



Plateforme pour
une naissance
respectée

info@naissancerespectee.be

Argumentaire du manifeste

Dans le cadre de la formation du gouvernement, un collectif regroupant des citoyennes et citoyens, usagères, parents, professionnels de la santé, associations de défense des droits humains, féministes, représentants de la société civile, désire rappeler le droit des femmes à choisir les circonstances de leur accouchement dans l'intérêt des nouveau-nés, des mères et de leur partenaire.

*Les mots avec un * sont définis à la fin du document*

Le contexte belge de la naissance :

Le respect du temps et de la physiologie de l'accouchement est la meilleure garantie du bien-être de la mère et de l'enfant. Aujourd'hui, le contexte belge s'y prête trop rarement comme en témoignent les données épidémiologiques autour de la naissance.

En Belgique, un enfant sur cinq naît par **césarienne**. Si la moyenne reste raisonnable par rapport à d'autres pays européens qui dépassent les 30% voir les 50% (European Perinatal Health Report 2010¹), il existe des grandes disparités entre les hôpitaux qui ne sont pas toujours justifiées par le profil médical des mères et par le type d'établissement. Des logiques financières (une césarienne dure moins longtemps qu'un accouchement mais est facturée plus), d'organisation du service (les césariennes se programment durant les heures ouvrables), des facteurs individuels (certains médecins césarisent plus facilement que d'autres), le poids du médico-légal (on reprochera plus à un médecin de n'avoir pas fait une césarienne à temps que d'avoir fait trop de césariennes) contribuent également à l'augmentation du nombre de césariennes. Pour repère, les dernières études et revues scientifiques internationales démontrent qu'au-delà de 10-15%² de césariennes on n'améliore pas la santé de la mère et l'enfant mais qu'au contraire on peut entraîner des complications iatrogènes*. Les organisations professionnelles des gynécologues en Belgique ont reconnu ce risque lié à une augmentation du nombre de césariennes et ont émis des recommandations pour en diminuer le taux³.

¹ <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>

² Ye J, Betrán AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. Birth. 2014 Apr 11. doi: 10.1111/birt.12104

³ <http://www.ggolfb.be/Public/Document.aspx?doc=c2973e68-7c7e-4b4c-b668-bc1ff09aeaea>

En ce qui concerne le **déclenchement* de l'accouchement** on note des chiffres très élevés en Belgique en particulier en Wallonie où 33% des accouchements ont été induits en 2010. Si on y ajoute les 10,4% de césariennes pratiquées avant le travail, cela signifie que seulement 56,6% des femmes enceintes ont commencé leur travail naturellement en Wallonie. L'induction d'un accouchement en provoquant de manière artificielle des contractions – moins supportables pour la mère - entraîne un recours quasi-systématique à la péridurale, qui elle-même peut être à l'origine d'une malposition du bébé quand elle est posée trop tôt. On provoque ainsi une « cascade » d'interventions et l'induction peut être le point de départ de toute une série d'interventions : péridurale, ventouse ou forceps, voire césarienne. Si les taux d'inductions sont connus, une autre pratique courante est moins visible dans les statistiques hospitalières, c'est « **l'optimisation** » de l'accouchement. On rompt la poche des eaux ou on pose une perfusion d'ocytocine sans l'information et /ou le consentement de la patiente pour accélérer l'accouchement. L'usage de l'ocytocine (l'hormone artificielle mise dans la perfusion pour provoquer des contractions) est banalisé alors qu'une étude française montre que son utilisation pendant le travail augmente le risque d'hémorragie grave du post-partum (et ceci proportionnellement à la dose reçue)⁴.

En matière d'**épisiotomie***, la Flandre arrive en tête avec 54% d'épisiotomie contre 36,1% à Bruxelles et 45,4% en Wallonie. Pour repère, les dernières revues systématiques de la littérature démontrent l'intérêt d'un usage restrictif de l'épisiotomie et montrent les effets négatifs des épisiotomies de routine⁵. Les taux élevés d'épisiotomie en Belgique ne sont pas justifiés. En Suède et au Danemark, le taux d'épisiotomie était respectivement de 6,6% et de 4,9 % en 2010. Des femmes peuvent souffrir toute leur vie d'une cicatrice d'épisiotomie douloureuse. Cette douleur peut avoir un impact négatif pour la santé sexuelle des femmes. Diminuer les épisiotomies est donc un moyen de préserver leur droit à une vie sexuelle satisfaisante une fois qu'elles deviennent mères.

