Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 103 (2005)

Heft: 4

Artikel: Accouchement physiologique : jusqu'où mène l'hypermédicalisation de la naissance?

Autor: Odent, Michel

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950045

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 12.07.2025

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

EDITORIAL

Notre société moderne est basée sur le progrès technologique et scientifique. Internet et les appareils numériques font désormais partie de notre vie commune. Dès l'âge scolaire, les enfants sont familiarisés à l'ordinateur.

Tout doit être contrôlé et «parfait», tout y compris le fait de fonder une famille. Tel est le message des deux articles du dossier. L'article de Michel Odent, obstétricien de réputation internationale et auteur de plusieurs ouvrages, a pour but d'expliquer les effets néfastes d'une naissance trop médicalisée et met en évidence l'importance de respecter l'accouchement physiologique afin que toutes les hormones nécessaires puissent être secrétées.

Le deuxième article veut faire réfléchir sur le rôle de l'échographie en se basant sur une étude interrogeant des couples en attente d'un enfant avec un diagnostic de suspicion de malformation. Il en résulte une ambivalence entre l'anxiété et la sécurité qu'apporte cet examen non invasif.

En tant que sages-femmes, nous savons que notre rôle est de favoriser le déroulement physiologique de la naissance tout en respectant également la sécurité de l'enfant et de la mère. En milieu hospitalier, ce rôle est parfois dur à maintenir non seulement par rapport au corps médical, mais aussi vis-à-vis des parents qui ont le droit de prétendre que «tout aille bien».

Face à ce thème, je vous invite à réfléchir à ceci: Comment nous, sages-femmes, pouvons-nous travailler dans le respect de la physiologie dans cette société du troisième millénaire? Une proposition me vient à l'esprit: Que pensez-vous des maisons de naissance rattachées à un hôpital comme il en existe déjà quelques-unes?

Marina Milani

Accouchement physiologique

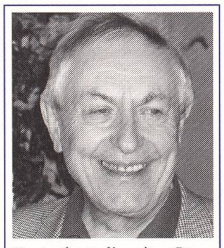
Jusqu'où mène l'hyper

Jusqu'à une époque récente, une femme ne pouvait pas avoir de bébé sans secréter ce cocktail complexe d'hormones de l'amour. Or aujourd'hui, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, la plupart des femmes des pays industrialisés deviennent mères sans s'imprégner de telles hormones. On peut s'interroger sur l'avenir d'une civilisation née dans de telles conditions.

Michel Odent

EN Angleterre, le centre de recherche en santé primale fondé par Michel Odent, qui s'intéresse à la période primale incluant la vie fœtale, la naissance et la première année de vie, révèle que l'altération de la capacité d'aimer plonge ses racines dans un passé perturbé autour de la naissance. L'hypermédicalisation de la naissance peut ainsi conduire à la criminalité juvénile, les comportements autodestructeurs (suicide, toxicomanie, anorexie mentale), mais aussi des affections mentales graves comme l'autisme et la schizophrénie.

Il y a deux manières d'entrevoir la naissance. La première considère la grossesse comme une situation à risque nécessitant un maximum de surveillance et l'accouchement comme l'extraction du fœtus du ventre maternel. La deuxième voit la grossesse et la naissance comme une suite de processus physiologiques qui se passent le plus souvent normalement et qu'il est inutile de perturber. La mère est ainsi soit passive, soit active (actrice même).



Texte écrit d'après «Pour une naissance à visage humain» de Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau et «L'amour scientifié» de **Michel Odent,** aux Editions Jouvence.

Quel que soit le contexte, pour mettre un enfant au monde, la femme doit libérer un cocktail d'hormones C'est la partie primitive de son cerveau, constitué des structures cérébrales anciennes (hypothalamus, hypophyse) que nous partageons avec l'ensemble des mammifères, qui produit ces hormones. A l'inverse, la partie «récente» du cerveau, si développée chez les humains, appelée le néo-cortex, constitue un frein au déroulement physiologique de l'accouchement par les inhibitions qu'il génère lorsqu'il est stimulé. Pour accoucher physiologiquement, la femme a donc besoin d'être à l'abri des stimulations de son néo-cortex, qui sont provoquées par le langage, la lumière forte, le fait de se sentir observé, le fait de ne pas se sentir en sécurité.

