

Le déclenchement

(Samedi 23 à 10h30)

Président de séance : Patrick STORA, gynécologue-obstétricien, vice-président de l'AFAR

Intervenants :

- Cécile LOUP, chargée de recherche à l'Observatoire astronomique de Strasbourg (CNRS), présidente de l'AFAR

- Danièle CARRICABURU, socio-anthropologue, GRIS/CERMES, Université de Rouen (empêchée en dernière minute)

- Claude-Émile TOURNÉ, médecin, spécialiste en gynécologie-obstétrique, membre correspondant de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Il dirige à l'Université de Perpignan le D.U. Naissance et Société.

Enregistrement et transcription

Le déclenchement artificiel de l'accouchement était presque anecdotique dans les années 60. En 1981 10% des accouchements étaient concernés. À l'heure actuelle il a dépassé 20% des accouchements, soit environ 160000 femmes et bébés français chaque année.

Est-il besoin de dire que la grande majorité de ces femmes et de ces bébés se porteraient tout aussi bien, si ce n'est mieux, si l'on avait laissé le travail se déclencher spontanément ? Plusieurs facteurs sont impliqués et imbriqués dans cette escalade. C'est le but de cet atelier de les cerner, puis de nous demander quelles conséquences cela peut avoir, quel est l'enjeu de société associé.

Quelques questions pourront nous servir de support :

I. Pourquoi une telle augmentation ?

1) La médecine basée sur des preuves est un grand progrès. Mais elle a aussi ses limites, elle n'est "que" statistique. Elle prédit des risques, mais elle ne permet pas de faire un diagnostic. N'y a-t-il pas parfois confusion entre risque et pathologie avérée ?

2) Le déclenchement artificiel n'est-il pas aussi utilisé pour des raisons organisationnelles du service en l'absence de tout signe clinique ?

3) La systématisation du déclenchement n'est-elle pas due en partie à cinq idées fausses :

--- que le bébé est "fini" à 37 semaines ?

--- que l'accouchement spontané ou déclenché "c'est pareil" ?

--- que le déclenchement artificiel ne présente aucun effet secondaire notable ni aucun danger pour la mère et l'enfant ?

--- que de toute façon la naissance est nécessairement un traumatisme pour le bébé ?

--- que les nourrissons et les fœtus ne se "souviennent" pas ?

4) Pourquoi certaines femmes le demandent-elles ? Quelles sont les parts entre manque d'information, fin de grossesse pénible, contexte culturel ?

5) Pourquoi l'escalade continue-t-elle jusqu'à utiliser illégalement du Cytotec dans la politique de certains services, plutôt que de mettre toutes les forces des chercheurs dans l'amélioration du dépistage précoce de la post-maturité ?

II. Que faisons-nous vraiment, quel avenir pour ces enfants, pour la société ?

Les neurosciences ont fait suffisamment de progrès pour que plus personne ne puisse soutenir que l'accouchement spontané ou déclenché "c'est pareil". Dans le premier cas le processus est endogène, l'ensemble des deux organismes régle le bal délicat des productions hormonales. Dans le second cas le processus est grossièrement dirigé de façon exogène, il est imposé aux deux organismes qui doivent donc répondre à une agression extérieure.

Les neurosciences nous dévoilent aussi que corps et esprit ne peuvent pas être séparés, ils sont indivisibles. On parle

maintenant du corps-esprit. Notre mémoire est dynamique. Chaque événement modifie le réseau neuronal, les réponses synaptiques à divers stimuli, et même leur nombre.

1) Quelles traces un déclenchement inutile peut-il laisser dans le corps-esprit d'une femme ?

2) Quelles empreintes cette "agression" extérieure va-t-elle laisser dans le corps-esprit du bébé ? Quelles sont les réponses normales d'un organisme qui s'est senti menacé dans son intégrité (il n'est pas besoin d'être conscient pour cela) ? Ne risquons-nous pas de voir une certaine proportion de ces enfants devenir agressifs ou colériques, ou bien insécurisés, ou sujets à un léger syndrome de sentiment de persécution, ou partiellement apathiques voire déprimés car leur force vitale aurait été amputée dès le départ ?

