



HAL
open science

Freins et moteurs à l'utilisation des projets de naissance dans les maternités de l'AP-HP

Alexane Guyomard

► **To cite this version:**

Alexane Guyomard. Freins et moteurs à l'utilisation des projets de naissance dans les maternités de l'AP-HP. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02440321

HAL Id: dumas-02440321

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02440321>

Submitted on 15 Jan 2020

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.

**ESF – SORBONNE UNIVERSITÉ
ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE**

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Freins et moteurs à l'utilisation des projets de
naissance dans les maternités de l'AP-HP

Guyomard Alexane
Née le 08 mars 1995
De nationalité Française

Mme Vogel Isabelle Sage-Femme Enseignante
Année universitaire 2018-2019

**ESF – SORBONNE UNIVERSITÉ
ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE**

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Freins et moteurs à l'utilisation des projets de
naissance dans les maternités de l'AP-HP

Guyomard Alexane
Née le 08 mars 1995
De nationalité Française

Mme Vogel Isabelle Sage-Femme Enseignante
Année universitaire 2018-2019

Remerciements

Je tenais avant tout à remercier l'ensemble des interlocuteurs qui m'ont permis d'aboutir à un tel projet.

- **Madame Michèle Rivière**, *Directrice de l'école de sages-femmes de Paris Saint-Antoine*, qui a su être à l'écoute et m'accompagner tout au long de ma formation.
- **Madame Isabelle Vogel**, *Enseignante à l'école de sages-femmes de Paris Saint-Antoine*, qui par son expérience m'a permis d'appréhender au mieux cette étude et qui par sa patience et sa bienveillance a su trouver les mots pour me rassurer lors de ces 5 années d'études.
- **Mesdames Sylvie Nicolai et Véronique Chaplet**, *Enseignantes à l'école de sages-femmes de Paris Saint-Antoine*, qui lors de cette dernière année des plus difficiles ont su me reconforter dans mes choix de parcours professionnel.
- **L'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Paris Saint Antoine** par sa disponibilité, sa pédagogie, son expérience et ses connaissances a su m'apporter tout l'accompagnement que j'espérais de ma formation.
- **L'ensemble des cadres inclus dans l'étude** qui ont su se montrer disponibles. Nos temps d'échanges m'ont permis de me remettre en question.
- **L'ensemble de mon entourage amical**, notamment Judith, Aliénor, Alix, Emma, Clara, Sonia, Charlotte, Cécile, Eline, Maxime, Lucie qui ont su partager avec moi les tourments de la vie étudiante.
- **Camille Dechesne**, *une amie*, sans qui aujourd'hui je n'aurais pas réalisé ses études de sage-femme.
- **Clara Carbone**, *une amie*, qui tout au long de ces 5 années m'a accompagné fidèlement et permis de passer 5 années plus joyeuses.
- **Camille Ferret**, *mon amie*, qui a toujours cru en moi plus que personne et permis l'aboutissement de ce long travail par ses nombreuses relectures et idées toujours aussi innovantes.
- **Ma famille**, leur présence, leur conseil, leur fierté et leur amour inconditionnel m'ont permis de me construire et de me motiver contre toutes les épreuves.

« Parfois une toute petite chose peut changer votre vie, en un clin d'œil quelque chose arrive par hasard quand vous vous y attendez le moins et vous prenez un cap que vous n'auriez jamais planifié. Où cela va-t-il vous mener ? Seul l'avenir nous le dira. »

The Lucky One - Scott Hicks (2012)

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE.....	3
1. Une modification du paradigme du soin	3
1.1 La promotion de la santé.....	3
1.2 Une information libre et éclairée	3
1.3 Éducation pour la santé et éducation thérapeutique du patient.....	4
2. De l'accouchement sans douleur au projet de naissance	5
2.1 L'accouchement sans douleur.....	5
2.2 Humanisation de la grossesse	6
2.3 La préparation à la naissance et à la parentalité et l'entretien prénatal précoce	7
3. Les projets de naissance des enjeux variés	9
3.1 Un outil de dialogue au cœur de la relation soignant-soigné	9
3.2 Un outil moteur de physiologie.....	10
3.3 Un outil aux multiples dissonances	11
DEUXIEME PARTIE.....	14
1. Matériels et méthode.....	14
1.1 Objectifs et hypothèses.....	14
1.2 Type d'étude.....	14
1.3 Population d'étude	14
1.4 Outil méthodologique	15
1.5 Déroulement de l'étude	16
1.6 Stratégie d'analyse.....	16
2. Résultats	18
2.1 La population interrogée et caractéristiques des sites de l'étude	18
2.1.1 Cadres interrogées.....	18
2.1.2 Maternités	18
2.1.3 Offre de soins du pôle mère-enfant.....	19
2.2 Les projets de naissance dans l'établissement	20
2.2.1 Existence et organisation.....	20
2.2.2 Une définition à préciser	22
2.3 Les freins à l'utilisation des projets de naissance.....	24

2.3.1 Formalisation et contenu.....	24
2.3.2 Humains	26
2.3.3 Financiers et organisationnels	28
2.3.4 Idéologie.....	30
2.4. Les moteurs à l'utilisation des projets de naissance.....	32
2.4.1 Financiers et organisationnel	32
2.4.2 Humains	33
2.4.3 Idéologie.....	33
3. Analyse et discussion.....	35
3.1 De l'origine à sa construction : comment chemine le projet de naissance ?	35
3.1.1 Origine et définition	35
3.1.2 Projet de naissance « formel » ou « informel ».....	36
3.1.3 Un contenu en entrave à son accomplissement	37
3.2 Une organisation de service contrainte par un système financier	39
3.2.1 Des organisations particulières	39
3.2.2 Sécurisation des soins	40
3.2.3 De la restriction à un espace physiologique.....	42
3.3 L'humain au cœur des projets de naissance	43
3.3.1 Un défaut d'information	43
3.3.2 Représentation des professionnels de santé et idéologie.....	45
3.4 Les limites et biais	46
3.5 Propositions et perspectives.....	47
CONCLUSION	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
ANNEXES	56
GLOSSAIRE.....	71
RESUME/ABSTRACT	73

INTRODUCTION

Durant le dernier siècle, une révolution scientifique et technique de grande envergure a façonné le vécu et les représentations de la grossesse. Les multiples gestes et examens médicaux semblent délimiter la vie de la parturiente (1)(2)(3).

Or, la Haute Autorité de Santé (HAS) puis l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont publié respectivement en Décembre 2017 et Février 2018 de nouvelles recommandations sur l'accouchement normal. Celles-ci évoquent un retour vers une moindre médicalisation et une approche plus globale du déroulement de l'accouchement par la sage-femme et les autres intervenants de la périnatalité (4)(5). A l'instar de l'Enquête Nationale Périnatale 2016, la HAS sollicite un remaniement de la politique périnatale. Elle prône l'autonomie, mais aussi la participation active de la femme enceinte et du futur père. Les femmes et les couples sont encouragés à prendre une place essentielle dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences qui leur sont nécessaires afin de s'adapter à leur nouveau rôle (4)(7).

La personnalisation de l'accompagnement, l'identification des besoins parentaux ainsi que la mise en place précoce de mécanismes éducatifs, impliquent une continuité de la démarche de soins (8). Ces éléments font partie de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP). La PNP a pour objectif premier de concourir à « *l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés* » (8).

Dans ce contexte, les projets de naissance répondent aux différents enjeux de santé publique. En effet, ils placent la femme et/ou les couples au cœur de la grossesse, de l'accouchement et de leur parentalité. Ils constituent une action élargie au sein de laquelle ils sont mis en capacité en matière de santé tout en les replaçant au centre de cet événement.

Un projet de naissance est spécifique à chaque couple et se construit par un échange et un temps de partage avec un professionnel de santé. Il retrace donc les besoins particuliers de chaque femme et/ou couple (4)(8)(9). Il vise à communiquer, aux équipes soignantes, les attentes, désirs et les angoisses des patientes concernant la prise en charge de leur grossesse et de leur accouchement. Il s'inscrit alors dans une logique de prévention et d'éducation à la santé où alliance thérapeutique et éducation thérapeutique représentent de réelles missions nationales de soins (10)(11).

Pourquoi les projets de naissance ne se mettent-ils pas largement en place (7) ? **Quels sont les freins et les moteurs à l'utilisation des projets de naissance dans les maternités ?** Cette question se restreint qu'aux maternités de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Pour introduire cette étude, une revue de la littérature rendra compte dans un premier axe de la modification du paradigme du soin afin de comprendre dans quelle continuité de politique de santé publique s'inscrivent les projets de naissance. Ensuite, dans un second axe, nous aborderons l'accouchement sans douleur puis la préparation à la naissance et à la parentalité afin d'introduire le contexte de l'élaboration des projets de naissance. Enfin, cette recherche documentaire conclura sur un état des lieux des enjeux multiples des projets de naissance avant de rendre compte de leur mise en œuvre et de la satisfaction des utilitaires. Le matériel et les méthodes utilisés seront présentés. Enfin, nous exposerons les résultats de l'étude avant de présenter l'analyse des entretiens et la discussion couplée à des propositions d'amélioration.

PREMIERE PARTIE

1. Une modification du paradigme du soin

1.1 La promotion de la santé

L'OMS définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (12). D'après la charte d'Ottawa, la « bonne santé » est une faculté décisive dans le maintien des développements sociaux, économiques et individuels dans laquelle plusieurs facteurs coexistent (politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques). La **promotion de la santé** correspond à une volonté de créer des conditions favorables aux individus afin qu'ils accèdent à une santé supérieure (13). Pour cela, il faut permettre à l'individu de maîtriser sa santé (14).

Afin de participer à l'amélioration du système de santé, elle se base sur un développement individuel et surtout collectif grâce à l'information, la prévention et à l'éducation à la santé. Elle permet de donner les compétences à chacun pour décrypter les mécanismes d'altération de celle-ci. De plus, elle donne aux personnes la possibilité de contrôler leur santé et rend les individus aptes à faire des choix pertinents (14)(15).

Dans cette démarche, différents niveaux d'interventions éducatives sont possibles pour les professionnels de santé. Ils peuvent réaliser des actions comme des campagnes de communication ou encore des ateliers éducatifs. Dans toutes ces stratégies, le point d'ancrage est une coordination et une transmission de **l'information** (16).

1.2 Une information libre et éclairée

La relation patient-soigné impose de recueillir au patient son consentement éclairé, mais cela convient d'avoir délivré au préalable une **information claire, loyale et appropriée**. Elle doit également être adaptée aux patients et à son degré de compréhension. Donner son consentement éclairé implique de connaître toutes les possibilités thérapeutiques. En d'autres termes, il est nécessaire que les patients connaissent et comprennent toutes les alternatives de prise en charge de la pathologie avant de prendre une décision finale. Le choix du patient lui est propre : après des échanges avec le professionnel de santé, il peut accepter ou refuser ses recommandations. Ces derniers doivent obligatoirement respecter la volonté du patient. In fine, cela permet de créer une relation dite de confiance avec l'équipe soignante (17).

Partant de ce constat, deux principes ont été légiférés par la loi du 4 Mars 2002, dite loi Kouchner : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés ; et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L.1110-2 du Code de la Santé Publique) (18).

De plus, le code de la santé publique relative aux droits de la personne et aux droits et responsabilités des usagers, mentionne, par l'article L. 1111-4 : « *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* » (19).

Tenant d'allier la bienveillance et la bienveillance, la **relation soignant-soigné** a évolué. Elle soutient l'expertise active du soigné corrélée à celle du soignant. Dans une démarche éducative personnalisée, elle replace le patient en tant qu'acteur premier de son parcours de soin (6). La liberté de faire ses propres choix sur sa santé est une partie essentielle de notre politique de santé. Pour cela, le professionnel de santé a comme devoir de donner toutes les informations aux patients. Ainsi, ensemble ils entreprennent une alliance thérapeutique (16)(20).

1.3 Éducation pour la santé et éducation thérapeutique du patient

L'éducation est le socle de la promotion de la santé. Il est le moyen d'améliorer sa qualité de vie et à terme celle de la collectivité. Il a pour aboutissement que chaque personne acquière, tout au long de sa vie les capacités nécessaires à son développement en matière de santé (21).

L'article 84 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 intègre un nouveau titre VI dans le livre 1er du code de la santé publique, intitulé « *Éducation thérapeutique du patient* » (ETP). Il la classe comme la base du parcours de soins du patient. Sa finalité est de rendre le patient le plus autonome possible à travers l'acceptation aux traitements prescrits (16)(22).

Selon les recommandations européennes de l'OMS, l'éducation du patient se définit comme « *un processus continu d'apprentissage, intégré à la démarche de soins. L'éducation du patient est centrée sur le patient et comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements prescrits, les soins à l'hôpital ou dans d'autres lieux de soins, et des informations sur l'organisation des soins* » (23).

L'ETP est construit autour de quatre grandes étapes afin de planifier et proposer un cadre cohérent pour les actions des professionnels de santé. La première étape revient à élaborer un diagnostic éducatif où l'objectif principal est d'identifier les besoins et attentes du patient. Il s'agit de mieux appréhender sa réaction face à sa situation, ses ressources personnelles, sociales et environnementales. La deuxième étape consiste à définir un programme personnalisé d'ETP, une sorte de « contrat ». Elle vise à formuler avec le patient ses compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique. L'étape suivante a pour but de planifier et de mettre en œuvre les séances d'éducation en individuel ou en collectif. Elle permet dans un second temps de choisir les méthodes et les techniques pédagogiques afin de transmettre au mieux les compétences attendues. Enfin, la quatrième étape réalise une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme (16)(24).

L'ETP repose sur la psychologie, la pédagogie et l'instruction de la santé. Dans un objectif s'inscrivant dans la même lignée que la promotion de la santé, l'éducation et l'information doivent permettre de maintenir les ressources nécessaires pour établir les choix les plus pertinents concernant la santé du patient (15)(16). Il s'agit d'une responsabilisation progressive et d'une mise en capacité afin d'être le plus **autonome** possible. C'est sur ce modèle que la préparation à la naissance et la parentalité (PNP) s'est structuré. Elle s'est construite sur une matrice de compétences élaborées en 2001 par Mr d'Ivernois *et al.* Elle s'est établie autour d'une conjonction entre l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique (16)(25)(26). C'est dans ce contexte que le projet de naissance a émergé.

2. De l'accouchement sans douleur au projet de naissance

2.1 L'accouchement sans douleur

Historiquement appelée **Psycho-Prophylaxie Obstétricale** (PPO), la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) était basée uniquement sur la prise en charge de la douleur. La méthode Lamaze, également appelée « Accouchement Sans Douleur » (ASD) est né en France dans les années 1950. Cette approche recherche à aider et accompagner les parturientes à faire face à la douleur des contractions et de l'expulsion lors d'un accouchement sans analgésie péridurale (27)(1).

Cette méthode vise à instaurer un climat de **confiance** avec les parturientes face à l'accouchement et sur les procédures médicales à réaliser en cas de nécessité (28).

En 1952, la Gazette médicale de France publie sur les 500 premiers accouchements réalisés aux Bluets avec la méthode de Psycho-Prophylaxie Obstétricale (PPO). C'est une pleine réussite, le docteur Lamaze et le docteur Vellay son confrère concluent avec 92% de succès à la viabilité de l'expérience. Ils rajoutent qu'il y a une nécessité de la généraliser dans la société française. Cette éducation est double : elle consiste d'une part à transmettre des connaissances scientifiques et médicales aux parturientes et d'autre part à leur enseigner des exercices de respiration et de relâchement musculaire (29).

Enfin en France, le modèle de santé bascule : il se concentre sur une amélioration de la prévention (6)(12)(13). Les années 70-80 sont marquées par l'évolution de ces concepts et méthodes. Toujours sur la base de l'information, de la préparation physique et de la responsabilisation, il est proposé un accompagnement plus **personnalisé** où la parole des femmes et des couples est au centre. Dans le domaine de la périnatalité, se développe alors une prise en charge plus humaine, qui d'ailleurs constitue un des quatre principes du plan de périnatalité de 2005-2007 « *Humanité, Sécurité, Proximité, Qualité* » (8)(34). On introduit même au sein du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) le terme « **d'humanisation** » de nos pratiques (9).

2.2 Humanisation de la grossesse

L'expansion mondiale des nouvelles technologies médicales dans la prise en charge de la naissance, telles que la surveillance fœtale électronique ou encore l'utilisation d'hormones artificielles pour accélérer le travail a conduit à un changement socioculturel vers un modèle médicalisé de l'accouchement. De plus, il transcende les frontières nationales et s'inscrit dans un élargissement de la technicité médicale (30).

En effet, la **médicalisation** de la grossesse et de l'accouchement participe à faire de la naissance un évènement « *standardisé, protocolaire et axé sur la sécurité* » (1). En 2010, en France plus de la moitié des parturientes avaient une rupture artificielle des membranes (51%) et il s'agit d'un des pays où l'on pratique le plus d'analgésies péridurales ou rachianesthésies (près de 81%) (31). Pour autant, beaucoup d'interventions médicales pratiquées en routine, telles que le jeûne pendant le travail, le sondage urinaire à demeure, l'épisiotomie, non seulement ne présentent pas d'avantages prouvés, mais pourraient avoir des conséquences néfastes, voire iatrogènes sur la santé de la mère et de l'enfant (30)(32)(33).

Par ailleurs, les institutions recommandent et se positionnent donc vers une humanisation de la grossesse : le CNGOF en 2008 indique que « *chaque maternité devrait offrir aux femmes qui ont une grossesse normale sans facteur de risque particulier la possibilité d'un accouchement démedicalisé* ». Il y ajoute qu'il est important de garder une sécurité, mais que l'objectif principal des professionnels de santé est de rendre la maîtrise de l'accouchement aux femmes (9). La Haute Autorité de Santé (HAS) s'exprime aussi sur ce sujet. Elle favorise **la participation** de la femme et du couple dans leur projet de naissance (8). Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions et les peurs de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. De plus un accompagnement individualisé grâce à une mise en place de dispositifs précoces, impliquent une continuité du parcours de soins (7). Ces concepts caractérisent la PNP de d'Ivernois *et al.* (8) énoncée par la HAS. Il faut souligner, cependant, que, par manque de données, la majorité des recommandations émises relèvent d'avis d'experts (7).

Enfin, face aux pratiques standardisées de la prise en charge médicale, des procédés d'accompagnement et de soutien plus personnalisés semblent nécessaires pour apporter cette humanité souvent sollicitée par les parturientes et les couples. En outre, cela s'inscrit encore parmi les priorités du Plan Périnatalité 2005-2007 (34). De telles pratiques s'affilient dans les démarches présentées auparavant, d'éducation pour la santé. Les principaux acteurs de l'éducation pour la santé en périnatalité sont les sages-femmes. Certaines de ces actions éducatives, comme la PNP, l'EPP, les séances post-natales, l'accompagnement à l'allaitement maternel sont aujourd'hui reconnues par les institutions énoncées plus haut tels l'OMS, la HAS, le CNGOF et l'Ordre des Sages-Femmes (4)(5)(7)(8).

2.3 La préparation à la naissance et à la parentalité et l'entretien prénatal précoce

La préparation à la naissance et à la parentalité constitue l'origine de l'accompagnement global de la femme et du couple grâce à leur **participation active** à leur projet de grossesse, d'accouchement et des suites.

Cette approche plus humaniste de la naissance rend la femme et le couple acteurs dans leur projet de naissance. Elle permet également de valoriser le couple et de développer son esprit critique afin qu'il soit en capacité de prendre des décisions. Ainsi la relation patient-soigné se retrouve modifiée et les relations interprofessionnelles aussi. Il devient obligatoire de favoriser une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice (8).

En effet, la PNP constitue un espace de rencontres et d'échanges dans lequel est exploité un temps pour répondre et approfondir les prises en charges des périodes anténatales, périnatales et postnatales allant du plus physiologique au plus pathologique. En France, huit séances de PNP sont remboursées par la sécurité sociale.

