HAL
open science

Pour une naissance autrement : étude de vingt-deux projets de naissance à la Maternité Universitaire de Nancy

Alicia Fernandes

To cite this version:

Alicia Fernandes. Pour une naissance autrement : étude de vingt-deux projets de naissance à la Maternité Universitaire de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal-01886682

HAL Id: hal-01886682

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01886682v1

Submitted on 3 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Pour une naissance autrement.

Etude de vingt-deux projets de naissance à la Maternité Universitaire de Nancy.

Mémoire présenté et soutenu par

Alicia FERNANDES

Promotion 2006-2010

REMERCIEMENTS

A *Madame Dominique VILLA*, sage-femme en consultation et en salle de naissance à la maternité Adolphe Pinard, pour m'avoir conseillée et guidée tout au long de ce mémoire.

A *Madame Laurence GALLIOT*, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Nancy, pour sa disponibilité et son aide précieuse.

A *toutes les sages-femmes* de préparation à la naissance qui m'ont laissé intervenir dans les cours de préparation à la naissance.

A *toutes les femmes* qui ont accepté de participer à ce travail, pour le temps et la sincérité qu'elles ont accordés à mes entretiens.

SOMMAIRE

Remerciements **2**

Sommaire **3**

Préface **5**

Introduction **6**

Première partie **8**

1. Histoire du projet de naissance. **9**

1.1. En Angleterre. [1; 7; 15; 18] 9
1.2. En France. [12; 16; 17; 19; 20; 21] 11

2. Quelle est la place de la grossesse dans notre société? **14**

2.1. La médicalisation de la grossesse. 14
2.1.1. XVIIIème: siècle des mutations. 14
2.1.2. La transition domicile-hôpital. [3] 15
2.1.3. L'accouchement sans douleur. [3; 4] 16
2.1.4. Le féministe. [3] 17
2.1.5. La place de la sage-femme [3; 8] 17
2.1.6. Une définition spécifique [5; 28] 17
2.2. Le retour à la physiologie. [2; 6; 9; 27] 18

3. Législation et projet de naissance. **21**

3.1. Quelle est sa valeur juridique? 21
3.1.1. Est-ce un contrat? [22] 21
3.1.2. Est-ce un contrat de soin? [13; 23] 22
3.1.3. Est-ce un contrat qui détermine les soins à l'avance? [13; 24] 22
3.2. Quelles sont les obligations du professionnel? 24
3.2.1. Les demandes thérapeutiques formulées par la patiente. [13] 24
3.2.2. Refus de la médicalisation préventive. [13] 24
3.2.3. Refus de soins. [10; 11; 21; 26] 25
3.2.4. Comment apporter la preuve que les informations ont été données ? [10;14] 27

Deuxième partie **29**

1. Méthodologie. **30**

1.1. Objectif de l'étude. 30
1.2. Matériel et méthode 30
1.2.1. Type étude. 30
1.2.2. Population étudiée. 30
1.2.3. Description de l'étude. 31
1.2.4. Les limites de l'étude. 32

2. Analyse de l'étude **33**

2.1. La population. 33
2.2. L'étude. 34
2.2.1. L'identité 34

2.2.2. Les motivations. 37
2.2.3. Le projet. 39
2.2.4. L'accouchement. 46
2.2.5. Le post-partum. 49
Troisième partie 55
1. Interprétation de l'étude. 56
1.1. La population. 56
1.2. Le projet de naissance. 56
1.3. L'accouchement. 57
1.4. Le post partum. 58
2. Projet de naissance et satisfaction des femmes? 59
2.1. Le souvenir de l'accouchement. 59
2.2. Le souvenir du projet de naissance. 60
2.3. Un nouveau projet ? 60
2.4. Les propositions. 61
3. Pourquoi un projet de naissance ne peut pas convenir à toutes les femmes? .. 63
4. Que peut-on encore amélioré dans notre prise en charge? 65
4.1. Une collaboration avec les sages-femmes de consultation. 65
4.2. Une meilleure information des sages-femmes. 66
4.3. De nouveau lieux d'accueil. 67
Conclusion 68
Bibliographie 70
TABLE DES MATIERES 72
Les Annexes I
Annexe 1: Fiche d'information. II
Annexe 2: Support d'entretien semi-directif. IV
Annexe 3: Exemple de projet de naissance. VII
Annexe 4: The «birth plan» XII
Annexe 5: Analyse de l'OMS sur les pratiques autour de l'accouchement dit «normal». XV
Annexe 6: Les sites internet XX

PRÉFACE

A l'origine de ce mémoire : une conversation avec un couple en salle de naissance lors d'un stage de deuxième année. Ces futurs parents avaient réfléchi à leur accouchement et à l'accompagnement qu'ils souhaitaient, via un projet de naissance.

Ma première interpellation fut la réaction des professionnels envers ce couple. Leur comportement avait deux mesures. La première, où ils caricaturaient le couple et leur démarche. La deuxième, en salle de travail où ils se montraient courtois, professionnels mais beaucoup moins ouverts qu'ils auraient pu l'être avec d'autres patientes.

Ma deuxième interpellation fut l'attitude du couple. Ils étaient très intéressés par l'obstétrique en général et désiraient être informés sur tous les choix thérapeutiques. Au cours du travail, ils m'ont informé qu'ils ne souhaitaient pas de délivrance dirigée. Persuadée de l'intérêt de cette injection et connaissant le protocole en vigueur, je leur ai expliqué l'utilité de l'ocytocine et les conséquences de leur refus. Le couple fut alors stupéfait des risques qu'ils prenaient. Ils ne connaissaient pas bien l'intérêt de cette thérapeutique mais l'avaient vu refuser de nombreuses fois dans des projets de naissance lus sur Internet. Ils pensaient que cette médication était inutile voir dangereuse pour leur bébé.

Après cette expérience, je me demandais alors comment des couples pouvaient refuser des actes et des thérapeutiques sans connaître les conséquences de leur refus. Mais aussi, si les professionnels transmettaient leurs préjugés aux patientes.

Je souhaitais donc mieux connaître cette population, leurs motivations afin de mieux les prendre en charge.

Introduction

Depuis un certain nombre d'années, on voit apparaître dans le monde de la périnatalité la notion de "projet de naissance" ; notion plutôt floue qui n'a pas de réelle définition. Chaque acteur de la périnatalité le définit selon ses idées et ses aspirations, pour certains il ne se définira que par la position d'accouchement (sur le coté, à quatre pattes, ...), pour d'autres ce sera l'accueil du bébé (couper le cordon, avoir son bébé en peau à peau dès la naissance, ...) et enfin certaines personnes prendront une définition plus globale en prenant en compte le suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

Dès les années 60, Michel Odent, célèbre obstétricien français, a mis en garde contre la «technicisation» de l'accouchement. Selon lui, «si les êtres humains ont un accouchement plus difficile que les autres mammifères, c'est en grande partie en raison du surdéveloppement du néocortex – le cerveau de l'intellect. Durant l'accouchement, le néocortex est censé se mettre au repos, permettant à la femme de «décrocher». Or, de nombreuses pratiques actuelles en salle de naissance viennent stimuler le néocortex : la lumière violente, le fait de se sentir observée, le caractère anxiogène des différents appareils, ... Ces situations augmentent la sécrétion de l'adrénaline, un antagoniste de l'ocytocine, l'hormone de l'accouchement indispensable aux contractions, mais aussi à l'instinct maternel...» [29]

De plus en plus de parents, et certains praticiens, demandent finalement un meilleur respect de la physiologie ; demande qui est cohérente avec la théorie du Professeur Odent. Les femmes cherchent à se protéger des interventions excessives des professionnelles en donnant une ligne directrice à l'accouchement qu'elles souhaitent. De cette façon, les femmes créent et rentrent plus facilement dans leur univers protecteur. La construction d'un projet de naissance est alors judicieuse. Il permet aux femmes de réfléchir à leur accouchement, à leurs envies et par conséquent à écarter ce qu'elles ne désirent pas. D'une certaine façon, elles s’immergent déjà dans une bulle protectrice.

Au vue de ces éléments, on peut se demander si nous prenons correctement ces patientes/couples en charge. De plus, connaissons-nous correctement cette population qui a besoin d'un encadrement particulier pour mettre au monde leur enfant dans des conditions optimales et savons-nous les satisfaire.

Dans la *première partie*, nous tenterons d'approcher le concept de projet de naissance afin de rendre le rendre plus lisible puis nous définirons la place de la grossesse dans notre société ainsi que la législation des projets de naissance.

Puis, la *seconde partie* présentera l'analyse réalisée à partir d'entretiens semi-directifs que nous avons menés auprès des patientes souhaitant réfléchir sur un projet de naissance.

Enfin, la *troisième partie* laissera place à la construction d'un «projet de naissance type» ainsi qu’à une discussion et à d'éventuelles propositions pour améliorer la prise en charge des femmes avec un projet de naissance.

Première partie

1. HISTOIRE DU PROJET DE NAISSANCE.

1.1. En Angleterre. [1; 7; 15; 18]

La politique de périnatalité britannique a pour ambition de satisfaire les femmes et les parents. Ce virage politique date de 1993, suite au rapport de la commission mortalité périnatale impliquant le regroupement de maternité au sein de grosses unités obstétricales et la fermeture de petites maternités. Ce changement de politique commence par une longue marche des associations autour de la naissance, dont l'AIMS (association pour l'amélioration des services de maternité). Mais aussi, par le mouvement des sages-femmes radicales (ARM) et d'autres associations de «consommateurs» ou de professionnels qui ont fait nombre. L'AIMS a alors pour aspiration de lutter pour les droits des parents, de défendre la naissance à la maison, de remettre en cause des choix technologiques, de soutenir les sages-femmes, et de lutter contre la fermeture des petites maternités. Pour que cette politique s'installe, il a été nécessaire de trouver un outil de communication permettant aux parents d'exprimer leur désir. Cet outil fut le «birth plan» ou projet de naissance. Les premiers apparaissent vers 1993.

L'histoire du projet de naissance anglais (the birth plan) commence en 1981, quand une femme désirant accoucher accroupie à l'hôpital de Hampstead, avait écrit à l'hôpital en ce sens. Elle pensait être entendue. Mais le jour de son accouchement la sage-femme s'assit dans le coin de la pièce, les bras croisés, exigeant que la femme se soumette à ses diktats. Ce fut une naissance traumatique, très déplaisante, qui entraîna la colère de tout un groupe de femmes participant à la préparation à la naissance déjà assez célèbre en Angleterre : «active birth» ou naissance active qui prônait la mobilité en cours de travail et la liberté de la position d'accouchement. Ces femmes décidèrent de faire un sit-in devant l'hôpital. Ce fut 6000 parents et enfants qui pique-niquèrent cet après-midi là. Au cours de cette manifestation, une pétition demandant au parlement de spécifier les droits des parents et une loi pour la défendre a recueilli 12 000 signatures et fut remise à un député le 22 mars 1983. Pour appuyer cette pétition, AIMS publia des fascicules : «atteinte aux parents» et «qui attend votre bébé?». Ces démarches n'étant

pas suffisantes, les associations de consommateurs décidèrent de créer un fond de roulement pour défendre les femmes. Aussitôt, les journaux professionnels publièrent des articles sur les droits des patientes, le consentement éclairé...

En 1988, la loi protégeant les patients a été publiée sous l'intitulé de *la charte des droits de la parturiente*. Elle stipule que: « le parlement européen considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et **de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permet de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée**. »

Suite à ce texte, la commission parlementaire anglaise de recherche, travaillant sur les services de maternité, s'est réunie en 1991 pour faire le point sur les services de maternité. Pour ce faire, les usagers et les associations professionnelles ont donné leurs avis sur la façon dont les services de maternité répondaient aux besoins des usagers. La commission a permis d'établir une liste des besoins non satisfaits des parents. Ce rapport fut suivi en 1992 de l'avis du comité d'experts *changing childbirth*. Ces conclusions répondent favorablement aux revendications de l'AIMS. En effet, il est écrit explicitement que:

- Le modèle médical sans preuve n'est plus acceptable en maternité.
- Toutes les femmes qui sont encouragées à accoucher à l'hôpital ne peut être justifié pour raison de sécurité.
- La continuité des soins est encouragée par les sages-femmes.
- Les sages-femmes devraient avoir leurs propres unités de soin au sein ou en dehors de l'hôpital.
- La politique de fermeture des petites maternités pour motif présumé de sécurité devrait être abandonnée.
- Le nombre d'obstétricien devrait être réexaminé.

Dès 1993, la pratique des « birth plan » devenait courante.

1.2. En France. [12; 16; 17; 19; 20; 21]

Les prémisses du projet de naissance français débutent avec *la charte du patient hospitalisé*, en 1995. La charte souligne que le patient est une personne avec des droits et des devoirs. Les projets de naissance éclosent avec *les droits du patient.* En effet, les parties du texte pouvant aiguiller les projets de naissance se situent dans la partie sur l'information des patients qui stipulent que: «le médecin doit donner **une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients** [...]. Afin que le patient puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en œuvre quotidienne [...]», ainsi que dans la partie sur le consentement préalable qui rapporte que : «[...] **aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient**, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir».

Deux ans plus tard, *l'OMS* s'implique dans la réalisation des projets de naissance. En effet, dans un rapport de travail technique intitulé **«***les soins liés à un accouchement normal: guide pratique»*, il existe**,** un paragraphe qui parle de l'approche des soins de maternité fondée sur les risques. La conclusion du paragraphe explique que «pendant les **soins prénatals, un plan sera établi**, à la lumière de l'évaluation, **indiquant qui surveillera l'accouchement et où il se déroulera**. **Ce plan doit être établi avec la femme enceinte** et le mari/ partenaire doit être informé […]. Le plan doit être prêt lorsque le travail commence. A ce moment, **une réévaluation des risques est faite**, y compris un examen physique pour évaluer le bien-être de la mère et du fœtus, l'orientation et la présentation fœtal et le pronostic de l'accouchement».

En 2002, Bernard KOUCHNER, alors, Ministre de la Santé, soutient l*a loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* adoptée le 4 mars. Depuis la loi, le patient bénéficie d'une réelle autonomie comme en atteste l'article L 1111-4 du code de la santé publique: «toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, **les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne** après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre

en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. **Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment**. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. [...]».

Jean-François Mattéi a créé *une mission périnatalité*, en septembre 2003, pour faire des propositions susceptibles de répondre aux difficultés que représente la mortalité maternelle, prématurité, ainsi que la situation démographique des différents professionnels de la santé. *La mission Périnalité* prévoit au chapitre deux de «permettre à la femme d'**élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance**». Les professeurs G. Bréart, F. Puech et J.-C. Rozé ont précisé que : « le caractère à haut risque ou à bas risque obstétrical peut se repérer au début puis en cours de grossesse, permettant aux **patientes à bas risque de choisir un mode de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement sans l'intervention de technique de surveillance non nécessaire.** Ce mode de prise en charge devrait concerner la grande majorité de la population. C'est ainsi qu'une **information éclairée sur l'offre de soins périnatales** sera donnée à la patiente, lui permettant, en toute connaissance de cause, de **définir le type de prise en charge qu'elle souhaite**, de choisir entre secteur public ou libéral, de se confier au personnel médical qu'elle choisit par affinité. De cette façon, elle pourra établir un **véritable projet de suivi de grossesse et d'accouchement**. Lors de l'élaboration du projet sera discutée l'organisation de la préparation de la naissance. Les femmes doivent être informées sur l'offre de soins pour donner leur consentement; leur choix doit être respecté»**.**

La mission périnatalité a été réévaluée le 10 novembre 2004, par Philipe Douste-Blazy, alors ministre de la santé et de la protection sociale, pour devenir *le plan de périnatalité 2005–2007*. Dans cette nouvelle version, l'élaboration d'un projet de suivi de grossesse et de naissance reste toujours d'actualité. En effet, les futurs parents expriment un réel besoin d'écoute et d'information que les professionnels de la naissance doivent être en mesure de leur apporter**,** notamment pour le choix de la maternité, les modalités de suivi de la grossesse et le contexte de l'accouchement. Le

développement des réseaux de santé facilite la coordination de l'accueil et du suivi, ainsi que le partage de l'information. C'est pourquoi, nous trouvons à la page deux du *plan de périnatalité 2005-2007: «humanité, proximité, sécurité, qualité»* les nouvelles mesures disant que: «**Un entretien individuel et/ou en couple** sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du quatrième mois, afin de **préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant**. Cet entretien aura pour objectif de **favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisant**, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés […]. Il sera réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent. Ces entretiens pourront avoir lieu en maternité ou en secteur libéral [...]».

Le projet de naissance ou « the birth plan » est né en Angleterre comme en France d'un ensemble de texte juridique, des observations des professionnels de santé ainsi que des associations de patients. Ce qui laisse paraître un réel besoin dans la prise en charge des femmes enceintes et une remise en question de nos protocoles.

2. QUELLE EST LA PLACE DE LA GROSSESSE DANS NOTRE SOCIÉTÉ?

Tout accouchement est différent; la manière de concevoir cet événement aussi. Aujourd'hui deux visions existent autour de la naissance. La première envisage la grossesse et l'accouchement comme des processus physiologiques, qui, sauf exception, se déroulent naturellement, et qu'il est inutile, voire nuisible, de perturber avec des gestes médicaux systématiques. La seconde vision considère la naissance comme une situation à risque pour la mère et le fœtus, à surveiller par le biais d'examens de plus en plus nombreux. De ces deux visions de la naissance, en découle une pratique de l'accouchement bien différente.

2.1. La médicalisation de la grossesse.

Le cheminement vers la médicalisation de la grossesse se comprend par l'histoire de la grossesse et de l'accouchement. Faire l'histoire de la maternité, c'est faire l'histoire des sciences et des techniques, l'histoire de la médecine et, plus précisément, c'est montrer les conditions de l'entrée de l'homme médecin dans les couches. D'autres facteurs sont à prendre en compte si nous voulons mieux saisir la médicalisation de la grossesse, il faut prendre en compte la transition domicile–hôpital, la place du féminisme et de l'accouchement sans douleur.

2.1.1. XVIIIème: siècle des mutations.

Le XVIIIème siècle est à l'origine de mutations profondes. La plus marquante et décisive est le changement des acteurs présents autour de la femme enceinte. On passe de la matrone et du cercle familial à la sage-femme diplômée et au médecin-chirurgien. Cette permutation entraîne trois conséquences fondamentales dans l'histoire de la naissance, qui viennent directement influencer l'expérience des femmes.

Premièrement, en passant de la matrone à l'homme savant, on constate une profonde modification du statut du savoir. La légitimité de la connaissance scientifique s'installe une fois pour toute.

En second lieu, on assiste à un effet de genre. Si l'homme médecin met plusieurs siècles à s'imposer au pied du lit des parturientes, cette présence masculine bouleverse la représentation de la mise au monde comme moment exclusivement féminin. Pouvoir travailler dans l'intimité de la féminité est une avancée non seulement médicale, mais aussi sociale et culturelle.

Enfin, la troisième conséquence de cette mutation touche plus directement la profession de sages-femmes. Sous contrôle de l'église, puis de l'état, les sages-femmes perdent progressivement leur autonomie et passent sous la tutelle médicale.

Ces trois moments déterminant dans l'histoire de la médicalisation de la maternité nous éclairent sur la situation contemporaine. Ils permettent de comprendre comment une définition médicale de la grossesse et de l'accouchement s'est progressivement imposée et diffusée dans notre société.

2.1.2. La transition domicile-hôpital. [3]

Les trente années qui s'écoulent de 1945 à 1975 ont été qualifiées de glorieuses par les économistes. Dans le domaine de l'accouchement, un fait social majeur accompagne le baby-boom: c'est le déplacement des parturientes qui, de plus en plus nombreuses, sortent du cadre familial pour aller à l'hôpital ou en clinique mettre leur enfant au monde. Ce déplacement est accéléré par la nationalisation des naissances: l’état providence, nataliste, populationniste, veut faire naître et conserver les enfants; il met en place tout un système d’assurances et d’allocations qui détermine les modalités du baby-boom.