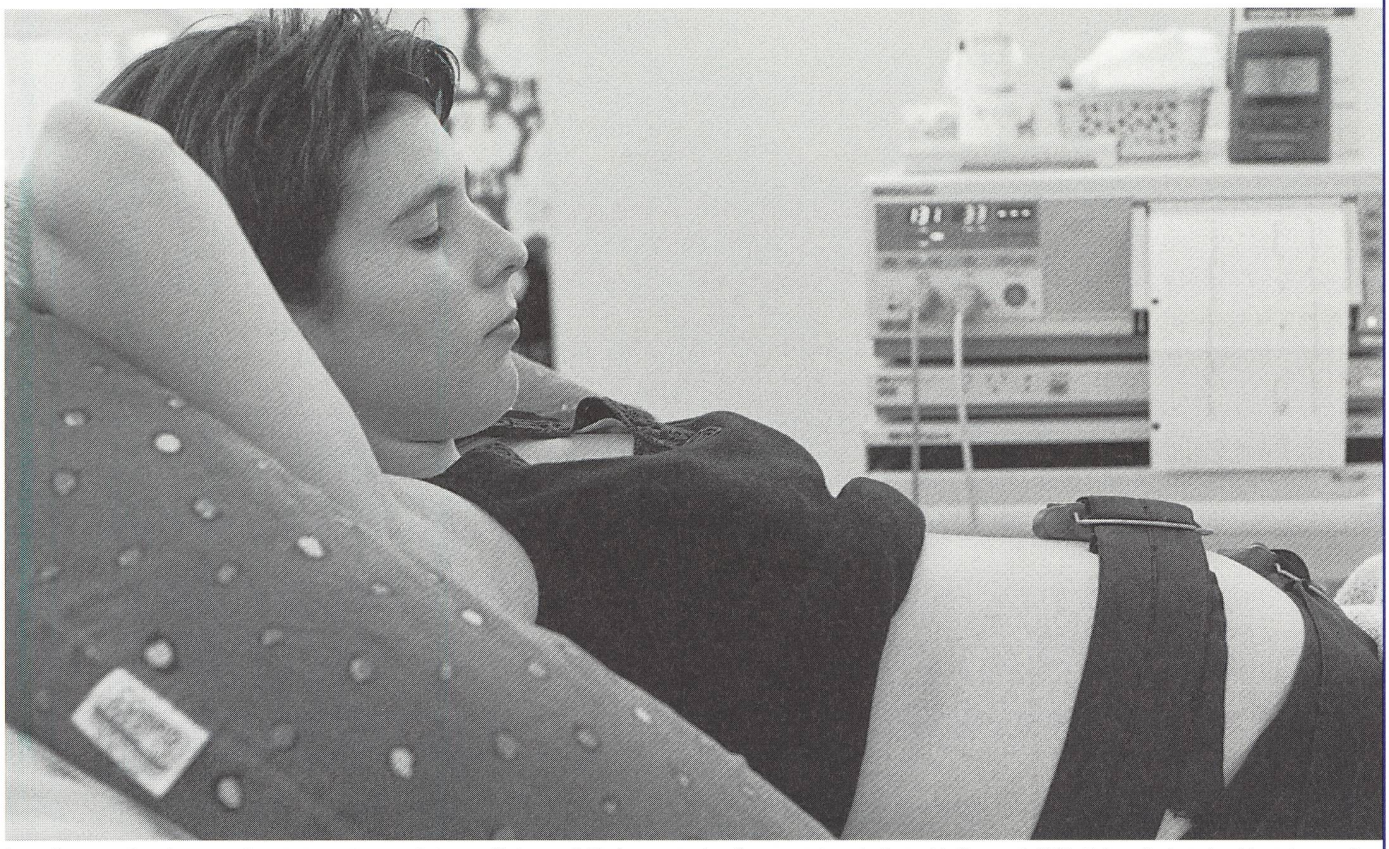
Comment le déroulement physiologique de la naissance est sans cesse perturbé