Dans cette continuité, en référence aux décrets de 1998 (35), le chapitre 2 du plan périnatalité 2005-2007 recommande de « *développer la prise en charge globale dans une approche en amont et en aval de la naissance en organisant des réseaux ville/hôpital avec la Protection maternelle et infantile (PMI) et l'ensemble des acteurs des champs médicaux/sociaux/psychologiques et avec les parents (usagers)* » (34). La mesure phare de ce plan est l'entretien du quatrième mois appelé depuis Entretien Prénatal Précoce (EPP). Il est conçu comme la première étape de la préparation à la naissance et à la parentalité (première séance des 8 séances de PNP remboursées par l'assurance maladie). Il constitue un temps d'échange et partage pour une patiente, un couple. Les objectifs sont d'apporter l'information et de recueillir leurs attentes. Il permet également d'accomplir un repérage d'éventuelles vulnérabilités d'ordre médico-psycho-social. C'est à partir de cette relation construite avec la patiente qu'il est nécessaire de réaliser un travail de relais et de collaboration entre professionnels afin d'assurer au mieux le suivi de grossesse (36).

De par la PNP et l'EPP, la femme enceinte dispose de plusieurs outils pour prendre à part entière sa place dans son parcours de grossesse et ce jusqu'à l'accouchement (4)(7)(8)(23). Selon les recommandations de la HAS : « *le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité structurée, dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés* » (8). De plus, d'après celles-ci, l'EPP requiert de la part de la sage-femme qui le pratique (et parfois des médecins généralistes), « *des conditions de dialogue et d'utilisation des techniques de communication appropriées permettant d'accéder au ressenti des femmes et des couples et de consolider leur confiance en eux et dans le système de santé* » (7)(8)(24).

La PNP et l'EPP, dans un esprit d'anticipation parentale et d'anticipation soignante, se placent dans une stratégie préventive primaire et secondaire. Il est important de rechercher de la part des parturientes une collaboration productive aux processus de décision et de favoriser des lieux de dialogue et partage d'information (4)(8).

En outre la HAS recommande également de favoriser les femmes à préparer un **projet de naissance**, notamment lors de l'EPP. Ce projet comprend les attentes de la femme et/ou du couple concernant le suivi de grossesse, les modalités d'accouchement et ses alternatives jusqu'à la procédure du retour à domicile (4). Il instaure un maillage entre élaboration de relation patient-soignant et participation première des parturientes.

3. Les projets de naissance des enjeux variés

Le vécu de l'accouchement des femmes conditionne le bon déroulement du nouveau statut de mère. L'International Confederation of Midwives (ICM) en a d'ailleurs fait un point essentiel : « *la grossesse et l'accouchement représentent une expérience profonde qui a une grande signification pour la femme, sa famille et la communauté dans laquelle elle vit* » (37). Or, la communication entre le soignant et la parturiente est primordiale pour un vécu positif de l'accouchement

3.1 Un outil de dialogue au cœur de la relation soignant-soigné

Dès 1993, en Angleterre, les projets de naissance apparaissent grâce à l'avis du comité d'expert « Changing Birth » après une étude de satisfaction des parents. Leur aspiration première était de pouvoir donner aux femmes une possibilité d'échanger sur leur projet à propos de l'accouchement et la naissance. Pour cela leurs choix et attentes devraient être notés sur le projet de naissance et inclus à tout dossier médical. De manière à respecter les souhaits de la femme et de son compagnon et pour leurs donner toutes les informations sur les services auxquels ils peuvent prétendre (38).

En France, c'est seulement en 2005 qu'on voit arriver la notion de projet de naissance en France. Puis c'est en 2007, que la HAS définit, dans des recommandations professionnelles sur le « *suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées* », le projet de naissance comme « *l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce au domicile et les recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents* » (8)(39).

Le projet de naissance rend compte, dans le cadre d'un échange de la problématique médicale et des besoins particuliers de chaque femme et couple (9). Il précise les éléments et les intervenants « *moteurs d'un sentiment de confiance* » pour ces acteurs (10). Le projet de naissance est remis à la sage-femme ou à un membre de l'équipe soignante à l'arrivée dans la salle de naissance ou agrafé dans le dossier obstétrical de la patiente. Il est transmis à toutes les personnes qui prennent en charge le couple pendant son séjour à la maternité (sages-femmes, médecins, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, psychologues, étudiants sage-femme etc....).

Il est essentiel que durant toute la grossesse, la femme et le couple s'impliquent dans cet événement et qu'ils s'estiment protagonistes de la totalité des décisions. Quant au corps médical, il propose, conseille puis la femme entreprend, détermine ses choix sauf en cas d'urgence. Par surcroît, la relation de confiance de ce fait établie est primordiale au suivi de la grossesse et de l'accouchement (9)(2)(32)(40).

D'après le CNGOF, le projet de naissance est rédigé avec les sages-femmes au cours de la préparation à la naissance. Celui-ci indique aussi que pour les femmes qui font la préparation en libéral, il existerait un accord avec les structures hospitalières. Les sages-femmes libérales devraient connaître les possibilités de la maternité choisie et mieux informer les couples quant à la rédaction des projets de naissance. En revanche, il dit que dans le cas où le projet est rédigé avec des sages-femmes qui ne sont pas en lien avec les établissements de santé, il est relu dès que possible par les coordonnateurs de l'espace de la naissance (9).

Il s'agit d'une démarche complémentaire à la PNP visant à l'amélioration des compétences des femmes et des couples (41). Celui-ci incarne donc l'autonomie des patientes et rend à celles-ci leur place d'actrices principales (29).

3.2 Un outil moteur de physiologie

Le postulat que la grossesse et les accouchements sont physiologiques ne demande pas une surmédicalisation, mais une harmonisation et un soutien. Ceci est le fondement d'une nouvelle approche de la naissance (4). Les projets de naissance initient cette libération de la médicalisation et le retour vers une naissance « naturelle » (44) évitant à la femme des interventions non nécessaires (37).

Il est crucial de rappeler que toute grossesse n'est pas physiologique, et que dès lors que la grossesse n'est plus dite « normale » il convient d'appliquer une prise en charge médicale appropriée, à travers des recommandations spécifiques. L'HAS énonce que les femmes concernées sont : « *les femmes enceintes en bonne santé présentant un risque obstétrical bas durant le suivi de grossesse et avant l'accouchement sur le lieu de naissance* » et que sont exclues par exemple : « *les femmes présentant un utérus cicatriciel, une grossesse gémellaire une suspicion de retard de croissance ou un petit poids selon l'âge gestationnel, un diabète gestationnel, une présentation céphalique défléchie et par le siège, les accouchements prématurés* ». Le niveau de risque de chaque grossesse est établi lors du suivi de grossesse. Cependant, à l'accouchement, des complications médicales peuvent subvenir et ce niveau est réévalué. Si aucune complication ne survient l'évolution est considérée normale (4).

Le **projet de naissance** occupe alors une place dans la démedicalisation de la grossesse et permet au professionnel de s'ouvrir à des approches autres que purement médicales et d'évoluer dans sa pratique : il amène la remise en question des pratiques et des conditions de la naissance (38). D'après Ian Askew, directeur du département santé reproductive et recherche de l'OMS, « *Même si une intervention médicale est souhaitée ou nécessaire, la participation des femmes à la prise des décisions relatives aux soins qu'elles reçoivent est importante pour s'assurer que ces soins remplissent leur objectif d'assurer in fine une expérience positive de l'accouchement* » (5).

Cela a été d'ailleurs énoncé à plusieurs reprises par la HAS dans les recommandations aux bonnes pratiques (RBP) sur « *l'Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales* » de Décembre 2017 (4). De plus, il est précisé que ces recommandations ont émergé sur **une demande** croissante des usagers d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance principalement en cas de bas risque obstétrical. Dans ces RBP, la HAS formule que lors d'un examen initial, il est recommandé de « *prendre connaissance du dossier de suivi de grossesse et de son éventuel **projet de naissance** ; réaliser une anamnèse, s'enquérir de ses souhaits/demandes et besoins physiologiques et émotionnels* ». Elle rappelle également l'importance de la notion du **choix des patientes** par rapport à leur projet de naissance dans laquelle doit être intégrée une information éclairée sur les différentes méthodes disponibles au sein de la maternité (4).

3.3 Un outil aux multiples dissonances

Les projets de naissance sont indiqués à plusieurs reprises dans les RBP de la HAS ou encore du CNGOF. La HAS, au centre du paradigme de l'éducation, recommande aux professionnels de la périnatalité d'informer les couples à ce sujet dès le début de la grossesse. Cependant nous ne retrouvons dans aucun de ces textes des critères ou des acquis théoriques sur le sujet (8). En effet, il est mentionné la notion de projet de naissance dans l'étape 1 de l'« *Organisation générale de la démarche de la PNP* ». Ensuite, il est aussi cité dans les objectifs de l'EPP. Plus précisément, il est dit que pour apporter une « *appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte* » il est nécessaire de : « *conforter le couple dans son projet de grossesse et de naissance : choix des modalités d'accouchement, possibilités d'accompagnement pendant la grossesse et après la naissance* ». Enfin, toujours dans les RBP de la PNP rédigées par la HAS, nous pouvons y lire un exemple de guide d'entretien qui indique les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales. Nous pouvons voir dans ce guide un onglet associant les projets de naissance à « *ce dont la femme a envie* » (8). Il n'existe pas pour autant une guideline réservée aux projets de naissance.

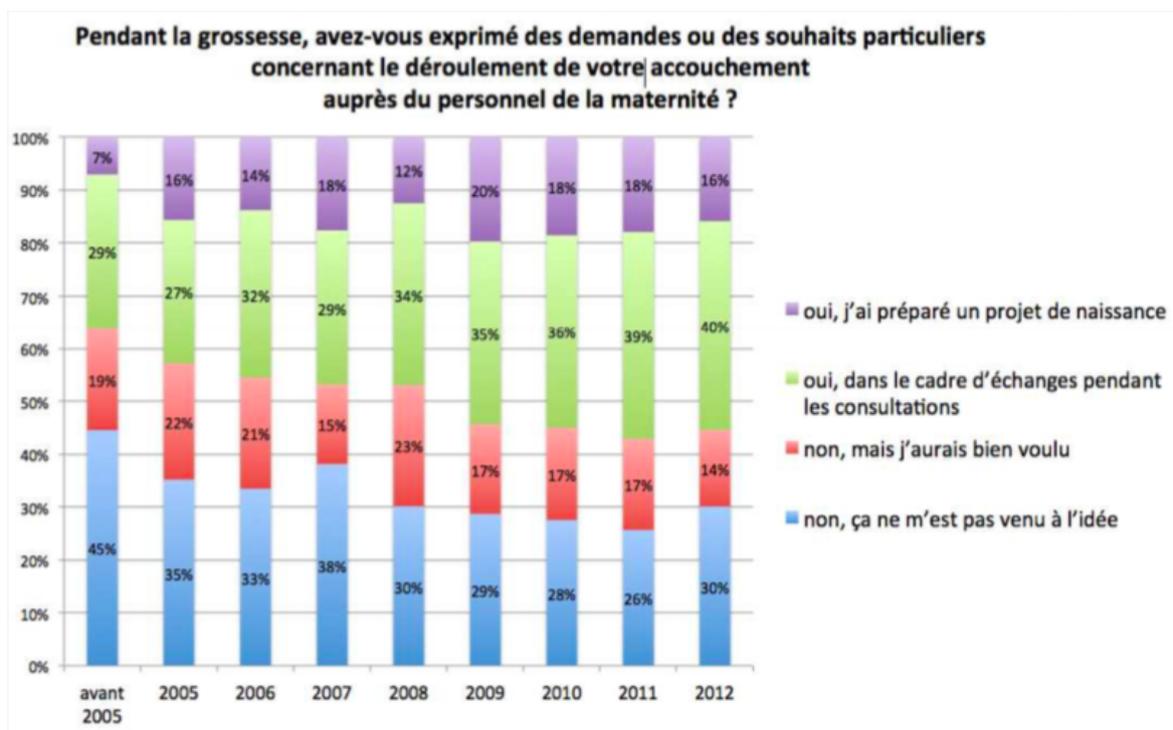
On retrouve dans la littérature que l'origine de l'information reçues par les femmes sur le projet de naissance provient principalement d'outils internet ou de lecture à destination des femmes enceintes (11).

De plus, il apparaît que les attentes personnelles, le soutien du soignant, la qualité de la relation soignant-patient et la participation à la prise de décision influencent la satisfaction des femmes pendant l'accouchement (45)(46). De même, le projet de naissance a un effet bénéfique sur le vécu de l'accouchement et la satisfaction des usagères (47).

Tout d'abord une étude qualitative de 2014 réalisée au Canada 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 équipes soignantes (48). Par ailleurs, une enquête réalisée en 2012 par le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) (49) 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 respecté 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* ».

En considérant le bien-fondé des recommandations énoncées précédemment on observe dans la littérature que les projets de naissance sont très peu utilisés. De plus en analysant les données de l'enquête du CIANE présenté en dessus on observe une augmentation du nombre de projet de naissance passant de 7% en 2005 à 18% en 2009 (49). Or, d'après l'enquête de périnatalité de 2016, les projets de naissances auraient été réalisés à 3,7% (6) ; soit une diminution considérable, entre 2009 et 2016. Il faut tout de même prendre en compte qu'il ne s'agit pas des mêmes effectifs, 5460 pour le CIANE et 11 688 pour le rapport de 2016 de l'enquête périnatale et qu'il ne s'agit pas aussi du même moyen de recueil. Cela n'empêche pas de constater une diminution nette de cet outil.

Analyse des réponses au questionnaire CIANE recueillies entre février 2012 et mi-juin 2012 (49)



Enfin, offrir un temps de parole et de choix éclairé sur les conditions de la naissance font partie des réclamations des usagers soutenues par des associations à but non lucratif comme l'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR) et le CIANE (50)(51).

Par ailleurs, aucune étude évaluant l'élaboration effective des projets de naissance en France n'a été retrouvée contrairement aux pays anglo-saxons (52). De plus, aucune évaluation concernant l'origine de l'information ou la qualité de celle-ci n'est connue. Très peu d'études françaises évoquent le projet de naissance. Pourtant, les femmes décrivent vouloir être plus informées tandis que la satisfaction des utilisateurs vis à vis de cet outil reste largement observée (32)(40)(53)(54).

Le projet de naissance apparaît comme un outil simple, aux multiples intérêts pour le patient et aussi pour la relation soignant-patient. Pourtant, sa mise en œuvre est encore très limitée en France au sein des maternités. Il est légitime de se demander pourquoi et de rechercher quels peuvent être les freins et les moteurs à la mise en œuvre des projets de naissance dans les maternités Françaises.

Alors quels sont les freins et les moteurs à l'utilisation des projets de naissance au sein des maternités de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) ?

DEUXIEME PARTIE

1. Matériels et méthode

1.1 Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de notre étude est l'identification de freins et de moteurs à l'utilisation des projets de naissances dans les maternités. La littérature ne permettant pas de définir des hypothèses précises, il était plus pertinent de définir des axes de recherche. Nous avons donc retenu les axes suivants : un axe organisationnel, un axe financier, un axe humain et enfin un axe « philosophique ».

1.2 Type d'étude

Afin d'explorer plus finement ce qui pouvait faire ainsi obstacle ou favoriser ces projets, nous avons réalisé une étude qualitative à visée exploratoire, multicentrique par entretiens auprès de cadres de maternités. Une telle approche a permis une posture de compréhension et non d'évaluation.

1.3 Population d'étude

Dans un souci de faisabilité (proximité géographique, respect de l'échéancier), les maternités choisies se situaient dans la région Ile de France. Par ailleurs nous avons décidé de sélectionner les treize maternités de l'AP-HP car celles-ci sont composées de maternités de tous les types (1, 2 et 3) et donc constituaient une cohérence géographique et statutaire.

La population retenue concernait les sages-femmes cadres (cadre supérieur, cadre de salle de naissance, cadre de consultation) des 13 maternités de l'AP-HP :

- Antoine-Béclère (Clamart)
- Armand Trousseau (Paris 12)
- Beaujon (Clichy)
- Bicêtre (Le Kremlin-Bicêtre)
- Claude Bernard (Bichat)
- Cochin-Port Royal (Paris 14)
- Jean Verdier (Bondy)
- Lariboisière (Paris 10)
- Louis Mourier (Colombes)
- Necker (Paris 15)
- Pitié Salpêtrière (Paris 13)
- Robert Debré (Paris 19)
- Tenon (Paris 20)

Cette population a été choisie pour des raisons de commodité et d'expertise sur notre sujet. En effet elles ont une vision globale des services et des informations concernant les différents axes préétablis. Notre objectif était d'obtenir un entretien avec au minimum une sage-femme cadre par maternité. Pour ce faire une lettre a été envoyée par mail à chaque cadre en septembre 2018 (Annexe 1), afin de solliciter sa participation.

1.4 Outil méthodologique

Pour satisfaire aux exigences du critère qualitatif de notre étude, nous avons opté pour la réalisation d'entretiens semi-dirigés en présence du professionnel. Nous avons ainsi conçu un guide d'entretien afin d'aborder les différents axes de recherche tout en laissant la liberté de parole au participant. Une première grille d'entretien a été réalisée début Octobre 2018 et a été testée auprès de deux sages-femmes enseignantes, anciennement cadre de service. Le test réalisé a permis de vérifier si les questions étaient compréhensibles et si l'exploitation des réponses données permettait de répondre à notre problématique et à nos axes de recherches.

La grille d'entretien a été réalisée sur la base de quatre axes de recherche ; soit un axe financier, un axe organisationnel, un axe humain et enfin un axe « philosophique ».

Dans un objectif de fidélité du discours, toutes les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone, déposé entre la cadre sage-femme et le meneur de l'entretien, après accord des personnes interrogées.

Chaque entretien a débuté par une redéfinition du sujet, le déroulé, la durée approximative et la possibilité à tout moment de ne pas répondre à une question ou de quitter l'entretien. C'est durant ce moment que l'information d'anonymat de l'entretien a également été formulée et le consentement du professionnel recueilli.

La suite de l'entretien a été menée selon une grille d'entretien (Annexe 2). A l'issue de chaque entrevue, nous concluons par des remerciements et d'éventuelles remarques sur le déroulé de la rencontre.

1.5 Déroulement de l'étude

Cette étude a commencé le 7 septembre 2018 par l'envoi d'un mail aux cadres des 13 maternités de l'AP-HP (Annexe 1). Il s'agissait d'un mail groupé incluant à chaque fois cadre supérieur, cadre de salle de naissance et cadre de consultation. C'est dans ce mail que le caractère d'anonymat été indiqué pour la première fois. N'ayant que deux réponses en 1 mois et demi nous avons décidé de téléphoner aux cadres ou de se déplacer directement afin d'obtenir un rendez-vous. Ces entretiens ont eu lieu du 5 octobre 2018 au 27 novembre 2018. Les entretiens se déroulaient dans le bureau personnel du cadre.

1.6 Stratégie d'analyse

Dans un premier temps, les enregistrements de nos entretiens étaient transférés immédiatement sur un ordinateur personnel protégé par un mot de passe. Ils y étaient ensuite stockés dans un fichier spécifique.

Les retranscriptions écrites se sont déroulées grâce à un casque audio et une écoute attentive des témoignages. Nous avons utilisé le logiciel de traitement de texte « *Microsoft Word Office 365* » ainsi que le logiciel de lecture « *Lecteur Windows Media* » du système d'exploitation « *Windows 10* ». Nous avons décidé de retranscrire les entretiens car d'une part, cela justifiait d'obtenir des citations fidèles des interrogés et non une interprétation immédiate. D'autre part, cela a permis de réaliser deux lectures intégrales des entretiens ; par le directeur de mémoire et l'étudiant meneur de la recherche.

Dans un second temps, nous avons effectué une première lecture des entretiens en surlignant les notions qui nous semblaient importantes. Cela nous a permis de dégager nos premiers verbatim et ainsi de lister les différents axes de réponses. Les témoignages recueillis ont été rendus anonymes pour le respect de la confidentialité des cadres. Cela signifie que les noms des cadres, des établissements, ainsi que des professionnels de santé ont été remplacés par des chiffres n'ayant aucun lien avec la situation réelle.

Dans un troisième temps, nous avons décidé d'utiliser une grille d'analyse des entretiens (Annexe 3). Cette grille nous a permis ensuite de classer les réponses obtenues par axe de recherche (Annexe 4).

Enfin, au cours de la lecture des entretiens, d'autres axes de recherche jusqu'ici non pressentis ont été identifiés ainsi que des sous-parties non attendues. Le premier est un axe « outils » comprenant le format et le contenu, le deuxième est un axe géographique que nous avons décidé d'inclure dans l'axe humain. Nous avons, au sein de ces axes, identifié des thèmes et des sous thèmes permettant de catégoriser plus finement le contenu des propos recueillis. Nous avons donc créé une catégorie « patientes » dans l'axe humain pour répondre à l'axe géographique. Ensuite, une sous-partie nommée « représentations » a été incluse dans l'axe intitulé idéologie. La discussion s'articule autour de ces derniers reprenant les résultats.

