



# Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2014) 1(2), 82-86.

## Lu pour vous

Cette section des *DM* permet à divers auteurs de présenter des articles qu'ils ou elles auront trouvés particulièrement intéressants et pertinents pour la pratique de la sage-femme ou la recherche en maïeutique.

Si un article vous a interpellé(e), nous vous invitons à en soumettre une courte analyse critique à [soumission@dossiers-de-la-maieutique.fr](mailto:soumission@dossiers-de-la-maieutique.fr) pour inclusion potentielle dans cette section.

Des événements internationaux importants ont eu lieu depuis la parution du premier numéro des *DM*. Parmi eux :

- le 2<sup>ème</sup> MENA Midwifery Symposium (Symposium des sages-femmes du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord, à Ryadh, Arabie Saoudite, les 1<sup>er</sup> et 2 avril 2014, organisé et facilité par Docteur Atf Gherissi (rédactrice en chef adjointe des *DM* et enseignante à l'Université de Tunis) et Judith Brown (consultante sage-femme, Australie), en collaboration avec le soutien du Fonds des Nations Unies sur la Population (FNUAP/UNFPA);
- le 30<sup>ème</sup> Congrès triennal de la Confédération Internationale des Sages-femmes (ICM) à Prague, République Tchèque;
- lancement du rapport sur "L'Etat de la pratique de sage-femme dans le monde 2014" (FNUAP/UNFPA) pendant le Congrès de ICM;
- le 23 juin, la revue médicale *The Lancet* a publié un numéro spécial sur la maïeutique.

Ce numéro spécial du *Lancet* comprend un résumé analytique que vous pouvez trouver et télécharger dès à présent sur le site : <http://www.thelancet.com/series/midwifery>.

Quatre articles sont disponibles en anglais :

- La sage-femme et la qualité des soins : résultats d'un nouveau cadre de soins pour la mère et son nouveau-né basé sur données probantes
- Les effets attendus de l'élargissement de la pratique de la sage-femme
- Expérience de pays à très haute mortalité maternelle qui ont renforcé leur système de santé et le déploiement de sages-femmes
- Amélioration de la santé maternelle et infantile par la pratique sage-femme.

Le site *Santematernellepro* offre une excellente introduction, y compris un extrait du communiqué de presse publié au moment du lancement de cette issue spéciale du *Lancet* :

"Cette série d'articles est la plus vaste enquête jamais menée sur les soins de sage-femme dans le monde. Ses auteurs (un groupe international de chercheurs, de cliniciens, de sages-femmes, de décideurs et de militants des droits des femmes et des enfants) démontrent à quel point la généralisation de soins de sage-femme de bonne qualité et réellement accessible pourrait bénéficier aux femmes et à leurs bébés. Outre qu'ils sauvent des vies, ces soins permettent d'améliorer la santé et le bien-être à long terme. Les auteurs mettent aussi en évidence la tendance à la surmédicalisation de la grossesse et le recours excessif à des interventions comme la césarienne ainsi que les risques et les coûts associés." (<http://santematernelle.ning.com/consultation/the-lancet-et-les-soins-de-sage-femme>).

L'importance de ces événements est telle que nous avons décidé de publier prochainement un numéro hors-série des *DM* pour en donner les points clés. Ce numéro sera mis en ligne dans le courant du mois d'août et sera disponible en dehors du cadre de l'abonnement à la revue de façon à maximiser la dissémination de cette information.

Entretemps, voici une sélection d'articles qui ont retenu l'attention de quelques-unes.

**Kassebaum NJ, et al. (2014). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. Early Online doi:10.1016/S0140-6736(14)60696-6.**

[Ratios mondiaux, régionaux et nationaux et causes de mortalité maternelle entre 1990-2013.]

Il est rare de voir un article scientifique avec autant d'auteurs. Les noms de tous les auteurs remplissent toute la première page de l'article !

Cela s'explique par l'objectif de l'article qui est de mesurer et d'analyser les ratios et les causes de mortalité maternelle dans le monde entre 1900 et 2013. Des centaines d'équipes de recherche ont été ainsi impliquées pour



Scamell M & Stewart M (2014). Time, risk and midwife practice: the vaginal examination. *Health, Risk & Society*, 16, 84-100.

Stengel C (2013). The risk of being 'too honest': drug use, stigma and pregnancy. *Health, Risk & Society*, 16, 36-50.

**Scamell, M., & Stewart, M. (2014). Time, risk and midwife practice: the vaginal examination. *Health, Risk & Society*, 16(1), 84-100.**

[Du temps, du risque et de la pratique des sages-femmes : l'exemple du toucher vaginal.]

