, les « NOTES » (22).

Notre définition d'une démedicalisation est d'offrir à une parturiente, à un couple, une option d'un accouchement moins agressif moins traumatisant et mieux vécu sans pertes de chances.

Notre étude portait sur les accouchements inopinés qui représentent l'extrême en matière de démedicalisation, lorsqu'on se penche uniquement sur la question de la mortalité infantile on constate qu'elle est nulle.

Il est vrai que lorsque l'on parle à un obstétricien ou un pédiatre néonatal exerçant en CHU de démedicaliser l'accouchement le non sens est aussitôt évoqué, les équipes obstétrico-pédiatriques tendent à réduire les conséquences de la prématurité, de réanimer des fœtus de 24 SA, de développer la chirurgie endo utérine est l'on comprend très bien que démedicaliser n'est pas la tendance actuelle dans les CHU.

La question de la démedicalisation peut se poser autrement, en comparant les activités obstétricales entre un niveau III et un niveau I, parce que quelque part choisir d'accoucher en niveau I c'est choisir une perte de chance, un obstétricien en astreinte, un pédiatre inexistant, l'équipe obstétricale est le plus souvent réduite à une sage femme et une ASH ! Il est vrai que souvent la sage-femme d'hôpital

périphérique est une sage-femme d'expérience qui « a du nez » et qui très souvent anticipe à juste titre la prise en charge. Le plateau technique dont dispose un praticien d'hôpital périphérique est inférieur au plateau d'un CHU, pas de table d'embolisation, un bloc opératoire d'astreinte avec des équipes non spécialisées ...

Autrement dit, la question de démedicaliser l'accouchement est déjà posée depuis la création des maternités de niveaux I, II, et III.

La question essentielle est de définir au cours de la grossesse si la grossesse est à risque ou pas ! Si la grossesse est dite « non à risque » alors pourquoi ne pas proposer une prise en charge obstétricale « non à risque ». Le développement des maisons de naissance et des espaces physiologiques semble répondre dans le concept complètement à cette question. La maison de naissance se définit comme un local démedicalisé où la parturiente, qui l'a choisit, est prise en charge par une sage-femme indépendante. La sécurité est assurée par une prise en charge obstétricale rapide en cas de besoin, transfert SAMU ou bloc à porté de chariot. Le bien être fœtal est assuré par des examens non intrusifs et non continus. Le transfert entre le centre hospitalier et la maison de naissance, aussi court soit t'il, peut dans quelques cas ne pas permettre l'extraction d'un fœtus vivant comme dans la procidence du cordon ou l'hémorragie de Benkizer. A noter tout de même que ces pathologies provoquent aujourd'hui toujours des décès quand bien même la patiente est hospitalisée ou en salle de travail !

De toutes les structures évoquées dans ce travail, seuls les espaces physiologiques installés au sein même de la maternité offrent les mêmes prestations en terme de sécurité que l'hôpital.

A l'heure actuelle on multiplie les indices de mesure du bien être fœtal, l'exemple le plus parlant est l'analyse du tracé du RCF au

cours du travail. Cette analyse n'est pas parfaite, on a déjà remarqué les extrêmes avec des tracés normaux pendant tout le travail et des résultats en termes d'APGAR catastrophiques à l'accouchement. L'inverse est vrai aussi, des tracés pathologiques avec des APGAR satisfaisant à la naissance. La question de la surveillance du bien être foetal du travail se justifie également devant le nombre de parturientes arrivant en salle de naissance à dilatation complète, tout le travail obstétrical s'est fait sans surveillance et les taux de mortalité observés au cours de notre expérience sont superposables aux taux de mortalité des femmes surveillées au cours du travail. C'est la même question et la même problématique pour la patiente qui consulte à terme, elle bénéficie d'un enregistrement cardio tocographique et on constate une décélération voire une bradycardie qui récupère. Extraire le fœtus en urgence devant une telle constatation dérange certainement quelque part l'obstétricien. La question des décélérations passées inaperçues est fondée, faut il alors proposer un enregistrement en ambulatoire comme les enregistrements Holter cardiologiques et se dire et bien oui elle a décéléré fortement il y a 8 huit jours

La réalité est difficile à admettre, mais dans une structure où tous les moyens sont disponibles (extraction foetale en urgence et réanimation pédiatrique efficace) constater une décélération est ne rien faire est inacceptable aux yeux de l'équipe et des moyens à disposition.