III. Et quelles conclusions et actions allons-nous tirer de tout cela ?

Deux notes sur le déclenchement

(Claude-Émile TOURNÉ)

• La terminaison de la grossesse reste globalement un mystère. La plupart des recherches convergent cependant vers l'hypothèse que ce soit l'enfant qui déclenche l'accouchement parce que la satisfaction de ses besoins est insuffisamment pourvue. Ce serait donc bien une « rébellion » due à l'expérimentation déjà avant la venue au monde d'un manque, qui serait à l'origine de la rupture de la symbiose originelle. La mère ne pourvoyant plus suffisamment aux besoins, l'enfant se résoudrait à déclencher les mécanismes de son expulsion.

• Le déclenchement artificiel du travail d'accouchement, intervenant avant la perception de ce manque à l'origine du déclenchement automatique du travail, se comporterait alors comme un manque à être, un déficit d'expérience réussie, de désir primordial manifesté et satisfait. D'où peut-être une difficulté à devenir à s'autonomiser comme sujet chez ces enfants expulsés avant leur heure. Car ils font souvent payer cher à leurs parents ce manque à désirer en manifestant de façon incongrue et intempestive leur exigence à être reconnus comme êtres désirants.

DISCUSSION DE CET ATELIER

Ressources

- Le déclenchement (Claude-Émile TOURNÉ)
- À la conquête du contrôle absolu du déclenchement : la chimère du misoprostol (cytotec) (Cécile LOUP)
- Bibliographie sur le déclenchement
- Bibliographie sur le misoprostol

Bibliographie générale (revues, débats, opinions)

Pour ou contre l'utilisation du misoprostol dans le déclenchement du travail à terme en routine. Fournié A.
 Pour l'utilisation du misoprostol dans le déclenchement du travail à terme en routine. Vayssière C.
 Contre l'utilisation du misoprostol dans le déclenchement du travail à terme en routine. Schmitz T, Goffinet F.
 Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2006;34(2):154-165

Le temps « dépassé » : pour une autre écoute de la postmaturité. Rapoport D.
 Semaine Mondiale Pour l'Accouchement Respecté, Musée de l'Homme, 2006. Lire...

De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. Carricaburu D.
 Sociologie du travail 2005;47:245-262.

Pour ou contre le déclenchement systématique du travail à 41 semaines d'aménorrhée ? Gonnet J-M, Maillet R.
 Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2004;32(2):173-179.

Enquête des pratiques de maturation du col et de déclenchement du travail en France. Goffinet F, Dreyfus M, Carbonne B, Magnin G, Cabrol D.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003;32:638-646.

Programmation de l'accouchement: Les sirènes de la toute puissance. Poitel B.
Dossiers de l'Obstétrique, 2003;316/317/318. Lire...

Les indications obstétricales dans le diabète gestationnel : déclencher ou ne pas déclencher. A. Fournié, J.-F. Le Digabel, F. Biquard, C. Vasseur, P. Gillard, P. Descamps.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002;31(S6):21-29.

Induction systématique du travail à terme. Gonnet J-M.
Journées de Techniques Avancées en gynécologie-obstétrique, 2001. Lire...

Enquête de pratique nationale auprès des obstétriciens sur le déclenchement artificiel du travail. Goffinet F, Humbert R, Clerson P, Philippe H-J, Bréart G, Cabrol D.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999;28:319.

Indications et modalités de déclenchement en cas de rupture prématurée des membranes. Recommandations pour la pratique clinique. Carbonne B.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999;28:683-686.

Décollement des membranes à terme. Revue des essais randomisés. Mise à jour. Schmitz T, Goffinet F, Pons J-C.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998;27:749-754.

Le diabète gestationnel. Conférence de consensus. CNGOF.
Diabetes and Metabolism 1997;23:9-14.

Le déclenchement de l'accouchement. Conférence de Consensus. CNGOF, 1995. Résumé...

Programmation de l'accouchement. Teurnier F.
Journées de Techniques Avancées en gynécologie-obstétrique, 1995. Lire...

La programmation de l'accouchement. Fossat C.
Site Gyneweb, année inconnue. Lire...