



HAL
open science

Représentations des sages-femmes concernant le projet de naissance

Adeline Meledo

► **To cite this version:**

Adeline Meledo. Représentations des sages-femmes concernant le projet de naissance. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01560980

HAL Id: dumas-01560980

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560980v1>

Submitted on 12 Jul 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

ECOLE DE SAGE-FEMME

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

**REPRESENTATIONS DES SAGES-FEMMES CONCERNANT LE PROJET DE
NAISSANCE :**

*Étude qualitative auprès de sages-femmes libérales et hospitalières du Finistère
et du Morbihan*

Étude menée du 5 septembre 2015 au 7 janvier 2016

PRESENTE ET SOUTENU PAR

Adeline MELEDO

Née le 7 juillet 1992

Directrice de mémoire : Anne Courtine (Sage-femme au CHRU de Brest)

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Mme MELEDO Adeline, assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour ce travail.

Adeline MELEDO

Remerciements:

Aux sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude,

A ma directrice de mémoire et à ma guidante de mémoire pour leurs nombreux conseils,

A mes parents et amis pour leurs soutiens et leurs relectures.

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	1
POPULATION ET METHODE:	3
I.Les sages-femmes.....	3
II.Méthode.....	3
RESULTATS ET ANALYSE:	3
I.Description de la population de l'étude.....	3
II.Définition du projet de naissance.....	4
1. <i>Une demande d'accouchement alternatif</i>	4
2. <i>L'ensemble des envies et des attentes du couple, une idéalisation de l'accouchement</i>	4
3. <i>D'un outil pour être acteur de son accouchement vers une démarche vers la parentalité</i>	4
4. <i>Une aide à la prise en charge, un support de communication</i>	5
5. <i>Un «contrat» avec l'équipe, un reflet du manque de confiance ?</i>	5
6. <i>Un document écrit</i>	5
III.Informations autour du projet de naissance.....	6
1. <i>Systématiquement pour certaines sages-femmes</i>	6
2. <i>En fonction des besoins des couples, des profils ou lieu d'accouchement pour d'autres sages-femmes</i>	6
3. <i>Absence d'information autour du projet de naissance</i>	7
IV.Accompagnement autour du projet de naissance par les professionnels.....	7
1. <i>Le projet de naissance se travaille en couple, avec la sage-femme et avec l'équipe</i>	7
2. <i>Un document à la mode ?</i>	8
3. <i>Lien avec les structures d'accouchement et les équipes de garde</i>	8
4. <i>Le projet de naissance en salle d'accouchement</i>	9
5. <i>Prise en charge du couple en salle d'accouchement</i>	9
6. <i>Représentation du projet de naissance par les différents professionnels de santé</i>	10
V.Les avantages et les difficultés du projet de naissance relevés par les sages-femmes.....	11
1. <i>Un outil pour la sage-femme et pour le couple</i>	11
2. <i>Le copier/coller d'internet et la formulation parfois perçues comme «violente»</i>	11
3. <i>La méfiance des couples et les couples fermés</i>	12
4. <i>Le poids du médico-légal et du système actuel</i>	12
5. <i>Une idéalisation de l'accouchement</i>	12

DISCUSSION :	13
I.Forces et limites de l'étude:.....	13
II.Synthèse des principaux résultats.....	14
III.Réflexions et améliorations possibles.....	15
1. <i>Une information pour tous</i>	15
2. <i>Choisir le moment adapté au cheminement du couple</i>	15
3. <i>L'impact des représentations par les professionnels et le droit du patient</i>	16
4. <i>Trouver un équilibre entre sécurité physique et psychique</i>	17
CONCLUSION	18
BIBLIOGRAPHIE :	19
ANNEXES :	20

INTRODUCTION :

Le paysage de la naissance a évolué au cours de ces dernières années. 99% des accouchements ont lieu à l'hôpital et l'accouchement à domicile représente une minorité. L'accouchement est source d'angoisse pour certains couples mais également d'idéalisation pour d'autres. A travers l'écriture d'un projet de naissance, certains couples essaient de faire connaître leur choix pour en faire un événement unique, choisi selon leurs propres attentes. Il est souvent associé à un souhait d'accouchement plus naturel et physiologique. Ainsi, le projet de naissance est *«la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soin locale»*(Haute Autorité de Santé (HAS)(1). Il est plus communément défini comme étant un outil de communication élaboré par le couple avec les professionnels de santé, qui répondent à leurs questions, à propos de leurs souhaits pour la grossesse, l'accouchement et le suivi après la naissance. Ce concept s'inspire de l'influence anglo-saxonne et du *changing birth* (2) de 1993 qui a permis aux femmes enceintes d'être au centre des soins de maternité et libre de leurs choix. Le *birth plan* (3) est un document standardisé présent dans le dossier obstétrical anglais sous forme d'une liste de «choix» s'offrant à la patiente et contenant des informations sur ce qui est possible et raisonnable de demander .

Dans ce sens, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande *«qu'il convient d'encourager un plan individuel déterminant «où» et «avec l'aide de qui» l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse»* (4). Au niveau national, la mission périnatalité de J-F Matéi (2003) à l'origine du plan périnatalité 2005-2007 (5) prévoyait *«de permettre à la femme enceinte d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance»* (6). Ensuite en 2005, l'HAS a élaboré, dans sa partie *«compétences à développer et à soutenir»*(1), des recommandations pour accompagner les mesures du plan de périnatalité 2005-2007 et introduit la notion de projet de naissance. De plus, le Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance (CIANE), interlocuteur des différentes organisations de santé, telle que l'HAS, ou encore le ministère de la santé recommande *«d'encourager les femmes, notamment les primipares, à élaborer et exprimer leur demande»* (7).

En plus de ces recommandations, de nombreux articles ont été publiés en faveur de l'expression des souhaits des couples autour de la naissance, et traitent de l'intérêt, pour la femme, d'avoir un contrôle sur son accouchement (8). Une revue systématique de la littérature a relevé que les attentes personnelles, le soutien du soignant, la qualité de la relation soignant-patient et la participation à la prise de décision semblent influencer la satisfaction des femmes pendant

l'accouchement (9). De même, le projet de naissance a un effet bénéfique sur l'issue de l'accouchement et la satisfaction des femmes (10). Le sentiment d'avoir le choix est primordial pour un meilleur vécu de l'accouchement (11). Une étude qualitative de 2014 conclut qu'un tel document permet aux femmes d'exercer plus de contrôle pendant le travail et l'accouchement et d'avoir une meilleure interaction avec les soignants, surtout dans les moments où les patientes sont incapables de communiquer, du fait de la douleur par exemple (12).

Ainsi, une enquête réalisée en 2012 par le CIANE (7) auprès de 5460 femmes, identifie que le vécu de l'accouchement est corrélé au respect des souhaits des femmes. En effet, « 90% des femmes dont les souhaits ont été respectés ont très bien ou plutôt bien vécu leur accouchement » parmi elles « 97% estiment avoir reçu un soutien adéquat du personnel médical » alors que « celles dont les souhaits n'ont pas été respectés ne sont que 43% (sur le plan physique) et 30% (sur le plan psychologique) » à avoir un bon vécu de l'accouchement et parmi elles seulement 16% estiment avoir reçu un soutien adéquat du personnel soignant.

Malgré le bien-fondé de ces recommandations et l'augmentation du nombre de projet de naissance passant de 7% en 2005 à 18% en 2009(7), ce document est source d'incompréhension de la part des professionnels de santé autour de la naissance. L'enquête du CIANE(7), indique que les patientes témoignent des refus de certaines de leurs demandes de la part des professionnels rencontrés pendant la grossesse et lors de leur accouchement. Bien que la loi Kouchner du 4 mars 2002 (13) stipule 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 [...] 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 »

Le projet de naissance, malgré les recommandations et les preuves de ses bénéfices sur l'issue de l'accouchement et la satisfaction des couples, n'est pas toujours bien vécu par les professionnels autour de la naissance. On peut se demander ce qui suscite ces réticences : les représentations négatives des professionnels concernant le projet de naissance ? des difficultés de mise en place dans le système de santé actuel ? ou encore d'un défaut d'information auprès des patientes ?