L'accouchement en hôpital ou clinique s'accompagne d'une *absence d'intimité*, qui est pourtant un besoin fondamental de la femme (et de la femelle) qui accouche. Naturellement, celle-ci recherchera un espace clos, familier, pas trop grand, avec peu de lumière, de bruit et de monde autour d'elle. Elle a aussi besoin de connaître la personne qui va l'assister (ce qui n'est pas toujours possible) et c'est pourquoi le va-et-vient dans la salle de travail de personnes inconnues pratiquant des gestes intrusifs l'empêche de se sentir rassurée.

Le *déclenchement* de l'accouchement au moyen d'une perfusion d'ocytocine synthétique est de plus en plus fréquent: 20,3% en moyenne en 1998 (alors que l'OMS recommande un taux < à 10%), contre 15,5% en 1991, 10,4% en 1981 et 8,5% en 1972. Pourtant, selon l'avis même du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, on observe en cas de déclenchement «des contractions plus intenses et douloureuses, une utilisation plus fréquente du forceps» et une augmentation «de plus de 50% du risque de césarienne dans le cas d'un premier accouchement», ce qui en fait «un geste médical sans bénéfice médical prouvé».

Le déclenchement c'est aussi et surtout plus de risque de souffrance fœtale pour le bébé qui se trouve «expulsé» de l'utérus maternel sous l'intensité de

médicalisation de la naissance?



La mère est de plus en plus souvent un sujet passif, immobilisée, soumise à un protocole hospitalier qui définit les règles de déroulement de l'accouchement.

Photo: Susanna Hufschmid

contractions qu'il n'a pas lui-même déclenché.

La *péridurale*, pratiquée dans 58% des accouchements en France en 1998 n'a pas que des avantages. Conséquence directe du déclenchement en raison de l'intensité douloureuse des contractions qu'il provoque, elle a d'autres conséquences sur le déroulement du travail. Elle oblige la femme à rester immobile et couchée, ce qui empêche l'adoption de positions d'accouchement plus physiologiques. Elle peut entraîner une chute importante des contractions, en terme de quantité et de qualité. Elle peut être à l'origine d'une baisse de tension. L'expulsion du bébé peut être rendue difficile s'il s'engage mal dans un bassin dont la mobilité est réduite et l'emploi de forceps ou ventouses sera plus fréquent si les sensations ressenties par la maman sont trop diminuées au moment de la poussée. Elle peut avoir des ratés (un seul côté endormi) et des effets secondaires pour la maman (maux de tête invalidants). Pour finir, plusieurs études ont montré un effet sur la capacité de succion du bébé qui peut avoir des conséquences sur le démarrage de l'allaitement.

La *position d'accouchement* est imposée en salle de travail: couchée sur le dos, les pieds relevés dans les étriers est anti-physiologique. Elle oblige le bébé à «monter une côte» pour sortir, faisant fi de la pesanteur qui favorise pourtant la rotation de sa tête. Elle provoque douleurs dans les reins, le poids du bébé pesant sur la colonne vertébrale de sa mère, et perturbe les échanges sanguins et respiratoires vers l'utérus et le placenta augmentant

Selon une étude, sur 1 692 accouchements qui se sont déroulés entre 1991 et 1994, on obtenait:

	Césariennes	Episiotomies	Forceps	Allaitement
Sans péridurale	11,64%	15,06%	2,48%	75%
Avec péridurale	24,87%	47,06%	16,04%	58%

Quelques chiffres de l'étranger

Les sages-femmes sont moins interventionnistes

Selon le rapport du Conseil canadien d'évaluation des projets pilotes des sages-femmes, datant de mars 1998, les chiffres montrent:
- un taux de déclenchement de 5,5% dans le groupe «sage-femme», contre 23,6% dans le groupe «médecin»
- 10,6% d'administration d'ocytocine, contre 42,4%
- 21,8% de monitoring fœtal, contre 89,8%
- 11,3% de péridurales, contre 49,1%
- 6,9% d'épisiotomies, contre 36,5%

Les Pays-Bas, où un tiers des accouchements se déroulent à domicile, sont le seul pays à cumuler un taux de mortalité périnatale inférieur à 10 pour 1000, un taux de mortalité maternelle inférieur à 10 pour 1000 et un taux de césarienne inférieur à 6%.