Il faut insister sur l'importance du basculement qui marque le début des années 1950. Les maternités publiques et privées accueillent de plus en plus de parturientes et les accouchements à domicile se réduisent en proportion. Pour justifier le déplacement, les médecins invoquent la sécurité. Il est vrai que le taux de mortalité maternelle, en couches et en suite de couches, recule ainsi que la mortalité infantile. En vérité ces

progrès sont dus à l'amélioration rapide des conditions de vie et à la révolution pasteurienne.

2.1.3. L'accouchement sans douleur. [3; 4]

C'est bien au temps du baby-boom que le pouvoir médical s'est imposé à toutes les sages-femmes, à toutes les mères et à toutes les familles. Nombreux sont les hommes de l'art qui ont traité les parturientes comme de simples objets, et les sages-femmes comme des auxiliaires malléables au possible; au cœur de cette résignation: « l'accouchement sans douleur ».

Le docteur Lamaze, avec l'aide de quelques confrères, a cherché à maîtriser ce qu'on appelait, ce qu'on appelle encore les douleurs. C'était remettre en question la passivité ancestrale des femmes face à cette épreuve, c'était abolir un symbole de malédiction, effacer un signe majeur d'infériorité, supprimer une justification essentielle de la subordination traditionnelle infligée au deuxième sexe. L'accompagnement de la parturiente et l'assistance morale de la femme en travail avaient toujours été considérés comme une responsabilité propre à la sage-femme. Responsabilité trop souvent négligée, bafouée dans les cliniques surpeuplées du baby-boom. L'accouchement sans douleur est présenté comme révolutionnaire. Certains médecins, fiers à juste titre d'avoir dominé les risques physiologiques de la parturition, conçoivent l'ambition de triompher aussi de la douleur.

Les investigations se sont alors très rapidement déplacées vers des méthodes de conditionnement psychologique vers des techniques propres à la médecine, c'est-à-dire scientifiques. La pharmacologie s'impose comme le moyen pour soulager la douleur et l'anesthésie péridurale devient rapidement la méthode efficace contre les douleurs de l'accouchement. Le rapport à la douleur a connu un bouleversement dans les sociétés occidentales. Nous sommes entrés dans une ère antidoloriste où les produits antalgiques sont banalisés, et où l'individu est à la recherche de modes de soulagement rapides et efficaces. Ces dernières années, les médias se sont largement fait l'écho de la nécessité de soulager la douleur en toutes circonstances. Le rapport Neuwirth, présenté au Sénat en janvier 1995, évoque le scandale de l'insuffisance des traitements contre la douleur.

La douleur a désormais acquis une dimension de maladie qu'il faut traiter, puisqu'on a enfin pu démontrer son inutilité. La lutte contre la douleur est désormais devenue un acte médical.

2.1.4. Le féministe. [3]

La puissante vague féministe des années 1965-1975 change le regard que les jeunes femmes posent sur elles-mêmes. Elles apprennent à maîtriser leur fécondité, et font passer l'enfantement au second plan. Mais en même temps, lorsqu'elles consentent à faire un bébé, elles veulent bénéficier d'une sécurité maximale et être traitées avec égard.

2.1.5. La place de la sage-femme [3; 8]

En 1945, toute femme enceinte doit obligatoirement consulter un médecin dans les trois premiers mois de sa grossesse, la détournant ainsi des sages-femmes en première intention. Les institutions enferment alors la sage-femme française dans des hôpitaux, des cliniques, ne lui permettant de fait qu'un rôle d'auxiliaire médicale.

Pour les sages-femmes, ce déplacement dissimulait des menaces redoutables. Les libérales ont vu fondre leur clientèle, car l'idée s'est bientôt installée qu'à l'hôpital «c'est gratuit», alors que celle qui veut accoucher chez elle doit avancer les honoraires de la sage-femme et le prix des médicaments, le remboursement ne venant que plus tard.

2.1.6. Une définition spécifique [5; 28]

La médecine française s'appuie sur une définition qui lui est spécifique, puisque la grossesse et l'accouchement ne peuvent être définis comme normaux qu'à posteriori. Le risque domine la prise en charge médicale et ce, d'autant plus aujourd'hui, dans un fort contexte médico-légal. Cette conception de la naissance ne fait pas l'unanimité parmi les professionnels de santé. Les sages-femmes, qui ont construit historiquement leur métier sur la notion d'accompagnement, de respect de la physiologie, ont des difficultés à se reconnaître dans cette définition très médicalisée de l'enfantement.

Le professeur Malinas perçoit également une évolution dans la définition de l'obstétrique. Selon lui, «l'obstétrique traditionnelle consiste à surveiller un phénomène physiologique en se tenant prêt à intervenir à tous les instants. L'obstétrique moderne consiste à perturber le dit phénomène de tel sorte que l'intervention devienne indispensable à l'heure exacte ou le personnel est disponible. C'est beaucoup plus difficile.», propos tenu dans *Le Dauphiné Libéré*, le 8 mai 1994.

En conclusion, cette vision de la naissance en tant que situation à risque s'est imposée en France, en quelques décennies au nom de la sécurité, mais parfois au détriment de l'aspect humain. Si les grossesses se suivent et ne se ressemblent pas, les protocoles médicaux autour de l'accouchement se sont eux, bels et bien standardisés. Partant du postulat que tout accouchement présente des risques imprévisibles, une série de gestes techniques sont ainsi pratiqués par précaution, les uns appelant les autres: toucher vaginaux toutes les heures, monitoring en continu, perfusion d'ocytocine, analgésie péridurale, épisiotomie, etc... Tel est le grand jeu réservé à nombre de parturientes. Pourtant, 80% des naissances se déroulent de manière physiologiques et ne nécessitant pas une telle médicalisation.

2.2. Le retour à la physiologie. [2; 6; 9; 27]

La surmédicalisation a obligé les femmes à rester immobile et a très peu participer, sauf pendant les efforts expulsifs, mais ceci dans une position inventé pour faciliter l'utilisation de forceps et finalement peu adaptée à la mécanique obstétricale. Les premières péridurales ne permettaient aucune mobilisation. La perception de l'envie de pousser, essentiel à la mise au monde du bébé, était inhibée, ce qui rendait très abstraite et inefficace les efforts de la maman, d'où la nécessité accrue de l'utilisation de forceps. Enfin, les tables d'accouchement étaient étroites, dures, sans aucune articulation pour s'adapter à d'autres postures que la position couchée sur le dos ou demi-assise, pliée en deux, pour la phase de travail, et la position gynécologique pour l'accouchement.

Pendant les années 70, les filles de la contestation, les gauchistes, «les babas cool» ont bousculé toutes les disciplines. Certaines ont osé accoucher chez elles avec l'aide de soignants complices. Celles qui allaient en clinique ont su imposer leurs désirs. D'abord dans certaines cliniques (Les Lilas, Les Bluets, Pithiviers) puis de proche en proche, dans de nombreuses maternités de Paris et de province. Elles exigeaient la présence de leur conjoint, elles accouchaient dans la posture qui leur convenait, elles gardaient leur nouveau-né prés d'elle. Elles voulaient affirmer leur liberté, leur souveraineté, leur jouissance. L'allaitement a été converti, lui aussi, en fête maternelle. La maternité ne devait être qu'un épanouissement narcissique du moi féminin.

Puis dans les années 80, des associations et des professionnels de santé dénoncent les dérives de l'hypermédicalisation mais se heurtent à la difficulté d'initier des changements de pratiques. Il reste que les patients ont des droits et veulent à présent être informés et considérés comme des personnes plus partenaires que soumises. Le modèle paternaliste est dépassé et la tutelle médicale hiérarchique est aujourd'hui obsolète. Bien que les choix demeurent restreints dans le paysage français, il existe des alternatives.

Aujourd'hui, il existe des monitorings sans fil qui permettent de se promener, et même d'aller dans l'eau. Les péridurales sont beaucoup plus légères et permettent de changer de position sur la table, de marcher ou de s'asseoir éventuellement sur un ballon, de se suspendre et de se mobiliser même hors de la table. Les tables d'accouchement deviennent des lits ou des fauteuils beaucoup plus confortables ; ils sont munis de commandes électroniques pour adapter les hauteurs, les inclinaisons, et d'accessoires pour répondre à plusieurs possibilités posturales: étriers réglables en hauteur et orientables, arceaux, cale-pied,...

De plus en plus de maternités proposent des salles de pré-travail dites « natures », aménagées pour la mobilisation avec des baignoires, des ballons, des sièges... Ces maternités cherchent à faire un « pôle physiologique » de naissance, afin de répondre aux demandes des patientes qui souhaitent un retour à la physiologie. Tout en bénéficiant d'une surveillance parfaite, un accompagnement par une sage-femme et bien

entendu par le papa s'il le désire. Dans ce type de projet de naissance, la technique est disponible juste à coté, mais la femme peut ne jamais utiliser la position gynécologique si elle ne le souhaite pas, ni monter sur une table d'accouchement pour accueillir son enfant. Encore faut-il que les parents aient quelques idées sur ce qu'ils aimeraient faire, que les mamans sachent profiter de cette liberté, c'est-à-dire qu'elles écoutent leurs sensations, suivent leur intuition et ne se laissent pas influencer par le seul modèle des représentations héritées du siècle dernier.

La remise en cause de la médicalisation systématique de tout accouchement est à l'ordre du jour, constate le Dr Paul Cesbron, gynécologue-obstétricien. Minoritaire, ce courant n'en est pas moins renforcé par des travaux universitaires qui confortent les interrogations sur les choix institutionnels actuels. La science vient donner sa légitimité à ce mouvement qui n'est en rien le fait de quelques marginaux... de plus en plus d'études mettent à jour la nocivité de certains gestes médicaux, ou plus exactement, leurs applications à toutes les grossesses, y compris celles à priori normales.

Le projet de naissance a alors sa place dans la démédicalisation de la grossesse. En effet, cet outil de communication permet de rappeler aux sages-femmes que toutes les grossesses et accouchements ne sont pas pathologiques. Il aide les sages-femmes à sortir des sentiers battus, à prendre de la distance par rapport aux protocoles, afin de personnaliser l'accouchement de leurs parturientes et ainsi répondre à leurs souhaits. De cette façon, nous pouvons faire de ce moment**,** leur moment unique et non pas le énième accouchement de la journée.

3. LÉGISLATION ET PROJET DE NAISSANCE.

3.1. Quelle est sa valeur juridique?

L'ambition même du projet de naissance n'est pas d'avoir valeur d'offre contractuelle. Que ce soit dans l'intention des rédacteurs des différents rapports ou dans celle de la majorité des femmes qui soumettent un projet de naissance à l'équipe obstétricale. Le but est avant toute chose de faciliter le dialogue, de permettre l'expression de la volonté de la femme dont la sage-femme doit avoir connaissance afin de pouvoir faire l'offre de soin la plus appropriée. En réalité, aucun contrat ne se forme entre la femme qui exprime son accouchement idéal, via un projet de naissance, et le professionnel qui en prend acte. [13]

3.1.1. Est-ce un contrat? [22]

Quand bien même l'un et l'autre souhaiteraient s'engager de la sorte que certains obstacles juridiques s'opposeraient à la reconnaissance d'un tel contrat. En effet, quand on prend la définition, on constate « qu'**un contrat est une convention** par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose». *Code civil (art 1101)*. Un contrat est un acte unique qui encadre une situation donnée à un moment donné.

Pour qu'il soit valable, il faut la réunion de quatre conditions cumulatives :

1- Le consentement des parties en toute bonne foi (accord de volonté).

2- La capacité à contracter: les signataires doivent être les représentants légaux des parties. A moins d'un mandat exprès ou d'une signature déléguée à un tiers.

3- Un objet certain qu'une partie s'oblige à donner ou un acte qu'elle s'oblige à faire ou à ne pas faire (objet du contrat).

4- Une cause licite qui détermine l'engagement doit être licite.

Si l'une de ces conditions fait défaut, le contrat ne sera pas valable.

Le projet de naissance ne peut donc pas être contractuel, car il n'y a pas d'obligation à répondre au souhait des patients.

3.1.2. Est-ce un contrat de soin? [13; 23]

D'autre part, le projet de naissance ne peut se confondre avec un contrat de soin. Dans le cadre de ce contrat, l'obligation fondamentale du médecin a été définie par *l'arrêt «Mercier» de la Cour de Cassation*. Selon cet arrêt, l'engagement du médecin consiste à donner des soins «non pas quelconques, mais **consciencieux**, **attentifs** et, sous réserve faite de circonstances exceptionnelles, **conformes aux données acquises** (ou actuelles) **de la science**». Il s'agit d'une obligation de moyen et non de résultat.

Certes, il a parfois été reconnu la possibilité pour le professionnel de s'engager au titre d'une obligation de résultat. Tel est le cas quand il promet à un patient de l'examiner un jour et à une heure déterminée ou lorsqu'il s'engage à procéder lui-même à l'accouchement. Mais l'engagement ne peut porter que sur le type d'intervention, car les modalités techniques particulières ne peuvent, le plus souvent, être décidées qu'en cours d'intervention.

Quand on applique ce principe au projet de naissance, on constate effectivement qu'il ne peut être considéré comme un contrat de soin. Le contrat de soin oblige le praticien à accoucher la femme en préservant sa santé ainsi que celle de son enfant. A aucun moment, il n'existe pas d'obligation concernant la position d'accouchement, de l'environnement autour de la naissance (luminosité, musique, ...) ou encore la personne qui coupe le cordon ombilical.

3.1.3. Est-ce un contrat qui détermine les soins à l'avance? [13; 24]

On ne peut pas, non plus, analyser le projet de naissance comme un contrat dont l'objet est de donner des soins déterminés à l'avance contrairement au contrat de soins dont l'objet est de donner des soins consciencieux et conformes aux données acquises de la science. Outre le fait que ce ne soit pas éthiquement souhaitable, la Loi semble de plus s'y opposer.

L'un des arguments découle du droit des contrats qui prévoit que le consentement «**ne pourrait tenir lieu de loi** à celui qui l'a donné». Le code de santé publique appuie cette notion en prévoyant que le consentement aux actes peut être retiré à tout moment. Cette notion est exprimée par l'*article L 1111-4* en rappelant, que «**toute personne** prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des **informations** et des préconisations qu'il lui fournit, **les décisions concernant sa santé** [...]».

Ensuite, en s'engageant à exécuter certains actes déterminés, les clauses du projet de naissances seraient de nature à modifier l'étendue des obligations contractuelles du professionnel et par la suite l'étendue de sa responsabilité. Or, on sait que toutes clauses visant, même indirectement à limiter cette responsabilité sont interdites.

Enfin, la reconnaissance d'un tel contrat paraît s'opposer tant au principe de la liberté thérapeutique dont jouit le médecin, qu'à son indépendance professionnelle, laquelle est inaliénable.

Par conséquent, le projet de naissance ne peut être considéré comme un contrat dont l'objet est de déterminer les soins à l'avance car toute patiente peut changer d'avis pendant son accouchement. Elle peut refuser un acte qu'elle désirait, tel que la position d'accouchement. Elle peut changer d'avis sur la position à adopter pendant la phase d'expulsion. De même, elle peut accepter un acte qu'elle refusait, tel que l'analgésie péridurale si les douleurs deviennent trop difficiles à supporter.

Il paraît dès lors que la terminologie de contrat devrait être abandonnée, tant parce qu'elle ne correspond pas à l'intention même des acteurs, qu'en raison de l'impossibilité juridique de sa reconnaissance. Mais s'il n'est pas un contrat, le projet de naissance lorsqu'il est écrit, n'est pas non plus un simple récapitulatif de souhaits exprimés par les mères/couples, dénué de toute valeur juridique. En effet, dans ce cadre, le consentement et parfois même le refus de certains actes est à priori clairement exprimé, de sorte que, si le projet n'est pas respecté par l'équipe, il pourra éventuellement en résulter la responsabilité du/des professionnel(s). L'exemple le plus répandu est celui d'un refus d'épisiotomie pratiquée en vu de préserver le périnée. Si la

femme exprime de manière claire son projet qu'elle a connaissance des éventuelles conséquences de ce refus, le professionnel ne saurait passer outre.

3.2. Quelles sont les obligations du professionnel?

Pour le professionnel, le projet de naissance peut être source de litige au sens juridique du terme.

3.2.1. Les demandes thérapeutiques formulées par la patiente. [13]

Dans de nombreux projets de naissance, nous pouvons lire que les patientes ne souhaitent pas d'administration d'ocytocine pour accélérer le travail. Cette demande thérapeutique s'impose-t-elle au professionnel?

La liberté de prescription du médecin est un principe essentiel. Il peut donc proposer les actes diagnostics, de prévention et de traitement qui lui semblent les plus appropriés tant qu'ils sont conformes aux données acquises de la science. Si le praticien ne peut passer outre la volonté du patient en lui imposant un acte médical, le patient ne peut à son tour lui imposer un choix thérapeutique qu'il estimerait injustifié. La jurisprudence réaffirme régulièrement le principe de la liberté thérapeutique du professionnel qui trouve d'autant plus matière à s'appliquer dans le cadre de la naissance qui reste un acte non médical. On ne saurait reconnaître à la femme la possibilité d'imposer au professionnel le choix d'une césarienne ou d'un déclenchement.

Conservant l'entière liberté du choix thérapeutique, le professionnel en conserve également l'entière responsabilité. Dès lors, un acte constitutif d'une faute médicale, quand bien même aurait il été demandé par la femme, engagerait la responsabilité du professionnel tant sur le plan pénal que civil.

3.2.2. Refus de la médicalisation préventive. [13]

Que faire quand une patiente/un couple refuse la médicalisation préventive et accepte les risques qui en découlent? Où se situe alors la responsabilité du professionnel

qui commettrait une imprudence, une négligence pour avoir respecté les souhaits de la patiente.

La situation la plus courante réside dans le souhait de bénéficier d'une délivrance naturelle. Le professionnel se met en faute en accédant à la requête du couple.

De manière générale, la jurisprudence refuse que l'acceptation des risques efface la faute. Lorsque la faute consiste en une imprudence, une négligence, ou à la transgression d'une loi, la confiance exprimée par la victime ne saurait en aucun cas diminuer de la responsabilité du professionnel.

Pour ces raisons, le professionnel qui ne respecterait pas les attentes de la femme exprimées dans son projet n'engagerait pas sa responsabilité.

3.2.3. Refus de soins. [10; 11; 21; 26]

Certains souhaits constituent de véritables refus de soins, tel que le refus de la perfusion ou de l'amniotomie. Le refus de soin met le praticien dans une situation délicate mais, la situation peut être encore plus compliquée quand la formulation est ambiguë. C'est notamment le cas quand les parents se contentent de signaler que la future mère «n'envisage pas le recours à une anesthésie générale, ni à une perfusion».

Le principe selon lequel les professionnels doivent respecter le choix des patients est souvent rappelé ainsi que les textes applicables:

- *article 32 du code de déontologie médicale (art; R. 4127 – 32 CSP)* dit que: « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, **le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science**, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».

- *article L. 1111 - 4 du code de santé publique* explique que: « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, **les décisions concernant sa santé**. **Le médecin**

doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, **le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables**. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre. Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions. »

En cas de refus confirmé de la part du patient, le professionnel de santé doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et après avoir tout mis en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Néanmoins une plainte secondaire du malade, d'un membre de la famille ou de la personne de confiance désignée par le patient pour insuffisance d'information, ou non assistance, ou défaut de soin est toujours possible. Le professionnel peut-il alors être reconnu coupable d'avoir suivi le patient dans son refus de soin ?

