



**ICI,  
DES VIOLENCES  
GYNÉCOLOGIQUES  
ET OBSTÉTRICALES  
ONT ÉTÉ RAPPORTÉES**

# **Bientraitance en GO**



## **Mothering the mother**

**I. Nisand**

# **Permettre de devenir mère**



**Associer les parents à la naissance**

**Réorganiser le système de soins**

**Echanges & confiance réciproque**

**Réserver la technicité à la pathologie**

# Paternalisme/autonomie

- **Paternalisme plus acceptable (mémoire)**
  - **Autonomie issue des droits de l'homme**
  - **Contrat entre des égaux = norme**
  - **Ambiguïté de la demande sociétale**
  - Médecin technicien prestataire 0 défaut
  - Mais compassion et accompagnement
- Plus dur encore qd accompagnement d'un événement normal de la vie**

# Internet et réseaux sociaux



- **Autoinformation augmente l'angoisse**
- **Hiérarchiser: qui croire ?**
- **Perte de confiance / professionnels**
- **Oblige à argumenter et expliquer**
- **Bref obligés de se mesurer à Internet**
- **Egalité en véracité des ≠ sources d'info**
- **Les experts n'ont plus la cote**

# Dilemme éthique



- **Déficit en consentement**
- **Balance entre tout dire: Nocebo**
- **Ou choisir ce qu'on dit: choix et limites**
- **Où placer la ligne jaune : trop ou pas assez**
- **Informé sur le champs: possible ?**
- **Grossesse et accouchements sont naturels:**
- **Mais complications inopinées pfs graves**

# Quelques règles



- **Se présenter nom & fonction sur badge lisible**
- **Pudeur: portes fermées et TV doux si utile**
- **Expliquer pourquoi pls personnes en salle**
- **Geste banal ne l'est pas pour la patiente**

# **Accouchement: moment naturel**



**Etiqueté comme un heureux événement**

**Mais les professionnels savent bien que des complications graves peuvent survenir**

**Inopinément**

**D'autant plus mal acceptées qu'elles sont  
devenues exceptionnelles**

# La Parade médicale



**Entourer les femmes d'un luxe de précautions**

**Qui se sont empilées au fil du temps**

**Millefeuille sécuritaire**

**« Bonnes Pratiques »**

**On y touche plus, sauf pour rajouter une  
nouvelle couche, un nouveau masque**

**« Accouchement casqué, masqué, botté »**

# **Protection des patientes et des médecins**



**Les femmes ont été dépossédées de leur  
accouchement**

**Comment ne pas s'incliner devant les  
contraintes de la sécurité ?**

**Les SF puis les médecins se sont appropriés la  
naissance avec la complicité des femmes**

**Disparition de la transmission mère fille**

# **La culture de l'accouchement en France**



**Se résume désormais majoritairement à :**

**« Faites-le sortir, docteur, en bon état et sans que j'aie à m'en mêler, de préférence le plus vite possible et sans que j'aie mal. »**

**Une autre voix se fait entendre aujourd'hui, avec un peu de retard sur d'autres pays où les maisons de naissance ont constitué la réponse des femmes au pouvoir médical absolu**

# **Devoir des médecins ≠ droit des patients**



- **Obligation de résultat en matière de sécurité**
- **Information la plus précise possible**
- **Or la naissance ne peut pas se décider ou se refuser comme un acte chirurgical  
L'information ne peut donc pas être aussi exhaustive**

# **Redonner la maîtrise de l'accouchement aux femmes**

- **Sans perdre en sécurité = objectif des professionnels de la naissance**
- **Fixer les modalités de ce projet ensemble oblige médecins et sages-femmes à informer**
- **Et oblige les femmes à opter, c'est-à-dire à montrer que l'information a été reçue puisqu'elles se sont prononcées sur les actes souhaités**
- **Ceci permet de maintenir l'intégralité des mesures de sécurité (dont beaucoup resteront à l'abri des regards)**

# Le projet de naissance



- Les éléments d'autonomie sont proposés au travers d'un projet médical commun auquel on peut déroger si nécessaire
- L'ensemble des actes qui jalonnent un accouchement normal est alors examiné avec la sage-femme: **accouchement démedicalisé**
- Chaque fois qu'une option de faire différemment existe, elle est soumise au choix documenté du couple
- **Une demande prohibitive doit être refusée**

# Le suivi de la grossesse



- Établir une **relation de confiance** entre les professionnels et la future mère
- Lui permettre d'être suffisamment solide pour tenir le choc d'une éventuelle complication
- Cette relation se fonde d'abord sur la **qualité de l'échange, sur l'écoute** et la capacité des médecins et des sages-femmes de percevoir **comment la grossesse s'intègre dans l'histoire toujours singulière du couple**