Quinze ans après la première apparition du projet de naissance (14), notre étude a pour but d'identifier les représentations des sages-femmes libérales et hospitalières concernant le projet de naissance.

Comment est-il perçu et accueilli par les professionnels ? Quelle place a-t-il dans cet univers médical hospitalier ? Existe-t-il des spécificités selon le mode d'exercice et/ou le type de structure ? Quels sont les freins à l'utilisation des projets de naissance du côté des professionnels ?

POPULATION ET METHODE:

I. Les sages-femmes

Des sages-femmes libéral(e)s et hospitalier(e)s du Morbihan et du Finistère ont été sollicitées par mail ou par contact téléphonique ou lors de rencontre sur leur lieu de travail. Les sages-femmes sélectionnées, titulaires du diplôme d'état de sage-femme, avaient travaillé dans les 3 mois précédant l'étude et avaient exercé en France. Toutes les sages-femmes ayant accepté de nous rencontrer ont été incluses dans l'étude.

II. Méthode

Pour répondre aux objectifs de notre étude, nous avons choisi de faire une étude qualitative. Les entretiens semi-directifs ont été privilégiés car nous souhaitons recueillir une diversité des représentations et en faire une analyse. Nous avons utilisé un guide d'entretien testé au préalable (Annexe I). Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits, jusqu'à atteindre une saturation des données. Les entretiens ont eu lieu au cabinet de la sage-femme, dans des lieux publics, au domicile de l'auteur du mémoire ou par téléphone .

Une analyse thématique des résultats a été menée. Une grille d'analyse a été construite à partir des thèmes récurrents dans les entretiens, suite à l'analyse de contenu. Cette grille nous a permis de référencer les différents thèmes abordés dans un même entretien, les sages-femmes qui utilisaient les thèmes identifiés et les expressions utilisées (Annexe II).

RESULTATS ET ANALYSE:

I. Description de la population de l'étude

27 sages-femmes, âgées de 23 à 62 ans, ont accepté de participer à l'étude. 11 d'entre elles exerçaient en libéral et 16 à l'hôpital (dont 1 sans activité au moment de l'étude). Quelques unes de leurs caractéristiques sont résumées dans l'annexe II.

II. Définition du projet de naissance

1. Une demande d'accouchement alternatif

Le projet de naissance est associé, selon les professionnels interrogés, à une demande d'accouchement «physiologique» (SFL1) et «naturel» (SFH8). Il permet pour les couples de faire part, à l'équipe qui va les suivre, de certaines demandes particulières. Le projet de naissance signifie «un ras le bol de l'hyper-médicalisation» (SFL3,SFH9) et une volonté pour ces couples d'être pris dans leur spécificité : «les femmes ont l'impression d'être une femme parmi tant d'autres, à la chaîne» (SFL6, SFH12), «une façon de ne pas se laisser faire tout du long» (SFL2, SFH12).

2. L'ensemble des envies et des attentes du couple, une idéalisation de l'accouchement

Selon les sages-femmes interrogées, le projet de naissance regroupe l'ensemble des envies et les attentes du couple concernant principalement l'accouchement : «choix que fait la patiente pour son accouchement» (SFH3, SFH16), mais également la grossesse et le post-partum «le fait de vouloir un enfant et tout ce qui entoure cette naissance» (SFL1), «ce que les parents ont comme souhaits pour leur travail, l'accouchement, les suites de couches et l'accueil de leur bébé» (SFL4, SFL7, SFH1, SFH2, SFH4, SFH6, SFH9, SFH13, SFH15, SFH16). L'accouchement est alors idéalisé, avec ses avantages et ses inconvénients «c'est un accouchement idéalisé, un accouchement idéal» (SFL10), «ils idéalisent l'accouchement» (SFL1, SFH9).

3. D'un outil pour être acteur de son accouchement vers une démarche vers la parentalité

Le projet de naissance repose sur une réflexion de la femme et du couple, avec un accompagnement de la sage-femme qui les suit afin de se préparer à la naissance : «une préparation des parents à la naissance de leur bébé, de façon plus ciblée, plutôt que d'arriver à la maternité sans trop savoir ce qui va se passer» (SFL2). Ces couples sont désignés comme étant acteur de leur accouchement et ayant réfléchi à la façon dont ils voulaient faire naître leur enfant : «des gens qui ont déjà une idée sur la question» (SFL2), «qui ont réfléchi» (SFL2, SFL8, SFH8), «c'est une manière de montrer qu'ils affirment leur choix, qu'ils ont besoin d'autonomie, d'être reconnu comme acteur de quelque chose, par rapport au pouvoir médical» (SFH14). Une sage-femme libérale (SFL7) précise «ce n'est pas seulement un outil, c'est une démarche vers la parentalité», cette notion est reprise par une sage-femme exerçant en maternité de niveau III (SFH14) «pour manifester leur parentalité».

4. Une aide à la prise en charge, un support de communication

Selon les sages-femmes interrogées, écrire un projet de naissance est une aide à la prise en charge de ces couples, un support de communication entre le couple et l'équipe : «il permet une communication entre le couple et l'équipe» (SFL6, SFH10, SFH12), «un support pour discuter» (SFL10). C'est un complément au dossier obstétrical : «c'est un fil conducteur» (SFL11), «il ne doit pas être vu comme une défiance au niveau de la prise en charge, mais quelque chose en plus» (SFL11), «pour connaître leur position par rapport à l'accouchement» (SFH10). Il permet de connaître le couple en dehors de leur suivi médical «c'est pour les parents, un moyen de dire qui ils sont, ce qu'ils ont vécu avant» (SFL11), «c'est plus une demande de discussion» (SFH9).

5. Un «contrat» avec l'équipe, un reflet du manque de confiance ?

Le terme de projet de naissance rebute certains professionnels «je n'aime pas ce terme là, ça brouille un peu le débat» (SFH16), «gros sujet de controverse» (SFH4). Il est parfois associé à un contrat établi avec l'équipe, «un contrat qui est mobile» (SFL6, SFL10). Il est mis en lien avec un manque de confiance du système hospitalier, du médical : «une primipare qui fait ça parce qu'elle n'a pas très confiance en la médicalisation, en les hôpitaux, qui est sur la défensive. La confiance ne règne pas forcément, c'est pour ça qu'elles font un projet de naissance, c'est qu'elles n'ont pas très confiance» (SFH8), «je l'ai trouvé plus douce que ce qu'elle avait écrit, c'était presque violent ce qu'elle avait écrit» (SFH4)

6. Un document écrit

10 sages-femmes libérales sur 11 et 13 sur 16 hospitalières ont répondu que le projet de naissance se présentait à l'écrit : «Les écrits restent, les paroles s'envolent» (SFH12), «c'est mieux à l'écrit, il y a une trace dans le dossier» (SFH5, SFH9, SFH16). Le système hospitalier et la pression du médico-légal rend important la trace du projet de naissance dans le dossier (SFL3, SFL4, SFL5, SFL7). Cependant les avis sont partagés quant à la nécessité d'écrire son projet de naissance : «ne pas formaliser ça en format papier, car il y a d'autre façon de faire» (SFL3, SFH1, SFH4, SFH6). Le projet de naissance peut être exprimé simplement à l'oral selon deux sages-femmes hospitalières (SFH2, SFH11).