C'est dans ce contexte de réflexion sur l'appréhension du risque par les professionnels de la naissance que Scamell et Stewart, deux sages-femmes britanniques également formées en sciences sociales, posent leur recherche. L'article est construit à partir des données de deux recherches qualitatives conduites auprès de sages-femmes en Angleterre et repose sur un corpus d'observations participantes et d'entretiens compréhensifs enregistrés et analysés à l'aide du logiciel Atlas TI. Les deux recherches ont été avalisées par les comités d'éthiques compétents et les données ont été obtenues après l'obtention d'un consentement explicite.

Cet article est intéressant à plusieurs égards pour les sages-femmes francophones. Premièrement, il lève le voile sur la culture professionnelle des sages-femmes britanniques et, deuxièmement, il montre comment les sages-femmes négocient parfois leurs pratiques en marge d'un système de santé désigné comme scientifique-bureaucratique par les auteures.

Sur un plan culturel, les auteures contextualisent tout d'abord leurs observations en décrivant l'importance de la standardisation des pratiques au Royaume-Uni réalisée à travers la production de guidelines prescriptifs construits par le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE). L'importance de ces guidelines est reconnue par les sages-femmes de l'échantillon qui s'y conforment généralement. Les auteures abordent ensuite la relation des sages-femmes anglaises à l'examen vaginal pratiqué bien plus parcimonieusement au Royaume-Uni que dans les pays francophones d'Europe, soit toutes les quatre heures plutôt que toutes les heures à deux heures. Il est encore plus intéressant de constater que ce rythme qui peut paraître très "raisonnable" à une sage-femme suisse ou française suscite encore des questionnements chez les auteures qui soulignent le caractère intrusif de cet examen. L'une des auteures se révolte lorsqu'elle évoque un examen vaginal fait "à la sauvette" sans consentement explicite de la femme. Ce respect de l'intimité invite à la réflexion, surtout pour les sages-femmes qui ont appris leur métier dans des environnements banalisant le toucher vaginal.

Les résultats de l'étude montrent quant à eux les négociations tacites des sages-femmes pour contourner le système scientifique-bureaucratique en jouant avec les résultats des touchers vaginaux. Ces négociations prennent souvent la forme de résultats sous-évalués, c'est

à dire de dilatations qui sont déclarées moins avancées qu'elles ne le sont réellement. Ce sont également des examens vaginaux supplémentaires effectués pour suivre l'avancée de travail et qui ne sont pas nécessairement répertoriés. Ces méthodes sont utilisées pour retarder le moment du diagnostic de la première ou deuxième phase du travail, car ce diagnostic implique le déclenchement d'un compte à rebours à l'issue duquel des interventions médicales sont mises en place. Les auteures relèvent que ces tactiques sont employées dans une logique de réduction des risques, s'inscrivant ainsi autant que les pratiques médicales dans la culture du risque. C'est en effet pour éviter les effets indésirables des ocytociques de synthèse ou des naissances instrumentées que les sages-femmes retardent le déclenchement des "compte à rebours".

Dévoiler ces mensonges pieux est susceptible de faire froncer quelques sourcils. Barbara Katz Rothman relève dans son éditorial que ces pratiques ne sont finalement que l'expression attendue du différentiel entre pratiques prescrites et pratiques réelles observable dans n'importe quel environnement de travail. Les objectifs poursuivis par les sages-femmes lui semblant centrés sur les femmes, elle banalise donc la pratique. Quant à moi, je souhaiterais des environnements de travail où les connaissances expérientielles puissent être mieux reconnues et où les protocoles de la médecine scientifique-bureaucratique soient suffisamment souples pour ne pas nécessiter d'être ainsi contournés.

Patricia Perrenoud

Sage-femme, enseignante, doctorante en anthropologie  
HES-SO Haute Ecole Spécialisée de  
Suisse Occidentale (site HESAV)

**Hallgrimsdottir, H. K., & Benner, B. E. (2014). "Knowledge is Power": risk and the moral responsibilities of the expectant mother at the turn of the twentieth century. *Health, Risk & Society*, 16(1), 7-21.**

["Savoir, c'est pouvoir" : risque et responsabilités morales des femmes enceintes au début du vingtième siècle.]

Ce deuxième article, issu du numéro spécial de *Health, Risk and Society*, explore les injonctions auxquelles sont soumises les femmes à travers une démarche historique. Les auteures retracent les prémisses de la médecine de surveillance et de l'auto-responsabilisation que celle-ci implique de la part des femmes en analysant le contenu de 14 manuels traitant de santé et de prévention autour de la reproduction, publiés en anglais entre 1880 et 1920.