2. Résultats

2.1 Population interrogée et caractéristiques des sites de l'étude

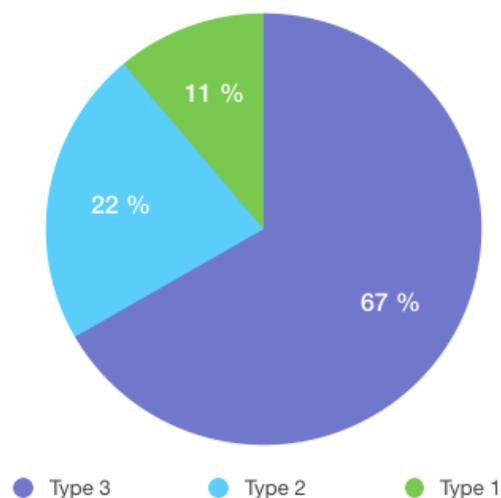
2.1.1 Cadres interrogées

Notre étude concerne les sages-femmes cadres des 13 maternités de l'AP-HP. Deux des maternités n'ont pas répondu à nos mails et appels téléphoniques puis deux autres n'ont pas souhaité réaliser un entretien en évoquant le fait qu'elles n'utilisaient pas l'outil. De ce fait nous avons interrogé 9 cadres au total, dont 3 de consultations, 3 de salle de naissance et 3 cadres supérieurs. De plus un entretien a été retranscrit par prise de note car une cadre a refusé l'enregistrement.

Pour garantir l'anonymat nous avons fait référence aux cadres interrogées en leur attribuant un numéro de 1 à 9 sans corrélation avec un ordre alphabétique. Nous parlerons ensuite des types de maternité dans lesquelles elles travaillent.

2.1.2 Maternités

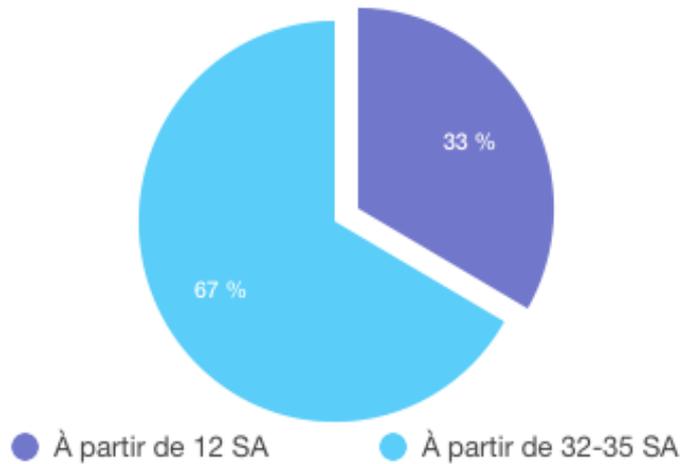
Graphique 1: Représentation des types de maternités interrogées



Notre étude s'est donc déroulée dans 9 maternités de l'AP-HP. Une maternité de type 1, deux de type 2 et 6 de type 3.

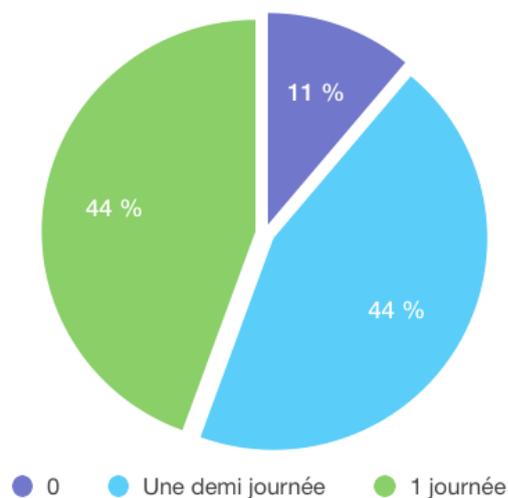
2.1.3 Offre de soins du pôle mère-enfant

Graphique 2: Terme de début de suivi de grossesse en consultation



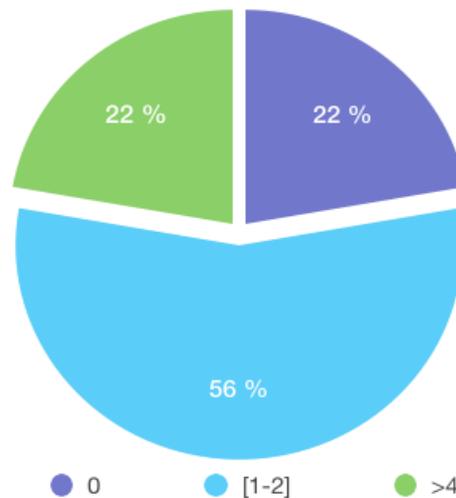
Nous observons que le suivi de grossesse est organisé de façon différente au sein des maternités. Une majorité suit les grossesses à partir du septième ou huitième mois. Dans ces cas-là, le suivi de grossesse s'effectue en ville par des sages-femmes libérales, médecins généralistes ou gynécologues.

Graphique 3: EPP (journée / semaine)



Nous constatons qu'au sein des neuf maternités de l'AP-HP interrogées, en moyenne 1 à 2 demi-journées sont consacrées à des EPP.

Graphique 4: PNP (séance / semaine)



En ce qui concerne les séances de PNP, deux des maternités n'en réalisent pas. Cinq en font 1 à 2 séances par semaine et 2 en font plus de 4 par semaine.

2.2 Les projets de naissance dans l'établissement

2.2.1 Existence et organisation

Au sein des maternités interrogées, la totalité des cadres déclarent qu'elles n'utilisent pas ou peu les projets de naissance dans leur maternité. A la question : **« Comment utilisez-vous les projets de naissance dans votre maternité ? »**, elles répondent :

- Cadre 1 : « *Peu voire pas du tout* » ; « *On ne travaille pas dessus je dirais.* »
- Cadre 2 : « *Y'en a c'est sûr mais très peu* »
- Cadre 3 : « *On ne les utilise pas du tout et pour tout vous dire je n'en vois pas l'utilité* »
- Cadre 4 : « *(...) par contre très peu de demande de projet de naissance* »
- Cadre 5 : « *On ne les utilise pas, on fait déjà très peu d'entretien prénatal précoce* »
- Cadre 6 : « *Alors on a très peu de patientes qui arrivent avec des projets de naissance dans notre maternité.* »
- Cadre 7 : « *Ah les projets de naissance, ah non pas du tout* »
- Cadre 8 : « *Pas beaucoup pour nous* »
- Cadre 9 : « *Les projets de naissance ? En fait on en a peu* »

Toutefois, la cadre 4 évoque la volonté d'en faire : « *on essaye de leur donner l'information enfin de le proposer en systématique en consultation* ».

Concernant l'origine des projets de naissance, la réponse n'est pas unanime. Les cadres citent trois sources différentes : les sages-femmes libérales, les patientes directement via internet ou les associations d'utilisateurs et un référent au sein du service qui serait la sage-femme en charge des EPP.

- Les sages-femmes libérales :

- Cadre 5 : « *Des sage-femme libérales, pas de chez nous* »
- Cadre 8 : « *nos collègues libérales travaillent extrêmement bien la réflexion des projets de naissance* »

- Les patientes :

- Cadre 4 : « *Pas forcément ça dépend, des fois ils le construisent tout seuls* »
- Cadre 3 : « *(...) c'est tout simplement un effet de mode créé par internet et toutes les associations d'utilisateurs.* »

- Référent de service :

- Cadre 2 : A propos de la sage-femme responsable des entretiens prénatals précoces :
« *(...) Alors oui elle en parle en systématique et en construit, après ses collègues de consultation elles pensent comme moi elles en parlent pas du tout.* »
- Cadre 9 : « *Presque toujours ce sont les patientes qui arrivent avec, (...) quand je les vois en entretiens prénatals précoces, dès que y'a des demandes je leur dis écrivez-le* »

De plus, 5 cadres sur 9 rapportent la même organisation pour recevoir et utiliser les projets de naissance. En anténatal, il est agrafé aux dossiers (en page de couverture ou rabat du dossier) pour qu'il soit facilement vu lors de l'admission en salle de naissance. Certaines cadres disent qu'il n'est pas lu en amont. Ensuite en salle de naissance, une fois la patiente installée, il est récupéré et lu avec la patiente et le couple.

- En anténatal :

- Cadre 2 : « *Ils sont dans le dossier médical, agrafés dans la jaquette pour que ce soit vu et c'est écrit projet de naissance sur la page de couverture pour qu'on ne passe pas à côté surtout* »
- Cadre 5 : « *Dans la page de garde du dossier et c'est relu à l'arrivée en salle de naissance avec la sage-femme qui va l'accompagner.* »

- En pernatal :

- > Cadre 4 : « *Déjà elle voit dans le dossier qui a un projet de naissance donc ça s'est déjà pas mal et ensuite elles vont rediscuter avec la patiente / le couple de ce qui a pu être écrit* »
- > Cadre 8 : « *Ben il est pas du tout vu en amont, c'est dans le dossier donc c'est la sage-femme qui s'occupe de la patiente en salle de naissance qui va lire le dossier et voir toutes les attentes probables* » ; « (...) *ça va être rediscuté avec la patiente on va revoir comment ça se passe le pourquoi du comment revoir les déchirures etc.* » (L204-208)

Enfin, pour 2 cadres si le projet de naissance n'est pas compatible avec l'offre de soins alors le couple rencontre la sage-femme coordinatrice ou le chef de service afin de rediscuter et envisager une **redirection** vers une autre maternité si cela reste infaisable.

- > Cadre 9 : « *s'il y a des choses très spécifiques qu'on ne pourra réaliser faute d'offre de soins, à ce moment elle rencontre la sage-femme coordonnatrice Mme Z qui va discuter avec elle de ce qui sera faisable ou pas et si cela n'est vraiment pas possible à ce moment-là on les redirige* »
- > Cadre 6 : « *Alors les rares fois où elles se sont présentées et qu'elles tenaient à leur projet de naissance elles ont eu un rendez-vous avec moi ou le chef de service* » « *Toute patiente qui tient à son projet de naissance on lui explique qu'on ne fonctionne pas comme ça mais si elles sont plus attachées à leur projet de naissance qu'à l'accouchement à P on lui proposera de la rediriger.* »

2.2.2 Une définition à préciser

Au cours de cette étude nous avons observé des **représentations** différentes des projets de naissance. Ces perceptions influencent la **définition** des projets de naissance. D'ailleurs la question de la définition du projet de naissance a été soulevée durant les entretiens.

- > Cadre 3 : « (...) *il y a un problème de définition du projet de naissance. Il n'y pas de définition à proprement parlé, chacun en a sa propre définition et expérience du coup ça crée des conflits et c'est plus ou moins mal véhiculé et vécu en salle de naissance.* »
- > Cadre 2 : « *Oui mais est-ce qu'on peut appeler ça des projets de naissance, là c'est aussi compliqué c'est qu'on n'a pas de définition du projet de naissance.* »

Au sein des différents établissements, nous avons pu observer deux visions du projet de naissance. Premièrement, 2 cadres présentent une vision « formelle », et donnent une définition concrète avec un **projet écrit**. Deuxièmement, on retrouve des définitions de projets de naissance « informels ». Quatre cadres décrivent les projets de naissance comme **une discussion** autour des attentes des couples.

- Projet de naissance « formel » :

- Cadre 4 : « *Ceux qui considèrent que le projet de naissance ne doit pas être écrit ils ont rien compris... (...)* » ; « *(...) qu'elles écrivent un projet de naissance pour moi c'est le bébé de la grossesse* »

- Projet de naissance « informel » :

- Cadre 6 : « *Alors ça c'est discuter avec elle, évidemment qu'on ne fait rien sans recueillir l'accord de la patiente. Une patiente sait qu'elle peut émettre des souhaits, s'ils sont réalisables, s'ils correspondent à la prise en charge, si médicalement parlant ça représente un risque par contre on ne le prendra pas* »
- Cadre 7 : « *le projet de naissance écrit, je suis honnête, je dis aux patientes d'éviter de le faire même je le déconseille ; au contraire d'y réfléchir et verbaliser des souhaits à son arrivée en salle de naissance ça je le recommande même en parler lors des consultations.* »

Nous avons vu que les entretiens montrent deux visions du projet de naissance, de surcroît les témoignages des cadres évoquent aussi les avantages et inconvénients à ces deux formats que nous reverrons plus en détail dans la partie formalisation qui suit.

- Projet de naissance « formel » versus projet de naissance « informel » :

- Cadre 4 : Concernant une « formalisation » : « *quand c'est écrit on a une trace et on en parle.* » ; « *pour qu'elles puissent au moins s'exprimer sur leurs désirs et leurs souhaits.* » ; « *(...) ce sont des écrits qui restent et si on a déjà ces écrits là c'est qu'on a déjà débrouillé avec elle des peurs et qu'on a entendu ses demandes et ça c'est important. Alors les professionnels qui se sentent écrasés ou devant le fait d'accomplir mais c'est pas du tout ça.* »
- Cadre 5 : « *(...) Je ne sais pas après informels oui bien sûr c'est quelque chose d'important ça participe au lien et à la communication avec les patientes et ça lui apporte quelque chose qui fait que le moment où elle pense à la naissance ça reste un bon moment et ça l'aide et participe à tout ça car ça fait partie du métier de sage-femme* »
Concernant une « formalisation » : « *Euh si tout de même car la sage-femme qui va faire son suivi, sera pas la sage-femme qui fera son accouchement donc elle ne sera pas* »

forcément au courant de ses peurs ses attentes particulières donc formalisé ça pourrait être bien maintenant faut franchir le pas »

- > *Cadre 7 : « (...) moi j'ai pas mal d'amis à qui j'ai dit plutôt que d'arriver avec une lettre écrite qui passe pas forcément bien car stigmatisant pour le couple et pour l'équipe, en étiquetant j'ai un projet de naissance, ce qui dans un système qui est beaucoup protocolarisé (...) donc de se retrouver avec un projet écrit c'est toujours un peu plus violent que de dire oralement j'aimerais bien ça ou ça »*
- > *Cadre 9 : « Oui je pense que c'est encore plus facile quand c'est informel car y'a un échange et on le sait c'est parfois vécu comme agressif envers l'équipe et on sent parfois de la méfiance de la part des patientes, les équipes comprennent pas pourquoi les patientes peuvent penser ça d'elles et ça peut braquer », concernant une « formalisation » : « Après c'est sûre que quand c'est formel c'est plus facile d'échanger car ça peut-être le départ de la communication et de voir qu'on s'intéresse à ses attentes ça met en confiance les patientes. »*

2.3 Les freins à l'utilisation des projets de naissance

Au cours de la retranscription des entretiens, est apparue une double compréhension de la question des freins et moteurs aux projets de naissance. En effet les cadres ont énoncé des freins et des moteurs à deux niveaux : des freins en amont soit à l'information et la sollicitation des femmes à formuler des projets de naissance, puis des freins et moteurs en aval soit dans leur application.

2.3.1 Formalisation et contenu

Durant notre enquête nous avons observé qu'un des premiers points négatifs décrits par les cadres de santé était la manière dont les projets de naissance étaient construits. En effet le contenu était évoqué non optimum par sa forme contractuelle, restrictive et rigide par 5 cadres. Ensuite 2 cadres nous ont aussi parlé d'incompatibilité avec l'offre de soins de leur établissement. Puis 4 cadres ont décrit les projets de naissance comme « universels », soit toujours le même, à cause de la démocratisation du monde numérique.

- Contractuelle, restrictive et rigide :

- > *Cadre 9 : « Alors le format écrit bof, euh je pense que ça commence à changer mais que ça a longtemps été vécu comme des directives (...) »*
- > *Cadre 7 : « (...) j'ai dit plutôt que d'arriver avec une lettre écrite qui passe pas forcément*

bien car stigmatisant pour le couple et pour l'équipe » ; « (...) se retrouver avec un projet écrit c'est toujours un peu plus violent que de dire oralement j'aimerais bien ça ou ça. » ; « Il est important aussi de le tourner toujours en positif par exemple « j'aimerais que » »

- Incompatibilité avec offre de soins :

- *Cadre 1 : « Il faut juste arrêter (...) les sages-femmes libérales complètement en dehors de nos pratiques de services. »*
- *Cadre 6 : « Toute patiente qui tient à son projet de naissance on lui explique qu'on ne fonctionne pas comme ça »*

- Impersonnelle :

- *Cadre 6 : « Il faut juste arrêter les conneries de copier-coller sur internet »*
- *Cadre 1 : « (...) on voyait des choses hallucinantes, comme je ne veux pas d'épisiotomie, être lacéré comme un porc grillé... Du n'importe quoi, elle prenait des choses toutes faites sur internet sans personnalité c'était du copier-coller. »*

L'application de cet outil se fait au cas par cas. Elle dépend avant tout de **la nature** du contenu. D'après la majorité des cadres, si celui-ci est « basique », « simple » dans sa réalisation il pourra être réalisé.

- *Cadre 6 : « Encore une fois c'est au cas par cas. La patiente qui demandera de mettre l'enfant en peau à peau et faire un clampage tardif du cordon (...) voilà tant que ça ne va pas dans des demandes extravagantes on le fait. »*
- *Cadre 7 : « Ça dépend du contenu, ça dépend de la façon dont s'est emmené. »*
- *Cadre 9 : « si tout est standard et qu'elle veut qu'on lui explique les soins qu'on mette le bébé en peau à peau, (...) alors on l'agrafe dans le dossier »*

Enfin une réflexion ressort de ces entretiens, toujours sur le contenu des projets de naissance. Certaines cadres (4 sur 9) disent qu'il est seulement réduit à l'accouchement alors qu'il est essentiel aujourd'hui de s'intéresser au post-partum et plus largement au retour à domicile :

- *Cadre 7 : « Il y a une chose que je trouve particulièrement dommage surtout en France c'est qu'on concentre beaucoup sur la grossesse et sur l'accouchement qui dure en soit 10h-12h alors oui c'est un moment très important bien sûr je ne minimise pas mais y'a beaucoup moins de projet sur le retour à domicile et sur la parentalité surtout les femmes sont encore beaucoup trop seules. Projet de naissance c'est bien mais inclure alors projet de portage, de retour à domicile, de vision de la parentalité, de garde, de tout... Arrêtons de les lâcher dans la nature... Voilà le projet de naissance devrait inclure beaucoup beaucoup plus de chose »*

- Cadre 8 : « Je pense que voilà s'intéresser aux patientes savoir ce qu'elles veulent c'est un sujet plus que d'actualité alors est-ce que cela s'appelle projet de naissance ou écoute bienveillante je crois que le principal c'est de pouvoir les revoir 1 ou 2 mois après pour savoir ce qu'elles ont ressenties durant ces moments »
- Cadre 9 : « Parfois ça se passe pas du tout comme on l'avait pensé écrit c'est vécu comme un échec et ça en devient délétère les PDN dans ces situations. Le problème aussi c'est quand on ne revient pas dessus en post partum en SDC c'est pareil ça dépend des sages-femmes il faut revenir absolument dessus et la dépend plus de l'activité de la formation ça dépend de l'humain tout court. »

2.3.2 Humains

Les professionnels de santé :

Les projets de naissance rencontrent plusieurs obstacles dans leurs utilisations dus aux professionnels de santé. Certains se montrent hostiles et réfractaires à l'utilisation de ce procédé. Premièrement, les cadres rapportent qu'il s'agit d'une question de **personnalité**. Les pratiques professionnelles fluctuent avec l'**individualité** de chacun en fonction de leurs **expériences, croyances**. De plus, elles parlent de la **formation** initiale ou continue où les professionnels acquièrent des connaissances précises sur le sujet et se montrent d'avantage sensibles.

