

LA PHYSIOLOGIE...

→ Les sages-femmes sont les garantes de la Physiologie, les spécialistes de l'Eutocie en matière de grossesse, d'accouchement et de ses suites... Je suis bercée par ces mots depuis que je suis "bébé sage-femme", sans doute comme vous toutes, vous tous. Et c'est là notre fierté : nous brandissons notre "spécialité" à qui veut l'entendre !

Cependant, beaucoup d'entre nous ont fait le constat, au cours de leur pratique professionnelle, que notre enseignement initial s'avérait assez pauvre de ce côté-là et que nos connaissances dans ce domaine, finalement, n'étaient pas au top, surtout au regard de celles de nos collègues européennes, canadiennes, parfois américaines...

Cela dépend évidemment de l'époque à laquelle nous avons fait nos études et aussi des écoles dans lesquelles nous avons fait ces études.

En tout cas, celles intéressées ont fait des formations supplémentaires et ont fait des découvertes parfois surprenantes au décours de leur exercice : cela s'appelle l'expérience !

Et pour certaines d'entre nous, le fossé est grand entre notre enseignement initial et notre pratique actuelle.

LL

CETTE SCIENCE [LA PHYSIOLOGIE]
EST UNE DES PARTIES LES PLUS
DIFFICILES DE LA PHYSIQUE, ELLE
DEMANDE PRESQUE LA CONNAISSANCE
DE TOUTES LES AUTRES...

77

→ QU'EST-CE AU JUSTE QUE LA PHYSIOLOGIE ?

Dans l'*Encyclopédie Universalis*, on trouve à l'article "Physiologie" : Jean Sénebier, dans son "Éloge d'Albert Haller (1778)" ⁽¹⁾, a écrit : « La Physiologie est la base de la Médecine, elle présente à celui qui l'exerce l'état naturel de la machine qu'il doit entretenir en prévenant les dérangements qui la menacent, et en les réparant quand ils sont arrivés. Cette Science est une des parties les plus difficiles de la Physique, elle demande presque la connaissance de toutes les autres... »

Plus loin, on peut lire : les fonctions de l'organisme, dans la physiologie de Haller, sont imaginées et reconstruites beaucoup plus qu'elles ne sont expérimentées.

Rapporté à notre discipline, il est vrai que nous expérimentons peu cette Physiologie de la mise au monde tellement notre pratique institutionnelle est bordée par des protocoles, des habitudes de service desquels on ne déroge pas, ou bien alors en catimini... Quelle sage-femme n'a pas prolongé des efforts de poussée au-delà de ces fameuses 30 minutes parce que le bébé allait bien et la présentation progressait, même si un peu plus lentement que pour d'autres, et ainsi lui éviter une extraction instrumentale ? Tout cela en traficotant le partogramme pour ne pas recevoir les foudres du staff...

Bref, nos normes françaises nous ont été enseignées comme vérités absolues et si on ne les respecte pas, on pourrait être qualifié d'incompétent, alors éventuellement on triche un peu...

Lorsqu'on traverse la Manche, on s'aperçoit que d'autres normes existent...

La durée des efforts de poussée est allongée à une heure, voire plus.

Sont-ils fous ces Anglais ? Ils se permettent même d'attendre une heure pour la délivrance, et même de recommander l'accouchement en maison de naissance pour les primipares et à domicile pour les multipares... Et ce, en 2014...

Pour celles et ceux qui lisent l'anglais, je vous invite d'ailleurs à jeter un coup d'œil sur le site de la NICE, équivalent de la HAS pour la médecine anglaise : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-recommendations>

Finalement, comment observer et étudier la Physiologie lorsque l'on dirige le travail dans la majorité des cas ? En effet, les accouchements sont souvent médicalement déviés dans leur fonctionnement par la pose d'une analgésie péridurale (APD) et/ou d'une rupture artificielle des membranes (RAM) et/ou d'une grande immobilisation et/ou d'une perfusion de Syntocinon® y compris lorsque la situation ne le nécessite pas absolument, ou par habitude, ou par certitude.