Dans une espèce du **21 décembre 2006** une Cour d'Appel a démontré que non en refusant de condamner le praticien suite au décès d'une parturiente, témoin de Jéhovah, ayant catégoriquement refusé toute transfusion ce qui a entraîné une dégradation de son état ne permettant plus de réaliser une hystérectomie d'hémostase.

La Cour d'Appel a considéré qu'il ne pouvait être reproché au médecin, qui doit respecter la volonté du malade, d'avoir éventuellement tardé à pratiquer une intervention vitale, alors qu'il ne pouvait la réaliser sans procéder, contre la volonté du patient, à une transfusion sanguine [11].

Il est donc important d'apporter la preuve par tout moyen de la délivrance d'une information appropriée en particulier sur les conséquences du refus qui doit avoir été libre, éclairé et certain. En outre le praticien doit établir qu'il s'est efforcé de convaincre le patient dans son intérêt.

3.2.4. Comment apporter la preuve que les informations ont été données ? [10;14]

Pour prévenir éventuellement une possible mise en cause judiciaire, il est nécessaire de faire apparaître dans le dossier médical toutes les informations qui ont été communiquées à la parturiente en y précisant la date et l'heure où les différentes informations lui ont été notifiées. De cette façon, il sera possible de suivre la chronologie des explications fournies à la patiente et le délai constituant son temps de réflexion.

Le professionnel peut également solliciter les proches de la patiente si le refus perdure malgré les informations complètes sur les risques que présentent ses demandes ou refus de soin.

Enfin, le professionnel peut faire signer un formulaire de refus de soin matérialisant sa volonté. Cependant, ce papier écrit, signé et daté ne se suffit pas à lui seul car le patient peut retirer son consentement à tout moment ou revenir sur son refus.

Pour conclure, il n'existe pas de jurisprudence sur la validité «des projets de naissance». Il n'est donc pas possible en conséquence de préjuger de l'interprétation qui pourrait en être donnée par un tribunal saisie d'une telle affaire. En tout état de cause, il paraît indispensable que la direction de l'établissement soit informée des propositions de «projet de naissances» adressées aux professionnels. Ainsi toute décision accédant aux

demandes des patientes devrait être finalisée dans un accord écrit soumis à la direction de l'hôpital et éventuellement son service juridique.

Deuxième partie

1. MÉTHODOLOGIE.

1.1. Objectif de l'étude.

Nous avons choisi de faire notre étude sur les raisons motivant les femmes à encadrer leurs grossesses et leurs accouchements par un projet de naissance. De cette façon, nous espérons mieux comprendre les attentes des patientes vis à vis de leur accouchement, afin de tenter d'améliorer leurs prises en charge.

Certains membres des équipes médicales ont des préjugés à l'égard des projets de naissance, ainsi nous souhaitons savoir si les patientes en ont consciences.

De plus, il existe une idée reçue au sein des équipes qui consiste à penser que les femmes avec un projet de naissance «accouchent mal», c'est-à-dire par forceps ou ventouse, voire par césarienne, ou que l'enfant s'adapte mal, ce qui ne permet pas de laisser l'enfant en peau à peau dès la naissance. C'est pourquoi j'aimerai comparer l'accouchement dit "idéal" pour les patientes à l'accouchement qu'elles ont eu. Et savoir ce qu'elles ont éprouvé lors de ces modifications.

1.2. Matériel et méthode.

1.2.1. Type étude.

Il s'agit d'une étude prospective analytique monocentrique, qui a été réalisée sur quatre mois, de Juillet 2009 à Octobre 2009, à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (maternité de niveau III).

1.2.2. Population étudiée.

Critères d'inclusion.

L'étude se compose de patientes participant au cours de préparation à la naissance à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, qu'elles aient fait leur suivi de grossesse à la maternité ou non et ayant fait le choix de rédiger un projet de

naissance. Elles auront le choix de transmettre leur projet de façon écrite ou verbale à l'équipe médicale lors de leur entrée en salle de naissance.

Mode de recrutement de la population.

Le recrutement des patientes s'est réalisé en deux étapes. En premier lieu, nous avons choisi de façon aléatoire les dates de notre stage optionnel en préparation à la naissance.

En deuxième lieu, nous nous sommes présentées dans tous les cours de préparation à la naissance dispensés à la maternité, pendant notre stage optionnel. De ce fait, toutes les patientes présentes ont eu une information sur les projets de naissance. De cette population exhaustive, il s'est dégagé un échantillon de patiente souhaitant faire un projet de naissance.

1.2.3. Description de l'étude.

Notre étude s'est construite autour de deux étapes. La première par le recrutement des patientes, qui s'est réalisé en préparation à la naissance. La deuxième par l'appel des patientes souhaitant faire un projet de naissance afin de connaître la composition de leur projet de naissance, les modalités de leur accouchement ainsi que leur expérience et le souvenir qu'elles en ont gardé.

Pour cela, mon analyse repose sur une information et un entretien semi directif. La séance d'information a eu lieu lors des cours de préparation à la naissance, dispensé sur la période du 6 au 24 juillet 2009, à la Maternité Régional Universitaire de Nancy. Cette information collective nous a permis de présenter aux patientes notre sujet de mémoire, leur définir les projets de naissance afin de leur donner envie d'accompagner leur accouchement d'un tel projet. Pour laisser le temps aux patientes de réfléchir et répondre aux questions que nous avons suscitées, nous nous sommes rendus deux fois à chaque cours de préparation à la naissance.

Les femmes intéressées par un projet de naissance ont alors pu remplir et signer une fiche de consentement (Annexe 1: Fiche d'information) me permettant de les contacter quinze jours après leur terme théorique.

L'entretien téléphonique est la deuxième étape de notre étude. Cet entretien semi-directif s'est déroulé selon un questionnaire pré-établi (Annexe 2: Support d'entretien semi-directif), nous permettant d'avoir plus de détail sur l'identité des patientes (âge, profession, suivi de grossesse, le terme), sur les raisons qui leur ont fait faire un projet de naissance et sur la composition de ce projet. Cet entretien semi-directif nous révèle également les modalités de leur accouchement, de quelle manière elles ont vécu la naissance de leur enfant et leur projet de naissance. Nous pouvons ainsi faire le point sur leur prise en charge et leur degré de satisfaction.

1.2.4. Les limites de l'étude.

Tout d'abord, il existe des limites inhérentes à l'outil d'étude utilisé. En effet, l'entretien comporte une grande notion de subjectivité, l'information restituée par l'intervieweur peut être déformé de façon significative en fonction de son expérience. Ainsi l'information extraite risque de ne pas être interprétée, ni analysée à l'identique de ce que pensait l'interviewé.

De plus, une des limites des enquêtes par entretiens réside dans la difficulté à généraliser les informations, ceci étant étroitement lié aux nombres d'entretiens et des questions posées.

Enfin, le mode de recrutement fait partie des limites de notre étude. En effet, nous n'avons pas choisi des patientes arrivant en salle de naissance avec un projet écrit revendicateur utilisant internet comme référence mais des patientes connaissant l'offre locale et peut être influencées par ma définition du projet de naissance.

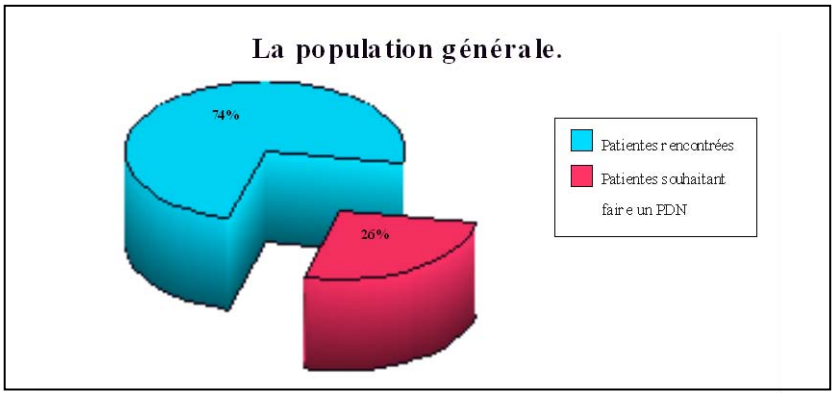
2. ANALYSE DE L'ÉTUDE.

Nous analysons ici les vingt-deux entretiens téléphoniques semi-directifs réalisés auprès des patientes que nous avons rencontrés en préparation à la naissance du 6 au 24 juillet 2009.

Décrivons dans un premier temps la population étudiée, avant de présenter nos résultats.

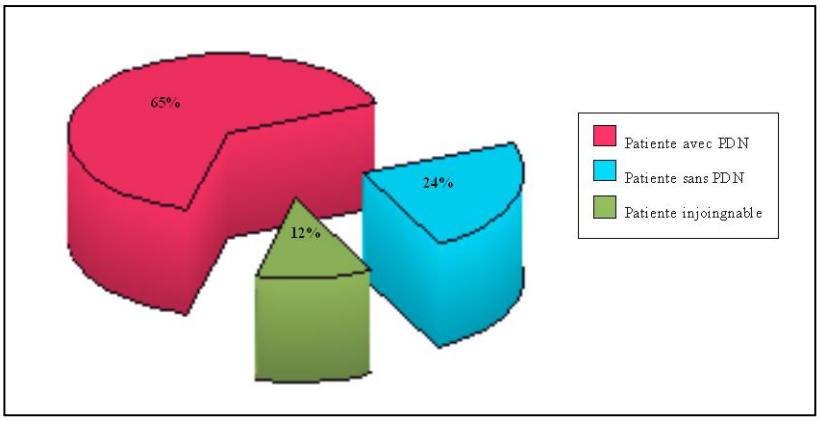
2.1. La population.

Pour former notre cohorte de patientes, nous avons rencontré toutes les patientes participantes à un cours de préparation à la naissance 6 au 24 juillet 2009. Nous sommes donc intervenues en préparation classique, en yoga, en piscine, en sophrologie et en auto hypnose. Au final, nous avons rencontré quatre-vingt seize patientes et trente-quatre ont souhaité faire un projet de naissance (PDN).



Sur les trente quatre patientes:

- vingt-deux ont fait un projet,
- huit n'en ont pas fait,
- quatre ont été injoignables.



2.2. L'étude.

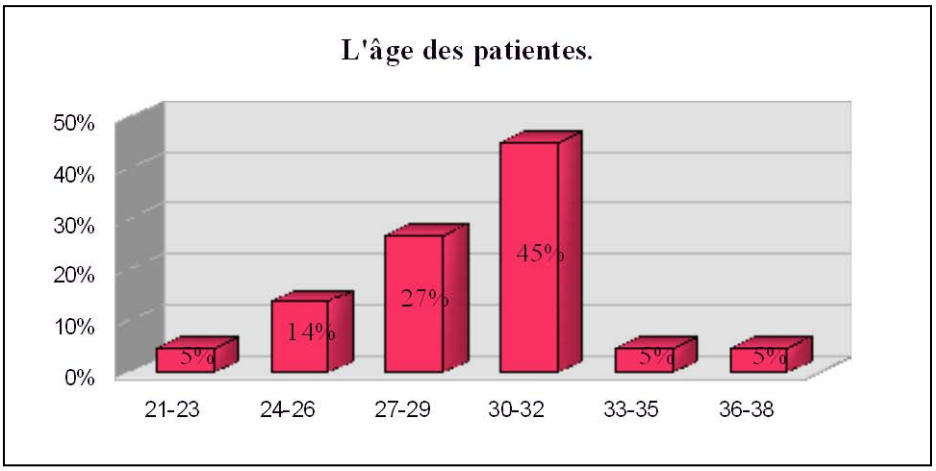
2.2.1. L'identité.

Nous avons souhaité mieux connaître la population qui écrivait un projet de naissance, c'est pourquoi chaque patiente a été interrogée sur son âge, sa profession, son suivi de grossesse, sa gestité/parité et le terme auquel a eu lieu son accouchement. Ces renseignement devaient confirmer ou infirmé les préjugés concernant les femmes à l'origine des projets de naissance: primipare, professionnel de santé ou de l'éducation nationale.

L'âge des patientes.

La moyenne d'âge de notre population est de **29,4 ans** (23 ans pour la plus jeune, 38 ans pour la plus âgée).

De façon plus précise, **45% de notre cohorte est âgée entre 30-32 ans**. Juste en dessous, nous trouvons les 27-29 ans qui représentent 27% de la population et les 24-26 ans avec 14%. Les catégories les moins représentées sont les 21-23 ans, 33-35 ans et 36-38 ans avec seulement 5% pour chaque catégorie.

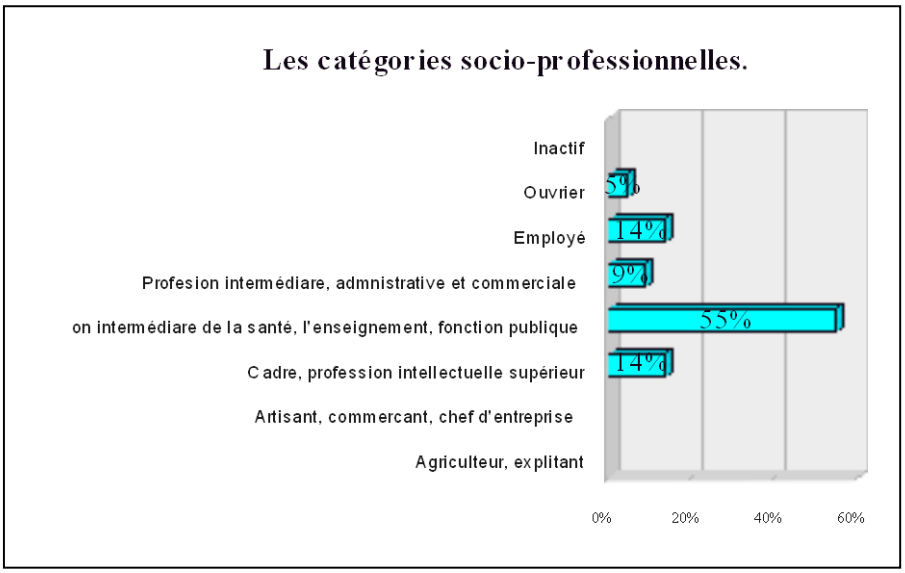


La profession.

Pour interpréter les professions de chaque patiente de façon objective, nous avons utilisé les catégories socio-professionnelles. L'étude a révélé que **55% des patientes se situaient dans les professions intermédiaires de la santé, de l'enseignement et de la fonction publique.**

De façon égale, nous trouvons les employés ainsi que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Ces deux catégories sont représentées à 14%. Juste derrière, nous trouvons les professions intermédiaires administratives et commerciales.

Enfin, la catégorie ouvrière est représentée à hauteur de 5%.

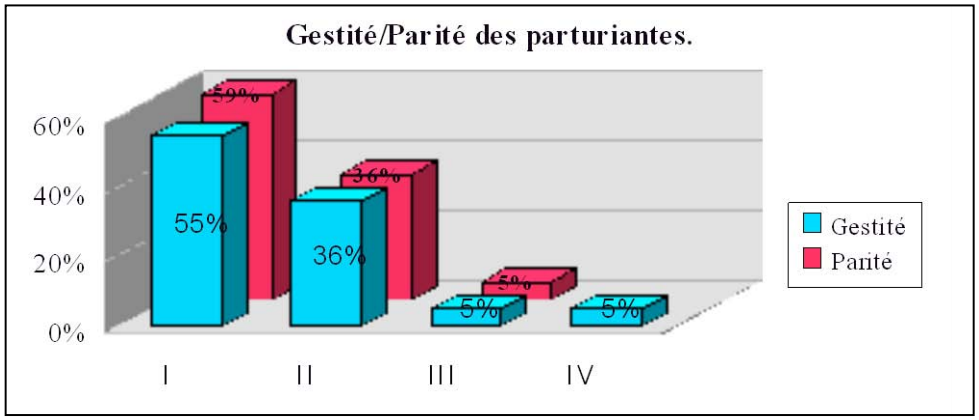


Gestité/parité.

Nous avons souhaité également connaître le statut obstétrical des patientes. Nous avons donc interrogé les femmes sur leur gestité et parité.

Sur le point de la gestité, **plus de la moitié des femmes sont primigeste** (55%) et 36% sont deuxième geste. Le reste de l'échantillon se compose de troisième et quatrième geste. Ces deux catégories sont représentées de façon égale à hauteur de 5%.

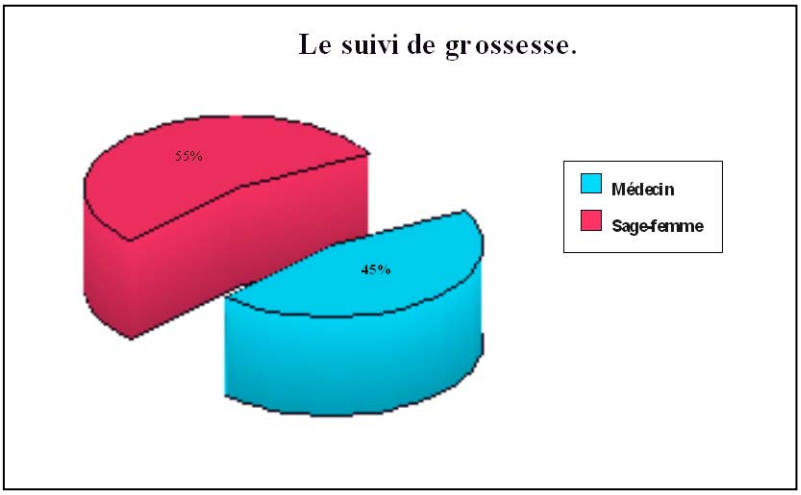
Sur le point de la parité, **plus de la moitié des femmes sont primipares** (59%). Le reste de la population se divise en deux classes. Nous avons les deuxièmes pares qui sont représentées à hauteur de 36% et les troisièmes pares qui ne sont que 5%



Suivi de grossesse.

Nous désirions savoir par quel corps médical (médecin ou sage-femme), les femmes faisaient suivre leur grossesse.

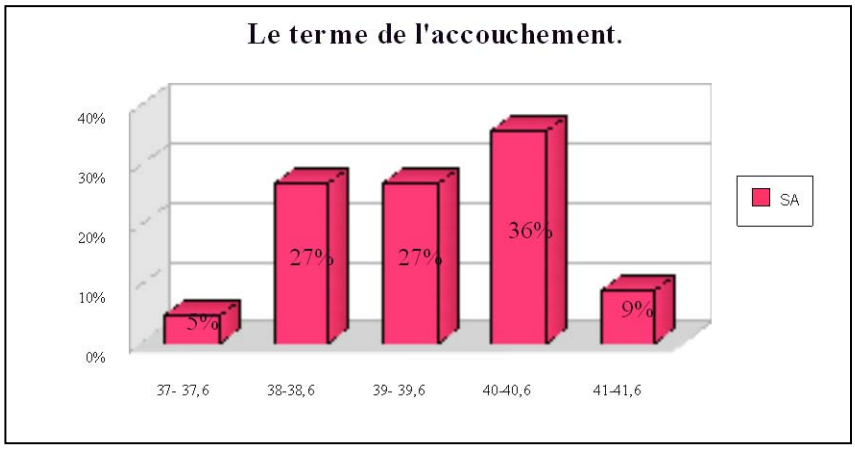
L'étude nous montre qu'il n'y **pas de différence significative entre les deux professions** : 55% des femmes se font suivre par une sage-femme et 45% par un médecin.



Terme de l'accouchement.

Le terme d'accouchement moyen est de **39,5 semaines aménorrhées** (le terme minimal est de 37,6 SA et le maximal est de 41,4 SA).