- La personnalité :

- Cadre 9 : « Je pense que ça dépend des sages-femmes malheureusement ça relève de la personnalité (...) »
- Cadre 4 : « On a par contre très peu de demandes de projet de naissance ; je pense que c'est parce que ce n'est pas dans la mouvance, parce que d'abord la sage-femme qui fait des consultations n'est pas forcément aux faites de ça »

- La formation :

- Cadre 9 : « enfin c'est une question d'approche, de formation. », « Je crois que c'est une question de personne, de formation, de rencontre »
- Cadre 6 : « La clé, les conseils je ne sais pas je dirai oui que ça passe par une formation une sensibilisation c'est vrai ici celles qui sont les plus sensibles à ce sujet ce sont celles qui ont reçu la formation sur l'entretien prénatal précoce. »

De surcroît cela varie en fonction de **la profession**, « Sage-femme mais aussi gynécologue car eux mais alors ils sont pas du tout dans ça et d'ailleurs eux ne parlent même pas de l'Entretien Prénatal Précoce ça c'est sûr que c'est un autre frein. » (Cadre 2).

Les patientes :

Lors de notre étude, sont évoqués par certaines cadres des obstacles en lien avec la population. Dans un premier temps par rapport au bassin de population. En effet, 3 cadres considèrent que de par les niveaux sociaux-économiques ou les cultures, leur patientèle n'est pas concernée. Dans un second temps elles mettent en évidence un frein lié aux niveaux de risque de la grossesse.

- Bassin de population :

- Cadre 1 : « *Mais vous savez nous on n'a pas ce type de patiente nous on a beaucoup beaucoup de précarité. » « Y'a pas de demande encore une fois ce n'est pas notre patientèle. On n'a pas de bobo. », « Nous avons aussi ici un frein dû à la précarité des patientes, on passe plus de temps sur ce type de vulnérabilité. »*
- Cadre 2 : « *oui la précarité c'est le plus gros frein avec un accès aux soins tardifs. »*
- Cadre 4 : « *Ce n'est pas la 7ème pare africaine à qui je vais demander de faire un projet de naissance car elle n'en aura pas, elle comprendra pas pourquoi, ce n'est pas dans sa culture autant la primipare ingénieur commercial qui arrive du 17ème elle sera plus enclin à recevoir cette information après elle la prendra ou la prendra pas mais elle l'aura reçu. »*. A propos de la précarité : « *Oui c'est vrai je suis d'accord avec ça c'est peu compatible. » ; « Ça sera quand le projet de naissance sera déjà démocratisé par tout ou ça rentrera dans les mœurs où tout le monde donnera l'information et tout le monde dira je fais un projet de naissance, là on pourra s'attaquer au précaire et en construire un plus en adéquation avec leurs cultures. Je pense qu'une fois que la vague sera lancée on dira c'est parti. Il faut une base solide pour les projets de naissance. »*

La cadre 1 rajoute que la répartition est **inégalitaire** au sein du réseau de l'AP-HP : « *Y'a un gros problème à l'AP-HP, moi je comprends pas, c'est le problème de la mixité dans les maternités. Mixité sociale j'entends car les patientes précaires elles sont toutes regroupées au même endroit et les patientes plus socialisées toutes ailleurs, c'est pas normal non. C'est bien beau de faire une salle nature ou une filière physiologique mais encore faut-il accepter toutes les patientes ce qui n'est pas le cas de toutes les maternités de l'AP-HP pour ne pas les citer. »*

- Niveau de risque de la grossesse :

- Cadre 1 : « *(...) donc on a des patientes avec de la pathologie ça empêche certaine liberté »*
- Cadre 3 : « *Nous ici on a beaucoup de patiente avec des grossesses pathologiques on est obligé d'être dans la sécurité. »*

- Cadre 7 : « Euh non mais vous savez on en a très peu en fait, on a des grosses pathologies donc les patientes qui viennent ici c'est pas leur priorité elles viennent pour insuffisance cardiaque etc. c'est vraiment le cadet de leurs soucis. »

A travers cette **axe humain** et ces vécus différents, nous avons pu observer qu'un défaut d'information aux patientes avait lieu. En effet les professionnels de santé ne mentionnent pas tous les projets de naissance durant les consultations soit par **manque d'intérêt** soit par **faute de formation** ou encore par **perception individuelle**. A la question « *Les sages-femmes en consultations donnent-elles l'information sur l'existence de cet outil ?* » la cadre 1 réponds : « *Non je vous dis on en fait pas du tout.* » ; « *Pour le coup je pense que ça c'est un manque d'information.* » (Cadre 2) « *On a par contre très peu de demandes de projet de naissance (...) y'a un réel manque d'information.* » (Cadre 4). Pour pallier à cette pénurie d'information, la cadre 2 propose : « *Mais je pense qu'on pourrait le faire en systématique comme on dépiste les violences faites aux femmes, les précarités* ».

2.3.3 Financiers et organisationnels

La majorité des cadres (6 cadres sur 9) ont évoqué comme frein majeur le frein financier. De plus, à travers les réponses données, ce frein est corrélé souvent avec celui organisationnel.

Le manque de financement ne permet pas d'ouvrir plus de consultations ou d'accorder plus de temps pour celles déjà en place. Il expose à un manque d'effectif dans les différents services. Les cadres parlent d'un ratio sage-femme/femme trop faible. De plus, 3 cadres disent que leurs matériels et leurs espaces constituent un frein.

- Manque de consultation :

- Cadre 1 : « *j'ai des sages-femmes avec plein de formations : sophrologie, acupuncture, homéopathie mais elles ne peuvent pas pratiquer car l'hôpital ne veut pas pour manque de financement, il n'a pas d'argent pour ouvrir ce genre de poste.* »
- Cadre 5 : « *L'argent on n'a pas de budget* » ; « *Même ouvrir plus de créneaux en consultation pour des EPP ou autres c'est pas possible.* »

- Manque d'effectif :

- Cadre 9 : « *le premier frein c'est l'activité et surtout le ratio femme par rapport au nombre de sage-femme donc ça serait plus un frein économique* » ; « *Après c'est sûr que la patiente qui arrive et qui veut accoucher sans péridurale elle va avoir besoin d'une sage-femme quasi en permanence et ici c'est certain qu'elles pourront pas* »
- Cadre 2 : « *Enfin l'activité enfin le ratio sage-femme/ femme qui est trop élevé.* »
- Cadre 5 : « *Oui c'est sûre que notre activité est importante, le ratio de sage-femme / femme est tellement faible ça empêche plein de choses et notamment de faire des projets de naissance et encore plus de physiologie aussi du coup* »

- Les locaux :

- Cadre 2 : « *Les locaux car j'ai pas d'espace physiologique* »
- Cadre 6 : « *Les locaux, le type de structure, les effectifs et l'activité* »
- Cadre 5 : « *Après c'est aussi matériel car on a 10 boxes et c'est tout le temps plein !!* »

Concernant le frein organisationnel, les cadres déclarent leur organisation de soins non adéquate avec l'utilisation des projets de naissance de par le type de maternité, de par l'activité et de par les protocoles et la sécurisation des soins.

- Type de maternité :

- Cadre 1 : « *On a aussi d'autres freins, dû à notre type de maternité, on est un type 3 donc on a de la pathologie* »
- Cadre 7 : « *Euh non mais vous savez on en a très peu en fait, on a des grosses pathologies donc les patientes qui viennent ici c'est pas leur priorité* »
- Cadre 8 : « *Oui l'accompagnement nécessite une disponibilité on le sait bien, je ne vous l'apprend pas parfois les sages-femmes n'ont pas cette disponibilité par les pics d'activités. Il y a les niveaux d'urgence et c'est là où parfois les niveaux 3 y'a une certaine concentration d'urgence au détriment du reste.* »

- Grossesse à risque :

- Cadre 1 : « *On a aussi d'autres freins, dû à notre type de maternité, on est un type 3 donc on a de la pathologie ça empêche certaine liberté* »
- Cadre 7 : « *Euh non mais vous savez on en a très peu en fait, on a des grosses pathologies donc les patientes qui viennent ici c'est pas leur priorité elles viennent pour insuffisance cardiaque etc. c'est vraiment le cadet de leurs soucis.* »

- Charge de travail :

- Cadre 9 : *« Après je pense aussi que ça dépend de l'activité, hier elles ont fait 12 accouchements en 12 heures elles ont pas eu le temps, je suis persuadée qu'elles ont pas pu le faire... »*
- Cadre 1 : *« Ça nous prend du temps donc on n'a pas forcément les moyens derrière de lâcher du temps aux autres ou même à celle-ci. »*

- Médicalisation / Sécurisation des soins :

- Cadre 4 : *« Ensuite c'est la médicalisation, il faut faire de la physiologie plus plus. Donc pour moi n'importe quel type de maternité, niveau 1 2 ou 3 peu importe en revanche quand on voit l'activité et le ratio sage-femme / femme c'est insuffisant c'est certain. »*
- Cadre 8 : *« Le problème c'est qu'on a sécurisé pour tout le monde et on a retiré la parole aux patientes. »*
- Cadre 9 : *« mais après encore en lien avec l'activité elles ont pas forcément le temps avec l'aspect médical technique et c'est sûre que c'est rassurant de gérer. »*

Enfin nous avons identifié un frein lié à **la structure hospitalière** en particulier. Les projets de naissance pour la cadre 7 n'y sont pas adaptés et relèvent davantage du milieu extrahospitalier qui peut faire du cas par cas ; *« Le projet de naissance n'a pas trop d'intérêt dans une structure hospitalière après c'est mon avis perso, parce que ce sont des trop grosses structures pour faire des cas individuels ».*

2.3.4 Idéologie

Pour terminer nous avons noté qu'un frein idéologique existait. Par idéologique, nous entendons la notion de "représentation" et "perception" du projet de naissance par les professionnels de santé. Précédemment, nous avons cité plusieurs de ces représentations :

- Par rapport à la définition, sur ce que représente le projet de naissance et son utilité.
- Par rapport à un bassin de population qui serait non intéressé à cet outil donc à qui on ne le proposerait pas. En effet certaine cadre considère que la précarité n'est pas compatible avec la faisabilité d'un projet de naissance.

Cette partie inclut aussi toutes les **pensées personnelles** des cadres et la **philosophie de service**.

- Cadre 1 : *« Non je vous dis on en fait pas du tout. Y'a pas de demande encore une fois ce n'est pas notre patientèle. On a pas de bobo »*

- Cadre 3 : *« Rendre la femme actrice ? Pour quoi faire je vois pas où vous voulez en venir. De plus la relation soignant/soigné passe par d'autres choses que les projets de naissance » ; « Même ce qu'on peut entendre sur la création de la parentalité c'est absolument faux : en quoi un papier écrit avec des ordres de « je veux ça pas ça », et « pas d'épisiotomie » va changer quelque chose. Comme si on faisait les épisiotomies par plaisir » ; « Il est pas possible de le réaliser dans les maternités car toute urgence pourrait conduire à changer celui-ci, à ne pas le respecter et créer une pire frustration pour la femme. Pousser les patientes à en rédiger c'est une grosse erreur c'est les pousser dans des croyances qui ne seront pas réalisables quoi qu'il arrive. »*
- Cadre 7 : *« ça s'arrête pas là pour moi, il s'arrête à une façon de penser, un système de soin tel qu'il est organisé en France, peu coûteux où on prend beaucoup de patiente par garde, qui est effectivement beaucoup plus important que le ratio américain ou canadien (...) » ; « Le projet de naissance n'a pas d'intérêt dans une structure hospitalière après c'est mon avis personnel, (...) ce sont des trop grosses structures pour faire des cas individuels »*
- Cadre 8 : *« Donc c'est se poser avec elle pour voir leurs représentations c'est poser avec elle leurs attentes mais avant d'avoir des attentes il faut connaître les normalités, ce qu'il va se passer, les alternatives et quel est le sens qu'elle met à l'arrivée de cette grossesse et l'arrivée de cet enfant. Dans qu'elle contexte se construit cette grossesse et cet accouchement. C'est se demander euh alors cet accouchement comment ai-je envie de le faire, de le vivre de pas le vivre alors quand on dit ça a des femmes lambda cultivé, elles tombent des nues car on est dans une société qui réfléchit plus... Voilà maintenant j'ai le tuto de ceci et le tuto de cela donc c'est pas dans une boîte à idée le projet de naissance, il faut réfléchir donner la vie ce n'est pas rien, en tout cas on a beaucoup perdu, on aide pas forcément ces couples à ce dire qu'il passe à autre chose on est là pour accompagner certes. Si on ne parle pas de la représentation de la douleur on n'arrive à rien, car toutes ces femmes qui se sont préparées à accoucher sans péridurale et qui gère qu'on ne voit pas sourire, donc c'est pas de la souffrance elle sont heureuse c'est ça la question savoir comment on a envie de vivre cette transformation, gérée son corps c'est pour ça que le projet de naissance pour moi c'est pas en une ou 2 consultations que ça se fait mais lors d'un cheminement. »*

2.4. Les moteurs à l'utilisation des projets de naissance

2.4.1 Financiers et organisationnel

Lors de nos entretiens nous avons pu relever des moteurs aux projets de naissance. Premièrement, un aspect financier a été mis en avant. Elles nous rapportent un intérêt à avoir un effectif de sage-femme plus important. De plus, elles décrivent le besoin d'augmenter les consultations d'EPP et de PNP et le temps accordé aux femmes que ce soit en consultation ou en salle de naissance. Elles énoncent aussi l'utilité d'avoir des interlocuteurs premiers au lieu d'une multitude d'intervenants pour avoir un suivi plus complet et pertinent. Pour répondre à ce besoin, les cadres privilégient l'organisation ville-hôpital. Plus précisément, elles parlent du lien avec les sages-femmes libérales.

- Augmentation de l'effectif :

- Cadre 7 : *« Oui oui c'est sûr qu'on aurait plus de sages-femmes, de temps, de créneau et plus d'entretien prénatal précoce et de PNP »*
- Cadre 9 : *« Bien sûr de ce côté-là il en existe que ce soit avoir plus de sage-femme ou ouvrir plus de consultation, si on avait 5 sages-femmes de plus typiquement on ferait beaucoup plus d'entretien prénatal précoce et voir même de la PNP car pour moi les projets de naissance sont en lien avec ce type d'exercice »*

- Organisation ville-hôpital :

- Cadre 1 : *« Pour les moteurs moi je pense avant tout que la solution est dans la ville il y a quelques années on a eu peur ; ça a changé nos fonctionnements mais aujourd'hui je suis convaincue que c'est la seule solution, l'hôpital ne doit-être là que pour la pathologie. Même en allant plus loin l'hôpital devrait être le plateau technique du libéral. C'est plus qu'un échange qu'il faut avec la ville et le libéral puisque ce sont elles qui connaissent mieux les demandes des patientes » ; « (...) Vous vous rendez compte et ça c'est grâce à un travail en collaboration avec le libéral et plus largement avec le réseau périnatal parisien. C'est en favorisant l'échange interprofessionnel (...) Pour pallier le manque de financement premièrement je pense que de faire venir des sages-femmes libérales promet quelque chose car en faisant ces séances de PNP chez nous elles connaîtront les limites de notre maternité et pourront d'avantage personnaliser leur PNP et leur projet de naissance à notre établissement (...). Je pense que des réunions seront faites avec celles-ci afin qu'elles connaissent au mieux nos protocoles et nos conduites à tenir (...) »*
- Cadre 4 : *« Non elle envoie en libéral car vous savez je pense que la sage-femme libérale c'est la clé de tout, nous allons devenir des plateaux techniques et on va juste faire les accouchements donc la préparation c'est nos collègues libérales qui le feront. »*

La cadre 8 nous décrit une solution plus pérenne pour elle, pour pallier au manque d'effectif tout en rendant efficient le réseau et le lien ville-hôpital : *« C'est pour ça qu'en gardant le même nombre de sage-femme mais en retirant les consultations et la préparation à la naissance et à la parentalité et tout le reste et en le faisant en communication avec des sages-femmes libérales qui nous connaissent ou encore des maisons de santé ça se fait de plus en plus ça permettrait de garder toutes nos sages-femmes en salle de naissance et elles pourraient faire de la physiologie, de l'accompagnement et c'est ça l'avenir !! »*

2.4.2 Humains

D'autres points ont été soulevés comme protagonistes à l'utilisation des projets de naissance. Dans l'axe de recherche humain, il serait de sensibiliser les équipes. Certaines cadres disent que le type de maternité est indépendant de cet outil quand il est de type « informel ».

- *Cadre 2 : « Clairement c'est l'information personnelle et là en tant que cadre sup je me dis que je sensibilise pas assez mes professionnels... Sage-femme mais aussi gynéco car eux mais alors ils sont pas du tout dans ça »*
- *Cadre 9 : « Après même avec une grosse activité je pense qu'il est faisable de faire des projets de naissance informels car demander en systématique aux patientes ce qu'elles désirent je pense que ça dépend plus d'un frein humain, encore une fois d'état d'esprit de formation. »*

En outre, la cadre 4 relate le désir de *« donner l'information, enfin de le proposer en systématique en consultation »* et qu'il s'agit de ses objectifs futurs ; *« la sage-femme de consultation quand je l'ai vue en entretien de fin d'année je lui ai dit que ses objectifs pour 2019 c'était d'en faire »*.

2.4.3 Idéologie

Enfin nous avons constaté qu'un des derniers initiateurs était des personnes motrices ou des figures mobilisantes au sein des établissements s'engageant dans cette politique de service.

- > Cadre 4 : *« j'essaye de voir tous les couples, j'organise des réunions tous les mois et je leur dis à tous qu'elles doivent avoir une sage-femme libérale et qu'elles écrivent un projet de naissance » ; « Je leur donne donc mon numéro comme ça si elles veulent ou ont besoin on peut en discuter voir l'établir » ; « Oui y'a plutôt intérêt, mes équipes sont bien sensibilisées. (...) Oui, en tous les cas je veux qu'aucune sage-femme de mon équipe critique un projet de naissance (...) elle connaît son corps, donc à les écouter on a tout à y gagner, la bientraitance de la femme c'est notre priorité. Le lien avec le projet de naissance doit être encore plus fort, les femmes s'ouvrent à nous avec le projet de naissance, c'est un outil de communication, d'alliance avec le professionnel, elles nous balancent toutes leurs peurs donc écoutons les ! »*
- > Cadre 8 : *« C'est pas parce qu'on traite de la pathologie X Y Z, que le primum ou le plus important n'est pas l'accueil. Il faut penser l'accueil autrement. C'est pas Mme X elle a une pré-éclampsie je m'occupe plus de ses attentes propres à la naissance. Il peut y avoir des patho mais tout autour et pour tout à chacun une qualité d'accueil. Le bonjour, « le bonjour vous avez envie de quoi » ce n'est pas je vais checker, c'est qu'est-ce que je vais faire avec vous. »*

De plus la cadre 8 propose un entretien post natal afin de clôturer le cheminement et le parcours de soin des patientes : *« De toute manière dans tout processus il y a une porte d'entrée et une porte de sortie donc il y a l'entretien prénatal précoce qui fait office d'entrée mais il faudrait l'entretien post natal point, tant qu'on se dira que la porte de sortie c'est l'accouchement on arrivera à rien. ».*

- Le cas de la filière physiologique au sein d'un établissement :

- > Cadre : *« Mais ce qui est intéressant sociologiquement c'est que y'a des sages-femmes qui sont dans la filière physiologique et d'autres pas donc évidemment ça crée des tensions, des jalousies, de la fantasmagorie (...). Grâce à ça, il y a un mimétisme qui est en train de s'installer, de s'opérer. Je vous explique, les sages-femmes pas formées et pas dans cette filière physiologique sont en train de mimer les autres, celles qui sont dans la filière physiologique, donc je vois qu'au sein de notre salle de naissance un changement de pratique est en train de s'opérer. »*

Pour cette dernière citation nous n'avons pas mis le numéro d'identification de la cadre pour conserver l'anonymat de ses autres propos étant donné qu'il n'y a qu'un pôle physiologique à l'AP-HP.

3. Analyse et discussion

3.1 De l'origine à sa construction : comment chemine le projet de naissance ?

3.1.1 Origine et définition

Notre étude prend place au cœur de l'actualité. En effet, les recommandations de Décembre 2017 et Février 2018 sur l'accouchement normal, publiées respectivement par la HAS et l'OMS indiquent qu' « *il est recommandé d'encourager les femmes à préparer un projet de naissance* » (4). D'après les cadres, les femmes et les couples sont peu nombreux à formuler un projet de naissance ou à exprimer des demandes particulières en rapport avec leurs futures fonctions parentales. Ce constat est en rapport avec les données de l'enquête nationale périnatale (ENP) qui recense en 2016, 3,7% de couples le pratiquant (7).