Cette situation courante est évidemment compréhensible au regard de divers facteurs, notamment la charge de travail des équipes, le manque de temps et la disponibilité limitée... Dans les services, il est rarement possible de faire du « one

to one ». Alors, comment soutenir une femme qui n'a pas envie de péridurale si l'on ne peut être auprès d'elle que quelques minutes par heure? Comment surveiller le bien-être du bébé en discontinu si l'on ne peut pas observer minute après minute le comportement maternel? Change-t-elle de position? Sa respiration s'est-elle modifiée? Il devient alors indispensable de poser un monitoring que l'on surveillera de son bureau parce que les paperasses et l'ordinateur n'attendent pas...

Ensuite, les femmes en France sont très demandeuses d'avoir une APD. D'après les données AUDIPOG⁽²⁾, en 2011, 72,3 % des parturientes ont eu une APD. Le CIANE⁽³⁾ a décortiqué le souhait des femmes concernant l'APD à travers une enquête permanente et a étudié l'évolution des souhaits entre 2005 et 2012. Dans son rapport, on peut lire : « *d'avantage de femmes souhaitent a priori une péridurale ; les primipares sont plus nombreuses que les multipares à ne pas être décidées à l'arrivée à la maternité, ce qui n'est pas complètement surprenant ; les multipares sont beaucoup plus nombreuses – de 16 à 19 % de plus que la proportion de primipares – à souhaiter a priori ne pas avoir de péridurale.* »

Comme nous le savons toutes et tous, la pose d'une péridurale oblige à perfuser et souvent à avoir recours au Syntocinon® et à la RAM, modifiant ainsi le fonctionnement du corps et la physiologie de cette naissance. Une question me taraude : *qu'est-ce qui pousse les femmes à demander une péridurale?* Les raisons sont probablement diverses et variées mais quand même, ces chiffres ne sont pas atteints dans tous les pays riches et notamment en Angleterre où le « *one to one* » est une décision de santé publique. On est en droit de supposer que la présence constante d'une personne connue et bienveillante diminue la demande d'analgésie. Cela a d'ailleurs été mis en évidence à travers une revue systématique des bases de données de la *Cochrane* en 2013⁽⁴⁾.

La péridurale est historiquement en France aussi un argument féministe. Le fonctionnement de ce corps féminin est aliénant : les règles, la grossesse, la douleur de l'accouchement, l'allaitement sont des empêchements. Les femmes vont légitimement militer pour leur existence dans la sphère publique, le droit au travail, l'égalité des droits, la contraception, le droit à l'IVG, contre les violences domestiques dans une société masculine dominante et vont laisser de côté les spécificités et expériences féminines comme si celles-ci devaient disparaître et cesser de nous mettre des bâtons dans les roues. Le Pr Martine Herzog Evans l'évoque dans l'introduction d'un article concernant l'allaitement⁽⁵⁾ : « *Ce féminisme reprend actuellement de la vigueur en se dressant contre la femme "biologique", celle qui veut utiliser son corps dans toutes ses dimensions, non seulement sexuelles, mais encore en tant que gestante, parturiente et allaitante* ». D'autres "féminismes" ont émergé, surtout dans les pays anglo-saxons et au Canada, défendant au contraire le féminin dans toutes ses spécificités : pas moins bien que le masculin, différent mais tout aussi respectable!

Et puis, il y a la culture médicale : la direction du travail est admise souvent comme étant la norme, même en l'absence

de pathologie. Le recours aux ocytocines de synthèse a été banalisé depuis les années 1990, parallèlement à l'APD, ainsi que la rupture artificielle des membranes présentée comme non douloureuse pour la maman et le bébé et anodine la plupart du temps. C'est l'enseignement que nous recevons. Cela permet de maîtriser un peu le temps et de manager le flux en salle de naissance, de pouvoir envisager une césarienne sans être dans l'extrême urgence.

Cela permet de "faire" aussi, car ne rien faire, c'est ne pas porter secours. L'inaction apparente est perçue comme péjorative. Je me souviens qu'au cours de mes études, une enseignante nous avait prévenus qu'il ne fallait pas qu'elle nous surprenne à ne rien faire, même s'il n'y avait pas de parturiente en salle. Nous devions toujours être en action : faire le plein des salles, vérifier ceci ou cela, proposer son aide...