Nous l'avons bien vu, ce sont les pays développés, les pays riches qui proposent une autre prise en charge des grossesses. Les maternités sont saturées, il est de plus en plus difficile de répondre aux besoins de la population. A l'extrême on peut imaginer que les grossesses non à risque prennent la place des grossesses à risque dans les C.H.U!

L'expansion des espaces physiologiques demandera du personnel qualifié dédié à ces espaces. A l'heure où les hôpitaux peinent à recruter, ce problème va devenir croissant.

A contrario, les hôpitaux qui proposeront ces espaces pourront peut-être attirer vers eux des sages-femmes qui souhaiteraient travailler autrement.

Décider de mettre en place des maisons de naissances nécessite un suivi du post partum adapté, la maison de naissance ne dispose pas de lits d'hospitalisation. Une fois l'accouchement réalisé la parturiente rentre à domicile, le suivi à domicile doit être alors discuté avec une sage femme libérale, un médecin traitant, ou la famille ??

Quelques hôpitaux ont mis en place pour faire face à cette demande de retour précoce à domicile des hospitalisations à domicile pour suivre le post partum.

Ces structures restent encore marginales mais pourraient être étendues.

L'ensemble de ces structures pourrait répondre à une demande croissante des couples dans notre société si ambivalente où, d'une part l'hyper technologie rassure et où d'autre part le retour au naturel et au biologique revient en force.

Ces 2 aspects : le naturel et l'hyper technologique ne sont pas à opposer, ils sont complémentaires, la technologie nous permet de sélectionner les patientes à bas risques auxquelles on pourra proposer des accouchements démedicalisés.

Toutefois le libre choix du lieu d'accouchement devra être laissé aux patientes, les différentes structures évoquées plus haut devront rester des alternatives les unes par rapport aux autres, chaque patiente ayant des désirs propres pour la naissance de son enfant. Certaines préféreront un accouchement hospitalier classique, d'autres préféreront la démedicalisation.

Nous devons nous méfier des effets délétères d'une trop grande maîtrise comptable où toute personne avec une grossesse physiologique devrait avoir un accouchement démedicalisé avec un retour précoce à domicile.

C'est un peu le pendant du système hollandais actuel, où certaines femmes retournent à domicile alors qu'elles auraient souhaité rester hospitalisée quelques jours pour se reposer.

Le rejet actuel de la médecine classique par certains couples est fondé sur une image désuète de nos pratiques. L'obstétrique est en constante évolution.

Les gynécologues et les politiques ont pris en compte cette nouvelle demande des patientes pour les accouchements à bas risque.

Ainsi le rapport de la mission périnatalité commandé par le Ministère de la Santé en 2003 nous dit que : « les données disponibles laissent penser qu'il faudrait faire moins et mieux dans les situations à faibles risques ». « Cette nouvelle politique repose sur une prise en charge différenciée entre le bas risque et le haut risque périnatal. Les professionnels de la naissance doivent modifier leurs pratiques non pas en démedicalisant mais en abandonnant les techniques non indispensables pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement normal. Ces techniques peuvent éloigner la future

mère de la notion du caractère physiologique et naturel de la grossesse et de la naissance ».

Cet état d'esprit se retrouve également dans les manuels de médecine destinés aux étudiants.

Ainsi, les livres de médecine préparant au concours de l'Internat de 1998 (21) indiquaient aux étudiants que toute parturiente doit être à jeun strict, doit bénéficier d'une mesure en continu du rythme cardiaque fœtal et d'une pose d'une voie veineuse périphérique dès son entrée en travail, aujourd'hui, la parturiente n'est plus à jeun, elle est perfusée qu'au moment de la pose de la péridurale.

La mesure en continu du R.C.F. n'est pas indispensable chez les patientes à bas risque. Une mesure discontinue peut suffire (3)

La pose de la voie veineuse périphérique d'emblée limite les mouvements des patientes.

Les livres actuels (2) tiennent plus compte du bien-être de la patiente, ils conseillent des mesures du rythme cardiaque fœtal discontinu si les paramètres sont bons par ailleurs, de ne pas laisser la patiente à jeun, il déconseille le rasage du périnée, ils autorisent la patiente à déambuler et à adopter la position qui lui convient. Ils suggèrent enfin que l'épisiotomie systématique soit abandonnée.

Les recommandations pour la pratique clinique sur l'épisiotomie notamment sont moins systématiques quant à la réalisation d'actes invasifs.

Nos pratiques se modifient actuellement.

Malgré tout, de nombreux sites Internet vantant des méthodes alternatives se développent (12).

Le secteur hospitalier classique communique peu au sujet de ces changements de pratiques.