III. Informations autour du projet de naissance

1. Systématiquement pour certaines sages-femmes

La possibilité d'écrire un projet de naissance au cours de la grossesse est proposé de façon systématique aux parents par 10 sages-femmes sur 27 interrogées (cinq sages-femmes libérales et cinq sages-femmes hospitalières). «Pour que l'équipe adapte au mieux leur pratique aux besoins des parents» (SFL6), «informations sur ce qui se fait ou ne se fait pas»(SFL10).

L'information est transmise pendant l'entretien individuel prénatal précoce (EIPP), appelé entretien du 4ème mois. L'EIPP permet d'aborder la notion de projet de naissance, d'évoquer les souhaits, les attentes, voire même les craintes concernant la naissance : «l'EIPP permet d'éclorre ce projet» (SFL1, SFL3, SFL4, SFL5, SFL7), «l'EIPP c'est le moment pour parler des attentes et des craintes» (SFL2). Le projet de naissance est un outil de consultation : «C'est un support de consultation et d'observation» (SFL11), «qu'est ce qui se cache derrière, qu'est ce qui pose problème ?» (SFL11), «debriefing sur chaque point» (SFL11). Cependant cet entretien, n'est pas toujours le moment propice pour parler de l'accouchement : «je leur en parle au début de grossesse, puis autour du 7ème mois» (SFL11), «pas au 4ème mois, elles ne savent rien à ce moment là» (SFH1, SFH8, SFH16), «ils me regardent sans savoir de quoi je parle» (SFL9).

2. En fonction des besoins des couples, des profils ou lieu d'accouchement pour d'autres sages-femmes

Bien que certaines sages-femmes en parlent systématiquement, d'autres sages-femmes hospitalières ou libérales en parlent en fonction des demandes et des besoins des couples. Les primipares ou encore les multipares avec un antécédent d'accouchement difficile ou de mauvais vécu font partie de celles qui reçoivent l'information en priorité. «Je leur propose de noter, si mauvais vécu, si elles insistent, des angoisses, des appréhensions» (SFH3), «n'allez pas écrire quelque chose alors que tout va bien, ça stigmatise le projet de naissance» (SFH16). Le projet de naissance permet, selon les sages-femmes, de rassurer les couples qui sont angoissés, qui appréhendent le moment de la naissance. «Le projet de naissance c'est un anxiolytique, c'est un calmateur d'angoisse» (SFH13) «ça peut les rassurer» (SFH1, SFH16). Selon les sages-femmes il y a un «type» de patientes qui écrit un projet de naissance et c'est ce «type» de patiente avec des envies particulières à qui l'on propose plus facilement d'écrire un projet de naissance : «les patientes savent qu'il y a un «type» de patientes, je le pense aussi» (SFH4), «pour les personnes avec des attentes

particulières» (SFL4, SFH8, SFH16). L'exemple de «ne pas vouloir de péridurale» est pris pour préciser le terme d'«attentes particulières».

Parmi les sages-femmes hospitalières, plusieurs nous confient avoir une appréhension des projets de naissance, appréhension partagée par leurs collègues de salle de naissance : «ça serait peut être biaisé par rapport à mon expérience et l'appréhension des sages-femmes» (SFH15), «j'aurais presque peur de mettre en difficulté le couple sachant les retours qu'il peut y avoir par les collègues» (SFH15).

3. Absence d'information autour du projet de naissance

1 sage-femme libérale sur 11 et 4 sages-femmes hospitalières sur 16 n'en parlent pas en consultation. Les raisons évoquées sont personnelles et subjectives : «l'idée qu'elles arrivent avec leur feuille ne plaît pas aux sages-femmes de garde» (SFL1), «ça ne m'intéresse pas forcément, je n'y pense pas» (SFH13). Si les couples n'en parlent pas ou n'expriment pas de demandes particulières c'est, selon ces professionnels, qu'il n'y en a pas.

IV. Accompagnement autour du projet de naissance par les professionnels

1. Le projet de naissance se travaille en couple, avec la sage-femme et avec l'équipe

Lorsqu'un couple exprime le souhait de faire un projet de naissance ou qu'on lui conseille d'en écrire un, il entre alors dans un parcours «particulier». Les sages-femmes interrogées proposent une consultation en plus des consultations de suivi de grossesse (SFL4, SFH3, SFH8, SFH9, SFH11, SFH16) dans le but d'accompagner les couples dans la rédaction du projet de naissance. «Quand il y a des choses un peu particulières, on a un peu le temps pour s'organiser» (SFH5). Ces consultations s'accompagnent parfois d'une visite de la maternité «pour diminuer ce qui peut provoquer du stress» (SFL8) et parfois d'un entretien avec la sage-femme cadre (SFH16), «si ce n'est pas cohérent avec la prise en charge ultérieure, le couple va tomber des nus» (SFH15, SFH16), «il faut l'anticiper, en lien avec le lieu d'accouchement et ceux qui font l'accouchement» (SFH15).

Le travail autour du projet de naissance est nécessaire selon les sages-femmes interrogées : «ce n'est pas un simple jet, ça se travaille» (SFL5, SFL7, SFL8, SFH2, SFH11, SFH14), mais les objectifs de ces consultations sont variés : «faire que cela soit bien présenté» (SFL3, SFL6), «elles ne savent pas pour un premier bébé» (SFH12), «sous forme de conseils» (SFH16), «je leur donne des outils» (SFL1, SFL7), «je le valide» (SFH2, SFH8), «on ne les aide pas à rédiger mais à éliminer» (SFH13). Plusieurs sages-femmes interrogées relèvent le fait qu'il y a un manque de

connaissance de la part des couples, «une méconnaissance de ce qui se passe actuellement dans les hôpitaux» (SFL7, SFH13), et qu'il est important de les mettre en garde sur les imprévus qui peuvent survenir : «ça ne sert à rien de faire quelque chose d'utopique» (SFH15), «il y a toujours une part d'imprévu et c'est ce qu'on va travailler ensemble... c'est le fait d'accepter ce qu'il est» (SFL1, SFL9, SFH1). Tout ce travail permet d'éviter des désillusions pouvant entraîner des mauvais vécus de l'accouchement. Certaines sages-femmes nous expliquent que ce temps à deux, ce moment de réflexion en couple et ce travail mérite d'être respecté : «cela génère des doutes, des jugements de valeur, des stigmatisations à outrance. La femme a le droit, c'est son bébé, sa naissance, elle a travaillé sur ça» (SFH16). Il s'agit ici d'un respect mutuel selon d'autres sages-femmes : «il faut se mettre à la place de l'équipe qui reçoit le document» (SFL6), «je dis aux gens d'être indulgents avec l'accueil des soignants» (SFL11).

2. Un document à la mode ?

Au cours des entretiens, nous remarquons qu'il y a une évolution du projet de naissance, une évolution dans les demandes et une évolution dans sa fréquence. Deux sages-femmes hospitalières nous décrivent les anciens projets de naissance : «les premiers projets de naissance étaient assez fermés et assez négatifs et étaient «je ne veux pas, je ne veux pas ...» (SFH9, SH10). Quelques sages-femmes le perçoivent encore de cette façon. Il y a eu, selon une sage-femme libérale, anciennement sage-femme cadre, beaucoup de projet de naissance entre 2004 et 2008. Alors que 2 sages-femmes libérales et 1 sage-femme hospitalière estiment que c'est dépassé, 1 sage-femme libérale et 3 sages-femmes hospitalières trouvent que c'est un phénomène à la mode : «ceux qui veulent un accouchement alternatif à un accouchement médicalisé. Dans ce cas, le projet de naissance a peut être plus de raison d'être. On ne l'appréhende pas comme le projet de naissance d'avant» (SFH15), «maintenant c'est plus une demande de discussion» (SFH9). La perception du projet de naissance a donc évolué également, cette évolution est liée aux demandes moins rigides et liée à une volonté d'accouchement physiologique et naturel, moins anti-hospitalier. «Il doit rester mais pas comme on le connaît» (SFH15), «il n'est pas bien reconnu» (SFH16).