La mère peut aussi devenir actrice de son accouchement qui se déroule alors de manière physiologique, sans déclenchement, dans la position de son choix. Photo: Susanna Hufschmid

Un coktail d'hormones

Les mécanismes en jeu lors d'un accouchement physiologique

L'**ocytocine** est l'hormone de l'amour, libérée pendant l'accouplement par les deux partenaires, par la mère juste après la naissance en réaction au signal du bébé, mais aussi lorsque nous partageons un repas avec d'autres compagnons. Elle joue aussi un rôle dans la reproduction, en provoquant des contractions utérines qui facilitent le transport des spermatozoïdes vers l'ovule.

La **prolactine** est l'hormone du maternage, impliquée dans la construction du nid et dans les comportements protecteurs envers son bébé et agressifs envers les autres, de la femelle qui allaite. Elle est l'hormone nécessaire à l'initiation et au maintien de la lactation.

Les **endorphines** sont notre système de récompense. Lorsque nous faisons quelque chose qui est nécessaire à la survie de l'espèce, nous secrétons ces hormones proches de la morphine, à la fois hormones du plaisir et hormones anti-douleurs. Les endorphines sont ainsi secrétées pendant les rapports sexuels, nous encourageant ainsi à nous accoupler pour la survie de l'espèce. Tous les mammifères se protègent de la douleur pendant l'accouchement en élevant leur taux d'endorphines. Le fœtus secrète lui aussi ses propres endorphines pendant l'accouchement, de sorte qu'à la naissance, mère et bébé sont encore sous l'effet de ces opiacés naturels qui permettent le début d'une dépendance et d'un attachement de l'un à l'autre. Après la naissance, quand le bébé tète, le taux d'endorphines de la mère passe par un maximum après une vingtaine de minutes d'allaitement, la récompensant elle et son bébé, et les plongeant l'un et l'autre dans un état de bien-être profond.

Les hormones de l'**adrénaline** sont à l'inverse celles qui provoquent l'inhibition lors des différents épisodes de la vie sexuelle et reproductrice. Elles sont mises en jeu quand la survie de l'individu est menacée et passe en priorité devant la survie de l'espèce. Voilà pourquoi on ne peut pas faire l'amour quand on est en danger, et pourquoi un accouchement ne peut pas progresser quand la mère est angoissée. Les freins néocorticaux, plus puissants chez les humains que chez tout autre mammifère, provoquent ces inhibitions, rendant notre espèce particulièrement vulnérable lors des différentes étapes de la vie sexuelle que sont l'accouplement, l'accouchement et l'allaitement.

ainsi le risque de souffrance fœtale. En situation physiologique, les femmes prennent des positions tout à fait différentes (à quatre pattes, accroupie, assise soutenue sous les bras, debout accrochée à une corde, etc.) et ressentent le besoin de se verticaliser au moment de l'expulsion.

