

# Induzione sistematica del travaglio per donne sane e a termine una co-costruzione della cura sotto una gestione patriarcale?



**Schalck Claudine**

*Levatrice, psicologa clinica*

*Ricercatore associato al Conservatoire National des Arts et Métiers*

*CNAM-CRTD, Parigi*

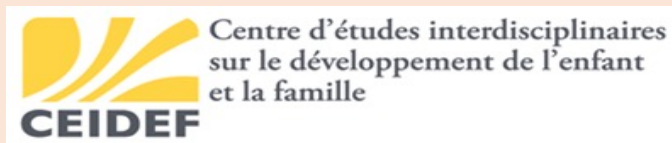
*Dottore in psicosociologia del lavoro*

**Gagnon Raymonde**

*Levatrice, professore*

*Ricercatore all'Università del Quebec a Trois Rivières*

*Dottore in scienze umane applicate*



# Analisi della ricerca clinica in ostetricia

## La co-costruzione delle cure con impronta patriarcale?

« **ARRIVE** »: **ricerca americana** (Grobman et al, 2018 ):

- **Innescare il parto di donne primipare « a basso rischio »**
  - **Ridurre il tasso di mortalità perinatale**
- **Non conclusive, ma il tasso di parti cesarei è sceso del 4%.**
  - **Necessità di ridurre « l' epidemia di cesarei » (OMS, 2015)**
    - **Impatto negativo sulla salute materna e infantile**

**"French ARRIVE": ricerca francese [1]:**

- **1 M 829 000 euro dalle autorità pubbliche**
  - **Ospedale Universitario di Bordeaux**
- **Ridurre il tasso di parti cesarei della stessa quantità**
  - **Cambiare l' assistenza e la sua organizzazione**

[1]: Sfondo, riassunto, finanziamento: ICH GCP, essais cliniques sur césariennes: induction du travail élective

# Il contesto attuale del sistema sanitario francese

## Il parto deve avvenire in ospedale:

- **Considerato normale solo "2 ore dopo la nascita »** (Nisand, 994)
  - **Frazionamento del rischio ostetrico:**
    - **Gerarchia delle unità di maternità con soglie di rischio**
- **Chiusura di molte unità de la maternità (dividere per 2 in 20 anni)** (DREES, 2020)
  - **Grandi unità con sempre più parti**

## Divieto di altri luoghi di nascita:

- **Nessun parto in casa**
- **Centri di parto rari (sperimentali dal 2015)**
- **Le gravidanze normali (80%) rimangono nelle mani degli ostetrici**  
(Carricaburu, 2007)

# Una divisione gerarchica e di genere del lavoro

## Tra medici e donne:

- Medici dedicati alla **patologia** e ai « **rischi** »
- Levatrici dedicate ai **normali processi fisiologici**
- **Divisione sociale, psicologica e morale del lavoro** (Hughes, 1951; Lhuilier, 2005)
  - **valore attribuito alla competenza e all'intervento** (Schalck, 2017)

**L'ospedale, luogo di concentrazione del sapere, del progresso medico**

(Foucault, 1979)

## **Questo è il caso del progetto "French ARRIVE":**

- **Analisi dal punto di vista della situazione lavorativa**
- **Partner del professionista/ ricercatore e della donna incinta**
  - **nella stessa attività, il parto**
  - **Interdipendenze delle attività**
- **Partecipazione dei pazienti alle loro cure** (Strauss, 1982; Lhuilier, 2020)

# « French Arrive »/ l'attività attesa, « prescritta »:

## **Il ricercatore/ ricerca quantitativa:**

- Manipola dati concreti con valore statistico
  - Oggettività scientifica basata su cifre
- Posizionamento accademico, senza incontrare le donne
  - Il ricercatore è esterno all'attività del parto

## **Il professionista, spesso un ricercatore dell'ospedale universitario**

- Vede l'attività secondo la sua competenza: patologia e rischio
  - Vuole le migliori cure possibili
  - Vuole basarsi su prove scientifiche

## **Insieme non tengono conto dell'attività delle donne**

- Non malate e in buona salute
- Come si impegnano, cosa mobilitano?