3. Lien avec les structures d'accouchement et les équipes de garde

Les couples suivis par des sages-femmes libérales savent déjà où ils vont accoucher. Les couples suivis par des sages-femmes à l'hôpital sont suivis dans la structure où ils vont accoucher. Les sages-femmes ont un rôle de conseiller concernant la structure d'accouchement. Concernant le projet de naissance, une sage-femme libérale précise que «le type de structure conditionne l'accueil du projet de naissance» (SFL6). De plus, le fait d'accoucher à l'hôpital entraîne de la médicalisation

«on leur dit que si elle accouche à l'hôpital il faut un minimum de médicalisation, il y a des choses qu'on est obligé» (SFH3). En plus du contexte hospitalier, l'activité en salle de naissance et le type de structure sont des paramètres qui influent sur la prise en charge des projets de naissance : «on est tributaire de l'activité» (SFH5), «en petite maternité on les connaît déjà» (SFH8, SFH9, SFH11). Bien que la structure soit un élément clé de l'accueil du projet de naissance, il est également dépendant de la sage-femme, comme nous le précise des sages-femmes interrogées: «il ne dépend pas de la structure mais de la sage-femme» (SFL7, SFH8), «il faut s'adapter à la sage-femme, c'est sage-femme dépendante» (SFL1, SFL2, SFL6, SFL7), «l'idée qu'elles arrivent avec leur feuille, ça ne plaît pas aux sages-femmes de garde» (SFL1).

4. Le projet de naissance en salle d'accouchement

Le suivi global étant peu répandu dans les structures du Finistère et du Morbihan, le plus souvent la sage-femme, qui a suivi le couple pendant la grossesse, n'est pas présente au moment de l'accouchement. Au cours des entretiens, nous remarquons l'importance de la délivrance d'une information sur les limites de l'accouchement à l'hôpital «si elles écrivent comment elles veulent que leur accouchement se passe, dans ce cas, il faut qu'elles accouchent à l'hôpital» (SFH1), il faut tenir compte aussi des imprévus liés à l'obstétrique, «ne pas tracer un chemin tout fait» (SFL6), «l'accouchement est un lâcher prise, certaines idéalisent trop, il y a alors moins de lâcher prise» (SFL10, SFH3). Le manque d'information peut créer une déception pour le couple : «c'est compliqué quand il n'y a pas de discussion avant, cela entraîne des déceptions» (SFL5).

L'accouchement à l'hôpital est soumis à des règles et des protocoles, parfois systématiques, qui peuvent mettre en difficulté les couples, mais surtout les professionnels, dans la gestion des projets de naissance : «On travaille en fonction des recommandations de bonnes pratiques» (SFL9), «on ne peut pas déroger sur certaines choses» (SFL5). Les demandes des couples se retrouvent face à des obligations de pratiques liées au contexte hospitalier et aux recommandations : «c'est pas elles qui décident» (SFH1). Le poids du médico-légal entraîne des interrogations chez les sages-femmes, «c'est quoi le cadre, pour nous professionnels ? Qu'est ce que je tolère ? » (SFH15), «quelle marge de manœuvre on tolère ? cela peut leur porter préjudice, il y a une petite perte de chance» (SFH15).

5. Prise en charge du couple en salle d'accouchement

Nous avons interrogé les sages-femmes sur la façon dont elles prennent en charge les projets de naissance. Au cours des entretiens, nous avons remarqué que, bien que certaines sages-femmes ne constatent pas de différence dans leur pratique : «même position avec ou sans projet de

naissance» (SFH5, SFH6, SFH12), d'autres sages-femmes agissent différemment avec les couples qui écrivent un projet de naissance : «j'explique plus, de peur qu'ils soient plus déçus ou plus méfiants» (SFL4, SFL9), «j'explique tout ce que je fais» (SFL4,SFL9,SFH7,SFH16). Si certaines commencent par une lecture systématique, la majorité des sages-femmes interrogées privilégient la discussion et la communication pour aborder les points du projet de naissance afin de créer «une alliance» (SFL1), «il faut les mettre en confiance» (SFL6) afin de respecter au maximum ce qui est demandé «je le lis, j'essaye de le respecter» (SFH1, SFH3, SFH5, SFH8, SFH10, SFH12, SFH13, SFH14, SFH15), «il faut essayer de les apaiser, ils se mettent la pression, ils mettent la pression à l'équipe» (SFH4). Une sage-femme libérale nous explique que : «le fait d'écrire un projet de naissance va inciter l'équipe à être plus précautionneux sur certaines choses» (SFL11), ces propos sont confirmés par les réponses recueillies au cours des entretiens auprès des autres sages-femmes. Autre constat : «Si on essaye de faire des efforts, de les écouter, de faire ce qu'ils demandent, la fin de l'accouchement est mieux acceptée, c'est comme si on les avait pris en compte, ils se sentent comme des personnes qui sont respectées, donc ils acceptent les difficultés» (SFH12).

6. Représentation du projet de naissance par les différents professionnels de santé

Le projet de naissance stigmatise, comme relevé précédemment. Les propos recueillis au cours des entretiens nous le prouvent. Nous remarquons que les représentations des autres professionnels présents en salle de naissance (auxiliaire de puériculture, collègues sage-femme ect...) influencent l'attitude de la sage-femme qui accueille le couple, «ça porte la poisse» (SFL4), «ça ne se passera pas comme prévu» (SFL4). Il existe des appréhensions de la part des sages-femmes concernant le projet de naissance (SFH6, SFH15), «quand on a une attitude défiante, à la limite il ne vaut mieux pas le lire» (SFL11), «si on va à l'encontre du projet de naissance on va les frustrer» (SFL9), «c'est comme ci on nous attendait au tournant, comme ci on allait être jugé» (SFL4). De plus, les demandes des couples ne sont pas toujours bien vécues par les professionnels qui les reçoivent : «j'ai des collègues pour qui ça ferme des portes» (SFH12), «le manuscrit m'embête» (SFL3), «l'équipe soignante est infantilisée, infériorisée sur leurs compétences et leurs connaissances» (SFL3), une sage-femme libérale rajoute : «je suis agacée par le fossé entre les demandes et ce qui se passe en salle de naissance» (SFL3). Le terme de contrat revient dans les réponses recueillies. Cependant, certaines sages-femmes font fies de ces représentations «j'essaye de faire abstraction de ce qui se dit dans l'équipe» (SFH15), «parfois je le ressens comme des ordres, parfois c'est juste des envies» (SFH1), «ce ne sont pas des choses farfelues, compliquées» (SFL4, SFL7, SFL8, SFH8, SFH9). Les sages-femmes admettent que les demandes se rapprochent de plus en plus de ce qui se fait maintenant en salles de naissances. Une sage-femme libérale

(SFL11) précise «ils sont très rigoureux, ils veulent ci ou ça, je ne vois pas pourquoi un soignant devrait se sentir blessé par ça, une histoire d'ego encore, l'ego n'a rien à voir dans le soin».

V. Les avantages et les difficultés du projet de naissance relevés par les sages-femmes

1. Un outil pour la sage-femme et pour le couple

Le projet de naissance est un outil pour le couple mais également pour la sage-femme. En effet, il permet de se rendre compte de la singularité du couple (SFH14) et que la patiente peut faire des choix (SFH3, SFH12). Avec ce document, les équipes se remettent en question (SFL10, SFH14). Deux sages-femmes nous expliquent ce qu'elles trouvent intéressant dans le projet de naissance «je les lis avec intérêt parce que tu apprends, ça te permet de connaître un petit bout d'eux» (SFL9, SFH15), «on n'a rien dans le dossier pour savoir qui ils sont» (SFL11). La discussion et la communication avec l'équipe est facilitée (SFL5, SFL6, SFL7, SFH7, SFH9, SFH13, SFH14) afin de créer «un partenariat de soin, une alliance thérapeutique» (SFH14), des sages-femmes donnent la notion d'«interface couple-équipe» (SFL8, SFH15).