En France, en moyenne, *l'épisiotomie* est pratiquée dans 60% des accouchements (100% dans certains établissements), contre 30% en Angleterre et 6% en Suède. L'OMS recommande un taux maximal de 20%. Aucune étude n'a prouvée un effet bénéfique de l'épisiotomie sur les trois indications qui la justifient pourtant: prévention des déchirures du périnée – dont elle accroît au contraire la fréquence –, prévention des incontinences urinaires ou anales et des prolapsus (ou descentes d'organes). En revanche ses inconvénients sont nombreux: lors de l'accouchement, plus de pertes de sang; à court terme en post-partum, plus de douleur limitant le choix de positions d'allaitement; à long terme, risque de mauvaise cicatrisation et de lésions du sphincter anal, douleurs lors des rapports sexuels pouvant perdurer de long mois. Une déchirure spontanée du périnée survient rarement s'il a été préparé pendant la grossesse (par le yoga par exemple), s'il est massé pendant l'accouchement, si la mère prend une position qui lui est favorable et effectue les poussées sur des expirations contrôlées et non en bloquant sa respiration. Une déchirure spontanée est de toute façon préférable à une épisiotomie car elle saigne moins, cicatrise mieux et entraîne moins de séquelles et de douleurs post-partum.

Les taux de césarienne révélés par les trois enquêtes périnatales montrent bien l'hypermédicalisation croissante des accouchements en France: 10,9% en 1981, 15,9% en 1995, 17,5% en 1998. Pourtant la césarienne n'est pas un accouchement banal, mais une intervention chirurgicale aux suites douloureuses, avec des risques de complication pour la mère et pour le bébé, qui laisse bien souvent un vécu personnel dramatique aux femmes qui l'ont subie. Trop souvent pratiquées d'office (2 fois sur 3) en cas de précédente césarienne, elles sont très souvent la conséquence des perturbations de la physiologie naturelle de l'accouchement et le résultat de protocoles médicaux qui ne prennent pas le temps de laisser les choses se faire.

Quel accueil fait-on au nouveau-né?

Au lieu de laisser l'enfant se comporter de manière innée, on s'empresse de

couper le cordon ombilical qui n'a pas encore cessé de battre et de séparer l'enfant pour la première fois du corps de sa mère pour l'examiner et lui procurer des soins qui pourraient attendre (bain, pesée qui refroidit et mesure de la taille qui oblige l'enfant encore en position fœtale à s'étirer). Certains soins sont abusivement pratiqués en routine, comme l'aspiration gastrique qui est une drôle de façon d'introduire le bébé à l'oralité avec, à la clé, deux fois sur trois, des conséquences néfastes sur sa capacité à téter. Refroidi par cette séance d'examens et de soins, l'enfant est habillé et mis en isolette ou couveuse pour se réchauffer, au lieu d'être placé sous un drap ou une couverture, peau à peau contre sa mère qui est parfaitement capable de le réchauffer pour le plus grand bénéfice des deux et de la relation qu'ils mettent en place.

Toutes les études, qu'elles soient d'approche éthologique ou médicale portant sur les hormones en jeu à la naissance, s'accordent sur l'importance de la période critique où l'enfant va avoir ses premiers contacts, ses premiers échanges, ses premiers accordages, fondamentaux pour le processus d'attachement avec sa mère. Or, le respect des processus physiologiques de la naissance permet la mise en place naturelle et spontanée d'une série d'éléments favorisant cet accordage, pour peu qu'on ne sépare pas l'enfant de sa mère.

La noradrénaline secrétée pendant les dernières contractions utérines provoque une dilatation des pupilles du bébé de sorte que celui-ci naît avec un regard captivant pour sa mère, qui ne pourra plus «le quitter des yeux». Cette hormone joue aussi un rôle en facilitant l'apprentissage olfactif du bébé. Déjà familiarisé avec l'odeur de sa mère pendant la vie intra-utérine, le bébé âgé de moins de 10 jours est capable de distinguer un tampon qui a été en contact avec le sein de sa mère d'un tampon mis en contact avec le sein d'une autre mère. Une autre étude a montré que, dès le troisième jour, le bébé distingue l'odeur du sein maternel de l'odeur homologue d'une autre mère ayant un bébé du même âge. Il distingue aussi l'odeur du cou de sa mère, et celle de sa bouche, construisant une véritable carte d'identité chimique de sa mère, à condition de ne pas être trop souvent séparé d'elle. ◀

«Bébé en vue»

Résultats visibles et cachés des échographies

La technique actuelle permet d'en savoir toujours plus sur l'état de santé de l'enfant à naître. Qu'en pensent les futurs parents? L'avis de 65 femmes enceintes et de 54 partenaires a été recueilli à Zurich. Si la technique leur paraît «bonne», ils montrent une attitude ambivalente à l'égard des échographies: les examens prénataux les font en effet passer, à court intervalle, de l'anxiété à la sécurité, ou vice versa.

