



HAL
open science

Le projet de naissance vu par les sages-femmes effectuant des consultations anténatales programmées

Laure-Bénédicte Delorme

► To cite this version:

Laure-Bénédicte Delorme. Le projet de naissance vu par les sages-femmes effectuant des consultations anténatales programmées. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03414628

HAL Id: dumas-03414628

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03414628>

Submitted on 4 Nov 2021

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.



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**LE PROJET DE NAISSANCE VU PAR LES SAGES-FEMMES
EFFECTUANT DES CONSULTATIONS ANTENATALES
PROGRAMMÉES**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Delorme Laure-Bénédicte

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**LE PROJET DE NAISSANCE VU PAR LES SAGES-FEMMES
EFFECTUANT DES CONSULTATIONS ANTENATALES
PROGRAMMÉES**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Delorme Laure-Bénédicte

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

REMERCIEMENTS

À Eve-Caroline Madrona, pour son rôle de directrice de mémoire.

À Adeline Picard, ma co-directrice, pour son soutien qui m'a été si précieux, pour ses relectures et pour toutes ses expériences partagées.

Aux sages-femmes ayant pris le temps de participer à l'étude.

À ma famille, mes amis et Alex, pour leur patience et leurs encouragements pendant ces cinq années d'études.

À Laurine, Élise et Manon pour notre amitié et pour ces 4 belles années passées ensemble, où nous avons tout partagé (même les virus ... !).

CITATIONS

*« L'expérience, ce n'est pas ce qui arrive à un homme,
c'est ce qu'un homme fait avec ce qui lui arrive. »*

Aldous Huxley

*« Le plus grand secret pour le bonheur,
c'est d'être bien avec soi. »*

Bernard Le Bouyer de Fontenelle

ABRÉVIATIONS

ASD : Accouchement Sans Douleur

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PPO : PsychoProphylaxie Obstétricale

RSPA : Réseau de Santé Périnatal d’Auvergne

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
REVUE DE LA LITTÉRATURE	3
1. La naissance au fil des siècles.....	3
2. L'avènement de lois et de recommandations.....	12
MÉTHODE.....	20
1. Population.....	20
2. Méthode	21
RÉSULTATS.....	25
1. Description de l'échantillon d'étude.....	25
2. La pratique des sages-femmes concernant l'EPP	28
3. La pratique des sages-femmes concernant la PNP	29
4. La représentation des sages-femmes quant au projet de naissance	31
5. La pratique des sages-femmes concernant le projet de naissance	34
6. Pour aller un peu plus loin	44
DISCUSSION.....	50
1. Critique de l'étude	50
2. Analyse de l'étude	51
3. Projet d'action.....	65
CONCLUSION.....	67
BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXES.....	
RÉSUMÉ	

INTRODUCTION

Les usagères expriment de plus en plus leur volonté de participation et de respect de leur choix en matière de suivi de grossesse, d'accouchement et de post-partum notamment. Il y a une volonté globale des femmes à bénéficier d'une prise en charge davantage personnalisée ainsi que d'une écoute attentive de la part des professionnels de santé (1–7). Parallèlement, on assiste à une augmentation du nombre de femmes exprimant des souhaits concernant leur grossesse, leur accouchement et leurs suites de couches sous forme de projet de naissance ou non (8). Il y a également une mise en évidence d'un manque d'informations délivrées aux femmes enceintes ou d'une information variable en fonction du lieu d'exercice des sages-femmes (4,9,10).

De nombreuses recommandations de sociétés savantes, notamment la Haute Autorité de Santé (HAS), ont été émises sur le fait de parler du projet de naissance dès le 1^{er} trimestre de la grossesse, puis lors de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP, aussi appelé Entretien du 4^{ème} mois, Entretien de parentalité ou Entretien médico-psycho-social), mais aussi pendant les séances de Préparation à la Naissance et la Parentalité (PNP) et les consultations mensuelles de suivi de grossesse. Il est également recommandé de prendre en compte le projet de naissance des femmes enceintes ou du couple afin de leur permettre une prise en charge personnalisée (11–15).