D'autre part, lors de nos entretiens, la problématique sur l'origine des projets de naissance reste plurivoque. Effectivement, les cadres ont des difficultés à déterminer d'où proviennent les projets de naissance lorsque les patientes en présentent un. La HAS propose l'entretien prénatal précoce comme moment privilégié pour la réalisation des projets de naissance (4). Lors de nos entretiens, l'EPP a été plus ou moins identifié comme la consultation de référence au sein de l'hôpital pour établir les projets de naissance. Or, ces entretiens sont peu réalisés au sein des maternités de l'AP-HP conformément aux résultats de l'ENP qui publie que les EPP sont moins réalisés en région parisienne. En Ile de France, 19,5 % des femmes en bénéficient contre une moyenne nationale de 28,5% (7). Nous avons pu constater que la PNP était tout aussi peu pratiquée. Plusieurs cadres nous ont rapporté que ces pratiques relevaient d'une activité libérale et non hospitalière. En outre, les cadres désignent le milieu extrahospitalier comme étant l'origine la plus probable des projets de naissance : elles citent les sages-libérales ou les associations d'usagers comme les premiers interlocuteurs.

Dans un second temps, les cadres déclarent ne pas pratiquer les projets de naissance par manque de définition sur la forme et le contenu d'un tel projet. Dans la littérature, nous retrouvons des formes et définitions variées. Le carnet de santé maternité proposé par la Direction Générale de la Santé (DGS) en donne une qui rejoint celle de la HAS : « *c'est l'énoncé des souhaits des parents sur le déroulement de la naissance de leur enfant ; il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période post-*

natale, y compris les conditions d'un retour précoce au domicile, le recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents. » (55). Dans un autre temps, certaines cadres se refusent à démocratiser cette pratique et l'intégrer comme « une case à cocher dans le dossier » car elles considèrent le projet comme dynamique et soumis à une évolution dans sa mise en forme.

Sa réalisation se conçoit difficilement faisable en l'absence de consensus sur la provenance et la définition unique de ces projets. Il serait donc intéressant de réaliser **des groupes de travail** en interdisciplinarité incluant des professionnels de santé, des usagers et des cadres afin de collaborer pour une pratique commune la plus pérenne possible. Ces groupes auraient comme objectif premier de créer un outil par exemple un guide des projets de naissance qui regrouperait leurs pensées communes.

De plus, il semble essentiel de permettre à toutes les femmes d'avoir recours à un EPP. Il s'agit d'un temps privilégié et identifié pour commencer à aborder le sujet du projet de naissance qui sera repris et étoffé au décours des autres consultations de PNP (10). Bien que cette activité soit identifiée comme principalement réalisée en secteur libéral, le manque d'information par les professionnels de santé est encore responsable d'un trop faible taux de participation par les patientes (56). Nous pouvons rajouter qu'il n'y a pas que les sages-femmes qui déclarent ou suivent les grossesses c'est pourquoi il s'agit d'une responsabilité de l'ensemble des acteurs de périnatalité (notamment les médecins généralistes et les gynécologues obstétriciens).

3.1.2 *Projet de naissance « formel » ou « informel »*

Les projets de naissance peuvent être exprimés oralement ou par écrit. Durant nos entretiens les avis sur le format des projets de naissance, divergent. La majorité des interrogés (soit 7 sur 9) encouragent le format « oral ». Elles déconseillent le format écrit qu'elles décrivent comme trop contractuel, restrictif et rigide. Une cadre se refuse même l'utilisation de ceux-ci car elle les trouve dénués de sens et soumis à un « effet de mode ». Or, cela entre en contradiction avec le principe de respect « *d'autonomie du patient* » instauré par la loi Kouchner (18). Les professionnels de santé sont dans l'obligation légale de satisfaire ces attentes, ou de faire changer d'avis leurs patientes après dispense d'une information complète et loyale.

Au contraire, une autre cadre recommande le format écrit pour favoriser, d'une part la traçabilité, et d'autre part pour entamer une relation de confiance plaçant le soigné comme acteur principal de sa prise en charge. La charte de la personne hospitalisée du 2 Mars 2006 énonce le principe de choix et de droit à l'information du patient : « *L'information donnée aux patients doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent* » (43). L'obligation d'information soumise au praticien est dictée par le code de la santé publique par l'article L.1111-2. Il précise qu'en cas de litige, il appartient au professionnel de santé ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée. Cette preuve peut donc être apportée, comme l'énonce une cadre, grâce au projet de naissance. Cependant, nous ne pouvons aller plus loin dans cette discussion car notre question aurait dû être portée sur le format des projets de naissance et non sur l'utilisation de celui-ci.

3.1.3 Un contenu en entrave à son accomplissement

Les projets de naissance sont peu voire pas élaborés au sein de la structure hospitalière. Cela constitue une première barrière pour sa concrétisation. D'après les cadres interrogées, les projets de naissance sont parfois en dehors de leurs offres de soins. Certaines nous confient que lorsqu'ils sont non conciliables, elles redirigent les patientes vers d'autres structures. Par exemple, elles témoignent d'un désir des patientes d'accoucher dans l'eau mais la maternité ne propose pas de baignoire d'accouchement. De ce fait, 5 cadres nous disent qu'elles veulent ou ont déjà organisé des rencontres avec les sages-femmes libérales de leur secteur géographique. Ces rencontres sont établies afin d'obtenir une harmonisation des informations à délivrer aux patientes quant aux possibilités de leur établissement. De plus, certaines cadres déclarent mettre à jour voir créer leurs sites internet, par souci de transparence, en rapport aux Instruction DGOS/PF2 n° 2015-139 du 27 avril 2015 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (57).

Nous voyons également s'opérer une démocratisation du monde numérique. Entre application et site autour de la périnatalité, les informations ne font que de se démultiplier. L'avènement de l'ère numérique modifie les pratiques et les patientes se retrouvent face à des informations non appropriées. De plus, les cadres rajoutent que le projet de naissance est trop standardisé puisque les patientes emploient de nombreux copier-coller d'internet. Un usage de phrases « toutes faites » les dépersonnalise. Il en devient inintéressant pour les professionnels de santé. Ils pensent que les projets de naissance s'inscrivent dans une certaine mouvance. Cela pose problème car le projet de naissance perd en crédibilité. Les

professionnels de santé ne sont pas convaincus de son utilité et au vu de son contenu n'informent pas les patientes sur l'existence de celui-ci. Ainsi, le projet ne peut être appliqué car il n'est ni proposé ni réalisé.

A contrario certaines cadres, nous rapportent que le contenu des projets de naissance est dans une continuité d'accès à la physiologie. Elles considèrent qu'elles façonnent d'une certaine manière le travail et l'accouchement « normal ». Elles rappellent que malgré les dernières recommandations, les pratiques sont encore disparates au sein des équipes. Ce constat rentre dans une des limites de notre étude. Au sujet du contenu, les ressentis des coordinateurs de santé ne sont pas en adéquation, ils sont même parfois en opposition. Nous constatons une variabilité individuelle du fait d'une inter subjectivité quant à la pratique professionnelle sur les projets de naissance. Cela relève principalement de la représentation individuelle qui est propre à cette problématique auquel nous reviendrons plus en détail dans la partie « 3.3 L'humain au cœur des projets de naissance ».

Enfin, les cadres nous rapportent un autre constat force de changement. Les projets de naissance sont centrés sur l'accouchement. Or, ils participent à la préparation à la naissance et à la parentalité. D'ailleurs, le CNGOF le mentionne : « *Repenser la naissance, c'est envisager le suivi de grossesse, l'accouchement, les suites de couches et le retour à domicile différemment* ». Dans un contexte de sortie de plus en plus précoce, il paraît primordial de préparer davantage au retour à domicile et à la parentalité en tant que tel. Les cadres disent ne faire que des « *cours classiques collectif* » (Cadre 2, 4, 5, 6, 7, 9), « *on prépare à l'accouchement seulement* » (Cadre 8, 9). Grâce au projet de naissance, nous pourrions retravailler avec les patientes leurs attentes et surtout leurs besoins parentaux que ce soit durant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. Pourquoi ne pas renommer le projet de naissance en projet parental ? Cela supposerait une réflexion qui débiterait très tôt durant la grossesse notamment lors de l'EPP et qui permettrait aux parents de se projeter dans leurs futurs rôles. Une cadre pousse la réflexion encore plus loin : elle explicite l'idée d'une porte d'entrée au suivi des femmes enceintes avec l'entretien prénatal précoce mais regrette l'absence de porte de sortie. La consultation du post partum reste médicale et peu adaptée pour revoir avec la femme ou le couple les questions de l'ordre de la parentalité : un entretien post-natal, comme elle l'énonce trouverait toute sa pertinence ici. Il est important de faire remarquer qu'il existe un suivi post-natal organisé et remboursé par la sécurité sociale : le PRADO. Il permet aux parents de bénéficier d'un retour précoce à domicile accompagné avec notamment une sage-femme libérale.

Le PRADO pourrait être inclus dans le projet de naissance. Il s'agirait aussi d'un moyen de donner l'information sur le PRADO plus précocement que le jour de l'accouchement. Ce parcours de soins devrait encore une fois être plus tracé et anticiper tout au long de la grossesse afin que le projet parental s'amorce petit à petit.

3.2 Une organisation de service contrainte par un système financier

3.2.1 Des organisations particulières

Dans certaines maternités quand le projet de naissance est écrit, il est scanné et agrafé à la première page du dossier. Cette organisation permet une communication inter-service, soit des consultations à la salle de naissance. Il s'agit d'une pratique facilitante car à l'hôpital les patientes rencontrent différents professionnels durant leurs parcours de soins. Les acteurs d'un service ne sont pas les mêmes dans d'autres. Ainsi, le fait de mettre en avant le projet conforte les patientes à l'idée qu'importe le professionnel, celui-ci connaît ses attentes. Dans un contexte de violences obstétricales et de procès récurrents sur la désinformation des patients, les projets de naissance se placent dans la réassurance des patientes. En effet, dans plusieurs études, les projets de naissance montrent apporter une satisfaction des patientes (32)(40)(53)(54).

D'autre part, en 2002, dans l'*American journal of obstetric and gynecology*, Ellen D. Hodnett, montre que 4 facteurs conduisent à une meilleure **satisfaction** des femmes au moment de la naissance (46) :

- « *Personal expectations* » (« **Les attentes personnelles** »)
- « *The amount of support from caregivers* » (« Le niveau de soutien des soignants »)
- « *The quality of the caregivers-patient relationship* » (« La qualité de la relation soignant-patient »)
- « *The involvement in decision making* » (« **L'implication dans la prise de décision** »)

Le projet de naissance répond à l'ensemble de ces facteurs. Il offre des attentes personnelles, implique les patientes dans leur prise de décision, fait appel à l'accompagnement des professionnels dans une relation soignant-patient.

Par surcroît, certaines cadres aspirent à ce que, dans la majorité, le projet de naissance « informel » soit proposé automatiquement par leurs équipes soignantes. Il s'inscrit pour elle dans la bienveillance et l'écoute attentive du patient. Toutefois, très peu de mesures sont mises en place pour se faire. Une cadre pour éviter ce manque d'information

propose de le réaliser en systématique comme on peut dépister les violences faites aux femmes. Pourquoi ne pas inclure dans les dossiers médicaux une page dédiée au projet de naissance ?

3.2.2 Sécurisation des soins

Dès 1972, les pouvoirs publics ont construit un **cadre juridique** à travers des décrets en imposant des normes de sécurité afin de réduire les risques pour l'enfant et la mère (35). Cela a permis de réduire la mortalité infantile et maternelle en France. Cependant une première incohérence apparaît, soulevée par une des cadres. Le dernier décret date de 1998 il n'a pas été remis à jour.

Au travers de leurs protocoles, les maternités appliquent la sécurité des soins. C'est pourquoi certaines cadres nous disent, qu'avec des protocoles, il est difficile de réaliser des projets de naissance. En corrélation avec l'Evidence Based Medicine, les professionnels de santé suivent ces recommandations afin de garantir le meilleur pour les patientes. Ainsi, peu de marge à la singularité de chacun est laissée. Ce n'est pas le parcours de soins qui est adapté à la personne mais celle-ci qui s'adapte au parcours de soins.

Basé sur ce type de médecine, les projets de naissance ne sont pas entendus, ils ne peuvent pas trouver leur place. Néanmoins, les nouvelles recommandations comme les RPC sur l'utilisation de l'ocytocine pendant le travail spontané par le CNSF ou encore celle de l'OMS et la HAS sur l'accouchement physiologique dénoncent une pratique trop intrusive (4)(5)(9). Ainsi elles remettent en question les pratiques antérieures et replacent le projet de naissance au cœur du parcours de soin.

Au cours de cette étude, les cadres nous ont fait part de certains freins propres à leurs activités, 3 sur 9 considèrent que le type de maternité influence l'utilisation des projets de naissances. Pour elles, un type 3 présente plus d'activités et de grossesses à risque. Cela constitue un frein à la réalisation des projets pour elles. Or, 3 autres cadres, de maternité de type 3 nous affirment le contraire : elles considèrent que peu importe la pathologie, les femmes peuvent rester actrices et décisionnaires.

Enfin pour 1 cadre, les projets de naissance ne sont pas adaptés au milieu hospitalier. Ils relèvent davantage du milieu extrahospitalier, qui peut faire du cas par cas. Plusieurs cadres nous ont évoqué que l'axe financier était le principal frein au projet de naissance. Dans ce contexte économique, elles considèrent que le parcours de soin va encore évoluer. L'hôpital va se transformer en **plateau technique** pour toutes les grossesses à bas risque. Cette mesure pour certaines cadres, améliorerait la faisabilité des projets de naissance. Un unique professionnel de santé encadrerait le suivi de grossesse, l'accouchement et le post-partum. Ces notions renvoient à l'accompagnement global, sauf que l'accouchement aurait lieu uniquement en plateau technique, chaque maternité en serait donc munie. Cette mesure est pour les cadres la solution la plus adaptée pour répondre à une relation soignant-soigné plus adaptée et aux demandes singulières de chacun. Premièrement il est regrettable pour nous de passer d'une prise en charge pluridisciplinaire à monodisciplinaire en raison de difficultés de travailler en réseau. Les patientes seraient limitées à une seule pratique alors qu'actuellement elles peuvent bénéficier de la complémentarité des professionnels de santé tant par leurs expériences, formations (exemple : l'acupuncture, hypnose ou autre). Les centres de santé pluridisciplinaires semblent être une perspective intéressante pour aller dans ce sens en permettant de bénéficier de la richesse de l'ensemble des professionnels de santé tout en conservant les avantages propres du secteur extrahospitalier.

Deuxièmement, pour répondre à ce besoin d'accompagnement personnalisé et de prise en charge individuelle, deux organisations sont aujourd'hui proposées : les maisons de naissances (structure hors hôpital, en expérimentation) et les pôles physiologiques (structure intra-hospitalière). Ces structures s'adressent aux patientes à bas risque uniquement et préviennent leurs transferts vers un service adapté si une pathologie survient. Il y a encore ici une séparation entre les patientes et une certaine inégalité s'opère entre l'accompagnement des patientes à bas risque et les « autres ». On ne proposerait pas aux patientes présentant des pathologies ou des risques obstétricaux plus élevés d'être accompagnées avec la même écoute de leur projet. Or, même dans un exemple de situation pathologique comme la césarienne, nous observons un début de réflexion sur l'amélioration du vécu. Il y a donc une modification des pratiques : il est devenu possible dans certaines maternités de faire entrer le père dans le bloc opératoire. Parallèlement, la césarienne dite « naturelle » émerge. Il semblerait donc possible de fournir un même accompagnement pour tous les niveaux de risque des grossesses.

3.2.3 De la restriction à un espace physiologique

Pour commencer, les cadres nous ont évoqué : **une restriction du personnel**. Elles identifient dans les freins financiers et organisationnels, le manque d'effectif. En effet, elles disent qu'il n'y a pas assez de poste de consultation. Ainsi peu d'EPP ou de PNP sont réalisés. De plus, elles insistent sur le fait que les durées des consultations de grossesses sont trop courtes pour assurer une information sur le projet de naissance renvoyant encore une fois à la charte de la personne hospitalisée (43). Elles parlent du manque d'effectif également dans le service de salle de naissance. En rapport avec la notion de temps, elles exposent un ratio sage-femme/femme beaucoup trop important. Elles signalent une charge de travail trop importante pour faire de la singularité dans l'accompagnement. En comparaison avec nos voisins britanniques et le modèle du « One to One », une cadre nous dit que le système français actuel ne permet pas de répondre à cette offre.

Cependant il n'est pas certain qu'en augmentant les effectifs nous réussissions à augmenter les EPP ou les projets de naissance, il faut que les professionnels de santé soient formés, travaillent en réseau et surtout qu'ils soient sensibles à leur intérêt.

De plus nous pouvons introduire un premier biais de notre étude : nous avons centré celle-ci sur les sages-femmes. Or, elles ne sont pas les seules actrices du projet de naissance, surtout qu'elles déclarent très peu de grossesse. Ce ne sont donc pas les premières actrices à l'information sur l'EPP et les projets de naissance. Les cadres elles-mêmes ont énuméré spontanément les sages-femmes dans la réalisation et l'utilisation des projets de naissance. Cela constitue un paradoxe : les sages-femmes sont placées comme responsables des projets de naissance mais elles ne sont pas les premières interlocutrices de la prise en charge des grossesses. D'autant plus qu'au sein de l'AP-HP, les suivis de grossesses était majoritairement fait à partir de 32 SA.

Les cadres nous ont fait parvenir une deuxième **restriction** : une restriction des locaux. Les activités des maternités interrogées étant en croissance celle-ci ne répondent plus aux capacités d'accueil de base. Certaines renvoient également dans cette partie les projets de naissances à la physiologie. En effet, elles donnent comme frein le problème de ne pas avoir d'espace physiologique au sein de leur structure. C'est pourquoi nous voulions faire une partie sur l'exemple donné par une des cadres. Celle-ci nous a parlé d'une **filiale physiologique** au sein de son établissement. Elle considère qu'il s'agirait d'une solution durable. Cette espace fait naître un mimétisme de la part des professionnels de santé n'étant pas dans la structure. Ainsi le projet de naissance qu'elle qualifie « d'écoute bienveillante »

et de « maîtrise de l'accueil du patient » ne dépendrait que de la personnalité et des formations de l'humain. Au travers cette espace physiologique les professionnels de santé formés et proactifs dans cette démarche inspireraient les autres dans ces pratiques professionnels. Nous pouvons contrebalancer cet avis par le fait que cela peut aussi frustrer et créer des inégalités comme nous l'avons énoncé au-dessus. Cela pourrait aussi créer une fracture entre les professionnels pro-médicaux dit « technicien » et les professionnels pro-physiologique dit « clinicien ». Dans ce sens, il faut veiller à favoriser la communication entre les deux approches au sein de l'hôpital afin de garder une cohésion d'équipe. C'est par cette communication que les échanges peuvent être constructifs et qu'on pourra tendre vers moins d'inégalité.

3.3 L'humain au cœur des projets de naissance

3.3.1 Un défaut d'information

Durant cette étude nous avons relevé à plusieurs reprises le manque d'information dans les freins à la réalisation et utilisation des projets de naissance. Le défaut d'information pour les cadres, relève en premier d'un manque de temps. Dans un deuxième temps, il interfère de l'axe « humains ». Dans la totalité des entretiens, les cadres nous disent que les pratiques autour des projets de naissance sont dépendantes de la personnalité. Elles disent pour certaines que le projet de naissance rencontre des réfractaires car celui apporterait un sentiment d'infériorité et de remise en causes des compétences. Le CIANE le confirme et rajoute que son existence ou son contenu peuvent s'avérer **générateurs de tensions** entre les parents et les équipes médicales (58). Comme l'énonce le CNGOF, « *le corps médical sort d'une longue histoire de paternalisme où la décision pour autrui constituait la norme* » (9).

De plus, les cadres disent qu'au sein des acteurs de la périnatalité les discours sont différents. Certaines disent que les médecins, gynécologues sont aussi une des sources de ces manquements. Cette affirmation corporatiste demande une autre question de recherche.

La notion d'expérience des professionnels rattachée plus ou moins à l'ancienneté n'a pas été retenue car celle-ci a été jugé comme ininterprétable. Les discours des cadres diffèrent trop sur ce sujet pour pouvoir l'exploiter.