La classe la plus représenté est celle de 40-40,6 SA qui se compose de 36% de la population. Juste derrière, nous trouvons la classe des 38-38,6 SA et des 39-39,6 SA avec 27% de représentativité. Enfin, nous constatons que les catégories extrêmes de la cohorte sont constituées des 37-37,6 SA avec 5% et les 41-41,6 SA avec 9%.



2.2.2. Les motivations.

Le deuxième axe de recherche de notre étude porte sur les motivations des femmes. En effet pour mieux appréhender ces femmes, il nous semblait important de

connaître ce qui les amenait à formuler leurs désirs, leurs envies pour leur accouchement.

D'autre part, nous avons sollicité les patientes sur leur mode d'information afin de mieux comprendre la discordance qu'il peut exister entre l'offre locale et leurs désirs.

Les motivations.

Les motivations des femmes sont multiples. **La motivation la plus citée est l'envie de mettre une nouvelle dimension à leur accouchement** (18%).

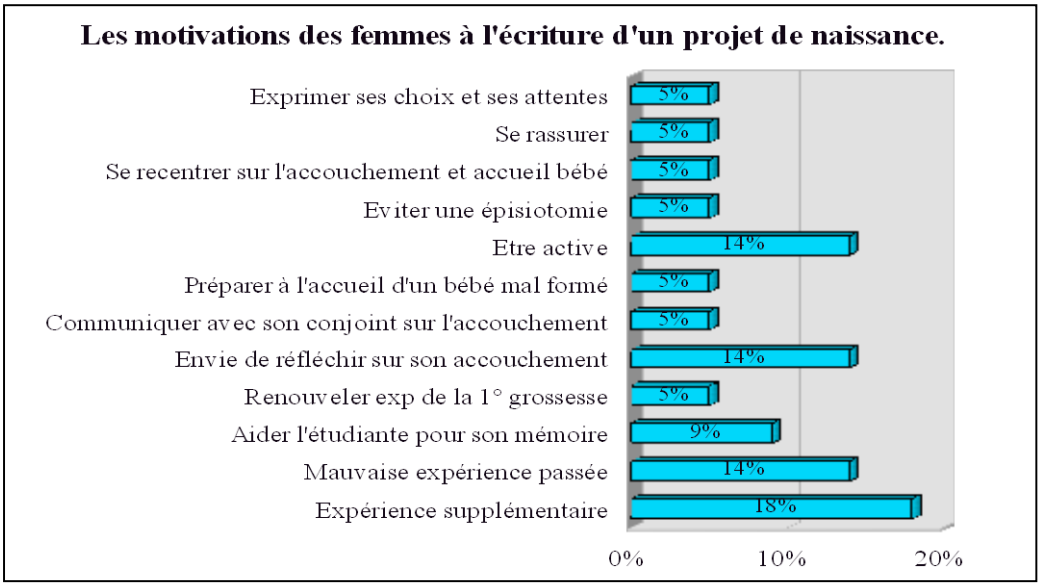
Ensuite, nous remarquons qu'elles ont envie d'être actives pendant l'accouchement (14%) ou que leur accouchement précédant était une mauvaise expérience (14%).

Puis, l'une des motivations qui se distingue est l'envie de réfléchir sur son accouchement (14%).

De plus, 9% des femmes ont souhaité faire un projet de naissance pour nous aider à mener notre étude.

Enfin, nous avons une abondance de motivations données par les femmes, chacune représentée à hauteur de 5%. Les réponses les plus pertinentes que nous avons recueillies sont:

- se recentrer sur l'accouchement et l'accueil du bébé
- se préparer à l'accueil d'un bébé malformé
- permettre de communiquer avec son conjoint sur l'accouchement
- renouveler l'expérience

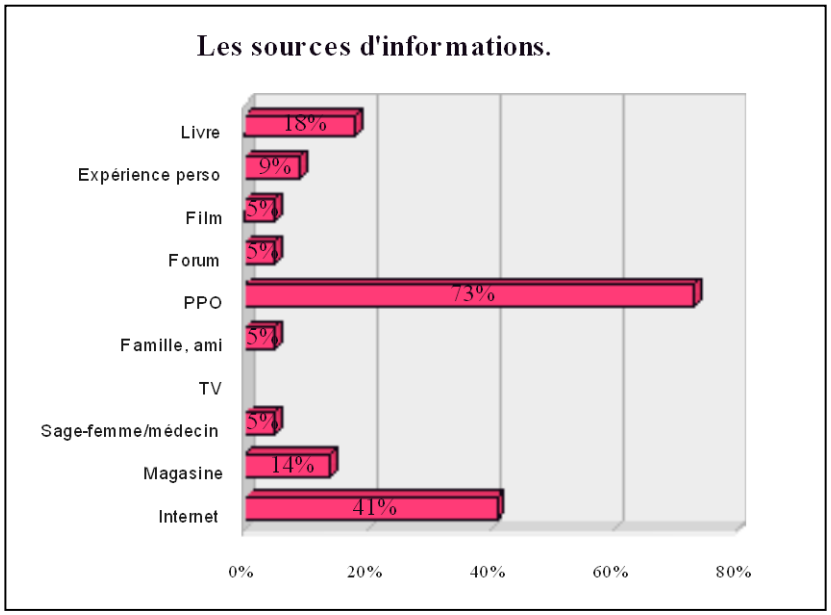


Les sources d'informations.

Pour mieux comprendre les patientes et la composition de leur projet, il est important de savoir où elles obtiennent leurs informations.

La source majoritaire (**73%**) de la cohorte est le cours de **préparation à la naissance** auquel elles participent. La deuxième source la plus prisée est **internet** avec **41%** d'utilisation.

Les patientes se renseignent également dans des livres (18%), des magazines (14%) et leurs expériences personnelles (9%). Certains moyens d'informations sont peu utilisés voire inutilisés comme les films (5%), la famille (5%), les forums (5%) et la télévision (0%).



2.2.3. Le projet.

L'une des problématiques de l'étude est la composition du projet. Nous désirions connaître leur projet de façon précise afin de le comparer à leur mode d'accouchement ; savoir s'il était composé de demandes réalisées de façon habituelle au sein de la maternité ou si au contraire, ces demandes étaient irréalistes.

Nous avons également voulu savoir qui a orienté ce projet. Qui a aidé ces femmes à réfléchir sur leur projet : leur conjoint, un membre de l'équipe médicale.

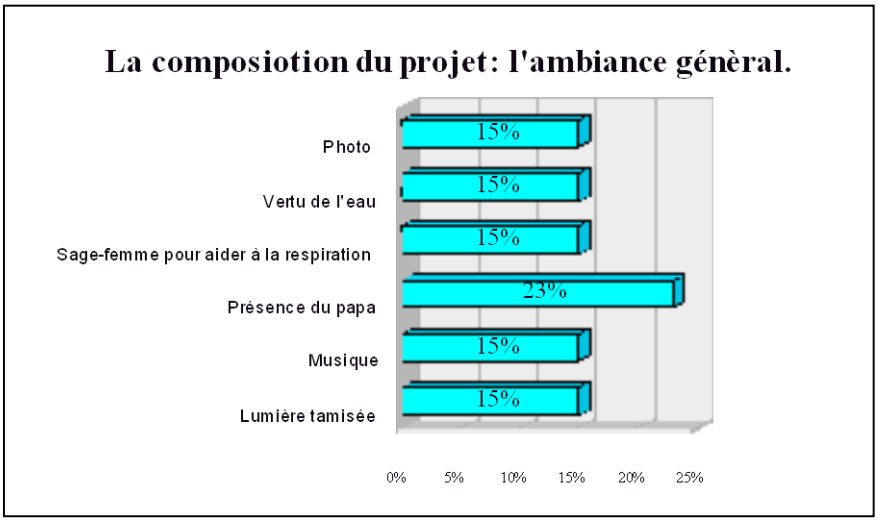
Enfin, nous avons voulu savoir quelle forme avait leur projet.

Composition du projet.

Un projet de naissance est tellement différent d'une femme à l'autre que nous avons choisi de le présenter par thématique. De cette façon, nous pourrons plus facilement ressortir les idées les plus souvent présentées par les couples.

L'ambiance générale.

59% des femmes interrogées ont mis en relief l'ambiance générale de la salle d'accouchement. Il en ressort ses propositions:



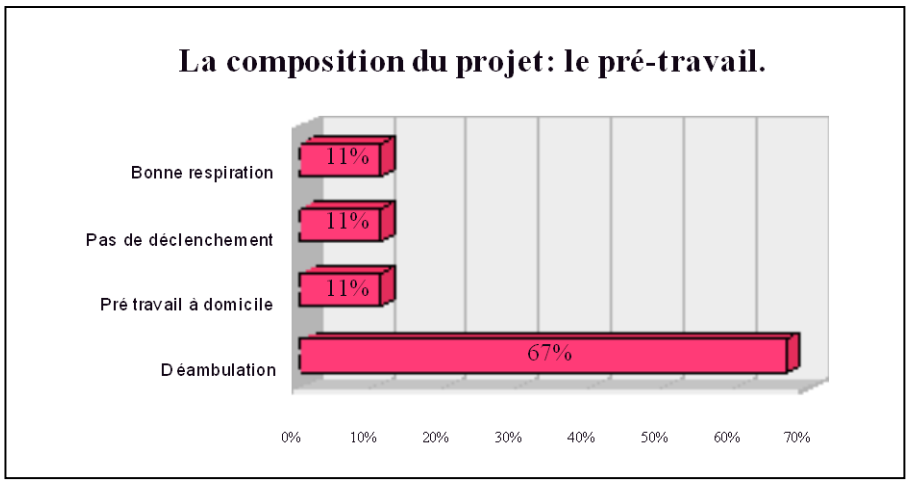
Au regard de ce diagramme ce qui semble être le plus important, dans l'ambiance générale, est **la présence de leur conjoint pendant le travail** (23%).

Puis, nous trouvons de façon équivalente (15%):

- la musique,
- une lumière tamisée,
- prendre des photos,
- utiliser les vertus de l'eau,
- la présence d'une sage-femme pour aider à respirer pendant les contractions.

Le pré-travail.

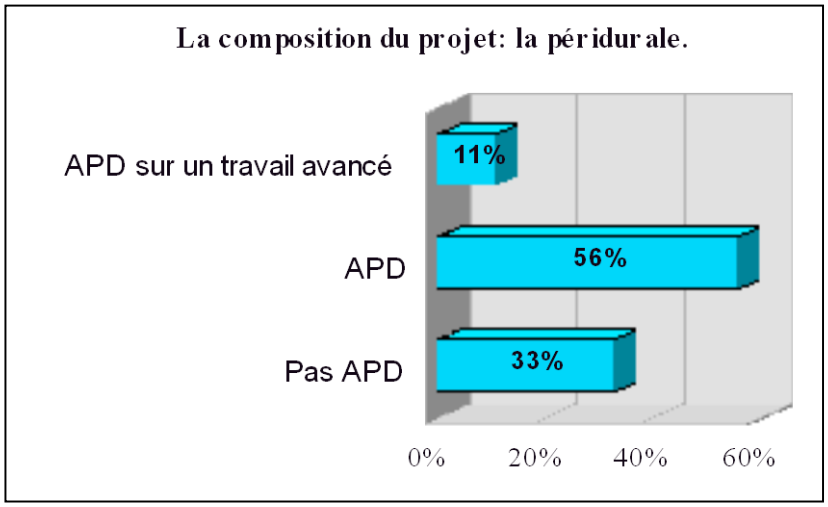
A la notion de pré-travail, 41% de l'effectif y répond par un item de leur projet de naissance.



Les femmes demandent majoritairement (67%) de déambuler pendant la période de pré-travail alors qu'elles ne sont que 11% à vouloir faire leur pré-travail à domicile.

La péridurale.

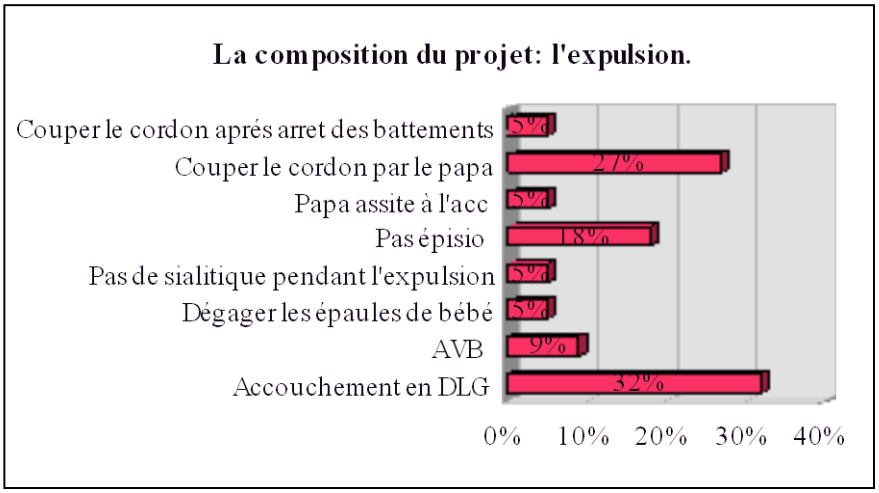
Seulement 41% des femmes considèrent la péridurale comme un point fondamental qu'elles précisent dans leur projet.



Quand on analyse l'histogramme, on se rend compte que **56% des femmes souhaitent une analgésie péridurale** et que 11% en souhaitent une sur un travail avancé.

L'accouchement.

Toutes les femmes s'expriment sur la phase d'expulsion dans leur projet de naissance. Il en résulte :



La parturiente souhaite, dans **32% des cas**, **accoucher en décubitus latéral gauche**. On peut également observer la question de l'épisiotomie dans 18% des cas.

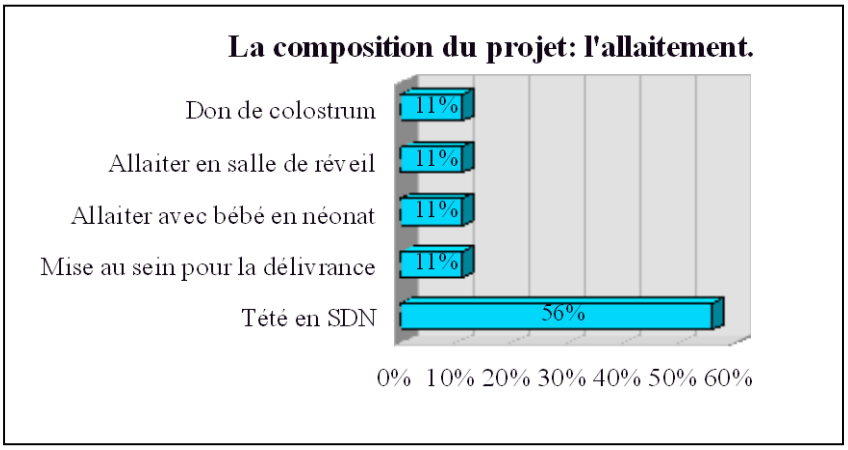
De plus, certaines femmes ont demandé à ne pas éblouir leur bébé par un éclairage trop fort (5%) et d'autre à attraper leur bébé pour le mettre sur leur ventre (5%).

Enfin dans 27% des cas, le papa souhaite jouer un rôle actif en coupant le cordon.

L'allaitement.

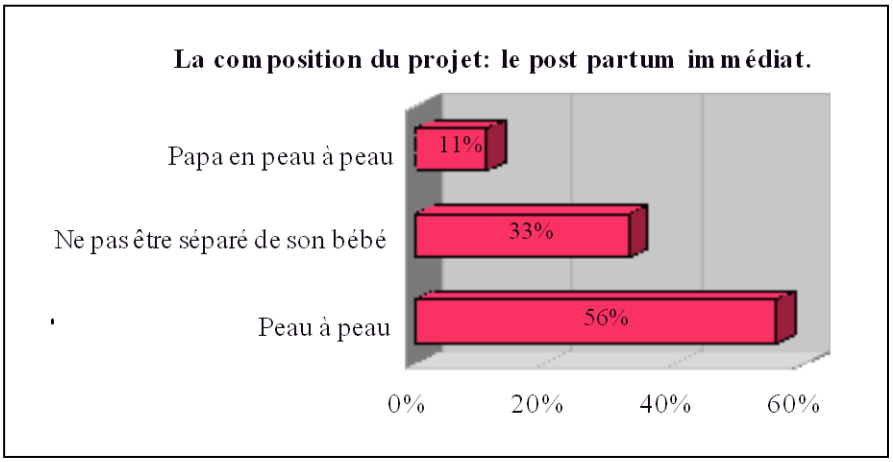
41% des femmes s'interrogent sur l'allaitement. Il s'avère que **56% des accouchées souhaitent faire une tétée en salle de naissance**.

Dans des cas très particuliers, l'allaitement est un point fondamental. En effet, 11% des femmes désirent allaiter leur enfant en salle de réveil après une césarienne. De même, 11% des femmes projettent un allaitement maternel quand leur enfant est hospitalisé en service de néonatalogie.



Le post partum immédiat.

Dans 41% des projets de naissance observés, les femmes attirent l'attention sur le post partum immédiat. On peut ainsi mettre en évidence que **le peau à peau est majoritairement (56%) demandé**. Quelques femmes invitent l'équipe à différer les soins pour ne pas être séparé de leur bébé (33%). Enfin, les hommes essayent d'avoir une part de reconnaissance en demandant également à faire du peau à peau (11%).



Autres.

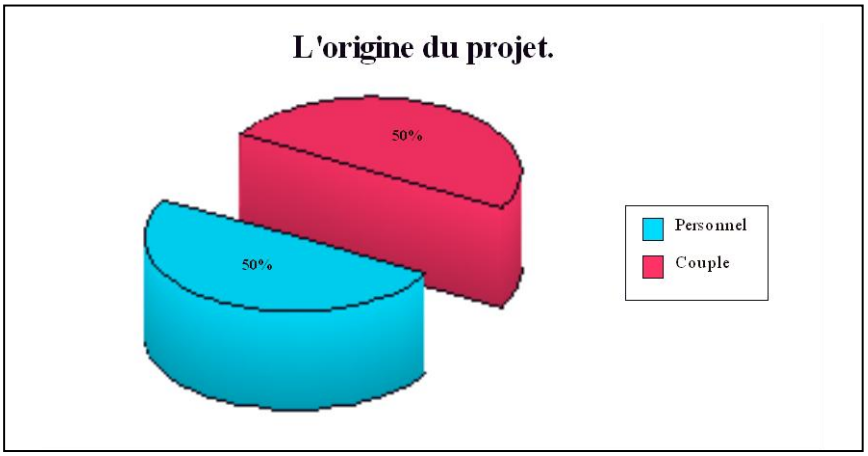
On retrouve dans 73% des projets des éléments qui ne sont pas superposable à la chronologie de l'accouchement. Nous avons pu observer une demande importante (**38%**) **d'explications au fur et à mesure du travail**, une envie d'être actrice (25%).

Certaines demandes restent plus exceptionnelles telles que de l'acupuncture pendant le travail (6%) ou que le papa complète lui même le bracelet du bébé (6%). Cette dernière demande permet au papa une part plus active dans l'accouchement.

Enfin, une demande nous a été relatée dans le cas d'un nouveau-né malade: aller le plus tôt possible voir le bébé en soin intensif (6%).

Projet personnel ou de couple.