Le public, craintif vis-à-vis de l'hôpital, n'est pas informé de ces changements et continue à préférer d'autres structures.

L'hôpital renvoie toujours l'image de la pathologie, ce n'est pas l'univers que souhaitent certains parents pour mettre au monde leur enfant.

Certains couples qui ne trouveront pas de structures adaptées à leur désir d'accouchement physiologique sécurisé seront tentés de se tourner vers des professionnels non qualifiés avec les dégâts que l'on a déjà malheureusement connu récemment.

Nous risquons d'avoir à faire à un véritable problème de santé publique.

Les structures comme les maisons de naissances, les espaces physiologiques des maternités, les hospitalisations à domicile suite au retour précoce à la maison après accouchement sont à promouvoir en tout cas dans les maternités de bas risque niveau I ou II.

En effet bien qu'il n'existe pas à l'échelle de grande population de majoration de risques statistiquement significative lors des accouchements à domicile planifiés, un risque individuel (devant une procidence du cordon par exemple) ne peut être écarté.

Nous voyons donc que dans quelques cas l'enfant et la mère subiront une vraie perte de chance pendant le transfert vers une unité médicalisée.

Les patientes qui choisissent l'accouchement à domicile sont informées de ce faible risque et font ce choix en connaissance de cause. Devant l'obligation de moyens à laquelle chaque personnel médical doit faire face, devrions nous à l'extrême faire signer une décharge à ces patientes ?

Nous préférons donc encourager l'expansion des espaces physiologiques des maternités, des plateaux techniques mis à disposition des sages-femmes libérales.

Ces structures offrent aux couples un univers plus réconfortant, plus familial, moins médicalisé, mais très sécurisé avec assistance d'une sage-femme tout au long du travail et de l'accouchement, cet univers peut devenir très rapidement médicalisable par la proximité du plateau technique en cas de complications.

Démédicaliser l'accouchement en 2008 n'est pas une hérésie si les patientes sont correctement sélectionnées, si la naissance se déroule dans un univers sécurisé par des professionnels qualifiés et si l'environnement peut être rapidement médicalisé.

Ce ne sera bientôt plus une utopie si des structures adaptées se développent en nombre suffisant.

Ce sera probablement dans les années à venir une nécessité aux vues de la demande croissante des patientes et des contraintes des maternités.

V : Bibliographie :

1 : Dupuis O et al. Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000. Gynécol Obstét Fertil. 2002 ; 30 : 677-83.

2 : HOHLFELD Patrick, MARTY François. Le livre de l'interne Obstétrique. 3^{ème} édition. Paris : Flammarion Medecine-Sciences, 2004, 363 p.

3 : Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de surveillance fœtale pendant le travail .2007.

4 : MERGE Robert, LEVY.J, MELCHIOR.J. Précis d'obstétrique, .Paris : Elsevier Masson. 2001.

5 : Ministère de la santé et de la protection sociale. Plan périnatalité 2005 2007 : Humanité Proximité Sécurité Qualité. 2004.

6 : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. La situation périnatale en France en 2003. Etudes et résultats, Mars 2005, 383.

7 : Lindgren, H.E., et al. Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a homebirth. Midwifery. 2008.

8 : Haute autorité de santé. Recommandations pour la pratique clinique. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile .Mai 2004.

9 : Institut national de veille sanitaire. Mortalité maternelle en France : bilan et perspectives. Bulletin épidémiologique hebdomadaire.12 Dec 2006 ; 50.

10 : Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés. Etat du mal logement en France. Rapport annuel 2008.

11 : Wiegers T.A, Keirse M J N C, Van der Zee J, Berghs G.A.H. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. B.M.J. 1996;313:1309-1313 .

12 : Kleiverda et al. Place of delivery in the netherlands. Maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement. Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol.1990;36: 1-9.

13 : Soderstrom et al. Interest in alternative birth place among women in Ottawa-Carleton. Can. Med. Assoc. J.1990 ; 142. 963-969.

14 : Collège national des gynécologues obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : Césariennes, conséquences et indications. 2000.

15 : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001. Etudes et résultats, 275, Dec 2003.

16 : Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique L'épisiotomie. 2005.

17 : Ministère de l'emploi et de la solidarité. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des maladies nosocomiales. 1999.

18 : C.C.L.I.N Sud Est, Réseau mater sud-est. Rapport annuel du réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité : mater sud-est 2007. Juin 2008.