A travers le projet de naissance, le couple peut exprimer sa demande et ses choix «ils ne s'en remettent pas comme ça» (SFL1), «ils ont envie que leur bébé n'arrive pas dans n'importe quelles conditions» (SFL2), «ils ne se laissent pas aller à la médecine paternaliste» (SFH8). La majorité des sages-femmes interrogées explique que ce sont des couples qui ont «réfléchi» (SFL1, SFL2, SFL6, SFL7, SL7, SFL8, SFL11, SFH1, SFH2, SFH4, SFH8, SFH15) et qui sont «investi dans la grossesse» (SFL4, SFL5, SFL9, SFH3, SFH6, SFH7, SFH9). Selon les sages-femmes ce sont des couples qui se sont préparés et renseignés afin d'être acteur de leur accouchement. Les sages-femmes interrogées trouvent que le projet de naissance est un outil pour aider le couple, pour les renseigner sur l'accouchement mais également pour les rassurer «intéressant pour les couples qui n'ont pas trop de connaissances ou d'attentes, qui sont un peu dans le flou» (SFH15). Le projet de naissance «aide les couples en difficultés» (SFH16), les patientes «sont rassurées d'avoir écrit quelque chose» (SFH1). Il fait partie des droits du patient, le patient «donne son avis, pas forcément ce qui va être fait» (SFL3, SFL5, SFH13).

2. Le copier/coller d'internet et la formulation parfois perçues comme «violente»

La moitié des sages-femmes interrogées trouvent qu'internet n'est pas un bon support pour rédiger un projet de naissance. De plus, l'écrit et la présentation du projet de naissance ne sont pas toujours adaptés à ce qu'attendent les professionnels «certaines choses sont mal vues, mal perçues»

(SFL3, SFL6), «certaines choses peuvent blesser, perturber» (SFL3), «parfois il y a un décalage, l'écrit c'est peut être pas le meilleur moyen pour le projet de naissance» (SFL9). Une sage-femme nous explique «quand ils me posent le papier sans m'en parler, ça me gêne, j'ai l'impression qu'ils se déchargent de leur responsabilité. Il y a comme un rapport de force» (SFH11). Le manque de préparation et de travail entraîne des difficultés quand il n'est pas discuté en amont (SFL5, SFL6, SFH8, SFH12)

3. La méfiance des couples et les couples fermés

Les sages-femmes trouvent difficile l'accueil de projets quand un couple écrit un projet de naissance, pas seulement pour exprimer ses choix et ses attentes, mais pour faire part de sa méfiance vis à vis de l'équipe : les patientes «pensent qu'on est obligé de passer par ce stade là» (SFL1, SFH9), «quand il y a une certaine défiance» (SFL1, SFH5, SFH8, SFH9), «certains couples sont remontés, ils règlent leurs comptes» (SFL6). Ce qui peut freiner les sages-femmes face à un projet de naissance ce sont les couples fermés dans leur projet de naissance et rigides face aux propositions de l'équipe (SFL2, SFL8, SFL10, SFH4, SFH13), «les couples trop bornés» (SFH3, SFH8, SFH9, SFH10).

4. Le poids du médico-légal et du système actuel

Nous l'avons précisé précédemment, les sages-femmes sont parfois contraintes d'appliquer des protocoles systématiques du fait de la structure hospitalière dans laquelle accouchent les femmes qu'elles accueillent. Le poids du médico-légal est un point qui est relevé par les sages-femmes comme étant une difficulté dans la prise en charge des couples avec un projet de naissance (SFL3, SFH8) : «On est dans un contexte institutionnel, hospitalier, tout ne va pas être accepté» (SFH13), «si c'est anti-hospitalier ça ne sert à rien» (SFH2, SFH8), «jusqu'à quel niveau on place le curseur vis-à-vis des désirs des couples? Nous aussi on a notre sécurité en terme de responsabilité» (SFL3). De plus, l'intérêt porté par les différents professionnels n'est pas le même dans les structures hospitalières : «certains professionnels se sentent seuls, pas une volonté d'équipe» (SFH14), «il y a des a priori» (SFH15).

5. Une idéalisation de l'accouchement

Les demandes, les souhaits exprimés par les couples dans leur projet de naissance peut mettre en difficulté des sages-femmes. Une sage-femme nous donne un exemple «Ceux qui veulent accoucher à l'hôpital comme à la maison» (SFH8). De plus, certaines demandes ne sont pas adaptées

aux pratiques du service. Il y a une idéalisation de l'accouchement par certains couples sans prise en compte des imprévus. Une sage-femme nous explique qu'un projet de naissance «avec beaucoup de fantasmes» (SFH13) n'est pas idéal pour permettre une satisfaction de la part du couple, quant à leur prise en charge.

Les sages-femmes interrogées nous expliquent que le fait de ne pas pouvoir répondre à certaines demandes dû à l'activité, à la structure ou aux pratiques du service entraîne une frustration pour le couple : «elles sont déçues» (SFH1, SFH9, SFH12, SFH16) mais également pour le professionnel de santé qui les accompagne pendant l'accouchement : «annonce de mauvaises nouvelles, quand certains points ne sont pas possible» (SFL9, SFH14), «ils sont déçus et nous aussi» (SFH7, SFH8, SFH9). Selon les sages-femmes de l'étude, les attentes des couples ne sont pas toujours réalisables, elles empêchent le lâcher prise nécessaire pour accoucher «ils se sont imaginés un accouchement idéal, mais il y a des imprévus» (SFH6, SFH7, SFH9, SFH12), «ça se passe mal car il n'y a pas de lâcher prise» (SFH3), «quand c'est pas dans leur ligne de conduite on va dire, elles perdent pied, elles n'ont plus confiance et effectivement, stagnation, spatules, parce qu'elles n'arrivent plus à pousser» (SFH8).

DISCUSSION :

I. Forces et limites de l'étude:

Cette étude est menée en parallèle avec de nombreuses publications sur l'intérêt de laisser aux couples et aux femmes le choix de leur lieu d'accouchement et de l'importance de leur demander ce qu'ils souhaitent concernant la naissance de leur enfant. De plus, l'autorisation de l'expérimentation des maisons de naissance publiée en décembre 2015 renforce ce premier point et permettra aux couples de bénéficier d'une prise en charge adaptée pour un accouchement physiologique. Le deuxième point fort de cette étude est le grand nombre d'entretiens réalisé et la diversité de mode d'exercice des sages-femmes interrogées (libérales, hospitalières en niveau I, niveau II et niveau III) qui nous a permis d'obtenir plusieurs thèmes pour chaque question et d'y associer de nombreuses réflexions faites par ces sages-femmes, afin de répondre aux objectifs de notre étude.

Les limites de cette étude concernent le mode de recrutement des sages-femmes interrogées. En effet, la participation à l'étude s'est faite sur la base du volontariat. Nous déduisons que les sages-femmes qui ont donné leur accord se sentaient concernées par le projet de naissance ou souhaitent s'exprimer sur ce sujet.

II. Synthèse des principaux résultats

Au cours de cette étude, l'analyse des thèmes abordés par les sages-femmes ne nous a pas permis de différencier les points de vues des sages-femmes libérales par rapport aux sages-femmes travaillant à l'hôpital. Les différences constatées sont plutôt liées à l'exercice de la sage-femme, en fonction du moment où elle est amenée à rencontrer le couple: en consultation de suivi de grossesse ou en salle de naissance. Parmi les sages-femmes interrogées, toutes ne font pas des consultations de suivi de grossesse et toutes ne font pas d'accouchement en salle de naissance.