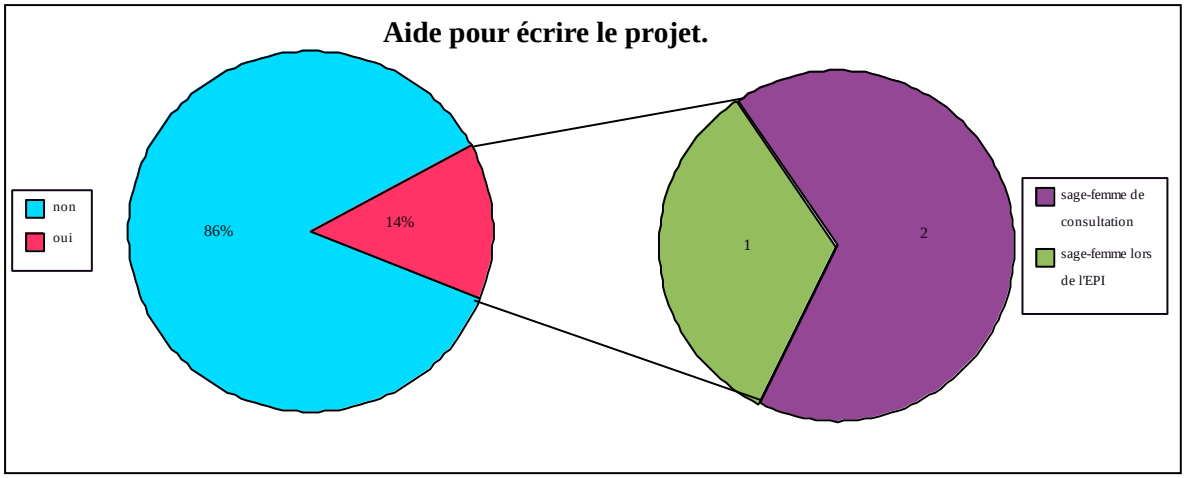
Nous avons voulu savoir si les femmes avaient une réflexion personnelle ou si leur conjoint participait à l'élaboration du projet. L'enquête nous montre que **le conjoint intervient dans la moitié des cas**.



Aide pour écrire le projet.

Pour mieux comprendre la composition des projets de naissance, il était important de savoir si les patientes ont demandé de l'aide à quelqu'un d'autre que leur conjoint.

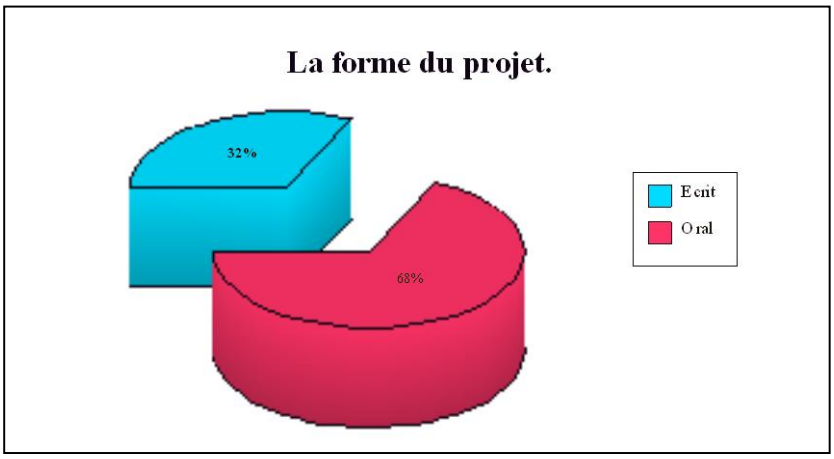
Il en résulte que **plus de la moitié des femmes (86%) n'ont pas pris de conseil**. Pour les 14% restant, une femme a demandé conseil lors de l'EPI et deux femmes ont pris conseil auprès de la sage-femme qui les suit en consultation.



La forme du projet.

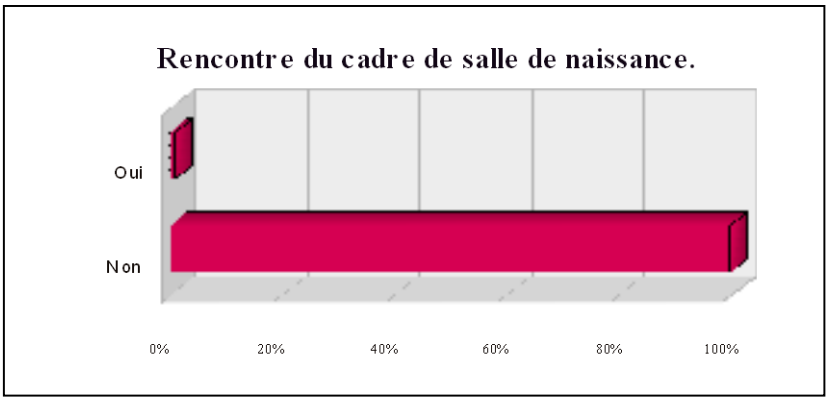
A l'origine, le projet de naissance est un support papier qui relate les envies des patientes sur leurs accouchements. Ce support n'a certes pas de valeur contractuelle mais en cas de litige juridique, le support papier reste une valeur juridique.

Cependant, l'étude nous montre que **plus de la majorité des femmes (68%) n'écrivent pas leur projet**, mais le communique oralement à l'équipe qui les prend en charge.



Rencontre du cadre de salle de naissance.

La législation préconise que la direction de l'établissement soit informée des projets de naissance. Or, lorsque l'on demande aux patientes, si elles ont rencontré le cadre de salle de naissance, **elles répondent toutes négativement**.



2.2.4. L'accouchement.

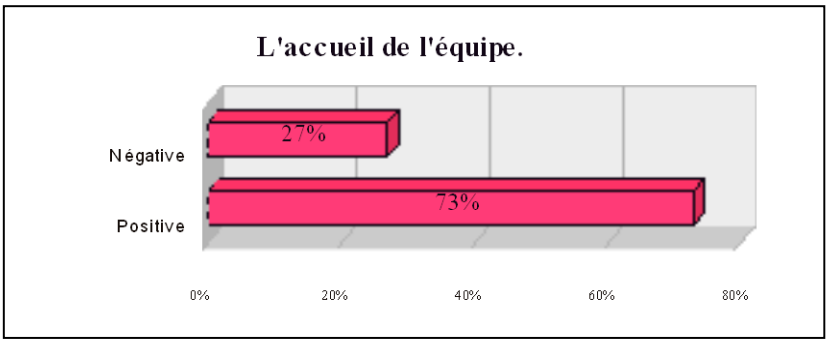
Le questionnaire était composé d'un versant sur l'accouchement. De cette façon, nous cherchions à connaître le ressenti des femmes face à l'accueil de l'équipe soignante mais aussi le degré de respect du projet de naissance.

Enfin, cet item nous permettait de connaître en détail leur accouchement.

Il en est ressorti les statistiques suivantes:

L'accueil de l'équipe.

Les patientes sont **majoritairement** (73%) **satisfaites de leur accueil** par l'équipe de salle de naissance lorsqu'elles présentent leur projet. En effet, seulement 27% des femmes se sont senties mal accueillies.

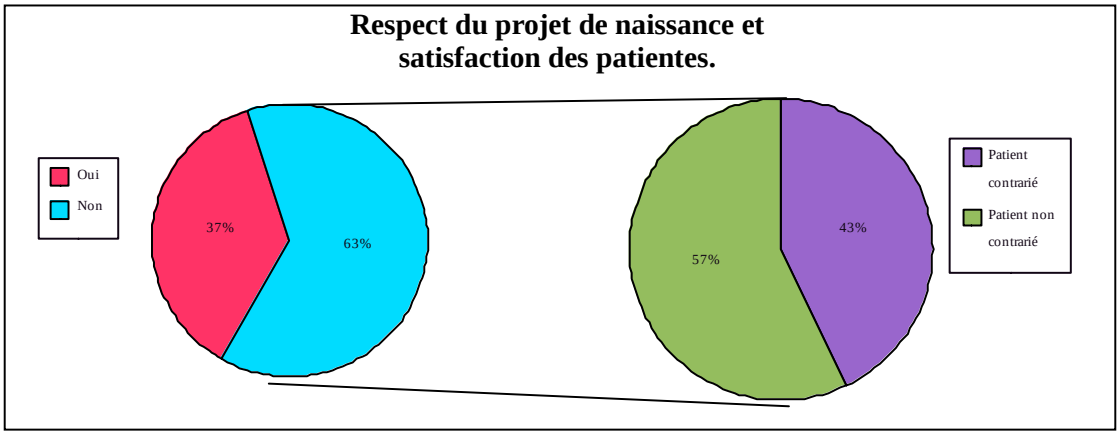


Le respect du projet de naissance.

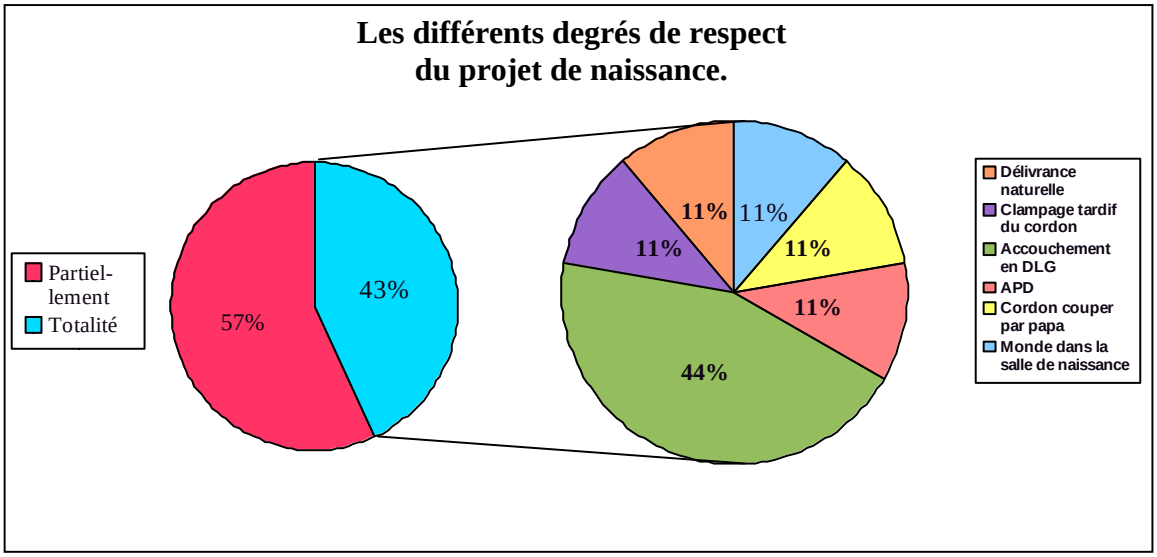
Sur cette population, le projet de naissance est très peu respecté. En effet seulement **37% des couples ont vu leur projet aboutir dans son intégralité**.

Il nous paraissait alors intéressant de savoir quel niveau de contrariété les couples pouvaient ressentir (63%) quand ils n'avaient pas pu voir leur projet se réaliser. Il en résulte que **plus de la moitié** (57%) **des couples n'ont pas été soucieux du respect de leur projet**.

Cependant, 43% des couples ont été mécontents de ne pas pouvoir mener leur projet de naissance. Il s'est alors révélé intéressant de savoir de façon précise ce qui n'a pas pu être respecté. S'il s'agissait d'une partie ou de la totalité du projet.



Lorsque l'on regarde de façon précise le graphique intitulé: «les différents degrés de respect du projet de naissance», on peut observer que **57% des projets ne sont pas respecté dans leur intégralité**. Dans les 43% restants, on ne respecte pas de façon majoritaire la position d'accouchement (44%) mais aussi le clampage du cordon (11%) ou encore le mode de délivrance (11%).



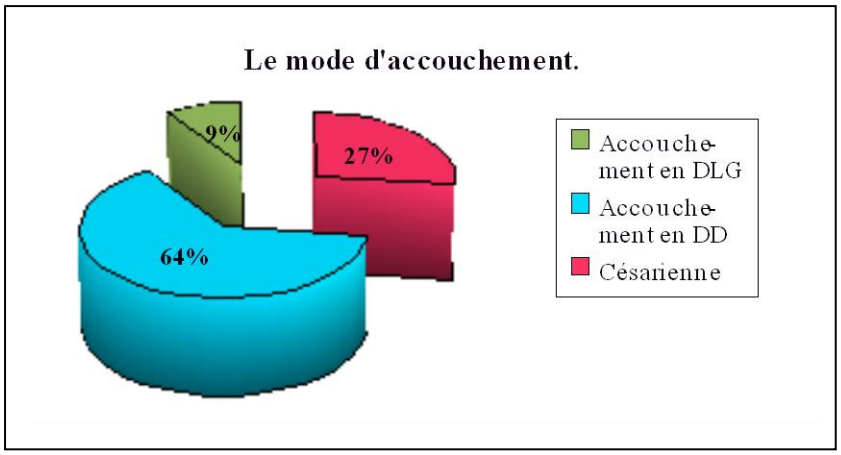
L'accouchement.

Afin de pouvoir comparer le mode d'accouchement et le projet de naissance qu'elles ont mis en place, nous avons demandé aux patientes des points très précis de leur accouchement tels que:

- la pose d'une analgésie péridurale,
- la rupture artificielle des membranes,
- l'administration d'ocytocine pendant le travail,
- le mode d'accouchement,
- le type de délivrance,
- et les lésions périnéales.

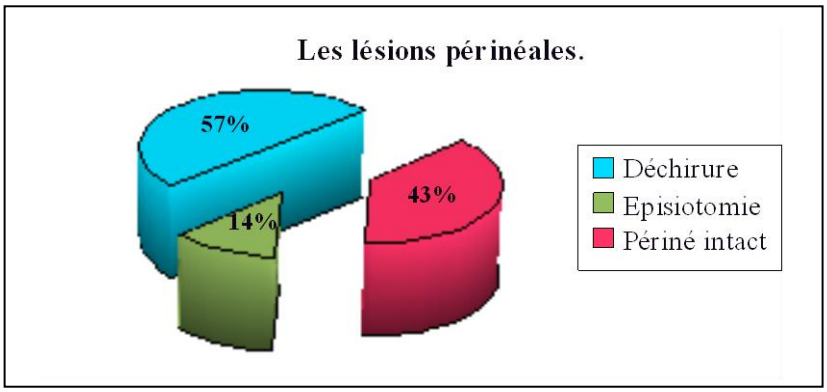
Il en résulte que dans la cohorte étudiée, **77% des femmes ont eu une analgésie péridurale**. Les sages-femmes ont eu recours à de l'ocytocine dans 45% des accouchements et elles ont rompu la poche des eaux de façon artificielle dans 32% des cas.

Le mode d'accouchement est un point fondamental, il nous permet de savoir si elles ont accouché par voie basse, avec une aide instrumentale ou par césarienne. A l'issu de l'étude, nous avons **73% d'accouchements par voie basse** (9% en décubitus latéral gauche et 64% en décubitus dorsal) et **27% de césarienne**. Sur toute la cohorte, il n'y a **pas eu d'extraction instrumentale**.



La troisième phase de l'accouchement est très satisfaisante puisqu'elle a eu **91% de délivrance dirigée complète** et 9% de délivrance dirigée incomplète qui a donnée lieu à une révision utérine.

Enfin, sur le point des lésions périnéales, 57% des femmes ont eu une déchirure vaginale, 14% ont eu une épisiotomie et **43% ont eu un périnée intact**.

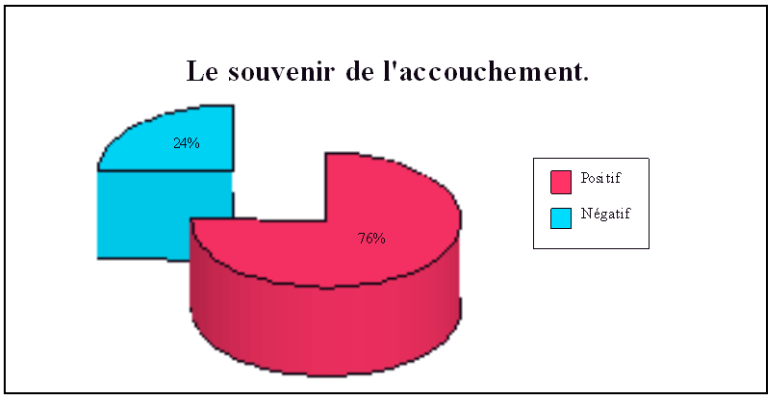


2.2.5. Le post-partum.

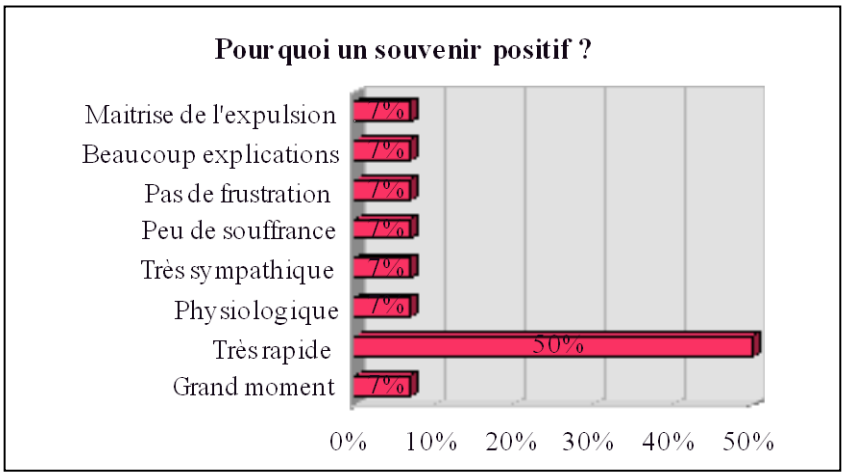
Nous avons sollicité les femmes quinze jours après leur terme théorique pour qu'elles nous fassent partager leur ressenti au sujet de leur accouchement et leur projet de naissance. De cette façon, elles pouvaient commenter la naissance de leur enfant avec plus de recul que si nous les interrogions dans le post-partum immédiat.

Le souvenir de l'accouchement.

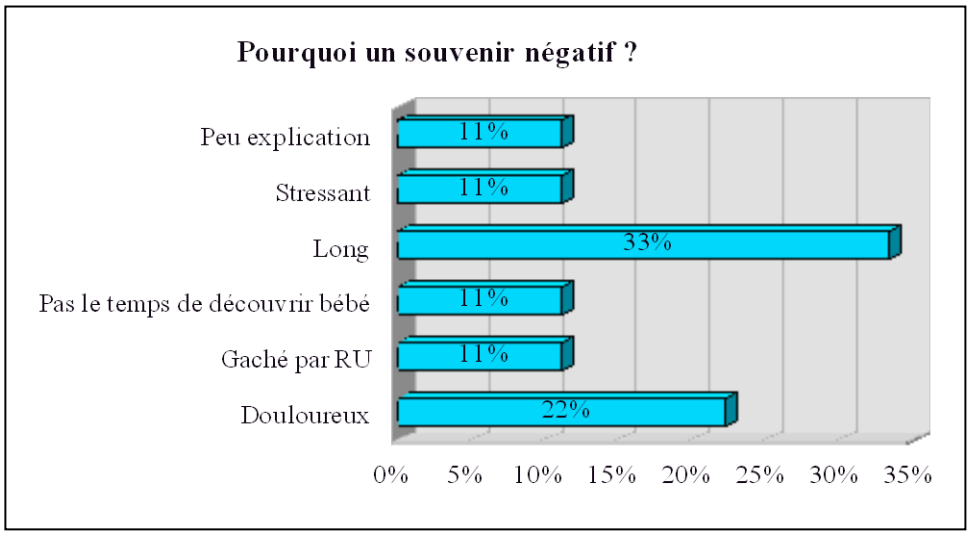
Lorsque l'on demande aux patientes quels souvenirs elles gardent de leurs accouchements, elles répondent **très majoritairement** (68%) **par un souvenir positif**.



De façon plus précise, la moitié de l'effectif trouve leur travail très rapide. Certaines restent sur une impression positive car elles ont peu souffert (7%), d'autres parce qu'elles ont pu maitriser l'expulsion (7%) ou encore parce qu'elles n'ont pas eu de frustration (7%).