En allant plus loin, on pourrait être tenté d'y voir aussi une certaine forme de prise de pouvoir à travers un type de discours : « *je sais ce qu'il faut faire car j'en ai la connaissance ; vous, vous ne savez pas ! laissez-nous faire !* », ce qui est particulièrement tentant lorsque l'autre est en situation de vulnérabilité, douloureux, malade ou inquiet. L'accouchement est un moment propice pour cela. « *Si l'on ne fait pas ceci ou cela votre enfant sera en danger !* » Quelle mère ne souhaite pas le meilleur pour son enfant? Cela ne force-t-il pas l'obéissance?

Les certitudes absolues dans le domaine médical sont peut-être indispensables pour asseoir son autorité, mais assez risibles lorsqu'on les regarde avec le décalage du temps. Déjà, Molière les raillait dans de nombreuses pièces de théâtre : *Le médecin malgré lui* et *Le malade imaginaire*. À cette époque on ne jurait que par la saignée... Il n'y a pas si longtemps, lorsque j'étais enfant, les traitements antibiotiques étaient de mise assez systématiquement pour laisser place ensuite au fameux slogan : « *les antibiotiques c'est pas automatique !* »

Plus récemment, la désobstruction des voies aériennes supérieures des nouveau-nés semblait indispensable et incontournable dès la naissance, y compris pour ceux dont l'Apgar était évalué à 10. Beaucoup d'équipes aujourd'hui ont expérimenté l'abstinence et ont constaté les avantages à ne pas désobstruer les nouveau-nés en bonne santé : la mise en route de l'allaitement par exemple. La Société Suisse de Néonatalogie décrit même en 2007 dans ses recommandations, les risques de la désobstruction : « *La stimulation de la paroi postérieure du pharynx peut déclencher un réflexe vagal* »

(1) Albert de Haller (né le 16 octobre 1708 à Berne, mort le 12 décembre 1777 à Berne) médecin, poète et naturaliste suisse.

(2) AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie.

(3) CIANE : Collectif Inter-associatif autour de la Naissance-Publication : *Douleur et accouchement* (avril 2013).

(4) Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. *Continuous support for women during childbirth*. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7: CD003766.

(5) Martine Herzog Evans, *Féminisme biologique, allaitement et travail. Une nouvelle forme d'autodétermination des femmes*, in séminaire Droits des femmes face à l'essor de l'intérêt de l'enfant-*Revue des Droits de l'Homme* n° 3, juin 2013.

avec bradycardie ! ». Ce geste de désobstruction systématique, nous l'avons tous fait avec cette fervente conviction que nous faisons le meilleur pour les bébés.

Ce que je souhaite souligner ici, ce sont nos certitudes actuelles : sont-elles légitimes finalement ?

Ont-elles un réel bénéfice pour les mères et les bébés ? Ne doit-on pas sans cesse se poser ces questions lorsque l'on propose un soin ou un traitement ? Ne doit-on pas être loyal dans nos explications ?

Effectivement, dans la mesure du possible, notre mission est celle de remettre aux parents des enfants en bonne santé et de maintenir les mères en bonne santé dans tous ses aspects, tant physiques que psychiques.

Lorsque l'on traverse la Méditerranée et que l'on descend en Afrique subsaharienne, les taux de mortalité et morbidité sont vertigineux tant pour les femmes que pour les enfants. J'ai eu l'occasion, comme d'autres sages-femmes, de le constater à travers deux voyages professionnels en Éthiopie. Je me suis réjouie, à chaque retour de mission, de retrouver ce confort rassurant avec ses outils efficaces et ainsi pouvoir proposer aux familles des solutions à tel ou tel problème autant que je me suis désolée de ne pouvoir rien faire parfois dans cet hôpital d'Addis Abeba pour un enfant qui aurait eu ses chances dans un service de pédiatrie à la hauteur de sa pathologie...

La médecine et le niveau de vie des pays riches ont incontestablement modifié le pronostic des mères et des enfants. En effet, une bonne hygiène de vie, une alimentation non carencée, des bonnes conditions sanitaires favorisent une meilleure santé générale (même si à l'heure actuelle, on est en droit de s'interroger sur les effets de la pollution, des pesticides, de la malbouffe...).