19 : Burillon.A. Pédiatrie. 2^{ème} édition. Paris : Masson, 2001, 680 pages (connaissances et pratique).

20 : Observatoire régional de la santé en Limousin. L'allaitement maternel en Limousin, 21, Oct 2007.

21 : Delgado S, Ibarzabal A, Fernandez-Esparrach G. Natural orifice transluminal endoscopic surgery : actual situation. Gastroenterol Hepatol. 2008 Oct ;31(8) :512-21.

VI : Références :

Ref 1 : site Internet portrait de médecins :

www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/trotula.htm

Ref 2 : site Internet portrait de médecins :

http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/du_coudray.htm

Ref 3 : site Internet du ministère de la culture :

www.culture.gouv.fr/culture/actualite/celibrations_2002/lamaze.htm

Ref 4 : I.N.E.D : www.ined.fr

Ref 5 : www.insee.fr

Ref 6 : <http://www.infectiologie.com/public/congres/2004/CT/ct05-03-Carret-jni04.pdf>.

ref 7 : site internet de l'I.N.P.E.S

<http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/391/05.htm>

dossier " périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? "

Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas.

La santé de l'homme n°391 Madeleine Akrich.

Ref 8 : site Internet de l'association nationale des sages-femmes libérales : www.anstl.org

Ref 9 : www.satistiques-mondiales.com

Ref 10 : [http://www.who.int/reproductive-health/publications/French MSM 97 2/MSM 97 2_chapter2.fr.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_97_2/MSM_97_2_chapter2.fr.html)

Ref 11 : Vidéo cassette : Thèse pour le doctorat en médecine :
« Conduite à tenir du médecin généraliste devant un accouchement
inopiné à domicile » J.P Joffre

Ref 12 : www.naitrechezsoi.com

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire

Demedicalized childbirth: Utopia or heresy?

SUMMARY

Currently Western medicine is very standardized. Trough years, the childbirth became a regular medical act.

Today in France, each birth is very supervised according to strict standardized criteria.

More and more couples do not wish to give birth to their child in this hyper medicalized world any more and look for alternatives solutions.

Indeed, they prefer a more serene, a more demedicalized environment but secured by the presence of qualified professional. In such an environment, they can quickly have medical cares when problems occur.

Based on these expectations, several European countries promote such structures.

Nowadays, in France, demedicalized childbirth structures are growing in interest but still have several obstacles to overcome.

Our study, carried out in Limousin on a panel of 131 women who were suddenly confined in their residences without any assistance of a qualified professional. This case study represents an extreme version of the demedicalisation. These patients took a unconsidered risk at the expense of their own health.

Our proposition is that these physiological spaces have to be promoted. Indeed, they allow a physiological, protected childbirth with a medical support when necessary.

In these physiological spaces, each patient request is taken into account. Medicine have to remain a social science where expectations, culture and personnal experiences of each patient should be taken into consideration to provide them the best cares they deserve.

Key words:

Home Childbirth
House of birth

Demedicalisation

Physiological spaces

BON A IMPRIMER N° 3166

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

Résumé :

Actuellement la médecine occidentale est très protocolisée, l'accouchement est devenu au fil des années un acte médical et n'a pas échappé à cette règle.

Aujourd'hui en France, chaque naissance est très surveillée selon des critères stricts standardisés.

De plus en plus de couples ne souhaitent plus mettre leur enfant au monde dans cet univers hyper médicalisé et cherchent des solutions alternatives.

Ils préfèrent un environnement plus serein, démedicalisé, sécurisé par la présence de professionnel qualifié, et rapidement médicalisable si un problème survient.

Différents pays européens proposent des structures répondant à ces attentes.

En France, quelques structures où l'accouchement est démedicalisé se développent mais connaissent de nombreux freins malgré leurs nombreux avantages.

Notre étude, réalisée en Limousin sur 131 femmes ayant accouché inopinément à domicile sans l'aide d'un professionnel qualifié représente la version extrême de la démedicalisation.

Ces patientes ont pris un risque inconsidéré.

Nous pensons que les espaces physiologiques sont à promouvoir, ils permettent un accouchement physiologique, sécurisé et immédiatement médicalisable.

Dans ces espaces, la demande de chaque patiente est prise en compte, la médecine doit rester une science humaine où les attentes, la culture et le vécu de chaque patiente doit être considéré afin de leur apporter les soins les plus appropriés.

Médecine générale

Mots clefs :

Accouchement à domicile; Démedicalisation; Espaces physiologiques; Maison de naissance

Département de médecine générale
Faculté de médecine
Limoges