Les sages-femmes associent le projet de naissance à une demande d'accouchement naturel. Il s'agit de l'expression des souhaits des couples concernant l'accouchement idéal. L'accouchement est idéalisé et ne laisse pas la place à l'imprévu et au lâcher prise. Ce document permet au couple d'avoir un contrôle sur leur accouchement et de se rassurer sur la prise en charge de la naissance de leur enfant. C'est également un outil pour la sage-femme, un document qui permet d'ouvrir un dialogue et de créer une alliance, un partenariat de soin avec le couple en connaissant leur projet et leurs envies. Le couple est souvent mieux préparé et plus impliqué dans la naissance de leur enfant.

Parmi les sages-femmes pouvant rencontrer les couples lors de consultation de suivi de grossesse, l'information concernant la possibilité de faire un projet de naissance est faite au cours du 4ème mois, période jugée trop précoce selon les sages-femmes car les femmes n'ont pas encore pensé à leur accouchement. De plus, les femmes ayant des envies particulières ou présentant un profil «type» (femmes ayant un mauvais vécu d'un précédent accouchement, femmes ou couples angoissés, souhait d'un accouchement dit «alternatif» ou «naturel») se voient plus fréquemment proposer d'écrire un projet de naissance.

C'est un document qui doit être discuté et préparé en amont de l'accouchement par une sage-femme en lien avec la structure d'accouchement. Cette préparation est jugée nécessaire par la majorité des sages-femmes interrogées dans le but de trier les demandes et de les ajuster aux structures d'accouchement, afin d'éviter au maximum des déceptions pour le couple.

Les sages-femmes qui accueillent les couples avec un projet de naissance en salle de naissances peuvent se retrouver en difficulté devant ces projets quand ils ne sont pas travaillés ou qu'ils sont constitués de demandes non réalisables en structures hospitalières du fait de protocoles systématiques. De plus, elles appréhendent les demandes et les couples qui écrivent un projet de naissance. Au cours des entretiens, les sages-femmes expliquent que c'est souvent le même « type » de couples qui écrivent ces projets.

Certains couples sont méfiants vis à vis du système hospitalier et écrivent un projet de naissance dans le but de mettre une barrière aux décisions médicales. Ces motivations freinent certaines sages-femmes dans l'accueil de ces projets de naissances. Alors que certaines demandes dans les projets de naissances sont irréalisables, dues à un manque de connaissance et d'information du couple, d'autres demandes sont au contraire évidentes. Cela interroge alors les professionnels sur l'intérêt d'écrire un projet de naissance.

III. Réflexions et améliorations possibles

1. Une information pour tous

Au cours de cette étude, nous constatons que toutes les patientes ne reçoivent pas l'information de la possibilité d'écrire un projet de naissance et encore moins de ses intérêts. En effet, les patientes informées sont parfois des patientes avec un profil « type » (mauvais vécu d'un précédent accouchement, futurs parents angoissés, envies particulières). Parmi les freins aux projets de naissances, de la part des professionnels qui les accueillent en salle de naissance, ce sont justement le fait qu'il soit écrit par un profil « type » de patiente. Ce sont des patientes avec des demandes particulières et une volonté d'accoucher différemment de ce qui est proposé en systématique à l'hôpital. Le fait d'informer tous les couples qui attendent un enfant sur l'existence du projet de naissance et de ses intérêts permettraient une généralisation de ce document et qu'il ne soit plus écrit par une catégorie de patiente. De plus, ceci permettrait d'éviter une stigmatisation des couples qui écrivent un projet de naissance et de l'intégrer, dans l'avenir, à un élément clé du dossier obstétrical. Le projet de naissance est, généralement, associé au bas risque. Tous les patients n'auraient-ils pas le droit à l'accompagnement d'un projet de naissance quelque soit le risque obstétrical ?

Nous constatons également que l'EIPP dit entretien du 4ème mois permet d'informer le couple, or selon les sages-femmes qui reçoivent les couples au cours de cette consultation, elle a lieu trop tôt pendant la grossesse pour aborder les souhaits quant à l'accouchement.

2. Choisir le moment adapté au cheminement du couple

L'accouchement est abordé par les couples avec le professionnel qui les suit pendant la grossesse, plutôt vers le 7ème mois. C'est aux alentours de ce moment là qu'il conviendrait d'informer le couple sur le projet de naissance. Ils seront amenés à réfléchir à ce qu'ils souhaitent pour leur accouchement mais également à ce qu'ils voudraient que l'équipe sache sur eux en dehors

des données médicales présentes dans le dossier obstétrical. Dans le parcours du couple qu'ils soient suivi en libéral ou à l'hôpital, la consultation du 9ème mois a lieu dans la structure choisie comme lieu d'accouchement. C'est au cours de cette consultation que l'on pourrait inclure un temps de discussion pour le projet de naissance. Il ne serait, ainsi, plus exceptionnel. Nous avons reçu comme proposition au cours de l'étude, de la part d'une sage-femme, de proposer un schéma en leur disant que c'est un schéma standard que l'on fait fréquemment et de leur demander ce qu'ils en pensent point par point afin qu'ils puissent mettre le curseur sur les différentes étapes et ainsi voir si ça leur convient.

Cette étude nous a permis également d'identifier les appréhensions et les représentations autour du projet de naissance. Il entraîne une stigmatisation du couple et de l'accouchement en lui même. Le terme «projet de naissance» est apparu en réponse à une hyper-médicalisation des naissances, maintenant que la tendance s'inverse il faut trouver un autre terme moins emprunt des anciennes représentations que pouvaient en avoir les professionnels.

3. L'impact des représentations par les professionnels et le droit du patient

Une représentation en psychologie se définit par «la perception, l'image dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène du monde dans lequel on vit»(15). La notion de représentation est importante dans le domaine de la santé. En effet, ce sont des individus au service d'autres individus. Même si nous agissons selon des règles et des protocoles, nos agissements et nos idées sont personnels et aussi sociaux. Il en est de même des représentations autour du projet de naissance. Elles sont liées à notre expérience personnelle mais également à notre culture. Il y a en effet «une construction sociale de la naissance»(16) Au cours de cette étude, nous constatons que le projet de naissance stigmatise. Les professionnels ne s'identifient pas toujours à l'accouchement choisi et idéalisé par le couple. Les professionnels de santé reprochent au projet de naissance d'enfermer les couples «dans un chemin tout fait» et il empêche un lâcher prise, entraînant alors le recours à la médicalisation (instrument, extraction, césarienne). A l'inverse de l'effet Pygmalion où le simple fait de croire en la réussite de quelqu'un améliore ainsi ses probabilités de succès, le fait de croire que le projet de naissance est en lien avec un accouchement pathologique entraîne une prise en charge inconsciente dans ce sens, c'est l'effet Golem¹. Ainsi, il est nécessaire d'améliorer la vision du projet de naissance. Il faut changer le nom et la forme, tout en gardant ses objectifs afin d'assurer une prise en charge de ces couples plus appropriée à leur demande. L'exemple du « birth

1 L'effet Golem : C'est l'inverse de l'effet Pygmalion en psychologie sociale. Il se traduit par une performance moindre et des objectifs moins élevés sous l'effet d'un potentiel jugé limité par une autorité ou de son environnement. (source:Wikipédia)

plan » (Annexe III) serait-il une solution ? Il faudrait faire du projet de naissance un document systématiquement proposé et intégré dans le dossier obstétrical. Le projet de naissance est reconnu par les sages-femmes comme étant un outil de discussion : cet outil permettrait-il ainsi l'évolution de la relation soignant-soigné ? Une étude a recueilli le point de vue des sages-femmes anglaises concernant « le birth plan » (12): il est source de pression car il sous-entend qu'il faut arriver à faire ce que le couple souhaite. En effet, cela leur a été présenté comme possible dans la structure. Ne recherchons nous pas une utopie ? Faut-il préparer les patientes à vivre l'éventualité du pire ou à rechercher à vivre le meilleur ?