En outre, 3 cadres disent qu'il s'agit d'un manque de **formation**. L'absence des projets de naissance dépend pour elles de méconnaissance des professionnels. Elles trouvent que les professionnels de santé les plus sensibles aux projets sont ceux ayant suivi des formations concomitantes au sujet. Or, l'interprofessionalité pourrait être mis à profit dans les maternités grâce à des formations communes sur le sujet ou alors par le biais de présentation 1 fois par semaine réalisés par plusieurs branches de professionnels (gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes, infirmières, auxiliaires de puériculture etc.).

Cependant, le manque de formation des professionnels de santé comme n'est pas seulement dépendant de l'axe humain. En effet, il est dû également à un **budget** de formation inadapté aux nouvelles fonctions des sages-femmes hospitalières. La réforme des statuts des sages-femmes dans la fonction publique hospitalière prévoit que : « *Les sages-femmes des hôpitaux bénéficient des dispositifs de formation continue ouverts aux agents de la fonction publique hospitalière. Un plan de développement professionnel continu des sages-femmes est établi dans chaque établissement comprenant des sages-femmes dans son effectif. Il est intégré au plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, et à ce titre présenté en commission médicale d'établissement. La durée et les modalités de prise en charge de l'obligation de développement professionnel continu des sages-femmes sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé* » (60).

Les sages-femmes apparaissent donc bien dans le plan de formation du personnel médical mais le financement du développement professionnel continu (DPC) n'est pas optimal et beaucoup d'entre elles sont lésées. Elles se placent pourtant comme les éléments moteurs de la mise en application des projets de naissance. Comment familiariser des professionnels de santé à l'ensemble de leur fonction médicale si leur temps de formation n'est pas adéquat ?

De plus, les cadres nous ont parlé du manque de formation, en référence à la formation continue. Mais il serait intéressant d'évaluer la formation initiale. En effet c'est peut-être là que les « représentations » pourrait être travaillées et évoluer. Une étude sur la façon dont est enseignée la PNP, l'EPP et le projet de naissance pourrait être mise en œuvre dans les différentes écoles de sages-femmes tant sur l'enseignement théorique que clinique. En effet tous les étudiants ont-ils participé à des EPP et à l'élaboration de projets de naissance au cours de leurs stages ? Une sage-femme jeune diplômée se sent-elle capable de mener un EPP et d'accompagner le couple dans l'élaboration de son projet de naissance ? Cela pourrait être un objectif intégré à leur apprentissage dans l'Unité d'Enseignement clinique prénatal.

Enfin, les professionnels médicaux sont soumis à l'actualisation des connaissances par le serment d'Hippocrate. Plus particulièrement, le code de déontologie des sages-femmes instaure que : « *La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévu par les articles L.4153-1 et L.4153-2* » (59). Le projet de naissance peut donc agir au service du développement personnel continu et il oblige le professionnel à se remettre en question quant à ses pratiques ou celles de l'établissement de santé par le biais des demandes des couples.

3.3.2 Représentation des professionnels de santé et idéologie

Pour terminer, ce travail de recherche a soulevé une question importante. Durant nos entretiens nous avons vu que le fondement principal nommé comme frein par les cadres était les **représentations**. Les professionnels de santé possèdent des idées sur la question du projet de naissance. Que ce soit sur la définition, le contenu ou encore le format les interrogés ont donné des réponses propres à elle relevant à la fois de leurs expériences et de leurs personnalités. Une des représentations retrouvées à propos de l'humain porte sur le niveau socio-économique. Certaines cadres considèrent que par leur zone géographique elles regroupent plus de patientes précaires ne pouvant prétendre à ce projet. Elles pensent aussi que des patientes, présentant une ou des pathologies, ne peuvent prétendre à un projet de naissance.

Ces **représentations** définissent l'utilisation des projets de naissance. En effet, nous avons observé que lorsqu'une cadre était sensible à cet outil, des pratiques et des remaniements s'opéraient. Dès lors qu'une personne était motrice dans le projet, plusieurs initiatives avaient lieu. Par exemple, la cadre 4 a mis en place des rendez-vous de groupes avec les couples s'inscrivant dans son établissement afin de discuter des possibilités sur l'offre de soins et leur conseiller de réaliser un projet de naissance. De plus, celle-ci lors d'entretien avec son équipe soignante a imposé de réaliser des projets de naissance. Tandis que lorsqu'une cadre disait ne pas trouver l'utilité de cet outil au sein de l'établissement, l'utilisation des projets n'avait pas lieu. Les personnes motrices ne sont pas seulement les cadres. Nous avons pu voir que des sages-femmes pouvaient être aussi à l'origine d'initiative en faveur du projet de naissance. Une cadre parle même de **culture de service**. Il faut dissocier deux notions : une « culture de service » qui signifie un état d'esprit qui s'est construit avec le temps en interprofessionnalité. Puis la deuxième notion qui serait d'obliger, d'imposer le projet, sans y travailler ensemble. Nous pensons que la deuxième notion n'est pas la solution car c'est dans la contrainte que les projets de naissance seront standardisés. Nous l'avons vu plus haut que le contenu constituait un obstacle à son utilisation. En effet,

ce n'est pas dans l'obligation qu'on arrive à s'approprier un concept mais c'est en le construisant. De ce fait, il aurait été intéressant de questionner durant l'entretien plus le cadre, afin de savoir et comprendre ce qui a poussé cette culture de service.

3.4 Les limites et biais

Nous avons rencontré plusieurs difficultés pendant ce travail. Le premier, a été de d'obtenir des entretiens avec les cadres sages-femmes. Il aurait sans doute été plus simple de faire des entretiens téléphoniques pour obtenir une plus grande population. Nous avons choisi de réaliser les entretiens en présentiel afin de pouvoir travailler sur les expressions verbales et non verbales des réponses des cadres. De plus nous considérons obtenir des réponses plus spontanées. Par ailleurs, notre étude ne concerne que les maternités de l'AP-HP puisque notre échantillon est issu de ce réseau. Nous ne pouvons donc le généraliser à l'Ile-de-France. La deuxième difficulté était lors des entretiens où des incompréhensions sont apparues. Comme énoncé précédemment, les cadres ont pour certaines mal discerné notre question : une ambiguïté entre réalisation des projets de naissance et application de ceux-ci. De plus, un « focus groupe » avec les différentes cadres de l'établissement, des gynécologues, des sages-femmes des différents services aurait été intéressant dans le cadre de cette question de recherche.

Les résultats de cette étude sont également à relativiser car la population étudiée n'est pas homogène. En effet, concernant l'utilisation des projets de naissance et la sensibilité des professionnels de santé sur le sujet, on a pu observer une tendance vers les maternités de type I. Cependant, nous avons interrogés une majorité de maternité de type III et nous avons eu qu'un entretien avec une maternité de type I. Par ailleurs, cette non équité dans la répartition des types de maternités étaient attendus en choisissant les maternités de l'AP-HP. En effet au sein de l'AP-HP : il y a 61,5% de maternités de type III, puis 30,8% de type II et 7,7% de type I. Puis nous avons regardé si cette répartition était la même pour la région Ile de France or elle est totalement opposée. En effet en Ile de France en 2014, il y avait 36% de type I, 48% de type II et 16% de type III (61). Nous avons donc remarqué que l'AP-HP concentre la majorité des types III d'Ile de France (54%) ce qui explique notre fort taux de maternités de type III.

De plus nous avons aussi eu des difficultés à trouver des moteurs. Les cadres ont énoncé principalement des freins au projet de naissance. Ce fait est en rapport avec notre constat de départ qui est que les projets de naissance sont peu utilisés. Ainsi le fait qu'il y est plus de freins que de moteurs peu expliquer sa faible utilisation.

De surcroît, nous pouvons nous demander, s'il n'y a pas un biais de sélection par le recrutement entravant la validité externe car nous n'avons pas définis d'interlocuteur premier dans les maternités. Nous avons questionné autant de cadre de salle de naissance, de consultation et supérieurs. Cependant, celles-ci peuvent avoir un avis différent au sein d'une même maternité. Nos résultats ne sont donc pas généralisables.

Enfin, concernant la validité interne, nous retrouvons une cohérence des résultats obtenus avec la littérature. En effet, les enquêtes du CIANE ou de l'ENP de 2016 sont en adéquation avec notre étude à propos de la réalisation des projets de naissance et de la réticence dont il peut être soumis.

Les projets de naissance sont soumis à plusieurs freins d'ordre financier, organisationnels, humains et idéologiques. Nous avons au début de notre étude identifié **4 axes de recherches** : un axe organisationnel, un axe financier, un axe humain et enfin un axe philosophique. Ces 4 axes sont bien réels, nous avons pu observer que l'axe organisationnel et financier s'entrecoupaient. Nous avons renommé l'axe philosophique en axe « idéologique » qui semble être plus approprié. Cet axe est relié à l'axe humain et fait dépendre principalement des **représentations interindividuelles**. Nous avons découvert d'autre axe : **l'axe formalisation**. Cet axe est propre au contenu, au format. Il fait encore une fois dissonance avec les représentations des professionnels de santé.

3.5 Propositions et perspectives

- Des difficultés à mieux documenter

Pour compléter la compréhension de cette difficulté à utiliser les projets de naissance et y remédier, des études complémentaires peuvent être proposées :

- Celle précédemment citée sur la formation continue
- Une étude auprès des professionnels hospitaliers (sages-femmes et gynécologues obstétriciens) afin de connaître plus en détail leurs positions qui peuvent être différentes des cadres. Il serait aussi pertinent d'interroger les différents acteurs de la périnatalité de ville, principalement ceux réalisant la première consultation de suivi de grossesse (sages-femmes, gynécologues obstétriciens et médecins généralistes). Cela permettrait de savoir d'où provient la désinformation afin d'y remédier. En effet, comment est-il possible d'appliquer ou de réaliser des projets de naissance si les patientes ne connaissent pas leur existence ?

- Un outil pratique à créer

A travers les moteurs relevés, nous avons essayé d'établir les différentes étapes et grandes lignes pour ces projets. Nous les avons renommés « **projet parental** », afin de participer à sa démocratisation (Annexe 5). Pour chacune de ces 4 étapes, il faudrait à présent réaliser un outil pratique : « un guide » pour construire ce projet destiné aux professionnels de santé et un autre consacré aux patientes. A partir de ce guide, chacun connaîtrait ses droits et ses devoirs. Puis, ils le construiraient ensemble afin que le contenu soit discuté et adapté avec des objectifs simples et concrets tout en tenant compte de l'offre de soin et des limites de sécurité médicale.

- Une réflexion à mener

Nous sommes dans une transition de questionnement. Les recommandations récentes sur l'accouchement physiologique, l'expérimentation des maisons de naissance et la création de pôle physiologique, témoignent d'une volonté de mieux accompagner les femmes. Cependant, le risque est de proposer deux types d'accompagnement distincts en fonction du risque et de réserver l'accompagnement personnalisé aux grossesses à bas risque. La prochaine étape est une notion d'humanisation de la naissance qui peut être présente dans n'importe quel type de grossesse comme le montre la pratique de la césarienne « naturelle ». L'éducation thérapeutique, dont la PNP reprend la pédagogie, s'est développée pour les patients souffrant de pathologies chroniques. Elle montre que le patient peut rester acteur et faire des choix au cours de sa prise en charge. Même quand un phénomène physiologique comme la grossesse et l'accouchement s'accompagnent de risque, sa participation active ainsi qu'un projet adapté à sa situation pourrait être réfléchi avec les professionnels de la périnatalité.

CONCLUSION

Le projet de naissance se place au cœur du parcours de soins. Il redonne voix aux femmes, ainsi qu'une place centrale aux couples dans l'évènement de la naissance. Cet outil alliant bienveillance et bienveillance redonne confiance aux patientes dans la relation de soignant-soigné. Le projet de naissance permet d'apporter une information claire et complète en re travaillant avec les couples sur leurs besoins, leurs peurs et leurs attentes.

Ainsi il permet une participation à la prise de décision peu importe le niveau de risque de la grossesse. Il crée des attentes personnelles, appuie le soutien du soignant et la qualité de la relation soignant-patient. Il influence donc la satisfaction des femmes pendant l'accouchement.

Au cours de ce projet de recherche, nous cherchions à comprendre pourquoi les projets de naissance restaient peu utilisés dans les maternités.

Nos entretiens nous ont permis d'établir les avantages et les inconvénients de cet outil, pour les cadres. Nous avons pu déterminer des axes prépondérants à cette question de non réalisation. La formalisation des projets de naissance constitue principalement un frein : ces documents, constitués d'une liste de souhaits sont à l'origine de nombreuses tensions. Élaborés à partir d'internet, de plans génériques, ou alors centrés sur l'accouchement, ils ne sont pas conçus d'après une réflexion et ressemblent davantage à une protection contre des procédures médicales dépourvues de sens pour les couples. Pour que le projet de naissance soit utile sur l'expérience de la femme et/ou couple, il doit être employé, de manière individuelle et personnelle, à l'issue d'un dialogue avec les professionnels concernés.

Ensuite le temps accordé pendant les consultations obstétricales de grossesse ne permet pas d'évoquer cet outil et le manque d'effectif ne peut répondre à un accompagnement complet et individuel. Pour autant quand le lien ville-hôpital et l'interprofessionnalité sont optimales il apparaît que les projets de naissance retrouvent une place adaptée.

La notion de représentation a été très marquée lors de nos entretiens. La perception des projets de naissance propre à l'expérience, la formation initiale ou continue, la personnalité est à la base d'un frein à sa réalisation. De plus, en fonction de l'engagement des cadres dans le projet, nous avons pu voir que les discours interféraient.

Le défaut d'information sur les projets semble être le point d'ancrage de sa faible utilisation. L'entretien individuel prénatal au cours de la première séance de préparation à la naissance (EPP) semble être un élément clé de cette information par les professionnels sur le projet de naissance. Or, seule une minorité de femmes bénéficie de cet entretien. C'est peut-être la base même du problème auquel s'ajoute l'intérêt de créer un guide d'aide à la réalisation.

Il paraît donc essentiel de retravailler le fondement du projet de naissance afin d'en faire un projet plus global : le projet parental. Nous avons décidé de le concevoir davantage comme un fil conducteur d'une dynamique de parcours de soin à adopter. Cela permettrait de donner une définition à cet outil, de changer les représentations et d'apaiser les tensions existantes. Il serait une conjonction entre construction parentale et accompagnement individuel.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Douguet F. Vilbrod Knibiehler Y. Accoucher: femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle. Rennes : Éd. de l'École nationale de la santé publique; 2007
2. Marpeau L. Accoucher en toute humanité et/ou en toute sécurité? Gynécologie-obstétrique et fertilité; 2009
3. Jacques B. Sociologie de l'accouchement, PUF (Paris), Partage du Savoir ; Janvier 2007
4. Recommandations Professionnelles: Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, HAS [En ligne], 2017 Décembre [consulté le 22 février 2018] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
5. Intrapartum care for a positive childbirth experience, OMS, [En ligne], 2018 [consulté le 14/04/2018]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/02/Recommandations-OMS.pdf>
6. Caniard E. La Place des usagers dans le système de santé. Secrétariat d'Etat à la santé et aux handicapés, Paris [En ligne]. 2000 Décembre [consulté le 24 octobre 2017]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/004001297/index.shtml>
7. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête nationale périnatale Synthèse du rapport 2016. INSERM, DRESS; Octobre 2017
8. Recommandations Professionnelles: Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). HAS [En ligne]. 2005 Novembre [consulté le 25 octobre 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
9. CNOGF. Le projet de naissance : comment faire en pratique ? CNOGF. [En ligne]. 2008 [consulté le 24 octobre 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_159_nisand.pdf
10. La Commission nationale de la naissance (CNN). Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités [En ligne]. 2008 [consulté le 25 octobre 2017]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_pc48a.pdf
11. Rousset C. Projet de naissance : information aux femmes durant la grossesse : état des lieux sur l'élaboration d'un tel projet. [Mémoire: maïeutique]. [Clermont-Ferrand]: UNIVERSITE D'AUVERGNE. 2012.
12. Constitution de l'OMS: ses principes, OMS, [En ligne], 1946. [consulté le 6 juin 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
13. Promotion de la santé, Charte d'OTTAWA, OMS, [En ligne], 1986. [consulté le 8 janvier 2018]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
14. Deschamps J-P. Une « relecture » de la charte d'Ottawa. Santé Publique [En ligne].

2003 [consulté 8 janvier 2018];15(3):313-25. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-3-page-313.htm>

15. Sandrin B. Promotion de la santé, éducation pour la santé en périnatalité. Spirale [En ligne]. 2006 [consulté le 27 avr 2018];no 37(1):43-50. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2006-1-page-43.htm>

16. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation, HAS,[En ligne], juin 2007 [consulté le 4 mars 2018]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patientetp

17. Article 36 - Consentement du patient | Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne]. [consulté le 27 avr 2018]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>

18. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002. Legifrance.[En ligne]. [consulté le 9 décembre 2017]. Disponible sur : : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=d>

19. Code de la santé publique - Article L1111-4. Legifrance [En ligne]. [consulté le 23 octobre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767>

20. Geadah, R. Regards sur l'évolution des soins: Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients. Recherche en soins infirmiers, (2012)

21. L'éducation pour la santé: un enjeu de santé publique. INPES [En ligne] 2001 [consulté le 6 juin 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>

22. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009

23. World Health Organization. Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhague: WHO; 1998

24. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique, HAS, INPES, Juin 2007. Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/criteres_de_qualite_dune_education_therapeutique_du_patient_web.pdf

25. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. ADSP 2001

26. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient: approche éducative. Paris: Maloine; 2004.

27. Gutmann C. Le testament du docteur Lamaze. JC Lattès. 1999

28. Paul Cesbron « Naître à la vie, en douleur » Spirale 2008/1 n° 45, p. 85-86

29. Caron-Leulliez, Marianne. «L'accouchement sans douleur: une révolution culturelle au milieu du xxe siècle », Spirale, vol. 47, no. 3, 2008, pp. 21-26.

- 30.** Benyamini Y, Molcho ML, Dan U, Gozlan M, Preis H. Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women Birth* [En ligne]. oct 2017 [consulté le 12 mai 2018];30(5):424-30. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S187151921730047>
- 31.** Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM; mai 2011
- 32.** Courtial J-P, Dreff GL. Analyse de récits de femmes enceintes. *Santé Publique* [En ligne]. 2004 Janvier [consulté le 25 octobre 2017];16(1):105-21. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-105.htm>
- 33.** Bernard M-R, Eymard C, Chantal E Marie-Reine Bernard. Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. *Santé Publique*. 2012;(4):283.
- 34.** Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Paris. FRA. Plan «Périnatalité» 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris: Ministère chargé de la santé; 2004 p. 42p
- 35.** Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). 98-900 oct 9, 1998.
- 36.** Capgras-Baberon, Danielle. « L'entretien prénatal précoce : mode d'entrée dans le réseau », *Spirale*, vol. 61, no. 1, 2012, pp. 47-53.
- 37.** L'International Confederation of Midwives (ICM). Les Prise de Position.Partenariat entre les femmes et les sages-femmes.pdf [En ligne]. 2005 [consulté le 24 octobre 2017]. Disponible sur : http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20French/PS2011_015%20FRE%20Partenariat%20entre%20les%20femmes%20et%20les%20sages-femmes.pdf
- 38.** Gamelin-Lavois. Le projet de naissance en France et dans le monde. Préparer son accouchement faire un projet de naissance. 2ème éd. Dijon:Jouvence;2006. p.19-24
- 39.** Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS [En ligne]. déc 2007 [consulté le 22 juin 2018];6(4):216-8. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408807796475>
- 40.** Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DREES. Etudes et résultats n°660 Septembre 2008
- 41.** Vingt propositions pour une politique périnatale [En ligne]. [consulté le 24 octobre 2017]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000572/index.shtml>
- 42.** République française. Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. JO du 7 août 2004.