# **Tout au long de la grossesse**



- **La femme est partie prenante de toutes les décisions**
- **Le corps médical propose, et la femme dispose toujours, sauf dans l'urgence**
- **Cheminer ensemble pour trouver, pour cette femme-là à ce moment-là, la meilleure conduite à tenir**
- **l'attachement se mêle à la compétence médicale pour aboutir à une vraie relation de confiance**

# Entretien 4<sup>ème</sup> mois

**Notre pays a opté en 2006 pour la proposition large d'un entretien permettant de détecter les fragilités éventuelles et celles occasionnées par la grossesse**

**Ce temps disponible = réel progrès, moment privilégié au début de la grossesse, ouverture pour accepter l'aide dont elles peuvent avoir besoin**

**Difficulté conjugale, précarité sociale, fragilité psychique ou addiction peuvent être négligées**

# La relation mère-enfant



- Ce qui apparaît de plus en plus dans cette clinique prénatale, c'est le lien qui existe entre les événements de la grossesse et de la naissance et **les conséquences ultérieures sur la relation mère-enfant.**
- La préparation à la naissance ainsi débutée par un entretien approfondi peut alors s'étendre dans la durée, tout au long de la grossesse et dès le 4e mois.
- À chaque séance, un espace de parole collectif ou individuel peut s'ouvrir

# L'accouchement

- Offrir un choix éclairé sur les conditions de la naissance implique de faire confiance aux femmes, de lâcher un peu de son pouvoir de professionnel
- Redonner ses lettres de noblesse à la physiologie sans renoncer aux avancées de la médecine, poser que grossesse et accouchement sont des processus physiologiques qui nécessitent un accompagnement et une technicité repensés, **sont les bases d'une nouvelle approche de la naissance**

# Tous les gestes habituels de la salle d'accouchement

- doivent être questionnés à l'aune de leur utilité
- On peut ainsi remettre en question le rasage, le sondage, la perfusion, l'absence de boisson pendant le travail, le lavement, le nombre de touchers vaginaux, le nombre d'examineurs, l'enregistrement systématique et continu du rythme cardiaque fœtal, la rupture artificielle des membranes et l'épisiotomie
- pour le nouveau-né, l'aspiration, l'instillation, le passage d'une sonde nasale et la vérification de la perméabilité anale sont ils nécessaires?

# **Les postures d'accouchement ont été modifiées à tort par le corps médical**



**Là où déambulation pendant le travail et accouchement accroupi constituaient la norme avant l'aire moderne, l'arrivée des médecins a contraint les femmes à s'allonger et à accoucher en décubitus dorsal sans aucun profit médical prouvé**

**La descente du fœtus ne profite plus de la force de gravité, et en devient plus longue et plus douloureuse**

# Les postures antalgiques



Adoptées par les femmes de manière innée ont disparu

Redonner aux femmes **la liberté de leurs mouvements**, le  
choix des postures pendant le travail et pendant  
l'accouchement améliore la dynamique obstétricale et  
protège le périnée

Mais changer les postures suppose d'en avoir pu imaginer  
d'autres pendant la préparation à la naissance.

**Le rôle des sages-femmes est ici fondamental**

# Traiter la douleur



- **La péridurale a acquis ses lettres de noblesse**
- **Mais il est possible d'essayer autre chose:**
- **Bain chaud, postures antalgiques, acupuncture, réflexothérapie, hypnose, massages, homéopathie, PCEA ont leur place dans l'arsenal**
- **Ces méthodes doivent être expliquées et les patientes pouvoir opter et même changer de choix**
- **Supprimer toute sensation pendant l'accouchement n'est pas forcément le souhait de toutes les femmes.**
- **Permettre de décider de son analgésie accroît la satisfaction**

# « Ne pas être séparée de l'enfant »

- **Les soins aux nouveau-nés peuvent être différés et se dérouler sous les yeux des parents**
- **Le peau-à-peau immédiat permet au couple et à l'enfant de faire connaissance dans l'intimité**
- **C'est le temps de la première rencontre, des mots d'accueil et des bercements. Le temps aussi de la première tétée pour les femmes qui souhaitent allaiter**

# Les soins à la mère



- **Dans cette période capitale de rencontre doivent se faire sur la « pointe des pieds » pour ne pas déranger ce moment unique dans la vie de la famille, où s'instaurent les premiers liens et probablement les plus importants**
- **Il faut donc s'efforcer de les sauvegarder même en cas de pathologie ou de césarienne**