De plus, les professionnels de santé ont un rôle prépondérant dans l'élaboration, l'accompagnement et la réalisation des projets de naissance. Ayant la capacité d'effectuer l'EPP, la PNP ainsi que les consultations mensuelles de suivi de grossesse, les sages-femmes ont tout à fait leur rôle à jouer dans la participation et la concrétisation de ces projets de naissance (16–19). Néanmoins, elles ne sont toujours pas les premières sources d'informations à ce sujet (7,10,20). D'ailleurs, beaucoup de femmes ayant accouchées ne connaissent pas le projet de naissance. Pourtant, les recommandations, précédemment citées, mentionnent le fait de communiquer autour de cet outil durant la grossesse (10,20,21).

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. La naissance au fil des siècles

1.1. La naissance autrefois

L'éducation prénatale n'est pas un concept nouveau : en effet, bien qu'autrefois, accoucher était synonyme de douleur, il existait tout de même une préparation empirique des femmes à la maternité avec, notamment, un réseau féminin autour de cet événement.

Dans l'histoire de l'Humanité, les naissances ont lieu à la maison. La parturiente était assistée par un entourage exclusivement féminin composé d'une matrone, de parentes, de voisines et d'amies. Les matrones étaient les principales actrices. Elles apportaient de l'attention et utilisaient des plantes, notamment, pour traiter et soulager les parturientes.

Jusqu'au XVII^{ème} siècle, ce sont elles, principalement, qui assurent l'accompagnement des femmes en travail et l'accouchement.

Les hommes étaient exclus de cet événement. Cependant, dans quelques ouvrages, la présence du père (particulièrement dans les campagnes) était parfois mentionnée puisqu'il avait l'expérience des vélages sur les animaux et donc il pouvait se montrer utile si l'accouchement devenait difficile.

C'est ainsi que l'accouchement a pris un sens culturel très tôt avec une recherche d'assistance, de soutien et d'empathie de la part des femmes en travail pour faire face à la douleur et au sentiment de vulnérabilité que peut conférer le travail d'accouchement.

Néanmoins, malgré cet environnement accueillant, chaleureux et familial, la douleur reste toujours présente (3,22–24).

1.2. L'Époque Moderne

Petit à petit, les hommes ont commencé à s'intéresser à cet évènement, l'accouchement, et de là, les sages-femmes et matrones ont vu leur pouvoir décliner peu à peu à cause de cette rivalité instaurée avec les médecins. C'est de là que naît la « supervision de l'accouchement par le pouvoir public à l'origine des prémices de l'institutionnalisation de la naissance » (23). C'est dans l'Époque moderne, époque s'étalant du XVI^{ème} au XVIII^{ème} siècle, que l'on voit apparaître une distinction entre l'accouchement rural, assisté par des matrones, et l'accouchement en ville, réalisé par des sages-femmes. En effet, au XVII^{ème} siècle, ce dernier est effectué par des sages-femmes qui disposent d'une professionnalisation : elles bénéficient d'une formation théorique enseignée par des médecins. Dans la seconde moitié de ce même siècle, les hommes font leur apparition dans les salles d'accouchement. Ils voient ainsi leur champ d'action se transformer passant de la théorique à la pratique clinique. La médicalisation de la naissance apparaît progressivement au fil du XVIII^{ème} siècle avec, notamment, le docteur François Mauriceau et sa position « lithotomie », position dite « gynécologique » que l'on utilise toujours à l'heure actuelle pour différents examens, interventions gynécologiques ou même pour l'accouchement.

De nouveaux outils voient le jour dans le monde de l'obstétrique, comme le forceps ou la pelvimétrie, et certaines pratiques chirurgicales sont reconnues et s'étendent : c'est le cas de la césarienne et de l'épisiotomie. Avec l'apparition de nouvelles connaissances et nouvelles techniques, les accoucheurs ne laissent plus forcément le choix aux femmes notamment en termes de position d'accouchement et de personnes accompagnantes. Dans le même temps, l'épidémie de fièvre puerpérale fait apparaître une peur extrême de l'accouchement. Les femmes acceptent donc tout ce qui provient du médecin.

En 1760, les sages-femmes ont l'obligation d'avoir une formation professionnelle. C'est dans ce contexte-là que Madame Du Coudray a joué un rôle prépondérant dans l'enseignement théorique et clinique en dispensant des cours gratuits dans l'ensemble de la France. Mais, au fil du temps, une hiérarchie a été mise en place par les médecins chirurgiens plaçant ainsi les sages-femmes sous leur tutelle. Elles ont donc perdu le monopole de l'obstétrique au profit des accoucheurs.