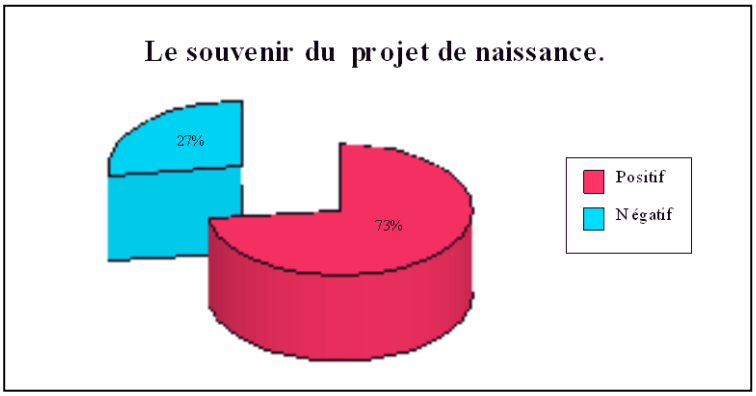


Cependant **22% des femmes interrogées gardent un souvenir négatif de leurs accouchements**. Elles l'expliquent par un travail qu'elles ont considéré long (33%), ou douloureux (22%). Cette opinion négative peut également se comprendre par un travail stressant (11%). Enfin, certaines femmes restent sur une note négative quand elles n'ont pas eu le temps de découvrir leurs bébés (11%) ou ont eu trop peu d'explication (11%).



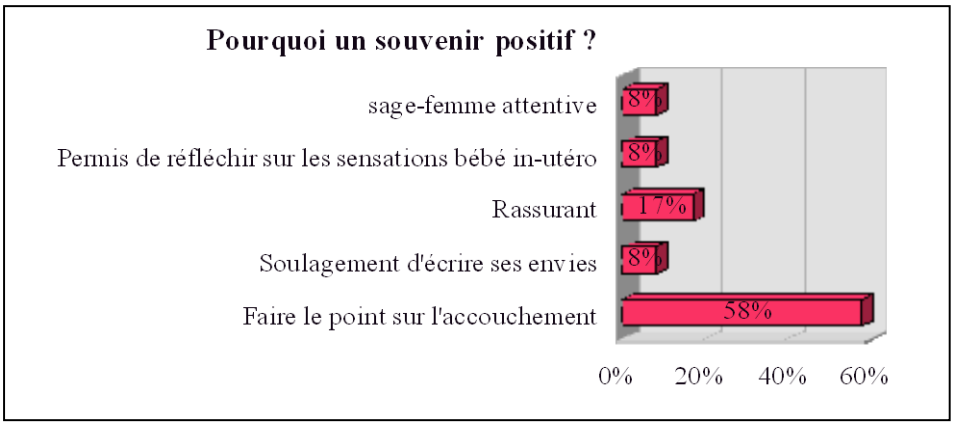
Le souvenir du projet de naissance.

Le projet de naissance est très majoritairement (73%) **une expérience positive**.



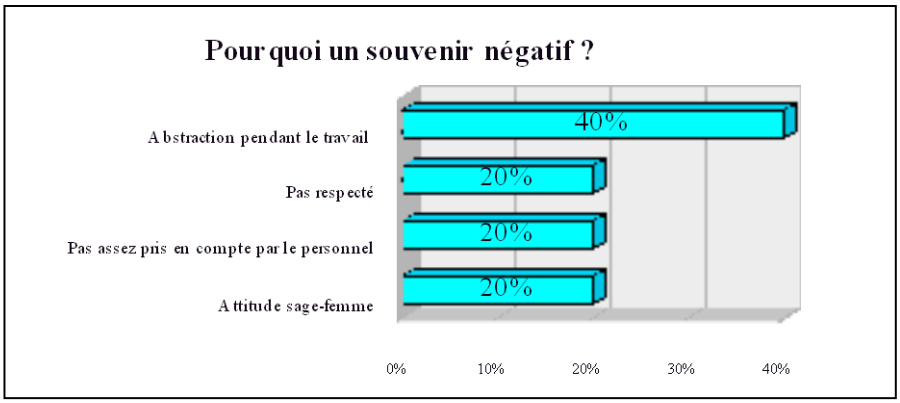
En effet, le projet de naissance permet **dans 58% des cas de se projeter au moment de l'accouchement**. Il est aussi, pour 17% des femmes, rassurant de réfléchir à son accouchement.

Par ailleurs, les femmes exposent une réflexion sur les sensations du fœtus (8%) mais aussi elles ressentent un soulagement dans l'écriture de leurs envies (8%) ou encore l'attention de la sage-femme (8%).



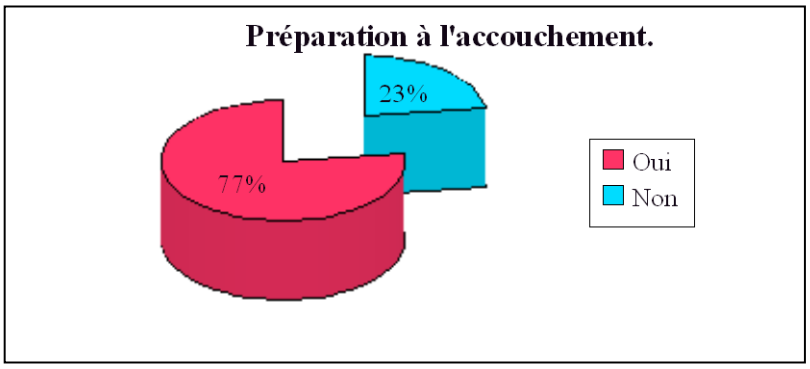
Toutefois, 27% des femmes ne sont pas satisfaites de leur projet. Elles justifient leur insatisfaction par l'attitude de la sage-femme (20%), par une abstraction totale du projet pendant le travail (40%), mais aussi parce que le projet n'a pas été pris en compte par le personnel (20%).

Enfin, 20% des femmes ne sont pas satisfaites car leur projet n'a pas était respecté dans son intégralité.



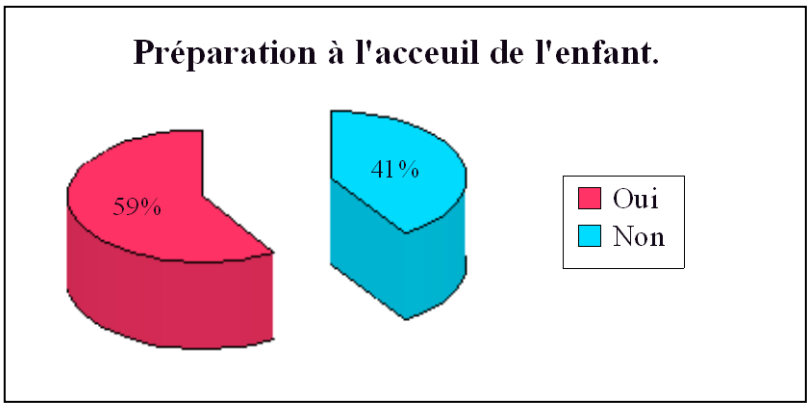
Préparation de l'accouchement.

La cohorte exprime de façon majoritaire (77%) **l'utilité du projet de naissance dans la préparation à l'accouchement** alors que 23% ne trouve pas cette utilité dans la démarche du projet de naissance.



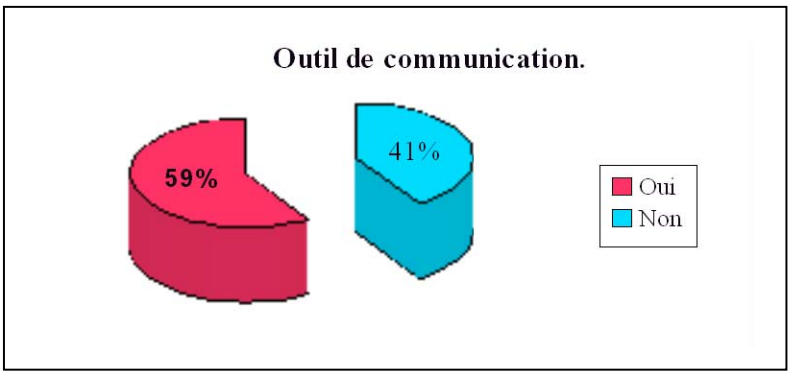
Préparation à l'accueil de bébé.

La place du projet de naissance dans l'accueil du bébé est moins franche que pour la préparation à l'accouchement. Effectivement, **41% des couples** trouvent que le projet de naissance **n'a pas cet objectif**.



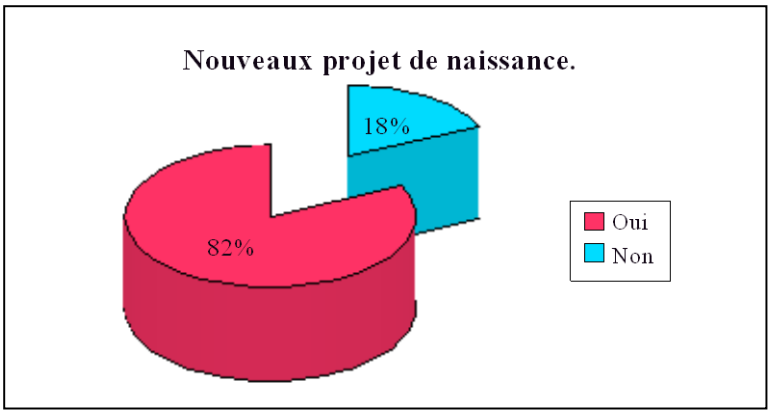
Outil de communication.

Le projet de naissance est souvent présenté par les professionnels comme un outil de communication. Notre étude confirme cette idée étant donné que **59% des couples ont trouvé que le projet de naissance était une base de communication** qui permettait de rentrer plus facilement en interaction avec les professionnels.



Nouveaux projet de naissance.

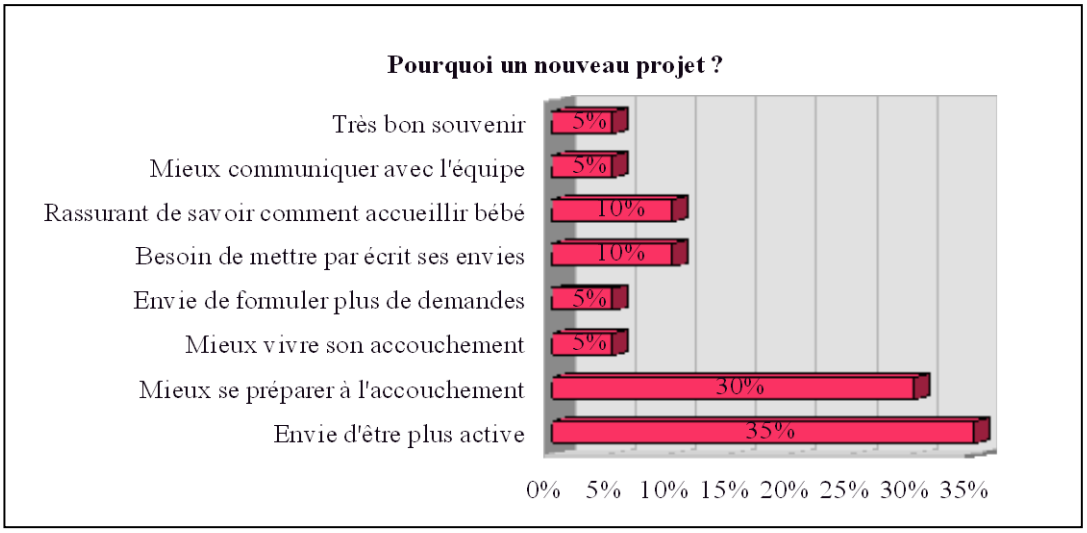
Lorsque nous avons demandé aux patientes si elles souhaiteraient faire un projet de naissance pour une future grossesse hypothétique. Seulement 18% de l'effectif, nous a répondu négativement.



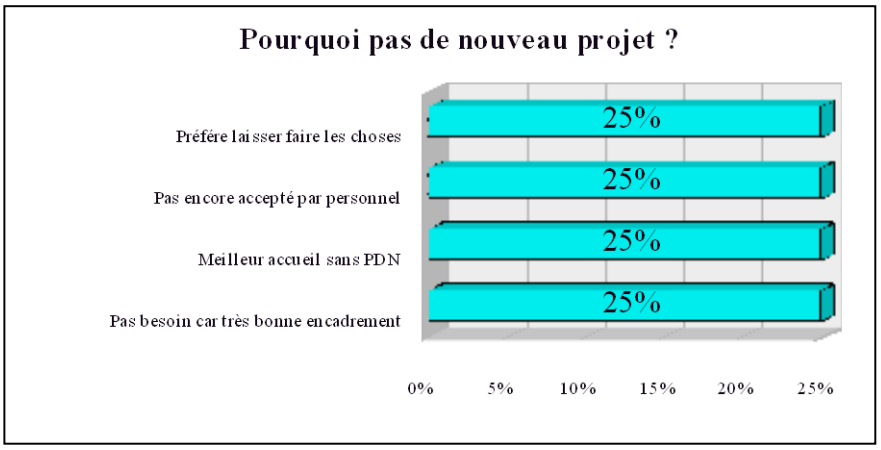
Les patientes nous expliquent que leur choix est motivé par **l'envie de mieux se préparer à l'accouchement** (30%) mais aussi par l'envie d'être plus active (35%).

Certaines femmes nous ont expliqué qu'elles referont un projet de naissance car c'est pour elles un moyen de communication avec l'équipe de salle de naissance (5%), d'autres pour mieux accueillir leur bébé (10%) ou encore parce qu'elles gardent un bon souvenir de leurs accouchements (5%).

Enfin, quelques femmes ont besoin de mettre leur envie par écrit (10%)



Les patientes ne souhaitant pas renouveler l'expérience du projet de naissance **pensent qu'elles seraient mieux accueillies sans projet de naissance** (25%) ou que le personnel n'a pas encore accepté les projets de naissance (25%). Quelques femmes trouvent inutile d'écrire un projet car l'encadrement déjà présent est suffisant (25%) et d'autres femmes préfèrent se laisser prendre en charge par l'équipe médicale (25%).



Troisième partie

1. INTERPRÉTATION DE L'ÉTUDE.

A l'origine de tout projet de naissance, il y a une femme avec une ambition qui détermine tout: la composition de son projet, mais aussi sa façon de l'exposer.

Le plus souvent, les femmes ont envie de réfléchir à leur accouchement afin d'être actrice de ce dernier. De plus, ce qui est intéressant dans notre étude et qui nous donne matière à réflexion ce sont les aspirations atypiques des femmes telles que se préparer à l'accueil d'un enfant malformé, utiliser le projet comme moyen de communication avec son conjoint, ou se recentrer sur l'accueil du bébé.

L'analyse précise de l'étude nous permet alors d'extrapoler de notre cohorte une patiente type ainsi qu'un projet de naissance type.

1.1. La population.

Ainsi, nous pouvons définir notre patiente comme **une femme âgée de 29 ans, primigeste, primipare, travaillant dans la catégorie socio-professionnel intermédiaire de la santé, de l'enseignement et de la fonction publique.** Cette patiente a fait son suivi de grossesse auprès d'une sage-femme et a accouché autour de 39 semaines d'aménorrhée.

Pour beaucoup de professionnels de la naissance, une femme désirant écrire un projet de naissance entre dans la description de notre patiente type. Les professionnels ont donc très bien su cerné la population qui avait besoin d'un encadrement spécifique.

De plus, afin de pouvoir écrire un projet de naissance leur permettant d'être plus active, la femme choisis de s'informer de l'offre locale dans les cours de préparation à la naissance.

1.2. Le projet de naissance.

La deuxième étape de l'enquête fut de déterminer un projet type. Il se révèle que le projet de naissance est à l'initiative de la femme et non du couple ; projet que la

patiente a rédigé sans l'aide de son conjoint ou d'un professionnel de santé. La patiente a fait le choix de ne pas rencontrer le cadre de salle de naissance pour discuter des possibilités de son projet, contrairement aux recommandations de l'OMS.

La femme enceinte présente ses souhaits oralement. Par ailleurs, elle souhaite que son conjoint soit présent à ses côtés en salle de naissance, mais aussi être actrice de son accouchement et recevoir des explications tout au long du travail. De plus, elle désire déambuler pendant le pré-travail, solliciter l'anesthésiste quand les douleurs seront trop fortes et accoucher en décubitus latérale gauche. Après avoir mis au monde leur enfant, elle aimerait que son conjoint coupe le cordon ombilical puis que son enfant soit déposé sur son ventre pour faire du peau à peau. Ainsi, elle aspire à découvrir son enfant, le réchauffer et favoriser une tétée précoce.

1.3. L'accouchement.

L'intérêt de cet item est de comparer le projet de naissance des femmes à leur accouchement.

Après avoir interrogé toutes les patientes sur leur accouchement, nous avons pu faire une généralité. Il s'en dégage que les femmes perdent les eaux spontanément; accouchent par voie basse, en décubitus dorsal, sous analgésie péridurale. La délivrance se réalise complètement, suite à une délivrance dirigée et le périnée subit des lésions, de type déchirure simple. Après l'accouchement, un temps de peau à peau est proposé ainsi qu'une mise au sein si les femmes souhaitent allaiter.

Néanmoins, certains points diffèrent entre le projet de naissance «parfait» et l'accouchement type.

En effet, si l'on aborde la position d'accouchement, on constate que **9% des femmes accouchent en décubitus latéral gauche or elles sont 32% à solliciter l'équipe médicale pour accoucher dans cette position**.

Une divergence existe, également, sur les renseignements fournis aux patientes pendant leur accouchement. Effectivement, 38% des femmes souhaitent des

explications durant leur accouchement, cependant **seulement 7% des femmes semblent satisfaite de la quantité d'informations reçues.**

Enfin, un dernier aspect de l'accouchement n'est pas respecté : la déambulation. Sur la cohorte interrogée, 67% des femmes ont dans l'idée de déambuler pendant leur travail or **aucune femme** n'exprime cette notion quand elle raconte leur accouchement.

1.4. Le post partum.

Le dernier point important de l'étude est le ressenti des femmes, dans le post partum, sur leur prise en charge.

Il résulte de l'étude que notre patiente type est **une femme satisfaite de son accouchement** en raison de la rapidité de ce dernier. Elle est également enchantée de son projet de naissance qui lui a permis d'anticiper son accouchement et de s'y projeter.

De plus, la patiente considère le projet de naissance comme un outil de communication, lui permettant d'être plus facilement en interaction avec les professionnels. En effet, la réflexion faite en amont et les informations acquises en préparation à la naissance sont une base à la discussion et leur permets de poser plus facilement des questions et donc d'être plus active en proposant leurs envies.

D'autre part, la patiente modèle considère le projet de naissance **utile pour se préparer à l'accouchement et pour se préparer à l'accueil de son bébé**.

Enfin, pour toutes ces raisons, elle **souhaite refaire un projet de naissance** pour une future grossesse hypothétique.

2. PROJET DE NAISSANCE ET SATISFACTION DES FEMMES?

Solliciter les femmes pendant le post partum, nous permet de connaître le degré de satisfaction des femmes sur leur accouchement et sur leur projet de naissance.

2.1. Le souvenir de l'accouchement.

Il découle de notre analyse que les femmes sont majoritairement satisfaites de leur accouchement (75%). Or seulement 37% des femmes ont vu leur projet de naissance respecté dans la totalité. **On peut alors se demander si l'important est de respecter le projet de naissance dans son intégralité ou s'il s'agit seulement d'écouter et d'entendre les femmes dans leur demande.**

Nous avons demandé aux patientes quels étaient les points positifs de leur accouchement. Les femmes ont avancé des éléments intéressants tels que la maitrise de l'expulsion, qui rentre dans l'envie des femmes d'être actrice de leur accouchement, ou encore l'abondance des explications reçues.