**Cosa significa questa attività per loro?**

# Il punto di vista delle donne

- Vogliono **meno interventi**
- Vogliono **essere coinvolte nelle decisioni**
- Vogliono di avere **una partnership** con i fornitori **di assistenza sanitaria**  
**Reagiscono all'interventismo in ostetricia**

## **Esempio di Quebec** (O'Neill, 1987, Giroux, 2009) :

- **Denuncia della medicalizzazione e delle pratiche mediche**
  - **Movimenti femministi**
  - **Recuperare l'evento, essere autonome**
    - **Libera scelta del luogo di nascita**
- **La rinascita della professione di levatrice**
- **Creazione: centri di nascita e nascite in casa,**  
**Con servizi forniti da levatrici**

**Servizi/luoghi più richiesti in Francia dopo la crisi dei covid 19**

# Attività delle donne durante il parto

## Considerando il travaglio fisico, esempi:

- Ruolo degli ormoni placentari e del bambino, preparare il travaglio e la vita extra-uterina
- Importanza dell'ossitocina materna naturale,

per ridurre il dolore, promuovere l'attaccamento (Uvnas-Moberg, 2015; Olza et al, 2020)

- Azioni con ossitocina sintetica nell'induzione non trovata, interferisce con i processi naturali (allattamento)

(Bell et al, 2013; Gu et al, 2016; Olza et al, 2012)

## ➤ Processi e azioni congiunte del bambino e della madre in piena scoperta

- ogni fase del lavoro è parte di un tutto
- Non isolare un fenomeno biologico,

da tutte le forme che assume nell'organismo (Canguilhem, 1943)

- Né della sua dimensione sociale e psicologica (Hill, 2018), per la nascita

## ➤ più che una estrazione superiore (taglio cesareo) / parto inferiore

# Attività delle donne durante il parto

## Tenere conto dell'attività emotiva, dell'esperienza:

- Le donne sono persone: bisogni e desideri diversi
  - Rispetto / Credenze, pensieri, esperienze
    - Sono le prime interessate
- Parto: un evento sociale che genera relazione di potere

(Sekulic, 2016)

## ➤ E il consenso nella ricerca?

- tutte le informazioni sono date?
- più dolore, limitazione dei movimenti e delle posizioni (monitoraggio),
  - interventi aggiuntivi, interferenze con l'allattamento al seno
  - potrebbero preoccupati dei 73% rifiuti (Hill, 2018)/ ricerca «Arrive»
    - Che ci sarebbero volute 28 induzioni per evitare un cesareo
- Di fronte all'incognita di una prima nascita: - Affidarsi di più all'esperto
  - Non osare mettere in discussione il punto di vista dell'esperto

(Gagnon, 2017, Gagnon e Poirier, 2021)



# Quale scelta informata?

**La scelta informata è un'attività di dibattito comune:**

- secondo il contenuto delle informazioni date
  - secondo il punto di vista di ogni persona
- a seconda della comprensione reciproca della situazione dell'altro

**Le donne sono condizionate ad accettare la medicalizzazione:**

- In Francia con la preparazione alla nascita, il follow-up medico (Jacques, 2007)
  - ingiunzioni paradossali: - avere paura o soffrire/ accettarla
    - avere cesario/avere induzione

**Possibile legame con la "violenza ostetrica "**

- Sono legati al comportamento e agli atteggiamenti dei professionisti
  - Consapevolezza attuale (Lancet, 2014; OMS, 2014) :
    - come sono associati agli interventi subiti
  - Non prendere in considerazione le esperienze delle donne

# E la parte del ricercatore/ praticante?

## **Mettere in discussione la propria postura e gli obiettivi di ricerca:**

- **Medico e ricercatore: grande sfida per mettere da parte i preconcetti**
  - **obiettivo epidemiologico: sostituire un intervento con un altro:**  
**parto cesareo del induzione**
- **Il medico promotore è apprezzato nella sua competenza/intervento, e può gestirlo controllando il flusso delle nascite**

## **Paradosso in relazione al medico /ricercatore:**

- **Le donne sono trattate come malate**
  - **Eppure sono donne sane**
- **Così si concerne alla maggior parte delle donne incinte**

# French Arrive e l'adattamento alle cure

## Approccio parziale alla nascita medica:

- **Solo studi comparativi considerati: tutti in contesti ospedalieri**
- **La supervisione medica predomina sulle altre conoscenze**  
**Migliori risultati/parti sono legati ad ambienti accoglienti**  
(bassa tecnologia, supporto) (Hodnett, 2013)
  - **Approccio positivista che misura fattori isolati**
- **Influenza del contesto sistemico ignorato (somatico, psichico, sociale)**

# French Arrive e l' adattamento alle cure

## Questioni etiche:

- Ricerca "Arrivare": numerose critiche
  - applicazione di un intervento medico senza prove
  - Rispetto del principio fondamentale: *primum non nocere*
    - Nessun effetto interrogativo/deleterio
- Cosa motiva i decisori sul finanziamento di queste ricerche 1 M 829 milioni di euro?
- Quali effetti sulla ricerca e l' umano / parametri ignorati?