Avec l'apparition de la « pratique instrumentale, l'accouchement cesse d'apparaître comme un acte naturel : il nécessite le recours à un homme de l'art à la fois savant et fort ». L'accouchement devient un acte médical, et non plus un acte d'assistance et d'entraide, comme c'était le cas jusqu'à cette époque. Ainsi, l'accouchement s'est progressivement transformé en un « acte technique aux mains des hommes-médecins » (22-24).

1.3. Le XIXème siècle, période de transformation et de médicalisation

Avec les progrès de la science, on assiste à une augmentation des savoirs médicaux, notamment en obstétrique, et à une ascension de la profession de médecins accoucheurs (médecins obstétriciens). La médicalisation s'affirme, se confirme puis s'étend progressivement. L'accouchement passe, réellement et définitivement, de la sphère sociale à la sphère médicale. Le nombre d'accouchement à l'hôpital croît même s'il concerne encore davantage les familles les plus modestes en raison d'un fort de taux de mortalité du fait de l'épidémie de fièvre puerpérale.

Progressivement, plusieurs tentatives ont été effectuées pour diminuer la douleur de l'accouchement considérée comme « La pire douleur du Monde ». Les anesthésiques font alors leur apparition. Le protoxyde d'azote, l'éther ou encore le chloroforme sont les plus couramment répandus, particulièrement aux États-Unis et en Grande Bretagne. En effet, pour le cinquième accouchement de la Reine Victoria, en 1853, son accoucheur utilise une sédation par inhalation de chloroforme. On parle ainsi « d'accouchement à la Reine ». Cette utilisation s'est ensuite étendue à toutes les classes sociales. Néanmoins, en France, l'utilisation d'anesthésiques est très limitée et reste controversée. Ceux-ci font une brève apparition en 1847 afin de soulager la douleur des parturientes. Pourtant, leur succès fut de courte durée en raison d'un grand nombre d'accidents mortels suite à leur utilisation.

A la fin du XIX^{ème} siècle, l'hôpital cesse faire peur. A la suite des recherches et des travaux de Louis Pasteur, l'hôpital apparaît comme un lieu aseptisé. On y pratique « une médecine qui sauve et qui guérit. » (3,22–25).

1.4. L'arrivée de différentes formes de préparation à la naissance

1.1.1. *L'hypnose*

Utilisée et développée sur la fin du XIX^{ème} siècle par le Docteur Charcot, l'hypnose est une analgésie verbale qui fut, néanmoins, rapidement abandonnée en raison des progrès parallèles de l'anesthésie et de réticences socio-culturelles : certaines personnes pensaient que le Dr Charcot payait ses patientes pour qu'elles affirment que cette méthode fonctionnait (26,27).

1.1.2. *« L'accouchement sans crainte »*

Il faudra attendre 1930 et les travaux du Docteur Read sur la douleur pour voir émerger la première méthode psychologique d'atténuation des douleurs obstétricales. Cette méthode se nomma « L'accouchement sans crainte » et avait pour théorie le fait que si la patiente a peur, alors elle se contracte donc elle a davantage mal.

Ainsi, il faut briser le cycle « Peur Tension Douleur ». La peur entraîne une tension musculaire (notamment au niveau de l'utérus) responsable de la douleur. Pour l'atténuer, on supprime la tension grâce à la relaxation et la crainte grâce à l'éducation. Le Docteur Read apporte des enseignements théoriques (sur l'anatomie et la physiologie), de la relaxation et de la psychothérapie aux femmes enceintes durant leur grossesse. Cette théorie est fondée sur le fait qu'une femme, pourvue de connaissances suffisantes, n'aurait plus peur de l'inconnu et donc moins mal. Malgré tout, cette méthode posait problème pour certains professionnels de santé puisqu'il s'agit de transmettre un savoir médical (23,25,27).

1.1.3. « L'accouchement sans douleur » ou « psychoprophylaxie obstétricale »

La psychoprophylaxie, à proprement parler, voit le jour en URSS après la Seconde Guerre Mondiale en raison d'un manque de moyen et d'argent notamment pour le développement de médicaments. Cette méthode est initiée par Velvoski, lui-même soutenu par Nikolaev. Il s'agit d'une démarche pour atténuer les douleurs obstétricales sans avoir recours aux anesthésiques et analgésiques médicamenteux. Des séances de préparation avec des exercices de respiration, de massages, de marches légères ont été mises en place : les femmes doivent arriver à déconnecter leur cortex des sensations douloureuses pour ne plus éprouver de douleur. Ainsi, les principaux outils de la psychoprophylaxie reposent sur des techniques pédagogiques, langagières et corporelles.