D'un point de vue méthodologique, l'article explicite bien la recherche documentaire historique effectuée, ainsi que l'analyse de contenu. De plus, les auteures situent l'objet de leur réflexion à l'intérieur du contexte socio-historique considéré, permettant ainsi de saisir les phénomènes culturels ayant contribué à l'essor d'une littérature enjoignant les femmes à prendre soin de leur santé au

cours de leur maternité. Cette mise en contexte construite à partir d'une revue de littérature permet de déconstruire l'idée selon laquelle la médecine de surveillance ne serait qu'une approche scientifique de gestion des risques. Cette démarche d'interprétation dense permettant de mieux comprendre les phénomènes étudiés est typique des approches qualitatives en sciences sociales (Denzin, 2001, Geertz, 2003), interprétations denses parfois omises dans les recherches qualitatives en sciences de la santé.

Sur le plan du contenu, les auteures décrivent les différentes thématiques abordées dans les manuels publiés entre 1880 et 1920 : par exemple la nutrition, l'exercice physique, le repos, l'habillement et l'hygiène. Les femmes enceintes sont également invitées à rechercher des environnements plaisants et à cultiver des pensées sereines et agréables. L'activité sexuelle pendant la grossesse est quant à elle condamnée car susceptible de nuire directement à la grossesse. Plus étonnamment, les femmes sont enjointes à trouver des maris en bonne santé et de bonne morale pour la santé de leurs enfants. L'intervalle maximum entre l'âge de la jeune mère et de son compagnon ne doit ainsi pas être trop important. Les unions où cet intervalle est trop grand faisant l'objet d'une description tout à fait dramatique.

Ces différents exemples permettent aux auteures de souligner à quel point les pressions à l'auto-responsabilisation des femmes sont ancrées dans les cultures occidentales. Elles montrent comment ces injonctions jouent un rôle ambigu, permettant d'une part aux femmes de protéger leur santé, mais les enfermant d'autre part dans des visions rigides de leurs rôles au sein de la société. Les auteurs font des parallèles entre les femmes d'hier et d'aujourd'hui et soulignent que les femmes sur le point de s'émanciper sont plus directement la cible de ces différentes injonctions menaçant leur autonomie. Selon les auteures, l'exemple des femmes éduquées optant aujourd'hui pour des grossesses plus tardives, lesquelles sont d'emblée considérées comme "à risque", sont emblématiques de ces pratiques culturelles visant un contrôle sur les comportements des femmes, leur corps étant parfois considéré comme un bien plus social que privé.

Denzin, N. K. (2001). *Interpretative Interactionism*. London: Sage.

Geertz, C. (2003). La description dense. In D. Céfai (Ed.), *L'enquête de terrain*. Paris: La Découverte.

Patricia Perrenoud  
Sage-femme, enseignante, doctorante en anthropologie  
HES-SO Haute Ecole Spécialisée de  
Suisse Occidentale (site HESAV)

**Devane D, Brennan M, Begley C, Clarke M, Walsh D, Sandall J, Ryan P, Revill Paul & Normand C (2010). Socioeconomic value of the midwife - a systematic review, meta-analysis, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care. London: Royal College of Midwives.**

**(<https://www.kcl.ac.uk/medicine/research/divisions/wh/newsevents/newsarchive/2011news/SocioEconomicMidwiferyReport.pdf>).**

[La valeur socio-économique de la sage-femme - revue systématique, méta-analyse, méta-synthèse et analyse économique des modèles de surveillance par la sage-femme.]

Ce rapport porté par le Royal College of Midwives (RCM) - le Collège royal des sages-femmes du Royaume Uni -, publié en 2010, démontre qu'investir dans la pratique des sages-femmes et dans les soins qu'elles prodiguent est primordial pour assurer une prise en charge de haute qualité des femmes et des nouveau-nés lors de la grossesse, de la naissance et de ses suites.

Le but de ce rapport est de fournir une évaluation robuste de preuves (evidence based medicine) sur l'efficacité clinique et socio-économique des modèles de soins dispensés par la sage-femme et défini dans la littérature par "Midwifery-led care".

Il fournit aux politiques de santé des niveaux de preuve sur la qualité et la sécurité des modèles de santé qui prennent en compte les compétences de la sage-femme pour accompagner les femmes et les nouveau-nés lors de la naissance.

Ce rapport présente des méthodes et des recherches menées sur l'évaluation de la pratique sage-femme. Il est divisé dans trois sections :

- La Section 1 présente une revue systématique et une méta-analyse des essais randomisés des modèles menés par sage-femme de soin comparés à d'autres modèles de soin pour la maternité. Elle s'appuie sur les revues systématiques de la célèbre Cochrane Database.
- La Section 2 présente une méta-synthèse des recherches qualitatives évaluant la pratique sage-femme et les soins dispensés par les sages-femmes.
- La Section 3 présente une évaluation "Coût-efficacité" des soins dispensés par sage-femme pour des femmes éligibles au Royaume-Uni et met en évidence l'efficacité d'une politique périnatale quand le rôle des sages-femmes est privilégié, comme cela est le cas dans de nombreux pays du monde : Australie, Pays Bas, Nouvelle Zélande, Royaume Uni, Suède.