# La constatazione :

## **L'attività reale non è presa in considerazione**

**Le donne fanno il lavoro di « maternité »** (Racamier, 1961)

➤ **Un lavoro di trasformazione fisica e psichica,  
dare alla luce un bambino, diventarne la madre, costruire legami**

➤ **Le modalità del travaglio, del parto,**

**Lavoro emotivo** (Strauss, 1982)

➤ **Sono attività che fanno parte di queste realizzazioni**

## **La ricerca è problematica:**

**La situazione non è patologica, l'attività delle donne è evacuata**

➤ **Come capire i veri problemi?**

- **Per la donna e il professionista/ricercatore**

- **travaglio autonomo/travaglio indotto artificialmente**

➤ **Come costruire una vera partnership « di lavoro »?**

« *Le attività che implicano fare qualcosa per o su qualcuno* » **sollevano domande**  
« *sulla natura delle transazioni tra coloro che ricevono e forniscono i servizi* »  
(Hughes, 1996, p. 62 e p.103)

È utile **ricordare**, dice, che:  
« *'servire' si oppone a 'non servire' e il confine tra loro è sottile, indistinto e mutevole* » (Hughes, 1996, p. 62 )

In "ARRIVE" il **73% delle donne** avevano **rifiutato l'induzione** sistematica

# Conseguenze per le donne

## **L'attività femminile stessa è evacuata:**

- **Le conoscenze, le capacità e l'esperienza che rappresentano la realizzazione più caratteristica del sesso femminile**
  - **Sotto il pretesto dell'obiettività scientifica, il soggetto viene « messo tra parentesi »**
- **Anche se è « impossibile annullare nell'oggettività della conoscenza medica la soggettività del vissuto del paziente » (Canguilhem, 2002 e1978)**
  - **Il soggetto evacuato è un soggetto femminile**

## **La donna è squalificata in una relazione di cura di genere**

- **Il corpo è considerato imperfetto**
  - **incapace di fare bene come l'intervento medico**
- **Inferiore/corpo maschile, di riferimento nella cultura medica (Knibiehler, 1976)**
- **sotto la storica dominazione maschile/ professione medica (Knibiehler, 2007)**

# Conseguenze per le donne

## **L'attività femminile è sotto controllo:**

- Nel suo **corpo** e nella sua **funzione riproduttiva**
  - Perché l'**iniziativa** della nascita non è sua
- Accettare **dove, quando e come** la **professione medica** ha **pianificato**  
Perché è « **per il suo bene** »

## **Per le donne primipare, senza esperienza di maternità:**

- **relazione** di cura, **paternalistica**, **infantilizzante**, **patriarcale**
- **laico** di fronte **all'esperto** e sul suo territorio, l'**ospedale**

## **Riattivazione dell'idea di rischio nel parto:**

- In un **momento** in cui **le donne** chiedono **luoghi diversi dall'ospedale**
  - Le tiene **sotto controllo** il **gruppo sociale dominante**
- **Costituzione** di una « **ideologia difensiva della professione** » (Dejours, 1999)



# Conseguenze per le donne

## Considerando in French Arrive

*« Un cambiamento nelle pratiche quotidiane tanto importante quanto l'induzione sistematica [...] e di conseguenza modificare l'organizzazione di tutte le maternità »*

- **evoca l' immagine della fase di lavoro di un biopotere** (Foucault, 1976):
  - **Manager, organizzatore di fabbriche per bambini,**
  - **dal corpo macchina della loro madre, che devono solo essere attivati**
    - **dove le levatrici operaie gestiscono la catena di montaggio e la produzione just-in-time**
  
- **Eppure ci sono troppo poche levatrice nelle maternità francesi**  
A causa delle **condizioni di lavoro**  
**Rapporto allarmante nei media di quest'anno**

**Nessuna di queste questioni è discussa in 'French Arrive':**

**Il pensiero del controllo e dell'inferiorità delle donne e del corpo femminile predomina e si impone su tutte le altre forme di pensiero**

**È caratteristico di un « ideologia » (Kaës, 1980)**

**Tradizionalmente di natura patriarcale**

**Conclusione:**

**La co-costruzione della cura nella nascita:**

**Non può ignorare la reale attività delle donne incinte**

**Il ricerca è necessaria**

**Richiesta al professionista/ricercatore di essere riflessivo,  
così comme per qualsiasi consenso informato/donne**

**È in gioco la disumanizzazione o l'umanizzazione della nascita, della cura e  
del lavoro degli operatori sanitari**

Muchas gracias !      Grazie molto !  
Merci beaucoup !      Hartelijk bedankt !  
Thank you very much !  
Vielen Dank !  
Shukraan jazilaaan !  
Tusen takk !      Muito obrigado !  
Kiitos paljon !      Tack sa mycket !  
Terima kasih banyak !