La prise en charge des **mères fortement précarisées** pose question. D'après le CEpiP en 2011⁶, à Bruxelles, 65% des mères qui ont accouché étaient d'origine étrangère et 12% étaient mères célibataires et vivaient seules. Selon les chiffres disponibles, on peut constater un taux plus important de césariennes chez les femmes d'origine africaine: pour les primipares* et un bébé vivant se présentant par la tête, on avait en 2011 pour Bruxelles 28% de césariennes chez les femmes d'une nationalité d'un pays d'Afrique Sub-saharienne contre 15% chez les femmes de nationalité belge. Pour la Wallonie, l'écart est encore plus grand, 32% de césariennes chez les femmes d'une nationalité d'un pays d'Afrique Sub-saharienne contre 16% chez les femmes de nationalité belge pour la même situation. Ces données brutes, qui devraient être affinées par une analyse tenant compte du profil des mères et des pathologies associées, interpellent néanmoins du fait des écarts importants qu'elles mettent en lumière et appellent une étude plus approfondie.

En matière de **compétences et de partage efficient des rôles entre les différents professionnels** de la naissance, il est important de souligner que la Belgique ne reconnaît pas suffisamment aux sages-

⁴ Belghiti J, Kayem G, Dupont C, et al. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based cohort-nested case-control study. *BMJ Open* 2011;1:e000514. doi:10.1136/bmjopen-2011-000514
<http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000514.full.pdf+html>

⁵ Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. [Systematic Review] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.

⁶ Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.
Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.

femmes leur compétence dans le suivi et l'accouchement des femmes enceintes à bas risque. Alors que dans les pays voisins que sont la France, le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, la majorité des accouchements sans complications sont réalisés par des sages-femmes, en Belgique, ce sont les gynécologues qui restent les premiers prestataires en matière d'accouchement. Ce mode de fonctionnement entraîne des dépenses supplémentaires pour le système de sécurité sociale : une césarienne coûte plus cher qu'un accouchement (en 2010, une césarienne coûtait 4013,31 € à l'assurance obligatoire, un accouchement voie basse en milieu hospitalier 2909,13 €⁷).

Dans le système actuel hospitalier en Belgique, de nombreuses femmes se sont senties **dépossédées de leurs droits les plus fondamentaux** et ne se sont pas senties respectées dans leur projet de naissance. Certaines femmes se sont senties tellement diminuées, infantilisées, voire maltraitées psychologiquement ou physiquement qu'elles en souffrent encore plusieurs années après leurs accouchements. Les **interventions médicales non validées scientifiquement** et pratiquées sans le consentement éclairé de la patiente durant la grossesse et l'accouchement doivent être reconnues comme des **violences obstétricales***.

Voici une liste non exhaustive de pratiques très fréquentes dans les maternités hospitalières sans validité scientifique (pratiquées '*par habitude*', parce que '*tout le monde fait comme ça dans le service*') et sans consentement de la femme (on pense qu'elle ne peut pas comprendre). Ces pratiques qui viennent perturber la physiologie de l'accouchement peuvent en entraver le bon déroulement^{8,9}:

- Le déclenchement du travail sans consentement de la patiente
- La position imposée sur le dos pendant le travail et l'accouchement
- L'interdiction de manger et boire pendant le travail
- La pose systématique d'une perfusion
- Le monitoring en continu pendant le travail
- La rupture artificielle de la poche des eaux en routine
- L'accélération du travail par l'ocytocine sans justification
- L'expression abdominale
- L'épisiotomie de routine

Certains gestes non validés scientifiquement sont également pratiqués en routine pendant la grossesse comme les touchers vaginaux systématiques.

Le nouveau-né peut être aussi sujet à des gestes routiniers non validés scientifiquement comme le clampage précoce du cordon, l'aspiration systématique par le nez et la bouche, la pommade ou les gouttes oculaires, le non-respect du peau à peau, le nettoyage du vernix.

Ces pratiques sont une violation des droits des femmes à disposer de leur corps et à choisir le mieux pour elles et leur enfant. L'accouchement peut être au contraire un événement qui renforce la capacité des femmes quand il est bien vécu (« *Birth is empowering* » était le thème de la Semaine Mondiale de l'Accouchement Respecté 2014).

⁷ Mutualités Libre. Le cout hospitalier des accouchements en Belgique. 2012, Bruxelles. <http://www.mloz.be/files/etudeaccouchementfr.pdf>

⁸ Bibliothèque Santé Génésique de l'OMS. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/fr/

⁹ Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 139B. D/2010/10.273/63.

Ces réalités préoccupantes nous encouragent à porter avec force quatre revendications prioritaires en faveur d'une Naissance respectée.

Les revendications de la Plate-forme pour une Naissance respectée:

1. Une information systématique et complète sur l'accouchement.

L'accès à des modes de prise en charge adaptés à chaque usagère dépend, en grande partie, de l'information dont elle dispose sur les différents professionnels de la naissance susceptibles de les accompagner (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes) et des différents lieux où accoucher (maternité hospitalière, gîte intra-hospitalier, maison de naissance, domicile).

