

L'accès aux plateaux techniques en question

Nous avons beaucoup espéré suite au décret du 8 août 1991 et de la circulaire complémentaire du 29 juillet 1992 qui devait faciliter l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques. Nous savons tous que cela n'a pas été si simple. Et que aujourd'hui, 12 ans après... seules quelques sages-femmes libérales ont réussi à en bénéficier.

Je fais partie de celles-là. Voici maintenant 10 ans que j'ai accès au plateau technique (que j'appellerai D) d'une clinique privée. Pendant tout ce temps là, j'ai eu accès à 4 autres plateaux techniques (T et F dans le public, A dans le privé, et V dans une clinique mutualiste,...).

Dans A, j'étais "couverte" par le chef de service mais aucune convention n'a été signée. Le lieu a fermé.

Comment cela s'est-il passé dans chacun d'eux ?

Dans T, tout le monde était au courant, mais le directeur a fait traîner la signature de la convention. Je pouvais y accompagner des couples à condition de prévenir la surveillante et qu'elle puisse se rendre disponible. Ce lieu est en train de fermer.

Dans V, j'ai fait partie du projet de réflexion sur la création de ce lieu. Une convention a été signée. J'ai été présentée ainsi qu'une autre sage-femme libérale à toute l'équipe. Mais je n'ai jamais été en confiance, le chef de service et les anesthésistes n'étant pas ouverts du tout à une autre façon de faire. Ma collègue a été congédiée sans qu'on puisse lui faire vraiment de reproches si ce n'est qu'elle n'avait pas la même façon de voir les choses qu'eux. Pour ma part, on m'a fait savoir que je ne devais plus y retourner car je n'y pratiquais pas assez d'accouchements.

Dans F, qui était à 70 km de chez moi, j'ai signé une convention. Dans la foulée une autre sage-femme libérale y a eu accès. Je n'y suis jamais allée, car l'arrivée de cette sage-femme m'a permis de me détacher de cette zone géographique. De son côté, elle a eu beaucoup de mal avec les pressions que lui mettait l'équipe au sujet des protocoles. Elle a donc préféré ne travailler qu'à domicile.

Actuellement, je reste fidèle à D qui demeure le seul lieu de la région ouvert aux sages-femmes libérales. J'ai été la première à faire démarche, nous sommes 4, je crois, à y avoir accès actuellement. Il se trouve que j'ai travaillé 10 ans comme salariée dans cette clinique où j'étais appréciée. Le directeur m'a ouvert ses portes sans problème une fois que je me suis installée en libérale. J'ai d'abord pu y travailler sous couvert du médecin que j'avais obligation d'appeler pour l'expulsion (sans qu'il ait obligation de rentrer dans la salle de naissance). Il me reversait une partie de ses honoraires. Cela m'a permis de faire mes preuves: ils ont apprécié, je pense, le fait que je tiens un dossier, que je sois rigoureuse dans mon travail, que je puisse argumenter ma position face à leurs protocoles, que je ne sois pas obtuse, que je ne remette pas tout en question... Au bout de 3 ans, nous avons signé une convention, me rendant pleinement responsable de mon accompagnement et me libérant de l'obligation d'appeler le médecin. Seule nécessité: la visite avec un médecin et un anesthésiste vers 35 SA. Le directeur me fait pleinement confiance et soutient ma position face aux anesthésistes qui la remettraient facilement en question.

Qu'est-ce que j'attendais de l'accès à un plateau technique?

- de pouvoir accompagner des couples qui ne souhaitent pas accoucher à domicile
- de pouvoir me "rabattre" sur un lieu médical où j'étais acceptée en cas d'accouchements à domicile pouvant se compliquer
- de montrer que l'aspect humain de l'accouchement et de la naissance n'était pas une question de lieu mais peut-être de personne et surtout de disponibilité.

Qu'en est-il en pratique?

- pouvoir accompagner des couples qui ne souhaitent pas accoucher à domicile: objectif atteint sans aucun problème
- pouvoir me "rabattre" sur un lieu médical où j'étais acceptée en cas d'accouchement à domicile. Je pensais en effet que cela me permettrait de prendre moins de "risque" à domicile, que je profiterais de ce confort pour m'y rendre dès qu'un petit rien me chagrinerait sachant que je pourrais continuer d'accompagner le couple. En fait, je me rends compte au fil des années que je n'ai fait appel à cette solution que très rarement et uniquement dans des cas où une intervention était vraiment nécessaire (ce que je fais aussi sur des structures qui ne me connaissent pas quand elles sont plus proches du domicile des parents). C'est donc une roue de secours qui me semblait presque indispensable au départ et dont je n'ai pas eu besoin. Est-elle vraiment si importante ?