De même, nous avons demandé aux femmes déçues par la naissance de leur enfant quels éléments étaient à améliorer dans notre prise en charge. Il en résulte qu'elles ont été contrariées par le peu d'explications qui leur ont été fourni ou par l'anxiété qui leur a été transmise lors de l'accouchement.

Par le biais de cette analyse, les femmes nous demandent d'**améliorer notre communication** avec elle, mais aussi de **moins véhiculer notre stress**. Les patientes nous rappellent aussi que **leur participation peut être améliorée**.

2.2. Le souvenir du projet de naissance.

Après s'être questionné sur l'accouchement, il faut nous interroger sur le projet de naissance : les femmes ont-elles été satisfaites?

Lorsque l'on fait le bilan avec les patientes, on s'aperçoit que seulement **37% des projets de naissance ont été respectés bien que 73% des femmes sont enchantées** de celui-ci. Les mamans évoquent plusieurs raisons de leurs satisfactions :

- une sage-femme à leur écoute attentive à leurs besoins,
- un outil pour se préparer à l'accouchement,
- une réflexion sur les sensations du bébé.

Cependant, 27% des femmes ne sont pas satisfaites de leur projet. Elles expliquent souvent leur mécontentement suite au relationnel avec la sage femme. Celle-ci peut, en effet, se montrer peu compréhensive et réfractaire au projet de naissance. Elle fait alors une totale abstraction de leur souhait pendant l'accouchement.

De plus, dans les situations évoquées, le projet de naissance n'était pas assez pris en compte par le personnel soignant ce qui a souvent créé des conflits entre professionnel et patient, et amène au non respect du projet.

2.3. Un nouveau projet ?

L'un des éléments qui nous permet également de mesurer la satisfaction des femmes est le souhait des patientes de renouveler un projet de naissance pour une future grossesse.

De façon générale, 82**% des femmes souhaitent réitérer leur expérience.** Preuve qu'une patiente satisfaite n'est pas forcément une patiente qui a vu son projet respecté dans son intégralité.

L'analyse détaillée confirme cette idée. En effet, on s'aperçoit que 78% des femmes n'ayant pas vu leur projet respecté souhaitent réécrire un projet de naissance pour une future grossesse. Et toutes les femmes satisfaites souhaitent faire de même.

Leur choix est motivé par l'envie de mieux se préparer et d'être encore plus impliqué dans ce moment unique afin de vivre pleinement leur accouchement, mais aussi pour être prête à l'arriver de leur bébé et savoir comment l'accueillir.

Toutefois, les femmes qui n'ont pas vu leur projet intégralement respecté n'ont pas l'intention de renouveler l'expérience d'un projet de naissance pour une future grossesse.

Certaines patientes expliquent cette décision par l'accueil de l'équipe qui n'a pas su s'adapter à leurs besoins et à leurs envies. Ces patientes ont alors eu l'impression d'être mal pris en charge en raison de leur projet.

Par ailleurs, quelques femmes pensent que la démarche n'est pas encore acceptée par les équipes médicales ce qui rend leur prise en charge de mauvaises qualités.

Enfin, d'autres femmes préfèrent ne pas penser à leur accouchement par avance, et laisser aux professionnels tout prendre en charge.

En conclusion, les femmes souhaitent de façon majoritaire réécrire un projet de naissance pour une future grossesse. À l'exception de certaines femmes qui ont vécu une expérience négative et qui ne souhaitent pas faire de nouveaux projets tant que les professionnels n'auront pas réajusté leurs aspirations professionnelles.

2.4. Les propositions.

Les observations des femmes nous permettent de révéler quelques dysfonctionnements dans la prise en charge des femmes avec un projet de naissance.

En premier lieu, nous devons **améliorer la participation des femmes pendant leur accouchement**.

Nous devrions peut-être solliciter d'avantage les femmes dans leur prise en charge:

- Par le biais de **leur mobilité**. Pourquoi ne pas mobiliser et verticaliser les femmes tant qu'elles n'ont pas d'analgésie péridurale ; soit par la déambulation (avec ou sans monitoring) ou l'utilisation d'un ballon.
- Par le choix de **la position d'accouchement**. Ne peut-on pas proposer aux femmes d'autres positions que le décubitus dorsal tel que le décubitus latéral gauche (ou droit), la position accroupie, la position assise ; positions qui peuvent s'adapter avec ou sans analgésie péridurale.

En deuxième lieu, **la communication** est un point qui pourrait être amélioré selon quelques femmes. Effectivement, nous pourrions mieux informer les femmes lors des décisions médicales et leur donner plus d'explications telle que nous le préconise la loi du 4 mars 2002 r**elative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**. Les patientes essayent peut être à travers cette requête de ne plus être en relation dominant-dominé mais d'être dans une relation de partenariat avec l'équipe médicale.

Enfin, **une sensibilisation des professionnels** au sujet des projets de naissance est peut-être à envisager ce qui permettrait d'améliorer l'accueil de cette population. En effet, le projet de naissance n'est pas une liste de refus que la patiente liste, et qui dicte le comportement de la sage-femme. Il s'agit plutôt d'une réflexion de la femme sur son accouchement idéal ce qui lui permet de rendre ce moment plus concret et de s'y préparer. Cette démarche permet à la patiente de nous expliquer ses peurs et son parcours avec son propre vocabulaire et non le vocabulaire médical (voir annexe 3: Exemple de projet de naissance), mais aussi ses envies. Le plus important n'est pas de respecter la totalité de leurs souhaits, mais d'être à leur écoute et de savoir communiquer avec elles.

3. POURQUOI UN PROJET DE NAISSANCE NE PEUT PAS CONVENIR À TOUTES LES FEMMES?

Quand nous avons contacté les patientes sollicitées en préparation à la naissance pour connaître leur projet de naissance et leur accouchement, nous nous sommes retrouvés face à un certain nombre de femmes qui avaient changé d'envie.

Dans notre étude, il y a exactement huit femmes dans ce cas de figure. Considérablement intrigué par ces changements, nous leur avons demandé plus d'explications. Nous souhaitions comprendre pourquoi des femmes intéressées par les projets de naissance ne souhaitaient finalement plus l'écrire quand elles ont pris le temps de la réflexion ?

Ces femmes nous expliquent:

- Mme X se dit trop angoissée pour faire un projet de naissance.
- Mme D a peur d'être déçue.
- Mme Z préfère se laisser guider par la sage-femme.
- Mme P a besoin de la médicalisation pour se rassurer.
- Mme T craint d'être enfermée dans un projet de naissance.
- Mme F a eu des complications pendant sa grossesse ce qui a mis le projet au second plan.

Leurs arguments sont importants. Ils nous indiquent que toutes les femmes ont un projet autour de leur grossesse mais qu'**elles n'ont pas toutes besoin de faire un projet de naissance.**

Cette partie de la population nous rappelle qu'elle a besoin de la médicalisation pour être en confiance. En effet, il ne faut pas oublier que deux visions existent autour

de la naissance : le processus physiologique et la situation à risque. Tout l'enjeu de l'obstétrique moderne est là : l'équilibre entre ces deux concepts.

En effet, les quelques femmes qui ont tenté l'expérience d'écrire un projet de naissance alors qu'elles avaient besoin d'être dans l'inconnu et de se laisser guider par une sage-femme appliquant les protocoles médicaux de façon systématique, se sont vu déçues par leur accouchement et l'expérience du projet de naissance.

4. QUE PEUT-ON ENCORE AMÉLIORÉ DANS NOTRE PRISE EN CHARGE?

Les enjeux d'un accouchement respecté vont bien au delà du jour J, de ces séquelles psychiques et physiques. Selon de nombreux spécialistes, l'établissement des relations précoces entre la mère et son enfant se jouent dès la naissance, au niveau psychologique, mais aussi physiologique via les hormones. Ainsi pour Michel Odent, «plus on secrète d'ocytocine, l'hormone de l'amour, durant la période entourant la naissance, plus on prévient la violence et l'on développe la capacité d'aimer». [29]

Aimer oui, mais pas seulement, s'occuper de son enfant, se sentir responsable de lui : cela se jouerait dès la naissance aussi. Un argument mis en avant par l'AFAR (Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté) selon qui, le fait d'inciter les parents et futurs parents à s'interroger sur leur rôle et sur les conséquences de leurs choix en matière de naissance, ne peut que les responsabiliser et les amener vers des formes d'éducation plus réfléchies. Un avis partagé par de nombreux psychologues également, dont Lise Bartoli : «S'en remettre totalement à l'équipe médicale durant l'accouchement a d'autres effets pervers. La maman perd confiance dans sa capacité à mettre au monde. Avant même que son enfant soit là, on met en doute la capacité de la mère à s'en occuper». [29]

En vu de ces arguments, on se rend compte de **l'importance d'une part de respecter les femmes et les projets de naissance qu'elles construisent**, et d'autre part **d'améliorer notre prise en charge**.

4.1. Une collaboration avec les sages-femmes de consultation.

L'analyse de notre étude, nous montre que très peu de femmes demandent conseil au près d'une sage-femme. Or, l'écriture d'un projet de naissance nécessite une réflexion autour de l'accouchement et une connaissance de l'offre locale.

L'interlocuteur le mieux placé, à mon sens, est **la sage-femme qui suit la patiente en consultation prénatale**. Elle suit la femme, et parfois le couple pendant plus de six mois, temps qui lui permet de mieux les connaître et de tisser des liens de confiance et de communication. La sage-femme peut alors, informer la patiente de l'offre locale et discuter des obligations médico-légales qui peuvent parfois empêcher certaines pratiques. Cette démarche permettrait de construire un projet de naissance cohérent entre les aspirations des femmes et l'offre de soin locale.

Pour faciliter les discussions entre patiente et sage-femme**, pourquoi ne pas proposer un projet type**, comme cela se fait déjà en Angleterre. Ce projet étant une base personnalisable à chaque femme en fonction de ses besoins, de son passé médical, des conseils de la sage-femme et des possibilités de la maternité. (Voir annexe 4 : The «Birth Plan»)

Enfin, pour comprendre toutes les demandes des couples, nous devons connaître leurs moyens d'information : juste derrière la préparation à la naissance, nous avons internet. Il est de notre conscience professionnelle de connaître ces sites (voir annexe 6 : Les sites Internet) et de nous faire notre propre opinion. Afin, d'orienter nos patientes vers des sites adaptés à leur demande ou le cas échéant de les avertir des sites qui sont plus à vocation militante qu'informatif.

4.2. Une meilleure information des sages-femmes.

Une meilleure prise en charge passe peut-être par une formation axée sur les projets de naissance.

Tout d'abord, il serait intéressant **d'informer tous les acteurs de soin de la notion de projet de naissance** par le biais de professionnels ayant une vision positive des projets et le proposant régulièrement à leurs patientes. Mais aussi en étayant l'information par des témoignages de femme afin qu'il y ait une réelle communication entre patient et professionnel. De cette façon, les femmes pourront plus facilement nous montrer les points de notre prise en charge qu'il faut réajuster.

De plus, nous pourrions **proposer des formations complémentaires** aux sages-femmes intéressées. Ces formations appropriées devraient porter sur la communication, point fondamental d'un projet satisfaisant pour les femmes.

Par ailleurs, pour être encore plus compétant, nous devrions nous familiariser à toutes les mobilisations et positions que la femme peut prendre pendant le travail, mais aussi au panel de position d'accouchement qu'il existe.

Néanmoins, une limite existe à cette ouverture dans nos pratiques professionnelles. Si aujourd'hui, toutes les maternités ont des ballons et des coussins d'allaitement ; très peu ont des systèmes de suspension, des tabourets d'accouchement ou des baignoires à balnéothérapies.

4.3. De nouveau lieux d'accueil.

Quand on parle projet de naissance, de nombreux professionnels, qui se sentent attaqués par cette nouvelle pratique, se demandent souvent pourquoi ces femmes n'accouchent pas chez elle. Remarque qui est certes négative de prime abord, mais qui révéle cependant une idée importante : **nos lieux d'accueils, tous axés sur un potentiel risque, sont-ils adaptés aux besoins de toutes les femmes?** N'arrivons-nous pas à un moment de l'histoire de l'obstétrique où nous avons besoin de nous diversifier comme certains de nos voisins Européens?

Il serait alors peut être judicieux de mettre en place des structures personnalisables à leur convenance où les femmes retrouveraient leur intimité. Nous pensons alors aux salles nature, aux espaces physiologiques, mais aussi aux maisons de naissance ou le cas échéant, à l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

Conclusion

La naissance et l'accouchement sont des thèmes essentiels dans la question de la parentalité. Tout en applaudissant la sécurité apportée par une certaine médicalisation de la naissance, on ne doit pas négliger le facteur humain. Il ne s'agit pas de technique, mais d'un état d'esprit de la naissance où les femmes/couples se présentant avec un projet de naissance à la recherche d'élément de communication et d'humanisation de la naissance.

L'analyse des vingt-quatre entretiens semi-directifs nous a permis d'extrapoler une population type ; population qui coïncide aux patientes que le professionnel de santé avaient déjà identifié comme nécessitant une écoute particulière.

De plus, l'étude nous a permis de connaître la satisfaction des femmes. Il en résulte que les patientes sont majoritairement satisfaites alors que très peu de projet de naissance sont respectés. Les patientes expliquent ce paradoxe par l'origine de leur démarche.

En effet, il est important pour elles de se projeter au jour de leur accouchement afin de se préparer psychiquement à l'accouchement et à devenir mère. Certes, cette réflexion aboutie à l'établissement d'un projet de naissance décrivant leur accouchement idéal, mais le respect de leur projet passe au second plan le jour de l'accouchement.

En réalité, les femmes ont besoin de se sentir rassurées et comprises dans leur démarche, et non d'un respect rigoureux de leur projet de la part d'une sage-femme qui ne les comprend pas.

Ce travail nous a démontré que nous pouvions encore améliorer notre prise en charge de ces femmes. En premier lieu, il est important de sensibiliser les professionnels pour que les femmes ne se sentent plus malmenées, mais aussi pour que les professionnels n'aient plus l'impression d'être dirigés par les projets de naissance.

En deuxième lieu, il serait intéressant de compléter la formation continue des sages-femmes de manière à leur donner tous les outils pour répondre aux attentes des femmes.

Le projet de naissance ne peut-il pas être considéré comme un outil de communication permettant aux femmes qui ne sont pas dans un groupe à risque, de diminuer la médicalisation de leur accouchement ? Ne serait-il pas un moyen de rappeler aux professionnels que la physiologie est possible dans une maternité de niveau III ?

BIBLIOGRAPHIE

[1]. **Gamelin-Lavois**. Le projet de naissance en France et dans le monde. In: Gamelin-Lavois S. Préparer son accouchement faire un projet de naissance. 2Éme éd. Dijon:Jouvence;2006. p. 19-24.

[2]. **Gameli-Lavois S.** L'accouchement formaté n'est pas une fatalité. In: Gameli-Lavois S. Préparer son accouchement faire un projet de naissance. 2Éme éd. Dijon:Jouvence;2006. p. 19-24

[3]. **Knibiehler Y.** L'accouchement: affaire publique, affaire de médecins. In: Knibiehler Y. Accoucher Femme, sages-femmes et médecins depuis le milieux du XXe siècle. Rennes: Editions de l'école nationale de la santé publique; 2007.

[4]. **Jacques B**. L'accouchement: le temps fort de l'expérience. In: Jacques B Sociologie de l'accouchement. Paris: Presses Universitaires de France; 2007

[5]. **Jacques B**. L'expérience soignante de la maternité. In: Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris: Presses Universitaires de France; 2007

[6]. **De Gasquet B**. Trouver sa position d'accouchement. Paris: Hachette Livre; 2009

[7]. **Bardes F**. Changing birth. Les Dossiers de l'Obstétrique. 2000 Nov;288:54-5

[8]. **Knibiehler Y.** Les femmes face aux soignants. Les dossiers de l'Obstétrique. 2003 Juin;317 Suppl:S3-5

[9]. **Knibiehler Y.** La naissance, enjeu féminin ou féministe?. Les dossiers de l'Obstétrique. 2000 Nov;288:16-19

[10]. **Jegu N.** Que faire face à une femme enceinte se présentant avec un projet de naissance?. Risque et prévention des professionnels de santé. 2007 oct;6-7

[11]. **Corpart I.** Les témoins de Jehova face aux risques de refus de transfusion sanguine. Journal des accidents et des catastrophes. 2007 janv;74:6-7

[12]. **Yusuf A, Raj B, Foord F et al**. Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1997, rapport n° WHO/FRH/MSM/96.24

[13]. ***Falzone-Soler S.*** *Cadre juridique du projet de naissance. 36° assises nationales des sages-femmes; 2008 Mai 21-23; Marseille, France. p. 15-20*

*[14]***. *Bouquier JJ***, *rapporteur. Du droit au consentement au droit au refus de soins. Paris: conseil de l'ordre national de médecine.*

[15]. **Charte des droits de la parturiente**. Résolution (doc. B2-712-86) présentée conformément à l'article 47 du règlement et votée par le Parlement Européen. Journal officiel des communautés européennes ; 8 juillet 1988

[16]. **Circulaire DGS/DH n° 95-22** du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant la charte du patient hospitalisé.

[17]. **Loi n° 2002-303** du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. J.O. n° 54 du 5 mars 2002.

[18]. **Departement of health**, 1993. Changing childbirth, partie I: report of the expert maternity group.