- 43.** Charte de la personne hospitalisée du 2 Mars 2006. [Consulté le 23 avril 2017]
Disponible sur :
<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040012.htm>
- 44.** Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 35(2), 295-303
- 45.** Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. Avril 2004;46(2):212-9.
- 46.** 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.
- 47.** 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.
- 48.** Cook K, Loomis C. The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *J Perinat Educ*. 2012;21(3):158-68.
- 49.** Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. CIANE. [en ligne] 2012 [Consulté le 23 avril 2018] Disponible sur :
<http://CIANE.net/2012/09/respect-des-souhaits-et-vecu-de-laccouchement>.
- 50.** Alliance francophone pour l'accouchement respecté. AFAR, Alliance francophone pour l'accouchement respecté. [consulté le 18 juin 2017]. Disponible sur : <http://afar.info/>
- 51.** Collectif interassociatif autour de la naissance. CIANE – Collectif interassociatif autour de la naissance. [consulté le 18 juin 2017]. Disponible sur :
<http://CIANE.net/CIANE/CIANE>
- 52.** Divall B, Spiby H, Nolan M, Slade P. Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery* [En ligne]. nov 2017 [consulté le 12 mai 2018];54:29-34. Disponible sur :
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613817301626>
- 53.** Leclout M. Enquête de satisfaction des femmes ayant rédigé un projet de naissance. [Mémoire: maïeutique]. [Angers]: UNIVERSITE d'ANGERS.2012.
- 54.** Barraud L. Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance. [Mémoire: maïeutique]. [Clermont-Ferrand] UNIVERSITE d'Auvergne.2013.
- 55.** Carnet de santé maternité. Ministère des Affaires sociales et de la Santé - Direction générale de la santé. Paris. FRA [En ligne]. Déc 2016 [consulté le 10 mars 2019] Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_maternite_bd_2016v02.pdf
- 56.** Janvier E. L'entretien prénatal précoce: état des lieux de la formation et des difficultés rencontrées par les sages-femmes d'Auvergne. [Mémoire: maïeutique]. [Clermont-Ferrand]: UNIVERSITE d'Auvergne.2013
- 57.** Instruction DGOS/PF2 n° 2015-139. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes [En ligne]. avril 2015 [consulté le 18 mars 2019] Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-06/ste_20150006_0000_0069.pdf

58. Projet de naissance et données scientifiques, le rôle des associations d'usagers CIANE – Collectif interassociatif autour de la naissance. [En ligne]. Novembre 2014 [consulté le 18 février 2019]. Disponible sur : https://CIANE.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/SFMPLYon2014_Texte.CIANE_.PdN_.pdf

59. Code de déontologie des sages-femmes. [En ligne]. 19 juillet 2012. [consulté le 2 avril 2019]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-déontologie-des-sages-femmes-version-consolidée-au-19-juillet-2012.pdf>

60. Décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière
- Article 6. Legifrance [En ligne]. [consulté le 23 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029958604&fastPos=1&fastReqId=110557560&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

61. La santé périnatale en Île-de-France. Tableau de bord d'indicateurs départementaux et régionaux en périnatalité et orthogénie [consulté le 12/04/2019]. Disponible sur : http://www.perinat-ars-idf.org/downloads/Tableau%20de%20bord%20périnat%20IdF_maj%202016.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Mail envoyé aux cadres des maternités

Alexane Guyomard

Etudiante Sage-femme à l'Ecole de Paris Saint-Antoine
Saint-Antoine/Sorbonne Université
184 Rue du Faubourg Saint-Antoine
75571 PARIS CEDEX 12

Paris, le 07 septembre 2018

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en SMA5 à Paris Saint-Antoine, et je réalise un mémoire de fin d'études sur les « Freins et les moteurs à l'application des projets de naissance au sein des maternités de l'APHP ».

Ce travail est effectué dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, avec l'accord de Madame RIVIERE, directrice de l'école.

Je sollicite votre collaboration (*et celle de votre équipe*) afin de réaliser mon enquête.

Pourriez-vous m'accorder un rendez-vous d'environ une heure avec la ou les personne(s) de votre maternité la/les mieux placée(s) pour m'aider à comprendre quelle place ont les projets de naissance, formels ou informels, au sein de votre établissement (en consultation, en préparation à la naissance et à la parentalité, en salle de naissance).

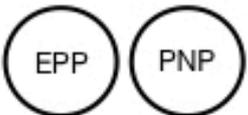
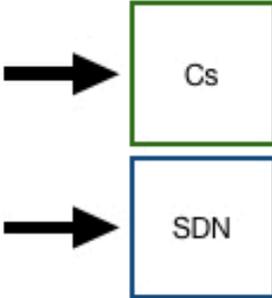
Je souhaite réaliser un état des lieux en Ile de France sans comparaison entre maternités. Les données recueillies seront anonymes (lieux et personnes).

Je me tiens à votre entière disposition si vous désirez plus de détails ou informations sur mon projet avant notre entrevue.

En vous remerciant de l'aide que vous pourrez m'apporter et dans l'attente de vous rencontrer, je vous présente mes respectueuses salutations.

Alexane Guyomard

Annexe 2 : Guide d'entretien

<p>Etape 1 <i>Présentation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se présenter <input type="checkbox"/> Présenter sa recherche <input type="checkbox"/> Expliquer la démarche de l'entretien <input type="checkbox"/> (Expliquer le choix de contacter cet interlocuteur) <input type="checkbox"/> Demander autorisation d'enregistrement (dictaphone)
<p>Etape 2 <i>Entretien</i></p>	<p>I. Facteurs Organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nombre d'accouchement / an <input type="checkbox"/> Cs = SF → oui SF fixe ou roulement <input type="checkbox"/> Cs précoce ou certain terme (Relai PMI? SF lib? Gyneco ? MT ?) <input type="checkbox"/> EPP <input type="checkbox"/> PNP <input type="checkbox"/> SDN particularité pré-W / W <input type="checkbox"/> Cb de SF / garde <input type="checkbox"/> Turne over ? L'ancienneté moyenne des SF, postes anciens ? <hr/> <p>➔ <u>Comment vous-utilisez les projets de naissance dans votre maternité ?</u></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: center; margin-right: 20px;">  <p>Projet de Naissance</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Forme <input type="checkbox"/> Contenu <input type="checkbox"/> Localisation <input type="checkbox"/> Information </div> <p>* Relance: Quelles types de PDN sont habituellement utilisés? Quand est-il abordé? Comment est-il transmis?</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center; margin-right: 20px;">  <p>EPP PNP</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Interlocuteur <input type="checkbox"/> Externe </div> <p>* Relance: Y'a t-il des projets de service concernant ces types de Cs? Ou autour des PDN?</p> <hr/> <p>II. Facteurs Financiers</p> <p>Relance: Pensez-vous qu'il existe des enjeux financiers? Ou des réticences ayant une origine financière?</p> <hr/> <p>III. Facteurs Humains</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 20px;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accueil <input type="checkbox"/> Influence <input type="checkbox"/> Formations <input type="checkbox"/> Demande particulière du personnel </div> <div style="margin-top: 10px; border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> Organisationnel </div>

<p>Etape 2 <i>Entretien</i></p>	<p>➔ <u>Quels freins/difficultés considérez-vous aux PDN ou quels stratégies, éléments donneriez-vous quant à sa mise en place ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Humains / Personnels<input type="checkbox"/> Financiers<input type="checkbox"/> Organisationnels<input type="checkbox"/> Philosophiques <p>➔ <u>Considérez-vous qu'il existe un intérêt à l'utilisation des PDN?</u></p>
--	---

Annexe 3 : Grille d'analyse

Facteurs	Freins	Moteurs
Formalisation	1. Format écrit a) contractuelle b) restrictif c) directif, rigide d) stigmatisation 2. Pas de définition 3. Contenu a) Centré autour de l'accouchement b) Non compatible avec l'offre de soins c) Impersonnel	1. Format écrit a) Traçabilité b) Amélioration de la relation patient-soignant / Echange c) Communication d) Patiente actrice 2. Format oral 3. Contenu a) Moteur de physiologie
Financiers	1. Manque de consultation 2. Manque d'effectif 3. Ratio sage-femme - femme trop faible	1. Augmenter effectif 2. Augmenter temps de consultations 3. Hôpitaux = futur plateau technique
Organisationnels	1. Manque de consultation 2. Défaut d'information par manque de temps 3. Type de maternité a) Trop d'activité b) Trop de pathologies c) Protocollisé 4. Médicalisation / Sécurisation des soins 5. Locaux a) Pas d'espace physiologique	1. Réseau et communication a) Lien ville-hôpital b) Interprofessionnalité c) Inter-services 2. Parcours pré-établi a) case dans le dossier b) information systématique
Humains	1. Professionnels de santé a) Personnalité b) Expérience c) Formation 2. Défaut d'info par manque d'intérêt 3. Patientèle a) Précarité du bassin de population b) Répartition inégale au sein du réseau de l'APHP	1. Professionnels de santé a) Personnalité b) Proactif dans son développement personnel continu 2. Sensibilisation par cadres
Idéologie	1. Cadre contre le projet 2. Représentations 3. Système français	1. Cadre sensible au projet 2. Culture de service 3. Filière physiologique 4. Entretien post-natal

AXE FORMALISATION	
<u>Les freins</u>	<p>Cadre 9 (L121-122) « Alors le format écrit bof, euh je pense que ça commence à changer mais que ça a longtemps été vécu comme des directives (...) »</p> <p>Cadre 3 (L77-79) « Non il n'y a pas d'intérêt pour moi surtout si on garde la définition écrite qui est d'énumérer différentes choses. Tout dépend de la définition que vous y donnez ... »</p> <p>Cadre 7 (L94-95) « (...) j'ai dit plutôt que d'arriver avec une lettre écrite qui passe pas forcément bien car stigmatisant pour le couple et pour l'équipe »</p> <p>Cadre 7 (L97-98) « (...) se retrouver avec un projet écrit c'est toujours un peu plus violent que de dire oralement j'aimerais bien ça ou ça. »</p> <p>Cadre 7 (L104-105) « Il est important aussi de le tourner toujours en positif par exemple « j'aimerais que »</p>
<u>Incompatibilité avec l'offre de soins</u>	<p>Cadre 1 (L149-150) « Il faut juste arrêter (...) les sages-femmes libérales complètement en dehors de nos pratiques de services. »</p> <p>Cadre 6 (L63) « Toute patiente qui tient à son projet de naissance on lui explique qu'on ne fonctionne pas comme ça »</p>
<u>Impersonnelle</u>	<p>Cadre 6 (L49) « Il faut juste arrêter les conneries de copier-coller sur internet »</p> <p>Cadre 1 (L66-69) « (...) on voyait des choses hallucinantes, comme je ne veux pas d'épisiotomie, être lacéré comme un porc grillé... Du n'importe quoi, elle prenait des choses toutes faites sur internet sans personnalité c'était du copier-coller. »</p> <p>Cadre 6 (L108-113) « Encore une fois c'est au cas par cas. La patiente qui demandera de mettre l'enfant en peau à peau et faire un clampage tardif du cordon (...) voilà tant que ça ne va pas dans des demandes extravagantes on le fait. »</p> <p>Cadre 7 (L76) « Ça dépend du contenu, ça dépend de la façon dont s'est emmené. »</p> <p>Cadre 9 (L64-67) « si tout est standard et qu'elle veut qu'on lui explique les soins qu'on mette le bébé en peau à peau, (...) alors on l'agrafe dans le dossier »</p>

<u>Restrictif à l'accouchement</u>	Cadre 7 (L130-137)	« Il y a une chose que je trouve particulièrement dommage surtout en France c'est qu'on concentre beaucoup sur la grossesse et sur l'accouchement qui dure en soit 10h-12h alors oui c'est un moment très important bien sûr je ne minimise pas mais y'a beaucoup moins de projet sur le retour à domicile et sur la parentalité surtout les femmes sont encore beaucoup trop seules. Projet de naissance c'est bien mais inclure alors projet de portage, de retour à domicile, de vision de la parentalité, de garde, de tout... Arrêtons de les lâcher dans la nature... Voilà le projet de naissance devrait inclure beaucoup beaucoup plus de chose »
	Cadre 8 (L371-374)	« Je pense que voilà s'intéresser aux patientes savoir ce qu'elles veulent c'est un sujet plus que d'actualité alors est-ce que cela s'appelle projet de naissance ou écoute bienveillante je crois que le principal c'est de pouvoir les revoir 1 ou 2 mois après pour savoir ce qu'elles ont ressenties durant ces moments »
	Cadre 9 (L199-204)	« Parfois ça se passe pas du tout comme on l'avait pensé écrit c'est vécu comme un échec et ça en devient délétère les PDN dans ces situations. Le problème aussi c'est quand on ne revient pas dessus en post partum en suites de couches c'est pareil ça dépend des sages-femmes il faut revenir absolument dessus et la dépend plus de l'activité de la formation ça dépend de l'humain tout court. »
Les moteurs		
<u>Informels</u>	Cadre 5 (133-137)	« Oui enfin contractualisé je ne sais pas après informels oui bien sur c'est quelque chose d'important ça participe au lien at la communication avec les patientes et lui apporter quelque chose qui fait que le moment au elle met naissance ça reste un bon moment et l'aider et participer a tout ça car ça fait partie du métier de sage femme »
	Cadre 9 (L208-209)	« Oui je pense que c'est encore plus facile quand c'est informels car y'a un échange et on le sait c'est parfois vécu comme agressif envers l'équipe et on sent parfois de la méfiance de la par des patientes »
	Cadre 9 (L211-213)	« Après c'est sure que quand c'est formels c'est plus facile d'échanger car ça peut être le départ de la communication et de voir qu'on s'intéresse à ces attentes ça met en confiance les patientes. »
<u>Formels</u>	Cadre 8 (L362-363)	« Tracer, il faut noter sur le dossier que la patiente est informé, nous par exemple c'est écrit dans le dossier à l'arrivée on coche projet de naissance accueilli. »
	Cadre 5 (139-142)	« si tout de même car la sage-femme qui va faire son suivi sera pas la femme sage-femme qui fera son accouchement donc elle sera pas forcément au courant de ses peurs ses attentes particulière donc formalisé ça pourrait être bien maintenant faut franchir le pas »

AXE FINANCIER	
Les freins	
<i>Manque de consultation</i>	Cadre 5 (L108-112) « L'argent on n'a pas de budget (...) Même ouvrir plus de créneaux en consultation pour des entretiens prénataux précoces ou autres c'est pas possible. »
	Cadre 1 (L34-37) « j'ai des sages-femmes avec plein de formations ; sophrologie, acupuncture, homéopathie mais elles ne peuvent pas pratiquer car l'hôpital ne veut pas pour manque de financement, il n'a pas d'argent pour ouvrir ce genre de poste. »
	Cadre 9 (L172-174) « le premier frein c'est l'activité et surtout le ratio femme par rapport au nombre de sage-femme donc ça serait plus un frein économique" »
	Cadre 9 (L177-179) « Après c'est sûr que la patiente qui arrive et qui veut accoucher sans péridurale elle va avoir besoin d'une sage-femme quasi en permanence et ici c'est certain qu'elles pourront pas »
	Cadre 1 (L112-113) « Le plus gros freins c'est le freins financiers, l'hôpital n'a pas d'argent allouer à de nouveaux postes ou encore à la physiologie.»
<i>Manque d'effectif</i>	Cadre 2 (L151) « Enfin l'activité enfin le ratio sage-femme/ femme qui est trop faible. »
	Cadre 5 (L106-107) « Oui c'est sûre que notre activité est importante, le ratio de sage-femme / femme est tellement faible ça empêche plein de choses et notamment de faire des projets de naissance et encore plus de physiologie aussi du coup »
	Cadre 2 (L158) « Les locaux car j'ai pas d'espace physiologique »
	Cadre 6 (L119) « Les locaux, le type de structure, les effectifs et l'activité »
	Cadre 5 (L112-113) « Après c'est aussi matériel car on a 10 boxes et c'est tout le temps plein !! »
<i>Le locaux</i>	

Les moteurs	
<u>Augmentation de l'effectif</u>	Cadre 7 (L107-108) « Oui oui c'est sûr qu'on aurait plus de sages-femmes, de temps »
	Cadre 9 (L144-147) « Bien sûr de ce côté-là il en existe que ce soit avoir plus de sage-femme ou ouvrir plus de consultation, si on avait 5 sages-femmes de plus typiquement on ferait beaucoup plus d'entretien prénatal précoce et voir même de la PNP car pour moi les projets de naissance sont en lien avec ce type d'exercice »
<u>Créer des consultations</u>	Cadre 1 (L65-67) « Comme je vous disais j'ai des sages-femmes avec pleins de DU en capacité de gérer les douleurs ou des consultations diverses même une en mesure de faire des EPP, mais le problème c'est qu'aujourd'hui l'hôpital n'a plus d'argent il ne finance plus rien »
	Cadre 7 (L107-108) « Oui oui c'est sûr qu'on aurait plus (...) de créneau et plus d'entretien prénatal précoce et de PNP »
	Cadre 5 (L56-58) « Même ouvrir plus de créneaux en consultation pour des EPP ou autres c'est pas possible. »
<u>Plateau technique</u>	Cadre 1 (L65-67) « il y a quelque année on a eu peur ça a changé nos fonctionnements mais aujourd'hui je suis convaincue que c'est la seule solution, l'hôpital ne doit-être la que pour la patho. Même en allant plus loin l'hôpital devrait être le plateau technique du libéral. »
	Cadre 5 (L152-157) « De toute façon on se dirige de plus en plus vers les plateaux technique et de plus en plus vers l'ambulatoire après le problème et là ou ça suit pas c'est que les patientes sont pas encore prêtes a ça donc on est en train d'anticiper un besoin qui n'est pas au goût de tous, donc oui on anticipe un besoin économique du aux forces publiques mais attention je ne suis pas sure que les patientes suivent. »

AXE ORGANISATIONNEL

Les freins	
Cadre 1 (L116-117)	« On a aussi d'autres freins, dû à notre type de maternité, on est un type 3 donc on a de la pathologie »
<u>Le type de maternité</u>	<p>« Euh non mais vous savez on en a très peu en fait, on a des grosses pathologies donc les patientes qui viennent ici c'est pas leur priorité »</p> <p>« Oui l'accompagnement nécessite une disponibilité on le sait bien, je ne vous l'apprend pas parfois les sages-femmes n'ont pas cette disponibilité par les pics d'activités. Il y a les niveaux d'urgence et c'est là où parfois les niveaux 3 y'a une certaine concentration d'urgence au détriment du reste. »</p>
Cadre 1 (L116-117)	« On a aussi d'autres freins, dû à notre type de maternité, on est un type 3 donc on a de la pathologie ça empêche certaine liberté »
<u>Grossesse à risque</u>	« Euh non mais vous savez on en a très peu en fait, on a des grosses pathologies donc les patientes qui viennent ici c'est pas leur priorité elles viennent pour insuffisance cardiaque etc. c'est vraiment le cadet de leurs soucis. »
Cadre 9 (L99-101)	« Après je pense aussi que ça dépend de l'activité, hier elles ont fait 12 accouchements en 12 heures elles ont pas eu le temps, je suis persuadée qu'elles ont pas pu le faire... »
Cadre 1 (L118-119)	" Ça nous prend du temps donc on n'a pas forcément les moyens derrière de lâcher du temps aux autres ou même à celle-ci. »
Cadre 4 (L46-49)	« Ensuite c'est la médicalisation, il faut faire de la physiologie plus plus. Donc pour moi n'importe quel type de maternité, niveau 1 2 ou 3 peu importe en revanche quand on voit l'activité et le ratio sage-femme / femme c'est insuffisant c'est certain »
Cadre 6 (L104-107)	« Ben ça dépend de ce qu'on va mettre dedans; je refuse l'enregistrement cardio-tocographique pendant tout le travail, on lui dira que non car encore une fois la structure et l'organisation de notre maternité et la sécurité de sa prise en charge se fait au travers cet instrument »
Cadre 8 (L249-250)	« Le problème c'est qu'on a sécurisé pour tout le monde et on a retiré la parole aux patientes. »
Cadre 7 (L91-93)	« Le projet de naissance n'a pas trop d'intérêt dans une structure hospitalière après c'est mon avis perso, parce que ce sont des trop grosses structures pour faire des cas individuels »