## Referenze

- **Grobman W. A.** et al. (2018). Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *N Engl J Med.* 379:513-523. doi: 10.1056/NEJMoa1800566.
- **OMS** (2015). Déclaration sur le taux de césarienne.
- **Nisand I.** (1994). Démédicaliser ou humaniser, *Les dossiers de l'Obstétrique*, 213 : 15-18
- **DRESS**, 2020. *Les établissements de santé, La naissance : Les maternités*, éd. 2020, 129-132.
- **Carricaburu D.** (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition, *Sociologie et sociétés*, 39-1, 123-144
- **Hugues E. C.** [1951, 1956, 1958, 1970]- (1996). *Le Regard sociologique, Essais choisis*, Textes réunis par I. Baszanger, Paris, Ed. de l'Ehess.
- **Lhuilier D.** 2005. Le « sale boulot », *Travailler*, 14-2, 73-98
- **Schalck, C.** (2019). *Un si beau métier : Les professionnels de la naissance au risque de la mort périnatale*, Paris, L'Harmattan, Issu d'une thèse soutenue au CNAM, 10 décembre 2017, *Le travail des soignants dédiés à la vie face à la mort périnatale : sages-femmes et obstétricien(ne)s*
- **Foucault M., Barret -Kriegel B., Thalamy A., Fortier B., Beguin F.** (1979). *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Ed. Pierre Mardaga, coll. Architecture + archives
- **Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B. et Wiener, C.** (1982). Sentimental work in the technologized hospital. *Sociology of Health and Illness*, 4-3, 254-278.
- **Lhuilier D.** (2020). Le travail de santé, dans *Subjectivité et travail: entre mal-être et bien-être*, Paris, L'Harmattan, 235-243.
- **O'Neill, M. et Saillant, F.** 1987. *Accoucher autrement : Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Montréal, QC: Éditions Saint-Martin.
- **Giroux, M.E., Comeau, Y. et Thuy-Diep, L.** (2008). *La lutte pour la reconnaissance des sages-femmes au Québec, 1975-1999*. Montréal: Centre de recherche sur les innovations sociales
- **Uvnas-Moberg, K.** (2015). *Oxytocin: The biological guide to motherhood*. Hale
- **Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, et al.** (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLOS ONE*, 15(7), e0230992.
- **Bell, A. F., White-Traut, R. et Rankin, K.** (2013). Fetal exposure to synthetic oxytocin and the relationship with prefeeding cues within one hour postbirth. *Early Human Development*, 89-3, 137-143.
- **Gu, V., Feeley, N., Gold, I., Hayton, B., Robins, S., Mackinnon, A., Samuel, S., Carter, S. et Zekowitz, P.** (2016). Intrapartum synthetic oxytocin and its effects on maternal well-being at 2 months postpartum. *Birth*, 43-1, 28-35.
- **Olza Fernandez, I., Marin Gabriel, M., Malalana Martínez, A., Fernández-Cañadas Morillo, A. et al** (2012). Newborn feeding behaviour depressed by intrapartum oxytocin: A pilot study. *Acta Paediatrica*, 101-7, 749-754.

## Referenze

- **Canguilhem, G.** [1943] - (2005). *Le Normal et le pathologique*, « Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique ». Paris, PUF.
- **Hill, M.** (2018). Induction at 39 weeks? That's a feminist issue!
- **Sekulić, N.** (2016). "Culture of giving birth: Research on the issue of violence against women during delivery." *Sociologija*, 58: 259-286.
- **Gagnon, R.** (2017). La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie: l'expérience de femmes au Québec.
- **Gagnon, R.** et Champagne-Poirier, O. (2021). Giving Birth to Another Child: Women's Perceptions of Their Childbirth Experiences in Quebec. *Qualitative Health Research*, 31-5, 955-966.
- **Jacques, B.** (2007). *Sociologie de l'accouchement*, Paris PUF.
- **Freedman L.;** Kruk M. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability, *Lancet*, 31-4, 824-845. doi:10.1016/S0140-6736(14)60859-X
- **OMS,** (2014) : Prévention et élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins.
- **Hodnett, E. D.,** Gates, S., Hofmeyr, G. J., et Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).
- **Racamier P. C.,** C. Sens, L. Carretier. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum, in *Evolution psychiatrique*, 1961, 26 -4, 525-570.
- **Strauss A. L.,** Fagerhaugh S., Suczek B. & Wiener C. (1982). The work of hospitalized patients. *Soc. Sci. Med.*, 16, 977-986
- **Hughes,** 1996, Op. Cit.
- **Canguilhem G.** 2002. *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil
- **Canguilhem G.**[1978]- (2002). « Puissance et limites de la rationalité en médecine », dans *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Vrin, Paris.
- **Knibiehler Y.** (1976). les médecins et la « nature féminine » au temps du code civil. *Annales*, vol. 31-4, 824-845.
- **Knibiehler Y.** (2007). *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Paris, Ed. ENSP
- **Dejours C.** (1980-1999-2000). *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard.
- **Foucault M.** (1976). *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard
- **Kaës R.** (1980). *L'idéologie, études psychanalytiques*, Paris, Dunod