Les résultats de cette analyse indiquent que les économies financières sont possibles en changeant les modèles de soins afin de permettre aux sages-femmes d'exercer toute leur compétence dans le cadre de la prise en charge des mères, des nouveau-nés, des familles, pour les maternités qui respectent les critères d'éligibilité indiqués dans les études. Le principal résultat de cette étude est une réduction des coûts de £ 12,38 (+/- € 15,-) par maternité, soit une réduction des coûts globale annuelle de £ 1,16 millions (+/- € 1,4 millions).

Le niveau de preuve des études économiques (faible nombre de femmes incluses) amène cependant à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats et

nécessitera d'autres recherches. Toutefois, les résultats concordants témoignent de l'intérêt qu'il convient d'apporter à des modèles de soins basés sur le modèle "Midwifery-led care". Ils doivent encourager la poursuite de recherches sur ce thème afin d'assurer le développement d'une politique de la naissance humaniste, holistique et efficiente.

Christine Morin  
Enseignante, Bordeaux  
Doctorante en épidémiologie

**Mills T, Ricklesford C, Cooke A, Heazell A, Whitworth M & Lavender T (2014). Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG*, 121, 943-950.**

[Les expériences et les attentes de soins pendant une grossesse qui suit la naissance d'un mort-né ou d'un décès néonatal: métasynthèse.]

Cet article est particulièrement intéressant à deux niveaux. Premièrement, l'expérience des parents qui ont vécu la naissance d'un enfant mort-né ou d'une mortalité néonatale interpelle la sage-femme et lui pose question quant aux soins à prodiguer au moment de cet événement, mais aussi lors d'une grossesse suivante. Cette étude a eu pour objectif de mieux comprendre l'expérience des parents afin de proposer des approches de soin et de surveillance qui sont mieux appropriées à leurs besoins très spécifiques. Deuxièmement, l'article propose une explication et une description claires de l'approche méthodologique utilisée. La métasynthèse peut être définie comme étant l'équivalent de la méta-analyse pour l'analyse et la synthèse d'études qualitatives.

L'exploration des bases de données est identifiée et l'exemple de l'exploration de CINAHL est détaillée et donne une idée claire et précise de la démarche. Reconnaisant que la qualité des études qualitatives est extrêmement importante pour la crédibilité de toute métasynthèse, les auteurs ont pris grand soin d'établir des critères de qualité qu'ils ont utilisés pour justifier les exclusions et les inclusions d'articles de leur analyse. Je ne peux que conseiller la lecture de l'aspect méthodologique de cet

article pour tous ceux qui désirent mieux comprendre les impératifs des approches systématiques, que ce soit dans le contexte quantitatif ou qualitatif. Bien que ces deux approches varient considérablement aussi bien au point de vue de leurs objectifs et de leurs méthodes, l'approche systématique et transparente reste un élément essentiel de toute recherche.

Dans les pays industrialisés, le ratio de mortalité périnatale et néonatale est fort heureusement faible. Ceci veut donc dire que la plupart des sages-femmes et autres professionnels de santé impliqués dans la surveillance de la grossesse n'en ont qu'une expérience limitée. Ceci est aussi vrai pour les parents, leurs familles et amis puisqu'un événement relativement rare est souvent une nouvelle expérience pour la plupart des personnes impliquées. L'intérêt de cette métasynthèse est qu'elle identifie le fait qu'il n'y a que peu d'articles publiés sur ce sujet, mais qu'elle met aussi à jour certains aspects qui sont sans doute intéressants pour les professionnels. Le deuil périnatal, phénomène reconnu depuis peu, isole considérablement les parents. Une grossesse suivante provoque une anxiété bien plus importante que ce à quoi les parents ne s'attendaient. Les consultations prénatales sont des moments d'intense anxiété et souvent de frustration parce que des rendez-vous trop courts semblent indiquer que les professionnels ne comprennent pas vraiment le degré d'inquiétude des parents. Le recours à la technologie, parfois entrevue comme rassurante par les professionnels peut en réalité être source d'inquiétude pour les parents, qui ont plus besoin de contact humain et de soutien émotionnel. Les groupes de personnes qui ont vécu une expérience semblable semblent apporter un soutien réel aux parents.

La rareté de cette expérience et les besoins individuels des parents rendent une approche systématique difficile à proposer. Quoiqu'il en soit, il est certainement utile que les professionnels qui sont confrontés à une telle situation réfléchissent bien à la question de savoir quelles sont peut-être leurs idées préconçues et comment elles pourraient être reformulées, sans doute en partenariat avec les parents ou avec des groupes de soutien de parents qui ont vécu une telle expérience.

Marianne Mead  
Sage-femme, PhD  
Rédactrice en chef