AXE HUMAINS

Les freins

Les professionnels de santé

<u>Personnalité</u>	Cadre 9 (L96-97)	« Je pense que ça dépend des sages-femmes malheureusement ça relève de la personnalité (...) » « Après même avec une grosse activité je pense qu'il est faisable de faire des PDN informels car demander en systématique aux patientes ce qu'elle désire je pense que ça dépend plus d'un frein humain encore une fois d'état d'esprit »
	Cadre 2 (L117-118)	« Je pense investissement du personnel bon chez nous c'est très très bien vécu les PDN ici donc nous non. »
	Cadre 3 (L48-50)	« Pas du tout mais ça on le fait déjà, on le fait en systématique, je suis désolée mais c'est aberrant de demander a des professionnels de faire ce qu'ils font déjà et ce qu'il font déjà c'est de faire de leur mieux »
	Cadre 4 (L38-41)	« On a par contre très peu de demande de projet de naissance ; je pense que c'est parce que ce n'est pas dans la mouvance, parce que d'abord la sage-femme qui fait des consultations n'est pas forcément au faite de ça »
<u>Expérience</u>	Cadre 1 (L63-70)	« Si on a eu un phénomène il y a quelques années, c'est le phénomène des Doulas...(...) Les doulas sont des femmes qui apportent soutien, accompagnent une femme enceinte et surtout on les voyait pendant la naissance en salle de travail, elle prenait une place immense. Souvent c'est elle qui venait, avec un projet de naissance mais on voyait des choses hallucinantes, comme je ne veux pas d'épisiotomie, être lacéré comme un porc grillé... Du n'importe quoi, elle prenait des choses toutes faites sur internet sans personnalité c'était du copier-coller et là on a été obligé de faire intervenir la direction pour faire cesser la venue des Doulas qui je vous le dis n'avait aucune formation pour accompagner à la grossesse ce n'était pas des sages-femmes c'était n'importe qui. »
	Cadre 5 (L81-84)	« Ben on les prend avec considération on a eu le cas une fois d'un contrat de coparentalité, la patiente en a parlé et ça c'est bien passé, c'était un couple de femme, et la femme enceinte mais qui a procréé avec un monsieur qui était inclus dans la parentalité mais ça c'était un contrat bien écrit chacun avait signé ».
<u>Formation</u>	Cadre 1 (L101)	« enfin c'est une question d'approche, de formation. »
	Cadre 3 (L104-105)	« Je crois que c'est une question de personne, de formation, de rencontre »
	Cadre 9 (L182-183)	« La clé, les conseils je ne sais pas je dirai oui que ça passe par une formation une sensibilisation c'est vrai ici celles qui sont les plus sensibles à ce sujet ce sont celles qui ont reçu la formation sur l'entretien prénatal précoce. »
<u>Profession</u>	Cadre 2 (L169-171)	« Sage-femme mais aussi gynécologue car eux mais alors ils sont pas du tout dans ça et d'ailleurs eux ne parlent même pas de l'Entretien Prénatal Précoce ça c'est sûr que c'est un autre frein. »

Les patientes		
	Cadre 1 (L73-78)	« Mais vous savez nous on n'a pas ce type de patiente nous on a beaucoup beaucoup de précarité. » « Y'a pas de demande encore une fois ce n'est pas notre patientèle. D'ailleurs les femmes avec des PDN un peu bobo elles savent où elles vont, elles ne viennent sûrement pas à E1 elles iront aux L ou a N maintenant (rire) » ; « Non je vous dis on en fait pas du tout. Y'a pas de demande encore une fois ce n'est pas notre patientèle. On n'a pas de bobo. »
<u>Bassin de population</u>	Cadre 1 (L114-115)	« Nous avons aussi ici un frein dû à la précarité des patientes, on passe plus de temps sur ce type de vulnérabilité. » « Bon on était des mauvais élèves on avait pas de site internet la ça y'est c'est en cours on aura un site avec un livret d'accueil avec tout d'affiché donc les patientes seront ce qu'on fait ce qu'on fait pas et choisiront »
	Cadre 2 (L156-157)	« oui la précarité c'est le plus gros frein avec un accès aux soins tardifs. »
	Cadre 6 (L217-218)	« Apres on a pas beaucoup de demande de nos patientes qui nous on demandé à nous pencher plus sur cette question des projets de naissance. Encore une fois les femmes elles savent où elles s'inscrivent. »
	Cadre 4 (L100-104)	« Ce n'est pas la 7eme pare africaine à qui je vais demander de faire un projet de naissance car elle en aura pas, elle comprendra pas pourquoi, ce n'est pas dans sa culture autant la primipare ingénieur commercial qui arrive du 17ème elle sera plus enclin à recevoir cette information après elle la prendra ou la prendra pas mais elle l'aura reçu. »
<u>Précarité</u>	Cadre 4 (L107)	« Oui c'est vrai je suis d'accord avec ça c'est peu compatible. »
	Cadre 2 (L62-L63)	« Non presque jamais, c'est pas parce que y'a pas assez de place mais c'est surtout pas demandé par les patientes et c'est complètement lié au niveau socio-économique clairement »
	Cadre 4 (L109-113)	« Ça sera quand le projet de naissance sera déjà démocratisé par tout ou ça rentrera dans les mœurs où tout le monde donnera l'information et tout le monde dira je fais un projet de naissance, là on pourra s'attaquer au précaire et en construire un plus en adéquation avec leurs cultures. Je pense qu'une fois que la vague sera lancée on dira c'est parti. Il faut une base solide pour les projets de naissance. »
	Cadre 1 (L103-109)	« Y'a un gros problème à l'APHP, moi je comprends pas, c'est le problème de la mixité dans les maternités. Mixité sociale j'entends car les patientes précaires elles sont toutes regroupées au même endroit et les patientes plus socialisées toutes ailleurs, c'est pas normal non. C'est bien beau de faire une salle nature ou filière physiologique mais encore faut-il accepter toutes les patientes ce qui n'est pas le cas de toutes les maternités de l'APHP pour ne pas les citer. »
<u>Grossesse à risque</u>	Cadre 7 (L80-82)	« Euh non mais vous savez on en a très peu en fait, on a des grosses pathologies donc les patientes qui viennent ici c'est pas leur priorité elles viennent pour insuffisance cardiaque etc. c'est vraiment le cadet de leurs soucis. »
	Cadre 3 (L67-68)	« nous ici on a beaucoup de patiente avec des grossesses pathologiques on est obligé d'être dans la sécurité. »

	Cadre 1 (L81)	à la question « Les sages-femmes en consultations donnent-elles l'information sur l'existence de cet outil ? » « Non je vous dis on en fait pas du tout. »
	Cadre 2 (L120-121)	« Pour le coup je pense que ça c'est un manque d'information. »
<u>Défaut d'information</u>	Cadre 4 (L39-42)	« On a par contre très peu de demandes de projet de naissance (...) y'a un réel manque d'information. »
	Cadre 5 (L91-93)	« Je pense que y'en mais c'est pas aussi mis en place parce que la consultation d'orientation en début de grossesse c'est déjà quelque chose qui s'avoisine de l'EPP on informe mais on va pas jusqu'à établir un projet de naissance »
	Cadre 2 (L71-72)	« Mais je pense qu'on pourrait le faire en systématique comme on dépiste les violences faites aux femmes, les précarités. »
<u>Les moteurs</u>		
	Cadre 2 (L170-172)	« Clairement c'est l'information personnelle et là en tant que cadre sup je me dis que je sensibilise pas assez mes professionnels... Sage-femme mais aussi gynécologues car eux mais alors ils sont pas du tout dans ça »
	Cadre 9 (L148-151)	« Après même avec une grosse activité je pense qu'il est faisable de faire des projets de naissance informels car demander en systématique aux patientes ce qu'elles désirent je pense que ça dépend plus d'un frein humain, encore une fois d'état d'esprit de formation. »
<u>Sensibilisation des équipes</u>	Cadre 4 (L67)	« donner l'information, enfin de le proposer en systématique en consultation »
	Cadre 5 (L100-104)	« Ca c'est fait en systématique a Y on est attaché a la physiologie et au respect des souhaits des patientes que ce soit pour l'allaitement , les positions d'accouchements, l'accueil du nouveau-né. On voulait avoir une antenne physiologique au sein de notre maternité malheureusement on l'a pas eu mais on s'en approche énormément dans notre pratique quotidienne »
	Cadre 4 (L79-80)	« la sage-femme de consultation quand je l'ai vue en entretien de fin d'année je lui ai dit que ses objectifs pour 2019 c'était d'en faire »

AXE IDEOLOGIE

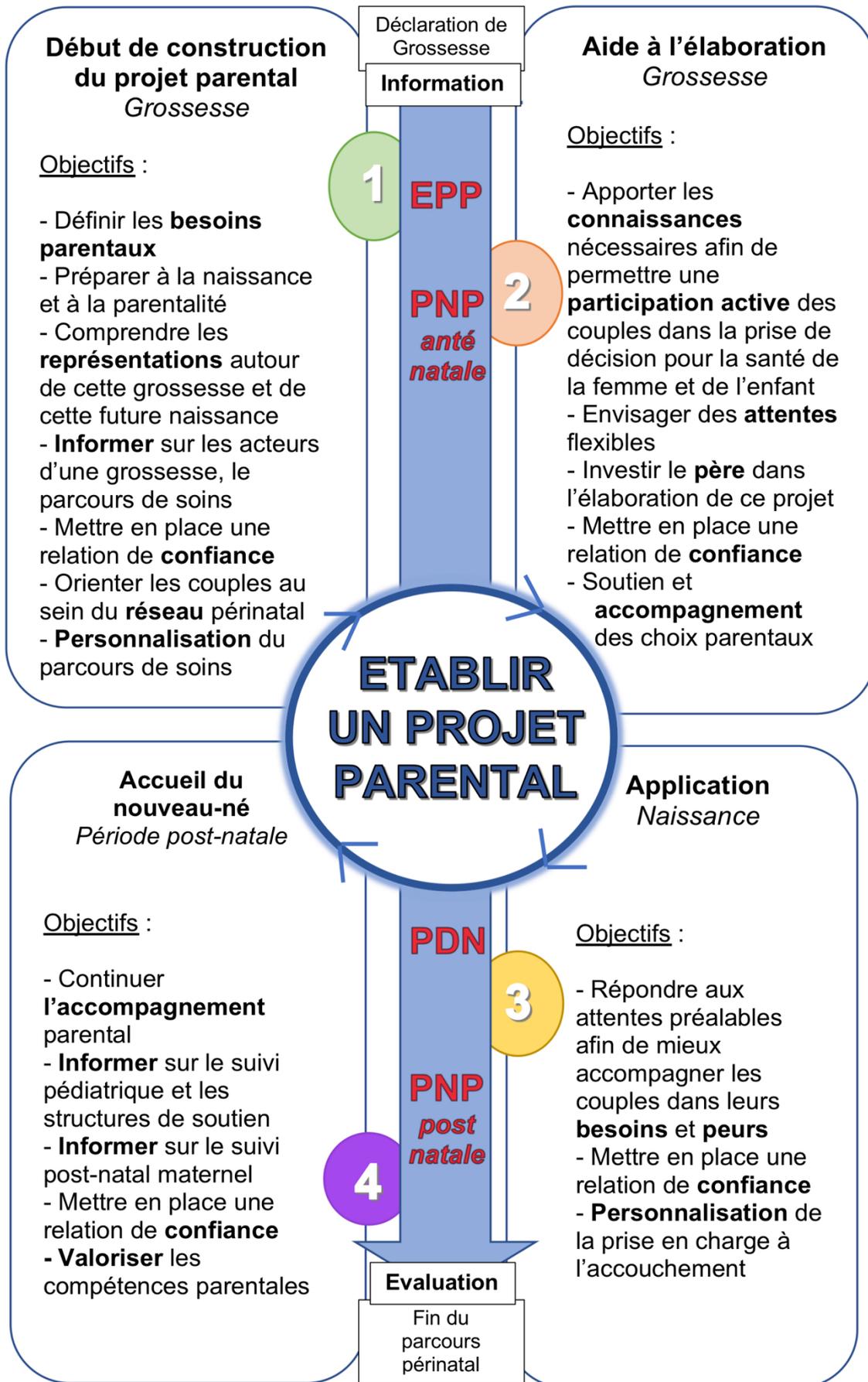
Les freins

<p><i>Pensées personnelles et philosophie de service</i></p>	<p>Cadre 1 (L81-82)</p>	<p>« Non je vous dis on en fait pas du tout. Y'a pas de demande encore une fois ce n'est pas notre patientèle. On a pas de bobo »</p>
	<p>Cadre 3 (L59-65)</p>	<p>« Rendre la femme actrice ? Pour quoi faire je vois pas où vous voulez en venir. De plus la relation soignant/soigné passe par d'autres chose que les projets de naissance (...) Même ce qu'on peut entendre sur la création de la parentalité c'est absolument faux ; en quoi un papier écrit avec des ordres de « je veux ça pas ça », et « pas d'épisiotomie » va changer quelque chose. Comme si on faisait les épisiotomies par plaisirs ». « Il est pas possible de le réaliser dans les maternités car toute urgence pourrait conduire à changer celui-ci, à ne pas le respecter et créer une pire frustration pour la femme. Pousser les patientes à en rédiger c'est une grosse erreur c'est les pousser dans des croyances qui ne seront pas réalisables quoi qu'il arrive. »</p>
	<p>Cadre 3 (L48-49)</p>	<p>« Pas du tout mais ça on le fait déjà, on le fait en systématique, je suis désolée mais c'est aberrant de demander a des professionnels de faire ce qu'ils font déjà et ce qu'il font déjà c'est de faire de leur mieux »</p>
	<p>Cadre 3 (L33-34)</p>	<p>« On ne les utilise pas du tout et pour tout vous dire je n'en vois pas l'utilité. Les projets de naissance sont sociale et culturelle. C'est quelque chose d'utopique. Pour moi la question de la légitimité se pose. »</p>
	<p>Cadre 7 (L91-93)</p>	<p>« Le projet de naissance n'a pas d'intérêt dans une structure hospitalière après c'est mon avis personnel, (...) ce sont des trop grosses structures pour faire des cas individuels »</p>
	<p>Cadre 7 (L111-112)</p>	<p>« ça s'arrête pas là pour moi, il s'arrête à une façon de penser, un système de soin tel qu'il est organisé en France, peu coûteux où on prend beaucoup de patiente par garde, qui est effectivement beaucoup plus important que le ratio américain ou canadien (...) »</p>
	<p>Cadre 8 (L152-172)</p>	<p>« Donc c'est se poser avec elle pour voir leurs représentations c'est poser avec elle leurs attentes mais avant d'avoir des attentes il faut connaître les normalités, ce qu'il va se passer, les alternatives et quel est le sens qu'elle met à l'arrivée de cette grossesse et l'arrivée de cet enfant. Dans qu'elle contexte se construit cette grossesse et cet accouchement. C'est se demander euh alors cet accouchement comment a-t-je envie de le faire, de le vivre de pas le vivre alors quand on dit ça a des femmes lambda cultivé, elles tombent des nues car on est dans une société qui réfléchit plus... Voilà maintenant j'ai le tuto de ceci et le tuto de cela donc c'est pas dans une boîte à idée le projet de naissance, il faut réfléchir donner la vie ce n'est pas rien, en tout cas on a beaucoup perdu, on aide pas forcément ces couple a ce dire qu'il passe à autre chose on est là pour accompagner certes. Si on ne parle pas de la représentation de la douleur on n'arrive à rien, car toutes ces femmes qui se sont préparé à accoucher sans péridurale et qui gère qu'on ne voit pas sourire, donc c'est pas de la souffrance elles sont heureuses c'est ça la question savoir comment on a envie de vivre cette transformation, gérer son corps c'est pour ça que le projet de naissance pour moi c'est pas en une ou 2 consultations que ça se fait mais lors d'un cheminement »</p>

Les moteurs	
Cadre 1 (L85-91)	« Pour vous donner un exemple j'ai des sages-femmes en libéral qui m'ont dit que de plus en plus de papa était demandeur ou posait des questions et surtout se posait le problème de l'investissement du père car il se sentait souvent pas inclus. J'ai donc mis en place récemment un cours réservé au papa c'est 1x / semaine c'est ouvert qu'au papa. Pour le moment j'ai que des bons retours et nos créneaux sont déjà presque pleins, vous vous rendez compte et ça c'est grâce à un travail en collaboration avec le libéral et plus largement avec le réseau périnatal parisien. »
Cadre 4 (L152-161)	« j'essaye de voir tous les couples, j'organise des réunions tous les mois et je leur dis à tous qu'elles doivent avoir une sage-femme libérale et qu'elles écrivent un projet de naissance (...) je leur donne donc mon numéro comme ça si elles veulent ou ont besoin on peut en discuter voir l'établir », « Oui y'a plutôt intérêt, mes équipes sont bien sensibilisées. (...) Oui, en tous les cas je veux qu'aucune sage-femme de mon équipe critique un projet de naissance (...) elle connaît son corps, donc à les écouter on a tout à y gagner, la bienveillance de la femme c'est notre priorité. Le lien avec le projet de naissance doit être encore plus fort, les femmes s'ouvrent à nous avec le projet de naissance, c'est un outil de communication, d'alliance avec le professionnel, elles nous balancent toutes leurs peurs donc écoutons les ! »
Cadre (L195-202)	« Mais ce qui est intéressant sociologiquement c'est que y'a des sages-femmes qui sont dans la filière physiologique et d'autres pas donc évidemment ça crée des tensions, des jalousies, de la fantasmagorie (...). Grâce à ça, il y a un mimétisme qui est en train de s'installer, de s'opérer. Je vous explique, les sages-femmes pas formées et pas dans cette filière physiologique sont en train de mimer les autres, celles qui sont dans la filière physiologique, donc je vois qu'au sein de notre salle de naissance un changement de pratique est en train de s'opérer. »
Cadre 8 (L379-382)	« De toute manière dans tout processus il y a une porte d'entrée et une porte de sortie donc il y a l'entretien prénatal précoce qui fait office d'entrée mais il faudrait l'entretien post natal point, tant qu'on se dira que la porte de sortie c'est l'accouchement on arrivera à rien. »
Cadre 8 (L10-15)	« C'est pas parce qu'on traite de la pathologie X Y Z, que le primum ou le plus important n'est pas l'accueil. Il faut penser l'accueil autrement. C'est pas Mme X elle a une pré-éclampsie je m'occupe plus de ses attentes propres à la naissance. Il peut y avoir des patho mais tout autour et pour tout à chacun une qualité d'accueil. Le bonjour, « le bonjour vous avez envie de quoi » ce n'est pas je vais checker, c'est qu'est-ce que je vais faire avec vous. »

Des personnes
motrices

Annexe 5 : Élaboration du projet parental



GLOSSAIRE

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ETP : éducation thérapeutique du patient

HPST : hôpital patient santé territoire

ASD : Accouchement Sans Douleur

PPO : Psychoprophylaxie Obstétricale

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

PMI : Protection maternelle et infantile

EPP : Entretiens prénataux précoces

ICM : International Confederation of Midwives

RBP : Recommandations aux bonnes pratiques

CIANE : Collectif interassociatif autour de la naissance

AFAR : Alliance francophone pour l'accouchement respecté

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ENP : Enquête Nationale Périnatale

RESUME

Introduction : Suite aux recommandations de la HAS à propos du projet de naissance, nous nous demandions pourquoi sa mise en œuvre était limitée. Nous avons recherché les freins et les moteurs à l'utilisation des projets de naissance dans les maternités Françaises.

Méthode : Notre étude interrogeait, sous forme d'entretien semi-directif, 9 cadres des maternités de l'AP-HP. Les verbatims des entretiens ont été analysés dans un tableau.

Résultats : Notre enquête montrait 5 axes de recherches : la formalisation, le financement l'organisation, l'humain et les idéologies. Entre autres, le projet de naissance est soumis à de nombreuses représentations des professionnels de santé. Il est confronté à un réel manque d'information aux patientes. **Conclusion** : Actuellement, les freins à l'utilisation des projets de naissance sont plus nombreux que les moteurs, ce qui ne permet pas de construire une relation de confiance entre professionnel de santé et patient. Ouvrir cet outil sur un projet plus global, individuel et concret serait fondamental afin d'assurer sa démocratisation.

Mots clés : *EPP, PNP, accompagnement, information, projet de naissance*

ABSTRACT

Introduction : Following the recommendations of the HAS about the birth project, we wondered why its implementation was limited. We have look for the hindrances and enabler for the use of birth plans in the French maternity hospitals. **Method** : Our study questioned, in the form of a semi-structured interview, 9 cadres of AP-HP maternity clinics. The verbatim records of the interviews were analyzed in a table. **Results**: Our survey showed 5 areas of research: formalization, financing-organization, human and ideologies. Among others, the birth project is subject to numerous representations of health professionals. It is confronted with a real lack of information from the patients. **Conclusion** : Currently, the brakes on the use of birth plans are more numerous than the engines, which does not build a relationship of trust between health professionals and patients. Opening this tool to a more global, individual and concrete project would be fundamental in order to ensure its democratization.

Keywords : *EPP, PNP, accompaniment, information, birth plan*

Nombre de pages : 50

Nombre d'annexes : 5

Nombre de références bibliographiques : 61