La qualité du suivi de la grossesse, les outils comme l'échographie, les examens complémentaires, l'évaluation des risques ont transformé le devenir des femmes et des enfants ainsi que les avancées en matière chirurgicale et les techniques d'anesthésie. La maîtrise du travail dirigé en cas de pathologie a été une réponse contre l'accouchement compliqué. Mais doit-on le généraliser à toutes les femmes ? Doit-on l'imposer comme seule possibilité pour enfanter, même en l'absence de pathologie, heureusement situation la plus fréquente ? L'éthique ne nous impose-t-elle pas d'entendre différents types de demandes, de savoir y répondre sans jugement, avec soutien ? La bonne santé ne contient-elle pas un aspect psychique, nous obligeant à tenir compte d'autres éléments que des éléments physiques et quantifiables ? Ne doit-on pas s'assurer de l'efficacité et de l'innocuité des soins proposés ?

Notre Code de Déontologie nous y oblige ! « *La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine* », plus loin : « *La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible* », plus loin encore : « *La sage-femme doit s'interdire dans les investigations ou les actes qu'elle pratique comme dans les traitements qu'elle prescrit de faire courir à sa patiente ou à l'enfant un risque injustifié* ».

Après une âpre bataille, l'expérimentation des maisons de

naissance débute enfin. Dans le même temps, différentes équipes hospitalières investissent du temps et de l'énergie à organiser des unités physiologiques avec un équipement flambant neuf.

Mais qui connaît la physiologie ? Qui en a l'expérience ?

La physiologie de l'enfantement est complexe, subtile. J'ajouterais que nous n'en connaissons que le haut de l'iceberg...

L'accompagnement global offre à celle ou celui qui peut le pratiquer un terrain d'observation incroyable... Et l'accouchement à domicile encore plus... Car, et la femme et la sage-femme sont alors dans un espace-temps de liberté inouï... La limite se situant, évidemment, à la bonne santé de la mère et à la bonne adaptation du bébé au travail de l'accouchement.

Je vous propose un modeste voyage au pays de la naissance non perturbée mais pour autant accompagnée. La physiologie expérimentée en quelque sorte... Cela fait maintenant quelques années que j'accompagne des femmes, des hommes, à mettre au monde leur enfant, soit en plateau technique, soit à leur domicile et je dois dire que j'ai appris beaucoup à leurs côtés et fait des découvertes surprenantes.

Il est important de dire aussi que cette manière de travailler n'est pas une expérience solitaire mais au contraire partagée. Tant de sages-femmes me compagnonnent, directement ou indirectement, aux travers d'échanges, de rencontres mais aussi de lectures.



■ Pour commencer, le déclenchement spontané du travail de l'enfantement.

Il faut bien sûr que le placenta émette des signaux de fin de vie et que le bébé signale sa maturité. La femme, quant à elle, réunit les bonnes conditions et assure la sécurité de l'environnement. Car, quelle femme souhaite mettre en péril sa progéniture a priori ? Elle doit être sûre d'avoir écarté les dangers et d'être à l'abri : c'est à cette condition que les ocytocines vont pouvoir être sécrétées ! La notion de sécurité est variable d'une femme à l'autre évidemment, et pour une part probablement inconsciente. La quasi-totalité des femmes accouchent par exemple un jour où leur conjoint est disponible, ou bien au moment où la garde de leurs aînés est facile, ou bien tous les jours sauf le jour anniversaire d'un événement malheureux... Si l'on rapporte cette observation au monde animal, quelle femelle met bas en présence d'un prédateur qui, par le sang alléché, pourrait ne faire qu'une bouchée de sa portée et d'elle-même ? C'est un système d'économie de la nature car pourquoi dépenser tant d'énergie à construire des petits pour qu'ils ne survivent pas ? Il faut bien protéger ce moment de grande vulnérabilité ! C'est pourquoi la bienveillance et les paroles rassurantes vont être parfois indispensables en fin de grossesse. Je me souviens d'une femme qui allait dépasser son terme. Elle s'inquiétait d'être déclenchée. Nous avons discuté de ses inquiétudes éventuelles : rien n'y a fait. La veille de son rendez-vous de surveillance pour dépassement de terme, je l'ai massée