# Les suites de couches

- **Moment privilégié où les liens parents-enfants vont se renforcer: La femme n'est pas une « malade »**
- **Valoriser les mères dans leurs compétences**
- **Sortir du schéma hospitalier classique avec soins à heures fixes et répondre avec souplesse aux besoins de chacune pour se recentrer sur sa relation à l'enfant**
- **Lits doubles**
- **Des lieux de vie conviviaux (salle à manger, pouponnière, salle d'allaitement) favorisent ces temps de rencontre et d'échanges entre parents et professionnels et ces moments d'intimité en famille créent une atmosphère sereine propice à l'instauration des liens.**

# Après l'hospitalisation



Les premiers jours sont souvent insuffisants pour sécuriser complètement la mère

La visite de professionnels peut alors être bénéfique mais un contact avec la maternité constitue une aide tutrice dans les moments de doute sur les soins ou sur l'allaitement

La consultation post-natale est aussi importante pour s'entretenir avec les professionnels de questions médicales mais aussi du réarrangement familial qui s'opère autour du nouveau-né

# Aujourd'hui plus qu'hier



**Les couples souhaitent être associés au déroulement de la naissance**

**Repenser l'événement impose aux professionnels de revoir leur copie alors qu'ils n'en voient pas toujours la nécessité**

**La dérive technicienne ne se justifie plus quand les moyens techniques sont maîtrisés, quand seuls un minimum de risques est envisageable et quand la proximité des lieux de soins permet à tout moment de modifier l'intervention.**

# Relation incestuelle & transfert

- La relation parent/enfant
- Formulation & application de l'interdit
- Le transfert psychologique est indispensable
- Il s'accompagne d'une grande vulnérabilité
- La confiance impose l'absence d'arrière pensée
- Une possibilité que la relation soit autre:  
**Abus de cette confiance: dégats +++**

# Qu'est-ce que le transfert ?



- Relation de dépendance confiante/ médecin
- La relation parent/enfant en est le modèle
- On lui attribue des pouvoirs >>> réels
- Exemple de l'effet Placebo
- On lui attribue des sentiments ≠ réels
- Nécessaire dans les prises en charges difficiles

**La confusion des sentiments est possible**

**Si la distance n'est pas formulée et symbolisée**

# Le transfert est un piège à médecin

- Non averti, le médecin peut confondre
- L'expression du transfert / autre sentiment
- Flatté par l'effet produit sur une patiente
- Enorgueilli par une belle réussite médicale
- Et l'admiration qu'elle suscite

Que la patiente investisse dans l'image donnée:

**normal & nécessaire**

Mais que le médecin s'imagine

que c'est son charme qui agit: **NON**

# **Attention aux mots et aux gestes qui génèrent de la confusion**

- **Tutoiement, n° de portable, invitations**
- **Gestes et tapes amicales tjs interprétés**
- **« Ma petite dame », « ma petite chérie »**
- **Utilisation du prénom sauf antérieure**
- **Donner l'impression qu'elle sort du lot**
- **Remarques sur le corps ou sur les habits**
- **Accepter un dialogue sur sa propre famille**

**La relation médicale ne donne aucun plaisir au médecin  
Elle n'est que professionnelle de son côté**

# Les réseaux sociaux



- Permettent de regrouper les impressions d'ambiguïté des patientes
- Amplifient une rumeur partie de presque rien
- Permettent le cumul des vécus
- Stigmatisent facilement un médecin
- Le pire: l'appel à témoins toujours à charge
- Et si antécédent: la catastrophe est possible
- Les magistrats ne sont pas à l'abri de la partialité

**Notre monde change.**

**Tant pis pour ceux qui ne l'ont pas remarqué**

# Labellisation CNGOF



**Pour les maternités qui placent  
la bientraitance au Cœur de  
leurs préoccupations**

# Labellisation CNGOF des Maternités



- 1. Améliorer le niveau de consentement des femmes et le tracer (2 items)**
- 2. Améliorer l'accueil dans les maternités (2 items)**
- 3. Répondre à la demande de démedicalisation & d'autonomie (1 item)**
- 4. Promouvoir la bientraitance dans les soins (8 Items)**

# **Améliorer l'information et le consentement des femmes et le tracer**

**1. Affichage visible des principaux chiffres de la maternité (en regard éventuellement des moyennes pour le niveau concerné et la parité) :**

- Taux de l'année N-1 de césariennes,**
- Taux d'épisiotomies**
- Taux d'extractions instrumentales**
- Taux de déclenchement**