L'accès aux plateaux techniques en question

- montrer que l'aspect humain de l'accouchement et de la naissance n'était pas une question de lieu mais peut-être de personne et surtout de disponibilité. J'ai pu le montrer en effet aux couples que j'ai accompagnés et qui avait un mauvais à priori sur les structures hospitalières ou un mauvais souvenir. Mais cela touche un si petit nombre de couples que je ne sais pas si cela peut vraiment faire changer des choses autrement que pour eux.

Par contre:

- l'accès au plateau technique repousse beaucoup mes limites de sélection des parents que j'accompagne puisque je peux suivre et guider jusqu'à la naissance une maman dont le bébé se présente par le siège, ou une maman porteuse de jumeaux, ou une maman présentant un utérus cicatriciel voire deux fois cicatriciel (en accord avec le médecin)... Il m'arrive d'accompagner des femmes avec des antécédents très lourds, du moment que cette grossesse se déroule bien. Mais n'est-ce pas trop lourd ?
- il m'arrive aussi de prendre une décision de déclenchement pour terme dépassé par exemple ou après rupture prématurée des membranes. Je demande simplement son accord à l'obstétricien (accord qu'il me donne toujours puisque lui serait intervenu plus tôt). Lors du déclenchement, je suis confrontée à la technologie, alors que je ne suis plus une technicienne dans l'âme. Ce qui est simple et routinier (malheureusement) pour une sage-femme hospitalière, me semble artificiel, dangereux et mystérieux (dans le sens où j'interviens dans un processus qui devrait être naturel, en ignorant complètement comment il va réagir à mes "propositions"). J'ai l'impression de jouer à l'apprenti sorcier avec ces seringues, ces produits qui accélèrent et analgésient à la demande. Comment réussir un déclenchement quand toutes mes cellules sont tournées vers le respect de la mère, de l'enfant et du temps qu'il leur faut pour naître?. Cela me permet de réaliser que ce n'est plus de ma compétence de sage-femme spécialisée dans la physiologie. Mon savoir de technicienne s'est éloigné au profit d'un autre beaucoup plus subtil et qui me convient mieux.
- un autre point me semble important: c'est la pression que je ressens en structure. Pourtant les conditions d'accès à ce plateau technique sont fabuleuses: j'arrive, je ferme la porte de la salle d'accouchement, je suis tranquille. Le directeur me fait confiance. Pourtant je ne me sens pas aussi libre qu'à domicile. Si je suis là, c'est que la mère doit accoucher... et, inconsciemment dans un certain temps. Cette notion de 1 cm à l'heure est inscrite dans les murs. Je dois donc me débrouiller pour que la dilatation ne soit pas plus longue. J'essaye bien de ne jamais arriver trop tôt, mais cela ne suffit pas. Que faire de toutes les situations, si fréquentes, des mères qui prennent le temps en fin de dilatation voire en début d'expulsion, quand leurs contractions se calment leur permettant de profiter d'un repos bénéfique à tout le monde? Que faire de celles qui ont besoin aussi d'un temps, qui peut se compter en heures, pour rentrer dans la phase expulsive? Cette suspension du temps est méconnue et difficilement acceptable en milieu hospitalier. Et même si je tente de la respecter en prenant sur moi, en restant évasive sur les données médicales que je donne à l'équipe, je sens bien qu'une tension s'installe autour de "ma" salle de naissance quand nous y sommes déjà depuis un certain nombre d'heures. Il en sera de même pour le temps de la délivrance, mais aussi dans le cas d'un dépassement de terme ou d'une rupture prématurée des membranes sans travail spontané... Pourtant je sais qu'en respectant un peu plus que "la normale" le temps de naître, je ne mets personne en danger et que ma conduite est fondée sur du bon sens alors qu'elle est considérée comme de l'inconscience.
- Je me rends compte aussi, que, étant en structure hospitalière, il est beaucoup plus facile pour la maman (qui ne souhaitait pas de médicalisation au départ) de demander de faire appel à une aide médicale (APD). De même qu'il m'est beaucoup plus facile d'avoir recours à "l'intervention médicale" parce, par exemple, ça fait longtemps que ça dure et que je suis fatiguée. Je ne suis pas contre cette aide qui me semble fondée puisque je la propose ou que la maman me la demande. Mais en en reparlant plus tard avec les mères, je prends conscience que, pour elles, on aurait pu encore attendre. Si on s'était trouvée à domicile et qu'il avait été question de se rhabiller, de prendre la voiture pour un trajet si court soit-il, de changer d'ambiance,... ni l'une ni l'autre n'aurait fait appel à cette aide à ce moment-là. C'est facile de donner un coup de pouce en mettant une petite perfusion d'ocytocine. On espère que ce petit coup de pouce va permettre à la maman qui nous semble fatiguée d'être délivrée