[19]. **Rapport de la mission de périnatalité** du 17 septembre 2003

[20]. **Plan de périnatalité «humanité, proximité, sécurité, qualité» 2005-2007** du 17 novembre 2004

[21]. **Code de santé publique** version du 1 octobre 2009 accessible sur legifrance

[22]. ***Article 1101****, chapitre I, Titre III, Livre III du code civil,* Créé par Loi 1804-02-07 promulguée le 17 février 1804

[23]. ***Arrêt MERCIER****, Cassation Civile 20 Mai 1936*

[24]. ***Code de la santé publique*** *Article L. 1111-4,* Loi n· 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 et 11 Journal Officiel du 5 mars 2002

[26]. **Code de déontologie médicale** figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 (mise à jour du 14 déc. 2006)

[27]**. www.psychologies.com** Le projet de naissance: penser son accouchement (page consultée le 11 Août 2009)

[28]. **afar.naissance.asso.fr** Liberté et droits dans la naissance (page consultée le 15 Août 2009)

[29]. **www.psychologies.com** Pourquoi une naissance autrement (page consultée le 11 Août 2009)

TABLE DES MATIERES

Remerciements **2**

Sommaire **3**

Préface **5**

Introduction **6**

Première partie **8**

1. Histoire du projet de naissance. **9**

1.1. En Angleterre. [1; 7; 15; 18] 9
1.2. En France. [12; 16; 17; 19; 20; 21] 11

2. Quelle est la place de la grossesse dans notre société? **14**

2.1. La médicalisation de la grossesse. 14
2.1.1. XVIIIème: siècle des mutations. 14
2.1.2. La transition domicile-hôpital. [3] 15
2.1.3. L'accouchement sans douleur. [3; 4] 16
2.1.4. Le féministe. [3] 17
2.1.5. La place de la sage-femme [3; 8] 17
2.1.6. Une définition spécifique [5; 28] 17
2.2. Le retour à la physiologie. [2; 6; 9; 27] 18

3. Législation et projet de naissance. **21**

3.1. Quelle est sa valeur juridique? 21
3.1.1. Est-ce un contrat? [22] 21
3.1.2. Est-ce un contrat de soin? [13; 23] 22
3.1.3. Est-ce un contrat qui détermine les soins à l'avance? [13; 24] 22
3.2. Quelles sont les obligations du professionnel? 24
3.2.1. Les demandes thérapeutiques formulées par la patiente. [13] 24
3.2.2. Refus de la médicalisation préventive. [13] 24
3.2.3. Refus de soins. [10; 11; 21; 26] 25
3.2.4. Comment apporter la preuve que les informations ont été données ? [10;14] 27

Deuxième partie **29**

1. Méthodologie. **30**

1.1. Objectif de l'étude. 30
1.2. Matériel et méthode 30
1.2.1. Type étude. 30
1.2.2. Population étudiée. 30
Critères d'inclusion. 30
Mode de recrutement de la population. 31
1.2.3. Description de l'étude. 31
1.2.4. Les limites de l'étude. 32

2. Analyse de l'étude **33**

2.1. La population. 33

2.2. L'étude. 34
2.2.1. L'identité. 34
L'âge des patientes. 34
La profession. 35
Gestité/parité. 36
Suivi de grossesse. 36
Terme de l'accouchement. 37
2.2.2. Les motivations. 37
Les motivations. 38
Les sources d'informations. 39
2.2.3. Le projet. 39
Composition du projet. 40
L'ambiance générale. 40
Le pré-travail. 41
La péridurale. 41
L'accouchement. 42
L'allaitement. 42
Le post partum immédiat. 43
Autres. 43
Projet personnel ou de couple. 44
Aide pour écrire le projet. 44
La forme du projet. 45
Rencontre du cadre de salle de naissance. 45
2.2.4. L'accouchement. 46
L'accueil de l'équipe. 46
Le respect du projet de naissance. 46
L'accouchement. 48
2.2.5. Le post-partum. 49
Le souvenir de l'accouchement. 49
Le souvenir du projet de naissance. 51
Préparation de l'accouchement. 52
Préparation à l'accueil de bébé. 52
Outil de communication. 53
Nouveaux projet de naissance. 53
Troisième partie 55
1. Interprétation de l'étude. 56
1.1. La population. 56
1.2. Le projet de naissance. 56
1.3. L'accouchement. 57
1.4. Le post partum. 58
2. Projet de naissance et satisfaction des femmes? 59
2.1. Le souvenir de l'accouchement. 59
2.2. Le souvenir du projet de naissance. 60
2.3. Un nouveau projet ? 60
2.4. Les propositions. 61
3. Pourquoi un projet de naissance ne peut pas convenir à toutes les femmes? 63
4. Que peut-on encore amélioré dans notre prise en charge? 65
4.1. Une collaboration avec les sages-femmes de consultation. 65

4.2. Une meilleure information des sages-femmes. 66
4.3. De nouveau lieux d'accueil. 67
Conclusion..... 68
Bibliographie 70
TABLE DES MATIERES 72
Les Annexes I
Annexe 1: Fiche d'information. II
Annexe 2: Support d'entretien semi-directif. IV
Annexe 3: Exemple de projet de naissance. VII
Annexe 4: The «birth plan»..... XII
Annexe 5: Analyse de l'OMS sur les pratiques autour de l'accouchement dit «normal». XV
Annexe 6: Les sites internet..... XX

LES ANNEXES

ANNEXE 1: FICHE D'INFORMATION.

Le projet de naissance permet de se projeter dans le moment de l'accouchement et de l'accueil du bébé. C'est l'occasion de réfléchir sur ce que vous souhaitez, d'exprimer vos désirs, d'être acteur de votre accouchement. Il peut évoluer dans le temps, être oral ou écrit.

Mon mémoire à pour but de mieux comprendre ces femmes, ces couples afin de mieux les accompagner dans ce moment si intime et merveilleux qu'est la naissance de leur enfant.

Pour cela, je souhaite contacter les couples qui ont acceptés de participer à mon étude, 15 jours après le terme théorique de leur grossesse. Lors de cette entretien téléphonique, je leur poserai des questions sur le suivie de leur grossesse, la composition de leur projet de naissance, l'accueil qu'ils ont eu en salle de naissance, l'accouchement et le souvenir qu'ils en ont gardé.

Afin de pouvoir vous contacter, j'ai besoin de votre autorisation ainsi que vos coordonnées téléphoniques.

Alicia FERNANDES

Etudiante sages-femmes de l'école de Nancy

Promotion 2006 - 2010

☐ J'autorise Mlle FERNANDES à me contacter dans le cadre de son mémoire.

☐ Je n'autorise pas Mlle FERNANDES à me contacter.

Mes coordonnées sont les suivantes:

- nom:
- prénom:
- numéro de téléphone
- la date de votre terme théorique:

le : signature:

ANNEXE 2: SUPPORT D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF.

1) Identitée :

- Age :
- Profession :
- Gestité/ Parité :
- Suivie de grossesse : médecin / sages-femmes
- Terme théorique :
- Terme à l'accouchement :

2) Motivation :

- Qu'est ce qui vous a donné envie d'avoir un projet de naissance?
- Où avez-vous pris des informations?
    - Site internet
    - Magasine
    - Sages-femmes / Médecin
    - TV
    - Famille, Ami
    - Préparation à la naissance
    - Autres

3) Votre Projet :

- Quel est le contenu de votre projet de naissance?
- Est- ce un projet personnel ou de couple?
- Vous a t-on aidé à écrire votre projet de naissance? Si oui, qui?
- Format écrit ou oral?
- Avez-vous rencontré un membre de l'équipe pour préparer votre projet de naissance?

4) L'accouchement :

- Comment votre projet de naissance a été accueillis par l'équipe?
- Est- ce que votre projet de naissance a été respecté dans son intégralité?
    - Si oui, quel est votre satisfaction?
    - Si non, quel point n'a pas été respecté et pourquoi? Cela vous a t il contrarié?
- Comment s'est passé votre accouchement?
    - Analgésie péridurale :
    - Poche des eaux :
    - Syntocinon :
    - Délivrance dirigé :
    - Position accouchement :
    - Assistance :
    - Délivrance :
    - Périnée :

5) Le post partum :

- Quel souvenir avez-vous de votre accouchement?
- Quel souvenir gardez-vous de l'impact de votre projet de naissance sur l'accouchement?
- Selon vous, votre projet de naissance a t-il facilité la communication avec l'équipe?
- Selon vous, votre projet de naissance vous a t-il permis de mieux préparer:
    1. l'accouchement?
    2. l'accueil de votre bébé?
- Lors d'une prochaine grossesse pensez-vous entourer votre accouchement d'un projet de naissance? Pourquoi?

ANNEXE 3: EXEMPLE DE PROJET DE NAISSANCE.

➔ **Exemple 1:**

Docteur K, Mesdame les sages-femmes,

Mon mari et moi avons choisi de mettre au monde notre troisième et dernier enfant dans votre maternité réputée pour être à l'écoute des désirs du couple.

Aussi, j'aimerai vous faire part de ce qui est important à mes yeux pour moi et mon enfant afin de vivre un bel accouchement.

J'aimerai:

- Pouvoir marcher pendant mon travail et me mettre dans les positions qui me conviennent.
- Ne pas avoir la pose d'une voie veineuse central ou si nécessaire avec un «bouchon».
- Que l'on ne me perce pas la poche des eaux sans raison impérieuse.
- Ne pas avoir recours à la péridurale de manière systématique mais que l'on m'informe du délai maximum pour en bénéficier si la douleur m'est vraiment insupportable,
- Ne pas avoir d'épisiotomie sauf si nécessaire mais dans tous les cas, être informé et consultée sur les décisions devant être prise pendant l'accouchement.
- Sortir ma fille de mon «ventre» dès que sa tête et ses bras seront dégagés.
- Qu'une fois la tête sortie de mettre la pénombre dans la salle d'accouchement afin de respecter un maximum sa venue au monde sans être agressé par les lumières artificielles.
- Une mise au sein aussitôt la naissance et la coupure du cordon ombilical après l'arrêt des battements de celui-ci.
- Qu'on ne m'appuie pas sur le ventre pour la délivrance du placenta (celle-ci étant facilitée par la mise au sein entraînant des contractions de l'utérus).
- Et enfin, que le contact de mon corps et sa chaleur soient reconnus plus utiles pour ma fille et moi-même qu'une couveuse anonyme.

Ayant discuté de ces points avec vous, Docteur K, je vous prie de confirmer par votre signature, votre accord sur mes demandes. Bien évidement, tous mes souhaits ne seront valables que si l'accouchement se déroule sans complication et bonne santé du bébé.

Au cas où vous ne seriez pas disponible le jour de mon accouchement, l'équipe médicale vous remplaçant en sera ainsi informée.

➔ **Exemple 2 :**

J'ai mal vécu mon premier accouchement, car j'ai eu une césarienne en urgence, c'était un siège décomplété, j'avais perdu les eaux, et le travail n'allait pas assez vite.

J'étais venue confiante, car j'avais vu un médecin qui m'avait expliqué le cas, j'avais beaucoup parlé avec la sage-femme qui me suivait, j'avais passé une radio du bassin qui était plus que bien, j'avais suivie les cours de préparation à la naissance, et j'avais fais de l'acupuncture pour favoriser le retournement du bébé, enfin j'avais mis toutes les chances de mon coté pour pouvoir accoucher naturellement, car j'y tenais beaucoup. Et le moment venu, j'ai eu le sentiment d'être spectatrice de mon accouchement, c'est-à-dire qu'on m'a tout de suite allongé, on m'a posé la péridurale assez rapidement sans que je la demande, et on n'a pas essayé les injections de syntocinon pour amplifier les contractions, malgré que le bébé allait bien, on ne m'a pas laissé toutes les chances d'accoucher par voie basse. Je l'ai très mal vécu par la suite.

Pour cette deuxième grossesse, j'en ai beaucoup parlé à la sage-femme qui me suit, également en auto-hypnose, ce qui m'a permis de comprendre certaines choses qui n'étaient pas claires, afin d'accepter ce qui s'était passé.

Je souhaiterais donc pour mon deuxième accouchement qu'on me donne toutes les chances d'accoucher par voie basse, si l'évolution de ma grossesse me le permet.

➔ **Exemple 3 :**

Le jour J arrive enfin, tant attendu et tant redouté. Je suis aussi terrifiée par l'accouchement que j'ai envie d'entendre la sage-femme me dire "c'est une fille ou un garçon" et de tenir mon bébé dans mes bras. J'ai suivi les cours de préparation à la naissance par le yoga.

La respiration abdominale, le chat, le ballon, le bain, la déambulation sont autant de moyens, de posture ou d'accessoires que je souhaite utiliser afin de vaincre la douleur et l'angoisse (je suis de nature hyper douillette et stressée) le plus naturellement possible.

J'aimerai que mon accouchement se déroule de façon intime, dans la pénombre avec un fond musical (j'ai préparé quelques cassettes à cet effet). Lorsque mon bébé sera sorti je souhaite bien sûr l'avoir aussitôt contre moi.

Si vraiment je ne supporte pas la douleur, si je suis aussi terrifiée que je pense l'être, j'aimerai alors pouvoir bénéficier de la péridurale déambulatoire afin de me soulager tout en continuant à accompagner mon bébé à naître, en étant accroupie ou sur le coté (j'avoue que je ne sais pas encore dans quelle position je serais la plus à l'aise ...).

Si pratiquer une épisiotomie s'avère inéluctable, je ne souhaite dans la mesure du possible, ne le savoir qu'après.

Quand au forceps ou la ventouse, je sais que je n'aurai pas le choix sauf s'il n'est pas trop tard pour une césarienne, qui curieusement ne me fais pas (ou peu) peur. Si une césarienne s'avère nécessaire je souhaiterai qu'elle s'opère sous rachianesthésie afin de voir mon bébé sortir de mon ventre.

Je souhaite allaiter mon bébé au biberon. Cependant, avant, je souhaite donner les trois tétées colostrales.

J'espère être une maman rapidement opérationnelle. Je souhaite que mon bébé soit près de moi dans la chambre afin de m'en occuper au mieux et au plus vite. Cependant si je me sens très fatiguée, si j'ai un coup de blues..., je solliciterai certainement l'équipe pour prendre le relais et me soulager quelques heures.

En ce qui concerne les soins, j'espère que le papa pourra y assister, afin non seulement que nous puissions nous en charger tous les deux mais surtout que ce soit quelqu'un de professionnel qui explique comment faire.

Bien sûr, je fais confiance à l'équipe médicale (auprès de laquelle je présente d'ores et déjà toutes mes excuses car je sais que je serai une patiente difficile, car paniquée) qui jugera de la faisabilité de mes souhaits.

ANNEXE 4: THE «BIRTH PLAN».

- **Le soutien pendant le travail.**

Qui sera à mes côtés? Mon conjoint, un parent, un ami?

Combien de personnes pourront être présentes?

Si des stagiaires sont présents dans la salle est-ce que cela me gênerait? Je souhaite leur présence ou pas?

- **Le monitoring.**

Comment est-ce que cela sera posé?

Est ce que le monitoring sera utilisé en permanence ou ponctuellement? Est ce que le mode d'accouchement pourra influencer?

- **Faire face à la douleur.**

Quels sont les options possibles? Qu'est ce qui est proposé dans ma maternité?

Est-ce que je souhaite utiliser la relaxation et les techniques de respiration, les massages, l'eau, différentes positions, des thérapies complémentaires, l'Entonox, une péridurale...?

- **Le travail et la délivrance?**

Qu'est ce que je veux pour la naissance?

Est-ce que je souhaite être assistée uniquement par des femmes?

Quel est l'équipement disponible? Y a-t-il des équipements dans la maternité que je pourrai utiliser : tapis, chaise de naissance, douche, bain, piscine d'accouchement....

Quelle position je souhaite avoir pendant l'accouchement? Debout, assise, accroupie...

Est-ce qu'il est important de bouger? Peut-on me conseiller?

S'il y a un risque de déchirure pendant la naissance, est ce que je préfère une déchirure ou une épisiotomie?

S'il y a un risque de césarienne, comment ça se passera? Qui sera près de moi?...

Qu'est ce que je pense de la rupture de la poche des eaux faite artificiellement?

- **Après la naissance.**

Après la naissance, est ce que je souhaite que mon bébé soit posé de suite sur mon ventre?

Qui le lavera et l'habillera? Qui coupera le cordon? Est-ce que je souhaite une infection après la naissance pour réduire le risque d'hémorragie?

Est-ce que je souhaite allaiter dans suite après l'accouchement?

Est-ce que je souhaite que l'on donne de la vitamine K à mon bébé?

Est-ce que je souhaite rester seule avec mon partenaire et mon bébé pendant un petit moment en salle de travail?

Est ce que je souhaite que mon bébé reste tout le temps à côté de moi ou qu'on s'occupe de lui et qu'on me l'amène quand il a faim?

Qu'est ce que je pense de l'allaitement? Du biberon, de la tétine? Peut-on me conseiller des livres à lire à ce sujet?

Est ce que je souhaite avoir à ma disposition un lit dans la salle post-natale? Combien de temps je souhaite rester à la maternité? Est-ce que je souhaite avoir de la visite ou rester tranquille avec mes proches?

Est-ce qu'il y a quelque chose d'autre que je souhaite avoir?

Est-ce que je souhaite quelqu'un qui puisse me parler dans ma langue maternelle? Ai-je besoin d'un interprète parlant la langue des signes? Ai-je besoin d'un fauteuil roulant?

Ai-je besoin d'un régime spécial?

ANNEXE 5: ANALYSE DE L'OMS SUR LES PRATIQUES AUTOUR DE L'ACCOUCHEMENT DIT «NORMAL».

L'OMS distingue quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité.

➔ **<u>Catégorie A</u>: Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager.**

Plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille.

Évaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et réévaluation à chaque contact avec le système de santé et au moment du premier contact avec le dispensateur de soins pendant le travail, et jusqu'à la fin du travail.

Surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de la naissance.

Boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement.

Respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance.

Fourniture de soins pour le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement soit possible et sûr et où la femme se sente en sécurité et en confiance.

Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement.

Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement.

Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement.

Fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent.

Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation.

Surveillance fœtale avec auscultation intermittente.

Usage unique des matériels jetables et décontamination appropriée du matériel à usage multiple pendant tout le travail et l'accouchement.

Utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipulation du placenta.

Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail.

Encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail.

Surveillance attentive de l'évolution du travail, par exemple au moyen du partogramme de l'OMS.

Administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger.

Stérilité des instruments utilisés pour sectionner le cordon.

Prévention de l'hypothermie du bébé.

Contact dermique précoce entre la mère et l'enfant et encouragement à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein.

Examen systématique du placenta et des membranes.

➔ **<u>Catégorie B</u> : Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer.**

Recours systématique au lavement.

Rasage systématique du pubis.

Infusion intraveineuse systématique pendant le travail.

Pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique.

Utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail.

Toucher rectal.

Utilisation de la radiopelvimétrie.

Administration d'ocytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés.

Utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail.

Efforts de poussée soutenus et dirigés (manœuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail.

Massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail.

Utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie.

Administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au troisième stade du travail.

Lavage utérin systématique après l'accouchement.

Révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement.

➔ **Catégorie C : Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent.**

Méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail, comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse.

Amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail.

Pression sur le fond utérin pendant le travail.

Manœuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement.

Manipulation active du fœtus au moment de la naissance.

Administration systématique d'ocytocine, tension légère sur le cordon, ou combinaison des deux pendant le troisième stade du travail.

Clampage précoce du cordon ombilical.

Stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines pendant le troisième stade du travail.

➔ **Catégorie D : Pratiques fréquemment utilisées à tort.**

Interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail.

Traitement de la douleur par des agents systémiques.

Traitement de la douleur par l'analgésie péridurale.

Monitorage électronique du fœtus.

Port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement.

Touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins.

Accélération par l'ocytocine.

Transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du deuxième stade.

Sondage de la vessie.

Encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser.

Observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse.

Extraction instrumentale.

Utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie.

Exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement.

ANNEXE 6: LES SITES INTERNET.

➔ **Les sites:**

- www.projetdenaissance.com
- www.doulas.info/projet.php
- afar.naissance.asso.fr
- www.libre-choix-naissance.over-blog.com
- users.swing.be/carrefour.naissance
- www.ciane.info

➔ **Les forums:**

- forum.magicmaman.com
- forums.famili.fr
- forum.bebevallee.com
- bebe-nature.forumactif.com

➔ **Les blogs:**

- www.haptonomie-blog.fr/projet-de-naissance
- boob.over-blog.fr
- maieutik.vox.com
- llythie.over-blog.com/10-index.html

Mlle Alicia FERNANDES, Promotion 2006-2010

Mémoire de fin étude en vue de l'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme.

Ecole de Sage-femme Albert FRUHINSHOLZ

10, rue du Dr Heydenreich

54 000 Nancy

Thème : Les projets de naissance.

Mot-clés : Accouchement - Périnatalité – Naissance – Physiologie – Sages-femmes.

Key Works : Childbirth – Perinatality – Birth – Physiology – Midwives.

Résumé : On observe depuis ces dernières années un nouveau mouvement se développant autour de l'accouchement qui évolue vers la physiologie et qui se matérialise par les projets de naissance. Leur prise en charge constitue actuellement une nouvelle dimension de l'exercice professionnel des sages-femmes. Connaissons-nous correctement cette population? Prenons-nous correctement ces patientes en charge? Et savons-nous les satisfaire? Pour répondre à ses questions, nous nous sommes entretenus avec vingt-deux patientes qui ont réalisé un projet de naissance à la Maternité Universitaire de Nancy, maternité de niveau III.

Summary : One notices in these past few years a new movement developing around childbirth that evolves into the physiology and materializes itself by the birth plan. Their support is now a new dimension of professional practice of midwifery. Do we properly know this population? Do we take proper care of these patients? And do we know how to meet their needs? To answer these questions, we interviewed twenty-two patients who completed a birth project at the Nancy's University Maternity, maternity level III.