Lors d'un voyage en URSS, le Docteur Lamaze assiste à un accouchement dit « naturel et sans douleur » d'une femme ayant bénéficiée de ce type de préparation. Il est alors convaincu, rejoint ce mouvement dans les années 1950 et l'importe en France. L'ASD (« Accouchement Sans Douleur »), également appelé PPO (« Psychoprophylaxie obstétricale »), permet ainsi « la prise de conscience, la participation active et raisonnée de la gestante » (27).

Au début de sa mise en place en France, plusieurs contraintes viennent se heurter au Docteur Lamaze, des réticences à la fois religieuses, politiques et médicales. En effet, en période de guerre froide, tout ce qui venait de l'URSS n'était pas bien perçu. De plus, il éprouvait des difficultés pour faire valider son projet sur le plan scientifique. Pourtant, la méthode va réussir à se généraliser progressivement grâce à différents moteurs tels que la motivation et le soutien de l'équipe de la maternité où il exerce (la maternité des Bluets à l'hôpital des Métallurgistes à Paris) ainsi que l'enthousiasme des femmes et leur forte volonté d'émancipation après la Seconde Guerre Mondiale. Il convient de souligner que cette méthode doit également son succès à un contexte politique particulier. Le Docteur Lamaze dispose du soutien de l'Union Femmes Françaises (U.F.F.), le Parti Communiste Français (P.C.F.) et la Confédération Générale du Travail (CGT) qui se font le relai de cette méthode. De plus, la réticence du milieu catholique se lève en 1956 puisque le pape Pie XII reconnaît le « caractère licite d'une méthode scientifiquement valable et non condamnable sur le plan théologique » (22). Cette même année, la Sécurité Sociale adopte le remboursement de 6 séances de préparation qui passera à 8 séances dans les années 1960.

En 1957, à la mort du Docteur Lamaze, c'est Vellay qui reprend les rênes de ce courant dans notre pays (22,24,25,28,29).

Parallèlement à l'apparition des méthodes tentant de réduire la douleur de l'enfantement et permettant aux femmes de redevenir davantage actrices de leur accouchement, la proportion entre l'accouchement à l'hôpital et l'accouchement à domicile s'inverse : l'accouchement à domicile devient de plus en plus marginal, et ce, dès la seconde moitié du XX^{ème} siècle (3).

1.5. La seconde moitié du XXème siècle et ses progrès médicaux

La mortalité maternelle a beaucoup diminué depuis quelques décennies et les attentions se portent davantage sur le fœtus, cet être en devenir. Effectivement, les années 1970 et 1980 sont marquées par de nombreuses évolutions. Nous assistons à l'apparition de nouvelles techniques anesthésiques (analgésie péridurale) et, en matière d'obstétrique, à l'apparition de l'échographie obstétricale, du monitoring fœtal et des prélèvements sanguins *in utero*. Ces méthodes permettent, en autres, de détecter des anomalies et malformations fœtales (pour l'échographie), d'enregistrer le rythme cardiaque fœtal (pour le monitoring) et de dépister et de diagnostiquer des anomalies génétiques et infectieuses (pour les prélèvements sanguins).

Comme dans tout progrès, nous trouvons des avantages et des inconvénients, ce qui n'a pas échappé aux progrès médicaux. En effet, ils ont permis d'acquérir davantage de connaissances sur la physiopathologie de la grossesse et du développement fœtal. Néanmoins, ce sont ces mêmes progrès qui sont également à l'origine d'une hyper technicisation de l'accouchement, ce qui a pour conséquence le fait que les femmes ne sont plus actrices de ce moment si particulier de leur vie.

Petit à petit, la PPO passe au second plan et perd de sa puissance. Elle ne fait plus partie des principaux centres d'intérêt, ni des femmes enceintes, ni des médecins. Néanmoins, cette méthode ne disparaît pas totalement puisqu'elle arrive tout de même à garder une place dans les cours de préparation à la naissance. En effet, une diversification des types et l'apparition de nouvelles formes de préparation, comme le yoga, l'haptonomie ou encore la sophrologie, s'étendent et se généralisent petit à petit (23,24,28,29).