pendant une heure et l'ai laissée endormie : quelques heures après, elle se mettait en route. Elle m'a expliqué plus tard que ce massage lui avait permis de sentir ma disponibilité et ma présence bienveillante ; elle a compris à cette occasion, bien plus qu'avec nos discussions, qu'elle pouvait compter sur moi et une sorte de sérénité s'est installée en elle... D'autres femmes peuvent exprimer toutes sortes d'inquiétudes : « *Je ne suis pas sûre de pouvoir élever un enfant* » ou encore « *j'attends un garçon (ou une fille...) comment vais-je m'en sortir ?* » Bref, des inquiétudes qui vont faire empêchement en larguant suffisamment d'adrénaline... C'est important d'entendre ces inquiétudes, de ne pas les nier et parfois cela suffit : les premières contractions arrivent !

■ Une fois lancé, le prétravail est également une période sensible et délicate.

Surtout pour les primipares et les multipares qui ont eu des expériences malheureuses à leur précédent accouchement. La production d'ocytocine engendre des contractions mais aussi du réconfort, de la tranquillité. De nombreux chercheurs se sont penchés sur cette hormone. Nous savons qu'elle est produite dans de nombreuses occasions : le contact physique, le massage, l'allaitement, l'orgasme, et favoriserait l'attachement entre deux êtres, particulièrement s'ils partagent des échanges physiques. Donc le début du travail est souvent marqué par une grande sérénité. Il va en falloir car le passage dans la grande aventure qu'est la phase active nécessite du calme et de la confiance. Une sage-femme de grande expérience, Jacqueline Lavillonnière, compare ce moment avec le largage des amarres dans un port : une femme monte dans son bateau aux premières contractions, défait ses amarres et navigue doucement entre les digues et les autres bateaux. Elle se dirige vers la sortie du port, le projet étant de partir au large, à l'aventure, vers l'inconnu : mettre au monde... Cette femme peut prendre peur parfois et décider de traîner un peu dans le port ; elle refait quelques tours et parfois même tourne tellement qu'elle tarde franchement à s'engager : c'est la dystocie de démarrage. Bien sûr, de temps en temps, cette dystocie peut être due à un problème mécanique mais c'est loin d'être la majorité des cas. Souvent c'est l'inquiétude, l'insécurité, le stress qui empêchent l'entrée en phase active. Si on leur laisse du temps, si on les rassure et si on ne les inquiète pas, ces femmes peuvent trouver "leur" solution et enfin s'aventurer vers l'inconnu. Cette solution est parfois inattendue...

Je me souviens d'une femme, deuxième pare, qui avait accouché à l'hôpital la première fois avec une péridurale. La naissance s'était bien passée. Elle souhaitait accoucher la deuxième fois chez elle surtout pour ne pas vivre de séparation trop longue avec sa fille aînée encore très petite (18 mois). Pendant la grossesse, elle me parle de sa peur d'avoir trop mal, me demande même si l'on ne pourrait pas faire une petite péridurale à la maison... Je lui réponds évidemment que non mais qu'elle pourra à tout moment changer de projet et aller à l'hôpital pour bénéficier d'une péridurale. Le jour J arrive et je me rends à ses côtés. À mon