L'accès aux plateaux techniques en question

un peu plus vite. Il se peut que ce soit le cas. Mais quand cette perfusion, par comble de malchance, entraîne une péridurale qui entraîne une mauvaise flexion de la tête du bébé, un ralentissement de sa rotation, une diminution trop importante des sensations de la maman...voire peut-être un forceps et une épisiotomie... Si j'avais su, je n'aurais pas proposé cette "aide". Et tout ce serait probablement bien terminé. Si je n'avais pas été en structure, nous aurions cherché d'autres solutions et trouver celles que la maman avait besoin de trouver pour avancer. Nous n'aurions pas couru plus de risques, mais nous aurions été encore plus patientes.

- en ayant accès au plateau technique, j'amène obligatoirement 2 mondes à se confronter:
 - o la prévention par la lecture et la recherche du respect de la physiologie (être à l'écoute de tout ce qui peut permettre à la femme de ne pas sortir de sa physiologie)
 - o et la prévention par la technologie pour être prêt à parer toute pathologie.

Je me rends compte, en parlant avec les anesthésistes par exemple, que nous ne parlons pas le même langage, que les mots n'ont pas le même sens (à commencer par le mot prévention: pour moi, prévenir c'est ne pas perturber, pour eux c'est faire une péridurale systématique). La pose d'un cathlon est pour moi un geste intrusif qui peut générer un stress chez la femme en travail. De plus, je ne vois pas l'utilité de sa systématisation puisque je suis avec cette femme minute après minute et qu'elle me donne les éléments dont j'ai besoin pour savoir si son enfantement se déroule bien (auquel cas il n'y a pas besoin de cathlon) ou s'il peut ne pas être si simple (auquel cas je poserai un cathlon pour le cas où). Pour l'anesthésiste, la pose d'un cathlon est un geste banal, indispensable en cas de décompensation brutale. Mais, est-il vraiment possible qu'une décompensation brutale arrive sans crier gare au cours d'un accouchement physiologique ? Est-il vraiment possible que dans ce cas, une personne qui connaît la maman puisqu'elle l'a accompagnée tout au long de la grossesse, ne sente pas que quelque chose de pas normal se trame ? Les anesthésistes me disent que j'ai une bonne étoile car j'ai peu de complications alors que pour eux je ne m'entoure pas de toutes les précautions nécessaires. Mais est-ce vraiment une bonne étoile ?

En conclusion:

- je pense que l'imbrication de deux visions différentes d'un même événement et de deux façons de faire bien distinctes est un exercice de style très difficile. La cohabitation n'est pas chose aisée et oblige à une remise en question quotidienne. Y sommes-nous (obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes hospitalières et libérales) prêts ?
- l'accès au plateau technique change mes limites: ce ne sont plus celles de la physiologie, donc ce ne sont plus celles de ma spécificité. Quelles sont-elles ? Quels éléments vont me permettre de les fixer, si ce n'est ma bonne conscience, ma vigilance? Dans ce cas, il n'y a aucun garde fou !!!
- la structure hospitalière met à portée de main des outils médicaux. Il est facile pour eux de nous détourner des outils propres à chaque mère. Et je lance comme une boutade: attention, un outil peut en cacher un autre ! En découle la question de fond: est-ce la femme qui enfante ou moi qui l'accouche ? La comparaison du travail en Maisons de naissance (extérieures à des structures hospitalières) ou en Centres de naissance (à l'intérieure des structures) au Canada¹ montre qu'il n'y a pas de grosses différences statistiques sur la mortalité et la morbidité dans l'un comme dans l'autre. En revanche on constate beaucoup plus d'interventions médicales dans les Centres que dans les Maisons alors que le fonctionnement est le même.

Loin de moi l'idée de prôner le naturel coûte que coûte! Mais je pense que chacun a sa place, que notre spécificité va de paire avec notre complémentarité. L'accès au plateau technique peut être un merveilleux compromis mais il est difficile et délicat. Les concessions à faire d'un côté comme de l'autre sont lourdes pour chacun. Pourquoi les structures hospitalières nous accepteraient-elles avec nos limites spécifiques et notre façon de voir les choses, alors que nous remettons en questions leurs manières de faire, sachant qu'à la base chacun cherche à faire au mieux pour le couple qu'il accompagne ?

Pour ma part la solution se trouve dans la création des Maisons de Naissance. Mais , là encore, le fait de les ouvrir intra-muros, ne va-t-il pas révéler les mêmes conséquences de trop de proximité.

¹ Rapport final et recommandations rédigé par le Conseil d'évaluation des projets-pilotes des maisons de naissance et Centres de naissance au Québec en 1997 disponible sur www.msss.gouv.qc.ca