LES échographies durant la grossesse sont devenues coutumières en Suisse depuis la fin des années 1970. Elles se distinguent d'autres types d'examen par le fait d'être non invasives, c'est-à-dire de se dérouler sans prélèvement de sang, de liquide amniotique ou de tissu. En règle générale, deux échographies sont effectuées durant la gestation, à savoir entre la dixième et la douzième et entre la vingtième et la vingt-troisième semaine. Toutes deux sont prises en charge par les caisses maladie bien que figurant sur la liste des économies dressée au moment de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). En effet, après la promulgation de celle-ci, elles furent, sur décision du Département fédéral de l'intérieur, remises au nombre des prestations obligatoirement remboursées par le biais d'une réglementation transitoire en vigueur jusqu'à fin 2001.

C'est dans ce contexte que le Centre d'évaluation des choix technologiques et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) ont décidé de soutenir financièrement une étude sur l'évaluation des conséquences psychiques des échographies et l'opinion des parents à leur sujet menée à l'Hôpital universitaire de Zurich sous la direction des professeurs Claus Buddeberg et Renate Huch. L'étude repose sur l'interrogation de couples en attente d'enfant qui, en raison d'un diagnostic de suspicion, ont été adressés à l'Hôpital universitaire de Zurich pour des examens complémentaires.

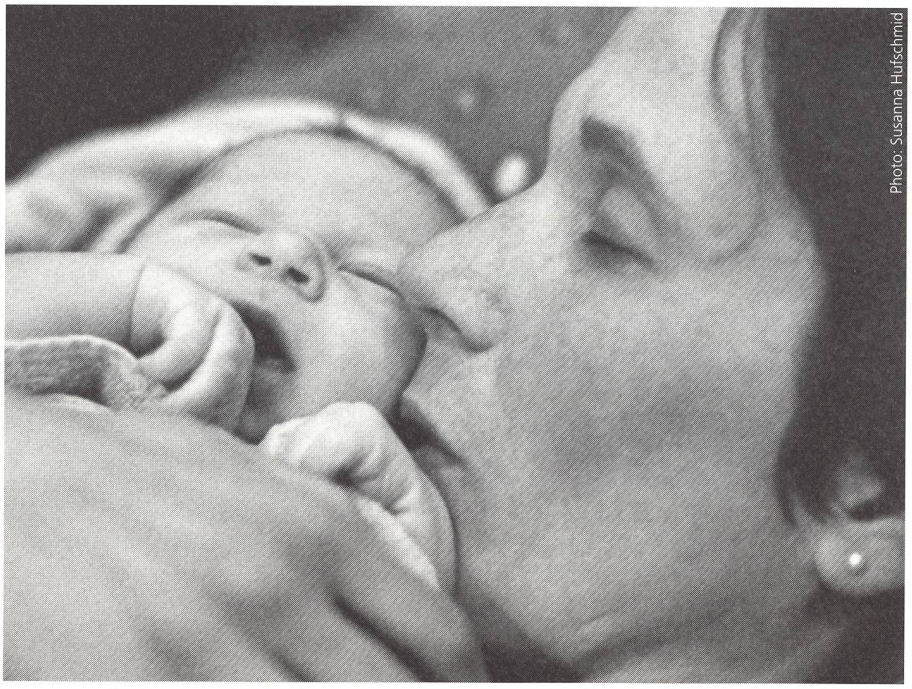


Photo: Susanna Hufschmid

Beaucoup de femmes, surtout quand elles sont qualifiées, veulent procréer quand elles trouvé leur assise dans le monde du travail et elles veulent créer un enfant «sans faute».