arrivée, elle a certes des contractions mais irrégulières et capricieuses. Elles pouvaient être fortes, intenses et rapprochées pendant quelque temps puis s'arrêter complètement et cela a duré du matin jusqu'en fin d'après midi : elle était à 5 cm de dilatation et toujours pas de phase active... Elle avait peur, peur d'avoir mal. Je tentais de la rassurer, de lui dire que tout allait bien, que son bébé allait bien puis lui proposais d'aller à la maternité pour poser une APD et la laisse réfléchir avec son conjoint. Trois bons quarts d'heure plus tard, je la vois descendre ses escaliers, se planter devant moi et me dire : « *j'ai décidé de faire un gâteau au chocolat !* »... Bon, cela ne faisait pas partie des propositions que je lui avais faites... Elle s'active dans sa cuisine et j'entends sa respiration s'amplifier pendant les contractions qui se rapprochent de plus en plus. Le gâteau à peine enfourné dans le four, les premières sensations de poussées se font sentir ! L'enfant est né très simplement et rapidement dans une délicieuse odeur de chocolat... Respecter le temps de cette femme à accepter qu'elle pouvait mettre au monde tout en m'assurant que le bébé aille bien, tel a été mon travail. Cette femme a détourné son attention en faisant de la pâtisserie. Parce qu'il s'agit bien de cela : laisser faire le travail du corps sans s'en mêler et lui faire confiance ! En somme accepter de lâcher prise et accepter l'aventure du grand large, de la pleine mer.

■ Durant la phase active, j'ai fait des découvertes.

Par exemple, concernant la poche des eaux. J'ai tout de suite, à mes débuts, décidé de ne jamais rompre la poche des eaux à domicile, ceci pour deux raisons principales :

- Je ne souhaitais pas provoquer une procdence du cordon, voire pire, une hémorragie de Benkiser, au milieu du salon.
- J'estimais que la nécessité de corriger la dynamique utérine par RAM ne pouvait se faire qu'en milieu hospitalier car cela annonçait une dystocie possible et imposait alors de pouvoir intervenir.

Cela m'a permis de constater qu'une petite majorité des femmes conservait les membranes intactes jusqu'à la dernière demi-heure et que beaucoup avaient une durée d'ouverture de l'œuf inférieure à 10 minutes C'est alors moins pénible pour les femmes sans analgésie. De plus, la conservation de la poche des eaux (PDE) intacte permet d'éviter bien des problèmes en cas de cordon court ou de circulaire. En effet, dans ces cas-là, pour éviter des tensions sur le cordon ou des compressions et donc une SFA pour le bébé, c'est



PARCE QU'IL S'AGIT BIEN DE CELA : LAISSER FAIRE LE TRAVAIL DU CORPS SANS S'EN MÊLER ET LUI FAIRE CONFIANCE ! EN SOMME ACCEPTER DE LÂCHER PRISE ET ACCEPTER L'AVENTURE DU GRAND LARGE, DE LA PLEINE MER.



la PDE qui sollicite le col pendant le travail, permettant la dilatation. La présentation reste haute jusqu'à dilatation complète, et hop, la PDE se rompt; l'enfant descend très rapidement et naît en quelques minutes! J'ai appris, dans ma formation initiale, qu'une présentation haute en fin de dilatation n'était pas de bon présage. J'ai pu constater qu'en fait, cela pouvait être une mesure de protection.

■ Et puisque l'on parle cordon, j'ai aussi fait une autre découverte.

Une femme m'appelle car elle est en travail. C'est une 7^e pare. En arrivant chez elle, je la trouve debout et semble avoir envie de pousser. Le temps de se laver les mains et déjà la tête est à la vulve puis le bébé naît: je constate un circulaire bien serré! Tout en expliquant à la dame de ne plus pousser, qu'il va falloir couper le cordon, je me retourne pour attraper ma boîte d'instruments et j'entends le bébé pousser son premier cri! Il est né, sa maman le tient dans ses bras! Et bien ça alors, comment est-ce possible? J'ai toujours cru qu'un cordon serré empêchait les bébés de naître! En discutant avec une collègue plus tard, elle me parle de la manœuvre du "saut périlleux" ou "somersault" ("manœuvrer" en anglais). C'est décrit par une célèbre sage-femme américaine: Ina May Gaskin. Depuis, je n'ai jamais plus coupé les cordons serrés à la vulve en première intention et tous les bébés sont nés avec un bon Apgar, la possibilité de bénéficier de la perfusion placentaire encore quelques minutes et diminuer ainsi le risque d'anémie de la première année de vie...

■ Concernant la douleur de l'accouchement, il y a beaucoup à dire également.

Déjà étudiante, je me posais cette question: pourquoi les femmes ont-elles mal à la naissance de leur enfant? J'ai très vite mis de côté les considérations religieuses et méritantes que je laisse à l'appréciation de chacun. Ma question s'orientait plutôt vers la compréhension des phénomènes physiologiques.