Dans ce sens, nous demandons **aux responsables en éducation permanente, en promotion de la santé, à l'ONE et aux mutuelles :**

- o **d'informer objectivement et systématiquement** toutes les femmes enceintes, dès la confirmation d'une grossesse qu'elles désirent mener à terme, sur les différentes possibilités qui s'offrent à elles pour le suivi prénatal (sages-femmes hospitalières ou libérales, gynécologues et médecins généralistes) et pour le type de lieu d'accouchement en Belgique (maternité, maison de naissance, domicile)
- o d'inclure dans les **animations EVRAS** dans les écoles (Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle) des contenus relatifs à ces différentes possibilités et au déroulement d'un accouchement physiologique.
- o de mettre en place une **permanence téléphonique** tenue par des professionnels pour répondre de manière objective aux questions des parents sur le suivi de la grossesse et l'accouchement.
- o d'apporter une **attention particulière aux femmes enceintes en situation d'exil** ne maîtrisant pas une des langues nationales et aux **femmes en grande précarité** qui sont souvent les moins informées de leurs droits et les plus vulnérables (recours à un traducteur, dépliants explicatifs en plusieurs langues,...).

2. Une transparence des pratiques hospitalières et extrahospitalières

La transparence des pratiques selon les structures (hôpital, maison de naissance, accouchement à domicile) est une condition pour permettre aux femmes et aux couples de choisir de façon éclairée leur lieu d'accouchement. Elles sont aussi nécessaires en démocratie pour un débat public éclairé.

Afin de pouvoir choisir en toute connaissance de cause les circonstances et le professionnel qui va les accompagner lors de l'accouchement, nous souhaitons :

- o **avoir accès aux statistiques** de chaque structure en ce qui concerne notamment : le taux de césariennes pratiquées, le taux d'épisiotomies, et le taux de recours à l'anesthésie péridurale, le taux d'inductions et le taux d'optimisations (accélération du travail par différentes méthodes), le taux d'accouchements physiologiques (sans aucune médicalisation), taux d'accouchements dans l'eau, taux de positions d'accouchement autre que décubitus dorsal, le respect du peau à peau, le fait de ne pas laver le bébé immédiatement, les résultats des enquêtes de satisfaction...

- o la mise en place **d'une grande enquête qualitative nationale sur le vécu des femmes dans les différents lieux d'accouchement**. La définition des critères d'évaluation doit être formulée en concertation avec les usagères.

3. **Une prévention des interventions médicales non justifiées**

Toute structure d'accompagnement des naissances, que celles-ci soient ou non médicalisées, doit veiller à préserver et valoriser le sentiment de compétence des femmes comme mères, leur compétence fondamentale à mettre leur enfant au monde et à en prendre soin d'une manière appropriée. Ce vécu positif a en effet un impact déterminant sur la santé physique et psychique des femmes et sur la qualité de l'attachement mère-enfant tout au long de la vie. Ce sentiment de compétence est nourri par le fait de se sentir respectée dans sa dignité d'être humaine et d'adulte responsable et de jouir de ses droits tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Rappelons les différents principes repris dans la loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient :

- o **Une prestation de services de qualité** : *“Chaque patient reçoit au vu de ses besoins, les meilleurs soins possibles en fonction des connaissances médicales et de la technologie disponible. Les prestations sont dispensées dans le respect de la dignité humaine et de l'autonomie du patient, sans la moindre discrimination fondée sur la classe sociale, l'orientation sexuelle ou la conviction philosophique.”*¹⁰
- o **Le consentement à toute intervention** : tout acte médical doit recueillir le consentement du patient. Ce qui veut dire : informer de la situation médicale, des dangers qu'elle représente, expliquer la/les solutions proposées (avantages et inconvénients), laisser le choix, envisager des alternatives éventuelles... Dans le cas où la patiente n'est plus en capacité de décider ou en cas d'urgence extrême, la personne de confiance qu'elle aura désignée (parent, ami,...) est informée du suivi.

Nous réclamons:

- o Un accompagnement centré sur la femme qui la remet en position d'actrice capable de décider pour elle et son enfant : c'est la femme qui accouche avec ses ressources et celles de son enfant.
- o La reconnaissance de l'existence de la violence obstétricale en Belgique
- o La création d'un groupe de travail fédéral incluant associations professionnelles, représentants du Ministère de la santé et usagers sur les meilleures façons de prévenir cette violence obstétricale.
- o La reconnaissance du terme de la grossesse par les gynécologues à 41 semaines d'aménorrhée (à l'instar de la France) au lieu de 40 SA afin d'éviter les déclenchements inutiles sur des grossesses non menées à terme.