Encore aujourd'hui, la décision revient à l'équipe médicale. Les demandes des femmes sont à adapter à la sage-femme de garde mais également aux habitudes de service, il s'agit là d'une médecine paternaliste. La culture médicale française ne permet pas de répondre aux objectifs de santé publique qui sont de positionner le patient au centre du dispositif et non pas les professionnels. Qu'en est-il du droit du patient ? La loi du 4 mars 2002 impose le recueil du consentement éclairé. Lorsque les actes sont faits en urgence, il n'est pas toujours évident de transmettre une information en temps réel et d'obtenir un consentement éclairé. Le projet de naissance pourrait être un outil pour obtenir ce consentement et connaître les souhaits du couple, après les avoir informé en amont. En effet, la loi affirme que « le médecin doit respecter les volontés de la personne après l'avoir informé de ces conséquences » et « ce consentement peut être retiré à tout moment ». Cependant, il ne faut pas que cet outil soit confondu avec un contrat entre la patiente et le soignant dans un but de se protéger. Jusqu'où ce document peut être tacite dans le cas de la santé ? Jusqu'où le projet de naissance peut être considéré comme un document médico-légal de recueil de consentement ?

4. Trouver un équilibre entre sécurité physique et psychique

En reprenant l'enquête du CIANE(7), on constate que la réalisation des demandes est corrélée avec la satisfaction des patientes. Les recommandations, appliquées dans les services de maternité sont basées sur l'Evidence Based Medicine. Elles sont appliquées en systématique pour toutes les femmes enceintes sachant qu'elles ont chacune leurs spécificités et accoucheront de manière différente les unes des autres. De plus, la culture médicale française fonctionne avec la notion de «risque». Chaque grossesse est considérée à bas risque ou à haut risque, sachant que l'on peut passer de l'un à l'autre. Est-ce possible de soutenir de façon individuelle chaque femme avec ses spécificités individuelles dans le système hospitalier actuel ? Comment peut-on allier sécurité

physique et satisfaction des patientes dans les grosses maternités de niveau 3 par exemple dit maternité à «haut risque» ?

Dans ce contexte, il est important d'allier sécurité physique et sécurité psychique. Il faut une qualité de prise en charge adaptée pour permettre à la femme d'avoir un contrôle sur son accouchement et être au plus près de ce qu'elle souhaite. Afin de trouver cet équilibre, il faut chercher qui doit s'adapter. Est ce que c'est au couple de s'adapter aux habitudes de service ou est ce que c'est aux professionnels de santé de s'adapter aux demandes des femmes ? Faut-il que l'un ou l'autre des intervenants s'adapte ? La notion de partenariat de soin a alors toute sa place dans la recherche de cet équilibre. Les soignants ont un savoir théorique et connaissent les risques. Cependant, les femmes connaissent leur corps et sont compétentes pour donner la vie depuis des milliers d'années. L'émergence des salles natures ou salles physiologiques est-il la solution pour pallier à ce manque de prise en compte de la singularité des femmes ?

CONCLUSION

Le projet de naissance est associé à une demande d'accouchement différent de ce qui est proposé systématiquement à l'hôpital. La satisfaction des couples étant corrélée au respect de leurs demandes, il est nécessaire de fournir une information plus généralisée sur la possibilité d'écrire un projet de naissance. Ceci permettrait de l'intégrer dans le dossier obstétrical et de diminuer la stigmatisation entraînée par l'écriture de ce document. De plus, l'ouverture des maisons de naissance en France reflète une volonté d'accéder aux demandes de la part des usagers concernant une plus grande liberté pour accéder à l'accouchement qu'ils souhaitent. Cependant, les critères d'inclusions, pour accoucher en maisons de naissance, sont très strictes et ne laissent pas la place à la pathologie. L'ouverture de salles natures et physiologiques au sein de structures dites à «moyen» et «haut» risque est une alternative pour favoriser l'accompagnement des demandes d'accouchements physiologiques. Il est donc nécessaire de faire un travail en réseau entre professionnels de santé travaillant dans le domaine de la naissance et les associations d'usagers pour permettre une meilleure diffusion du projet de naissance à l'aide des éléments relevés par cette étude.

Il nous semble important, pour compléter cette étude, de se tourner vers les couples et les femmes enceintes. Parmi celles qui écrivent un projet de naissance, quelles sont leurs motivations et quelles informations ont-elles reçues et par qui ? Et parmi celles qui n'ont pas écrit de projet de naissance est ce que c'est par manque d'information ou est ce que c'est souhaité ?

BIBLIOGRAPHIE :

1. Pauchet-traversat A-F, Dosquet P. Préparation à la naissance et à la parentalité - Recommandations pour la pratique clinique. Haute Autorité de Santé; 2005, 56p.
2. Parliament UK. House of Commons - Health - Ninth Report [en ligne]. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200203/cmselect/cmhealth/796/79603.htm>. Consulté le 30 janvier 2016
3. Choices NHS. Your online birth plan - Pregnancy and baby guide - NHS Choices [en ligne] <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/birth-plan.aspx>. Consulté le 16 février 2016.
4. AlterNatives - L'avis de l'OMS [en ligne] <http://www.alternatives.be/Ressources/Recommandations/Lavis-de-IOMS>. Consulté le 30 janvier 2016
5. Douste-Blazy P. Plan périnatalité 2005-2007 ; 2004, 44 p.
6. Bel B. Du bon usage du projet de naissance. Hôpital de Poissy; 2007.
7. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. 2012 [en ligne] <http://ciane.net/2012/09/respect-des-souhaits-et-vecu-de-laccouchement>. Consulté le 30 janvier 2016
8. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. J Adv Nurs. Avril 2004;46(2):212-9.
9. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. Mai 2002;186(5 Suppl Nature):160-72.
10. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. Rev Lat Am Enfermagem. Juin 2015;23(3):520-6.
11. Cook K, Loomis C. The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. J Perinat Educ. 2012;21(3):158-68.
12. Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, et al. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. Birth Berkeley Calif. Sept 2014;41(3):283-9.
13. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Mars 2002.
14. Phan E. Projet de naissance et données scientifiques, le rôle des associations d'usagers. Lyon; 2014, 11p.
15. Larousse Édition. Définitions : représentation - Dictionnaire de français Larousse [en ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483>. Consulté le 16 février 2016
16. Schalck C. De la bonne santé de la naissance : normalisation ou normativité ? Réflexions sur le normal et le pathologique à partir des analyses de Georges Canguilhem. Rev Sage-Femme. déc 2015;14(6):240-5.

ANNEXES :

Annexe I : Grille d'entretien

Trame d'entretien

Vie professionnelle:

1. Depuis combien d'années exercez vous ?
2. Quels sont les différents lieux d'exercice dans lesquels vous avez exercé ?
3. Dans quel niveau de maternité exercez vous actuellement ?

Le projet de naissance en question:

1. Comment définissez vous le projet de naissance ?
2. Selon vous, sous quelle(s) formes peut ou doit se présenter un projet de naissance ?
3. Etes vous amené à rencontrer les couples en prénatal ?
 - Si oui, parlez vous du projet de naissance systématiquement lors de vos consultations de grossesse?
 - o Si non, pourquoi?
4. Accompagnez vous les couples dans la rédaction du projet de naissance ?
5. Connaissiez vous les spécificités des lieux d'accouchement dans lesquels se dirigent vos patientes et la faisabilité des demandes ? (salle physio, accouchement sans péridurale, acupuncture, accouchement dans l'eau ect ...)
6. Avez vous déjà rencontré des couples ou des femmes qui avaient écrit un projet de naissance ?
 - Si oui : Quelle position avez vous adopté ?
 - Si non : Quelle position adopteriez vous ?
7. Quels sont, selon vous, les points positifs du projet de naissance ?
8. Que trouvez vous difficile dans un projet de naissance ?