Dans ma pratique, plusieurs hypothèses me sont apparues.

- **Pour pouvoir réunir les bonnes conditions de la mise au monde, se mettre en sécurité, il faut bien que le message soit fort!** Je m'explique: la douleur est une forme d'alerte, donne des informations claires et efficaces en cas de dysfonctionnement ou de mise en danger. Par exemple, si je mets ma main au feu, je vais la retirer immédiatement pour préserver mon intégrité corporelle. Si je fais un mouvement inadapté, mon membre va être douloureux et ainsi m'évitera, autant que faire se peut, une fracture par exemple... Si l'on reporte ce phénomène au démarrage du travail, on peut se dire que cette femme va être clairement informée de la naissance imminente de son enfant! Il faut qu'elle prenne donc les mesures qui s'imposent, à savoir se mettre en conditions appropriées à l'accouchement; par exemple en se rendant à la maternité, en s'entourant de personnes de confiance pour la veiller. Finalement, il y a peu de femmes qui accouchent inopinément dans un endroit non souhaité.

Ainsi, à l'abri, et lorsqu'on est dans le cœur du travail, pourquoi les sensations sont-elles si fortes? Si l'on confronte le bassin d'une femme au volume du bébé, on est en droit de se dire qu'il faut une sacrée stratégie pour que le franchissement soit possible! Il faut donc que le bassin soit le plus ouvert possible et ce, à chaque étape, car il est plein d'obstacles: le promontoire, les épines ischiatiques, le coccyx... Pour que le bassin "s'ouvre" le plus grand possible à chaque étape, il faut une mobilité posturale importante et adaptée! L'intensité de la douleur semble variée selon les positions prises par la dame. Serait-ce pour lui donner des indications précieuses? Serait-ce pour lui signifier que la position actuelle, si douloureuse, est inadaptée et qu'il serait temps d'en changer?

- **Une autre hypothèse m'a traversé l'esprit:** une des réponses du corps en cas de douleur et/ou d'endurance est la production d'endorphines. Les endorphines, entre autres, sont enivrantes et peuvent faire perdre un peu le sens de la réalité, désinhibent. Est-ce là une possibilité pour l'esprit analyste de décrocher et de laisser faire (lâcher prise)? Et dans cette même idée, les endorphines maternelles produites massivement en fin de travail (et en l'absence d'analgésie) ne pourraient-elles pas avoir pour objectif de protéger également le bébé contre les difficultés de l'engagement et de la rotation dans le bassin? Et dans ce cas, que se passe-t-il en cas de pose d'APD?

- **Que d'hypothèses et de questionnements** souvent partagés avec des collègues et la liste est encore longue de ces observations! Elles concernent, par exemple, la dynamique utérine, les phases de repos et même parfois d'endormissement, la puissance du réflexe de poussée, la capacité du périnée à se réparer même sans sutures, les pertes de sang étonnement faibles si la production endogène des ocytocines est favorisée, sans parler de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, des émotions éprouvées: peur, puissance, accomplissement, etc. etc.

Cette expertise rend plus facile l'accompagnement des femmes dans leurs divers besoins et particulièrement celles qui souhaitent le respect du déroulement physiologique de leur accouchement; elle permet d'affiner aussi nos "outils" de surveillance. On peut parler de savoir empirique d'une certaine manière. L'empirisme est une étape indispensable dans la recherche: on élabore des hypothèses qu'il faudra vérifier...

En tout cas, nous sommes loin de comprendre l'ensemble du fonctionnement physiologique de la mise au monde et de la naissance. Beaucoup de travail reste à faire. Il me semble que c'est aux sages-femmes de s'en emparer! Nos collègues étrangères, belges, suisses, hollandaises, anglaises, allemandes, canadiennes, américaines, ont pas mal réfléchi déjà. En France, le compagnonnage entre les sages-femmes qui font de l'accompagnement global fonctionne assez bien, souvent par proximité géographique et affinité. Nombreuses, je pense, seraient prêtes à partager ces savoirs, ces savoir-faire, ces savoir-être. Tout est à inventer!