¹⁰ Extrait du site internet : www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Patientrights/

4. Un renforcement des compétences et de la complémentarité des différents professionnels de la naissance.

Lors d'une grossesse, différents professionnels (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, doulas, psychologues, kinésithérapeutes,...) accompagnent la future mère. Les besoins de la femme, de l'enfant et du partenaire éventuel doivent être au cœur des préoccupations de tous les acteurs concernés. La cohérence entre les membres de l'équipe périnatale est à la base d'une relation de confiance avec les parents.

Une hiérarchisation des soins en fonction du niveau de risque est nécessaire. Elle permet de prodiguer les soins adéquats et de faciliter la prise en charge médicale judicieuse de chaque femme enceinte. Ainsi le cadre légal en Belgique et les régulations internationales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM) reconnaissent les compétences des sages-femmes pour l'accompagnement des accouchements eutociques* en toute autonomie au sein des maternités et en-dehors de celles-ci. De nombreuses études européennes démontrent en effet qu'une femme enceinte sans complications pendant sa grossesse aura moins de risque d'avoir un déclenchement, une épisiotomie, une césarienne si elle est suivie et accompagnée par une sage-femme que par un gynécologue pour son accouchement.¹¹ Dans l'intérêt des femmes, de leur partenaire et de leurs enfants, la coopération et la reconnaissance mutuelle entre ces professionnels doivent être améliorées. L'accouchement physiologique, qui limite les interventions pouvant être une source de complications parfois graves, doit rester la référence parmi les femmes en bonne santé, c'est-à-dire dont la grossesse et le travail ne montrent pas d'indicateurs exigeant une intervention.

La physiologie de la naissance n'est pas assez enseignée dans les écoles de médecine. La plupart des gynécologues belges n'ont pas vu de naissances physiologiques* au cours de leurs études car ils n'ont fait leur stage qu'en milieu hospitalier où le recours à l'ocytocine est banalisé pendant le travail. Les compétences des professionnels dans le domaine de la physiologie de la naissance devraient être renforcées. Les données scientifiques plaidant en faveur d'un respect de la physiologie sont nombreuses mais ne sont pas encore assez reconnues et mise en œuvre par les instances de santé publique. Respecter la physiologie, c'est pour les professionnels apprendre à s'effacer et à redonner confiance à la femme dans ses capacités à mettre au monde son enfant.

Nous réclamons:

- o Le renforcement des compétences des professionnels dans le **domaine de la physiologie de la naissance** (théorie dans le curriculum et stages dans des structures qui préservent la physiologie de la naissance)
- o La prise en compte par les instances hospitalières des données scientifiques qui valident le respect de la physiologie et leur mise en œuvre comme la recommandation de l'OMS pour un accompagnement optimal des femmes en travail : « une sage-femme pour chaque femme en travail »

¹¹ Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.

- o d'assurer une **continuité de soins** efficace et respectueuse en cas de transfert des accouchements à domicile qui exigent d'être pris en charge par des équipes médicales hospitalières. Des études comparatives entre les USA et au Royaume-Uni démontrent que, dans les situations où les accouchements à domicile sont stigmatisés (comme aux USA) les transferts ont une tendance à être perçus comme un échec et se font dans un climat d'angoisse et méfiance réciproque provoquant des retards dans la prise en charge et ayant des conséquences néfastes dans les cas les plus délicats. Les sages-femmes qui exercent à domicile sont en demande au contraire d'un gynécologue de référence à qui elles pourraient demander un deuxième avis dans certaines situations.

Contact :

Paola Hidalgo gsm : 0486 307 414

Marie-Hélène Lahaye gsm: 0497 43 13 30

info@naissancerespectee.be

Lexique

accouchement eutocique : accouchement qui se déroule sans complications.

accouchement physiologique : accouchement au cours duquel seules les ressources de la femme et de l'enfant pour naître sont utilisées, sous la vigilance mais sans interférence des professionnels de la santé.

déclenchement : procédé qui consiste à déclencher des contractions avant le début du travail par des moyens médicamenteux ou par la rupture artificielle de la poche des eaux.

épisiotomie : incision chirurgicale qui consiste à couper le périnée pendant l'accouchement.

iatrogène (adjectif): tout effet secondaire ou indésirable provoqué par un traitement ou une prise en charge médicale. On parle d'effet iatrogène d'un médicament ou d'une thérapie.

primipare : femme dont c'est le premier accouchement

violence obstétricale : Le Venezuela est le premier pays à avoir reconnu la violence obstétricale et à l'avoir intégré dans le code pénal vénézuélien. Elle est définie dans les termes suivants : *"l'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments, et conversion de processus naturels en processus pathologiques. Ceci entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et la capacité à décider en toute liberté de ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie."*