Vie personnelle:

1. Avez vous des enfants ?
2. Avez vous déjà écrit un projet de naissance ?

Age: <30 ans 31 à 35 ans 36 à 40 ans 41 à 45 ans 46 à 50 ans > 50 ans

Profession: Sages-femmes Formations/DU/Master :

Lieu d'exercice: Hospitalier Libéral Autre:

Annexe II : Les caractéristiques des sages-femmes

Sage-femme	Age	Nombre d'enfant	Mode d'exercice	Année de diplôme	Diplôme supplémentaire
SFL1	52	4	Libéral	1984	DU gynéco
SFL2	62	3	Libéral	1980	DU gynéco
SFL3	28	0	Libéral	2012	Formation en allaitement mat.
SFL4	28	1	Libéral	2011	Formation rééducation
SFL5	31	0	Libéral	2008	Formation rééducation/yoga/AM/gynéco
SFL6	27	1	Libéral	2011	Formation Appor B De gasquet/gynéco/physiologie de l'accouchement/préparation à l'accouchement/alimentation et grossesse
SFL7	55	3	Libéral	1981	DIU pédagogie médicale/ DIU homéo/ sophro/ Appor B de Gasquet/Formation rééducation
SFL8	53	3	Libéral	1985	Cadre
SFL9	27	0	Libéral	2013	0
SFL10	48	3	Libéral	1992	DU gynéco/Formation en sophro homéo et CMP
SFL11	40	3	Libéral	1998	DU AM /Formation CMP/ DU gynéco/ DU hypnose/ DU homéo / Formation yoga
SFH1	29	0	Hospitalier	2012	formation CMP
SFH2	56	2	Hospitalier	1982	DU gynéco/formation EPP/formation réeduc
SFH3	26	0	Hospitalier	2011	DU hypnose
SFH4	36	1	Hospitalier	2003	0
SFH5	27	0	Hospitalier	2015	0
SFH6	23	0	Hospitalier	2015	0
SFH7	24	0	Hospitalier	2015	0
SFH8	27	0	Hospitalier	2011	0
SFH9	53	4	Hospitalier	1985	Médecine tropicale
SFH10	53	2	Hospitalier	1985	0
SFH11	45	oui	Hospitalier	1993	DU allaitement maternel/ Formation CMP
SFH12	54	2	Hospitalier	1984	Formation yoga/ Diplome de puéricultrice
SFH13	35	oui	Hospitalier	2005	0
SFH14	43	oui	Hospitalier	1997	Master biologie médicale/ DU éthique/ DU pédagogie/ DU gynéco/ Formation CMP I/ Formation Appor B de gasquet/Formation yoga, piscine/Master formation de formateur/ Formation EIPP
SFH15	28	0	Hospitalier	2011	0
SFH16	53	2	Hospitalier	1985	DU tabacologie/Ecole cadre

Sage-femme	Nbd'année d'exercice	Expérience						
		Niv I	Niv II	Niv III	Libéral	PMI	Publique	Privé
SFL1	31	X		X	X	X	X	X
SFL2	35	X			X		X	
SFL3	3	X	X		X		X	X
SFL4	4		X	X	X		X	
SFL5	7		X	X	X		X	
SFL6	4				X			
SFL7	34	X	X	X	X		X	X
SFL8	30		X		X		X	
SFL9	2		X	X	X		X	X
SFL10	23	X	X	X	X		X	X
SFL11	17	X	X	X	X		X	
SFH1	3		X		X			X
SFH2	33		X				X	X
SFH3	4	X	X				X	
SFH4	12	X	X	X			X	X
SFH5	<1		X				X	
SFH6	<1	X	X				X	
SFH7	<1			X			X	
SFH8	4	X					X	
SFH9	30	X	X				X	
SFH10	30	X		X			X	
SFH11	22	X					X	
SFH12	31	X		X			X	
SFH13	10	X		X			X	
SFH14	18	X	X	X	X		X	X
SFH15	4	X	X	X			X	
SFH16	30	X		X			X	X

My birth plan

Name:

Due date:

Where to give birth

You will have a choice about where to have your baby. Your midwife or doctor will be able to tell you what services are available locally and advise you on any issues to do with your health or pregnancy that may affect your choice.

- I would like to give birth at home
- I would like to give birth in a midwifery unit
- I would like to give birth in a maternity team unit in hospital
- I am not sure yet where I would like to give birth

My comments on where I would like to give birth and why:

Please write in the box below.

Companions

Having a companion you can 'lean on' and who can support you during your labour can be helpful. It has been shown to reduce the need for pain relief.

- I would like my partner or companion(s) to be with me during labour
- I would not like my partner or companion(s) to be with me during labour
- I am not sure yet whether I would like my partner or companion(s) to be with me during labour

cont...

My birth partner or companion is:

Please write in the box below.

Companions during a forceps or vacuum delivery

A forceps delivery is where forceps are placed around the baby's head to pull him or her gently from the birth canal. Vacuum delivery, sometimes called ventouse, is when the baby is guided out using a cap fitted to its head by suction.

- I would like my partner or companion(s) to be with me if I have a forceps or vacuum delivery
- I would not like my partner or companion(s) to be with me if I have a forceps or vacuum delivery
- I do not mind if my partner or companion(s) is with me if I have a forceps or vacuum delivery
- I am not sure yet whether I would like my partner or companion(s) to be with me if I have a forceps or vacuum delivery

Companions during a caesarean section

A caesarean section is when the baby is delivered by cutting through the abdomen and into the womb. This will only be performed when it is necessary, but there are situations where this is the safest option for either you or your baby. If your caesarean section is carried out under local anaesthetic and you are awake, your partner or companion may sit with you.

- I would like my partner or companion to be with me if I have a caesarean section
- I would not like my partner or companion to be with me if I have a caesarean section
- I do not mind if my partner or companion is with me if I have a caesarean section
- I am not sure yet if I would like my partner or companion to be with me if I have a caesarean section

Birthing equipment

You may find that items such as wall bars, mats or beanbags help you to change position and remain comfortable during labour. If you're giving birth in a maternity unit, your midwife will be able to tell you if specific items are normally available. However, you may need or prefer to provide some equipment yourself.

- I plan to use equipment such as mats or beanbags during labour
- I do not plan to use equipment such as mats or beanbags during labour
- I am not sure yet whether I would like to use equipment such as mats or beanbags during labour

My comments on birthing equipment and whether I will provide it:

Please write in the box below.

Special facilities

Some units may offer you special facilities such as a birthing pool. Some have special rooms called LDRP rooms (labour, delivery, recovery, postnatal rooms) where you stay in the same room until you leave the hospital. Your midwife will be able to tell you what's available.

- I would like to use a special LDRP room, if available
- I would like to use a birthing pool, if available
- I would like to use other special facilities
- I am not sure yet whether I would like to use special facilities, such as a special LDRP room or birthing pool, if available

My comments on any special facilities I would like to use:

Please write in the box below.

cont...

Any other comments or preferences on birth location, facilities or companions:
Please write in the box below.

Monitoring during labour

Every baby is monitored throughout labour to make sure that it is not in distress. There are different ways of monitoring the baby's heartbeat.

- I have discussed with my midwife how I would like my baby's heart to be monitored if everything is straightforward
- I have not discussed with my midwife how I would like my baby's heart to be monitored if everything is straightforward

My comments on monitoring my baby during labour:

Please write in the box below.