1.6. Des avancées médicales qui ne sont pas toujours bien perçues par tout le monde : la revendication des femmes

Dans la fin des années 1960, les féministes se révoltent avec des contestations visant une approche plus humaine de la naissance. Il y a une volonté des femmes de bénéficier d'un accompagnement et d'une prise en charge davantage individualisée de la grossesse et de l'accouchement en autres. Les souhaits des femmes évoluent au fil des années. Demandeuses, dans un premier temps, de reprendre le pouvoir sur leur enfantement en accouchant naturellement, les femmes mettent, actuellement, plus l'accent sur l'écoute de la part des professionnels, la prise en compte de l'histoire, du contexte, de l'environnement et de la culture de chaque femme et le respect de leurs choix (que ce soit pour le suivi de la grossesse, de l'accouchement ou pour l'accompagnement) (1).

En France, à la fin du XXème siècle, des mouvements et projets alternatifs sont créés afin de rééquilibrer le rôle de la médecine pour bénéficier d'un accompagnement global, d'un soutien social et psychologique.

Malgré de nombreuses revendications (sur la fin du dernier siècle), le rapport portant sur la « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement » datant de 2008, montre que les femmes sont plutôt satisfaites de leur suivi de grossesse et de leur accouchement, des qualités humaines, de l'écoute et de l'accompagnement des professionnels de santé ainsi que du dialogue et des explications qu'elles ont pu recevoir. Ce point est également souligné par l'enquête de périnatalité de 2010 (4,9).

En revanche, malgré une amélioration de la satisfaction globales des femmes et malgré les efforts des professionnels de santé participant à cette amélioration, il persiste un manque d'informations concernant certains sujets notamment l'épisiotomie, la césarienne, l'allaitement maternel et artificiel, les soins en post-partum, et le retour à domicile (4,9). Ces dernières années, de plus en plus de femmes déplorent une focalisation trop importante des consultations anténatales sur la grossesse et l'accouchement, mettant de côté la période du post-partum. Il y a une vraie nécessité, en France comme dans le monde, de la part des femmes, de recevoir plus d'informations et d'être préparée, dès la grossesse, aux différents événements pouvant survenir dans le post-partum (l'allaitement maternel ou artificiel, le retour à domicile, les soins postnataux apportés aux nourrissons, leurs besoins, ...) (30–32).

En se plongeant sur les premières demandes des femmes concernant leur grossesse, leur accouchement et leur enfant, il est possible de constater une réelle évolution en termes de prise en charge des parturientes (plus individualisée, davantage centrée sur les besoins de chacune, ...), ce qui se traduit par une satisfaction relativement bonne des femmes (4,9).

A l'heure actuelle, pour permettre une amélioration plus poussée de leur prise en charge et de leur satisfaction, les femmes émettent encore de nouvelles demandes. Par exemple, parmi leurs souhaits actuels, nous pouvons retrouver le fait de vouloir participer et d'être actrice de leur travail d'accouchement, d'être informée afin d'être autonome dans la prise de décision concernant leur santé ou encore d'être respectée par les professionnels de santé (32).

2. L'avènement de lois et de recommandations

2.1. Une information personnalisée et une participation active

Le début des années 2000 a marqué un tournant dans le droit du patient avec la loi du 4 mars 2002 qui stipule que : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé [...]. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » (33). Ainsi, le patient dispose d'un véritable droit lui permettant de prendre les décisions pour sa propre santé. Afin que ses décisions soient prises de manière adéquate, le patient doit, au préalable, recevoir, de la part du professionnel de santé qui le prend en charge, toutes les informations nécessaires lui permettant de faire ses choix « libres et éclairés ». Cela s'applique à tous les domaines de la médecine, y compris à celui de l'obstétrique.

Ainsi, la volonté des femmes et la législation vont dans le même sens pour permettre à tout patient (dont la femme enceinte) de participer activement à l'ensemble des décisions le concernant et donc d'être un véritable acteur de sa prise en charge. Les sociétés savantes précisent et confirment cela dans différentes recommandations et/ou guides de bonne pratique. En 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS) a d'ailleurs publié des recommandations s'intitulant « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » dans lesquelles il est précisé que « L'information a pour objectif de favoriser la **participation active** de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. » (14). Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) insiste également sur le fait que « Ce qui est primordial, tout au long de la grossesse, c'est que la femme perçoive qu'elle est partie prenante dans la totalité des décisions ». Ainsi « Le corps médical propose, et la femme dispose toujours sauf dans l'urgence bien sûr. » (18).