**Valeurs maximales à 2DS pour ces 4 indicateurs.**

**Ces chiffres peuvent également être transmis à la patiente au moment de son inscription grâce à une application spécifique.**

# **Améliorer l'information et le consentement des femmes et le tracer**



**2. Les informations sur les événements de la grossesse qui peuvent survenir de manière inopinée au cours d'un accouchement normal (césarienne en urgence, extraction instrumentale, épisiotomie) doivent être transmises à toutes les patientes avec utilisation des documents proposés par la commission d'expertise du CNGOF**

# **Améliorer l'accueil des femmes dans les maternités**



**1. Consultation d'accueil, d'orientation et d'information, en début de grossesse tracée dans le dossier. Pour les patientes non suivies dans la maternité, consultation d'information pré accouchement par un sénior (ou par une SF en l'absence de pathologie) pour un consentement éclairé personnalisé**

# **Améliorer l'accueil des femmes dans les maternités**



**2. Conseils et soutien pour l'allaitement maternel des femmes qui le souhaitent. Préoccupation dans le post partum sur la douleur du NN et le respect des rythmes de vie du NN dans l'organisation des soins.**

**Accompagnement de la sortie des femmes et collaborations avec les SF du secteur de résidence.**

# **Répondre à la demande de démédicalisation & d'autonomie**



**Possibilité d'un accouchement  
démédicalisé.**

**Au mieux secteur démédicalisé  
identifié au sein de la maternité  
(maison de naissance)**

# **Promouvoir la bientraitance dans les soins**



**1. Consultation de suivi et d'explication pendant l'hospitalisation quand un accouchement a posé problème avec nécessité d'un geste d'urgence. Généralisation d'une visite avant la sortie par celui qui a réalisé l'accouchement ou la césarienne. Accès aisé en cas de besoin à un soutien psychologique**

# Promouvoir la bientraitance dans les soins



## 2. Formulaire de satisfaction simple rempli par une proportion significative de patientes de la maternité à la sortie

Ce formulaire sera proposé à la patiente dans les jours qui suivent sa sortie de maternité si la patiente a renseigné la date d'accouchement ou au jour du terme + 10j si elle ne renseigne pas l'application sur l'issue de grossesse.

# **Promouvoir la bientraitance dans les soins**



**3. Relance d'un formulaire de satisfaction simple rempli trois mois après l'accouchement et sollicité auprès de la patiente avec une zone de texte libre pour propositions d'amélioration possibles de la maternité**

**Ce formulaire sera proposé à la patiente 3 mois après l'accouchement**

# Promouvoir la bientraitance dans les soins



**4. Projet de naissance proposé à toutes les femmes. Celui-ci sera rempli au travers de l'application spécifique. Une zone de texte libre pourra être « poussée » vers la messagerie de la cadre du service de maternité pour encadrer les demandes plus rares et les discuter sur rendez-vous.**

Décompte pour chaque maternité du pourcentage de projets de naissance remplis

# **Promouvoir la bientraitance dans les soins**



**5. Disponibilité H-24 d'une analgésie  
médicalisée si elle est demandée par la  
femme**

# **Promouvoir la bientraitance dans les soins**



**6. Tableau de bord annuel comportant les taux de césariennes, d'extraction instrumentales, le taux de transfusion pour hémorragies de la délivrance. Déclarations des événements indésirables liés aux soins.**

# **Promouvoir la bientraitance dans les soins**



**7. Possibilité pour la personne désignée par la patiente d'assister à la naissance, à la césarienne, et au suivi néonatal (sauf situation particulière).**

# **Promouvoir la bientraitance dans les soins**



**8. Formation de tous les personnels et des médecins à la bientraitance et initiation de tous les nouveaux personnels médicaux à une prise en charge bien traitante (attestations de formations disponibles dans le dossier de candidature). Autoévaluation annuelle régulière par les responsables de la maternité. Accompagnement psychologique des soignants en difficulté**

# Conclusions



**Label pour les maternités volontaires**

**La liste des « maternités labellisées » sera accessible au public via le site du CNGOF et les maternités pourront en faire état sur leurs documents et dans leur communication et vis-à-vis de leur assureur.**

**La plupart des assureurs tiendront compte de la labellisation pour fixer leurs primes**

# **La juste distance entre médecins et patients**

**Est devenue un vrai sujet de préoccupation**



**Dans un monde où les rapports se tendent  
Où tous les pouvoirs sont contestés  
Et où on ne pardonne plus les abus  
Surtout quand il y a position dominante**

**La labellisation des maternités est une  
tentative du CNGOF de répondre au mieux  
aux demandes légitimes de nos patientes**