2.2. L'apparition de recommandations concernant l'EPP et la PNP

La participation active de la femme au cours de sa grossesse est ainsi permise grâce, entre autres, à la possibilité de suivre des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP). Ces séances doivent être systématiquement proposées à toutes les femmes dès le début de la grossesse. Elles ont pour principal objectif d'écouter les femmes et les couples pour les accompagner tout au long de la grossesse, de permettre aux femmes enceintes de développer un sentiment de confiance en leurs capacités ainsi que d'approfondir et d'expliquer les informations délivrées au cours des consultations de suivi de leur grossesse. De plus, l'EPP, qui constitue la première séance de préparation à la naissance, peut être pratiqué individuellement ou en couple. Il permet, notamment, de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins d'informations et d'éducation (14).

Les recommandations concernant la PNP laissent le choix à la femme enceinte d'assister à la préparation à la naissance seule ou accompagnée (en couple) si elle le désire et si l'offre le permet. Ceci témoigne donc d'une volonté d'intégrer les pères à la grossesse. Ils trouvent ainsi leur place au côté de leur femme dans l'accompagnement de la grossesse ainsi que dans la prise de décision. Leurs attentes, besoins, envies, doutes sont également écoutés et pris en compte.

4 concepts voient le jour avec le Plan Périnatalité 2005-2007 : humanité, sécurité, qualité et proximité. Dans le cadre de prise en charge de l'humanité, l'accent est mis sur l'importance de l'entretien prénatal précoce ainsi que sur la délivrance d'informations complètes, tout au long de la grossesse, afin d'offrir la possibilité aux femmes d'être plus actrice de leur grossesse (2). Il faudra tout de même attendre 2005 pour que la HAS publie des recommandations concernant exclusivement la préparation à la naissance et à la parentalité. Il est clairement expliqué que celle-ci permet notamment de donner à la femme enceinte la capacité de prendre des décisions et d'agir pour sa santé.

Historiquement centrée sur la prise en charge de la douleur, la PNP a maintenant pour but « un accompagnement global de la femme et du couple favorisant leur participation active dans le projet de naissance. » (15). La préparation à la naissance devient ainsi un espace de paroles et d'échanges avant tout, ce qui apporte la preuve que la communication a une place fondamentale dans l'accompagnement.

Petit à petit, suite aux revendications des femmes, dès la fin du XXème siècle, sur leurs attentes et besoins d'accompagnement plus humains, on assiste à une réelle avancée en termes de recommandations, à visée des professionnels de santé, sur la prise en charge des femmes enceintes, clairement centrées sur l'importante de leur donner l'ensemble des clés pour être actrices des différentes étapes de leur grossesse.

C'est dans ce contexte que le projet de naissance peut avoir sa place puisque chaque femme et chaque couple a des attentes et besoins différents, et envisage la grossesse, l'accouchement et ses suites autrement qu'un autre couple.

2.3. Le projet de naissance

Historiquement, le projet de naissance voit le jour, pour la première fois en Angleterre, à la fin du XXème siècle, du fait d'une médicalisation trop importante de la naissance et d'un choix trop limité pour les femmes enceintes. Apparaît le « *Changing Childbirth* » qui vise à « mettre en place un système centré sur le patient, de lutter contre la médicalisation systématique, d'autoriser des lieux alternatifs de naissance et de valoriser les sages-femmes comme porte d'entrée du système de soins » (34).

Le projet de naissance reste une notion, malgré tout, assez vague et difficile à définir précisément. Il est d'ailleurs très compliqué d'en trouver une définition universelle. Selon la HAS, « Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et 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 à domicile, le recours en cas de difficultés. » (15).

On trouve également d'autres définitions plus ou moins précises et plus ou moins complémentaires les unes des autres : « Les projets de naissance sont l'expression, souvent formalisée, des souhaits de la femme/des parents concernant les conditions de l'accouchement. Son objectif est d'être un élément de dialogue » (35) ; « Le projet de naissance est un document qui exprime les désirs, les peurs et les refus de la patiente et de son compagnon à propos de la naissance proche de leur enfant. Sa rédaction exige une bonne connaissance par le couple du déroulement de l'accouchement et des suites de couches. » (18) ; « Un projet de naissance est 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. » (11).

Certains s'accordent sur le fait qu'il s'agisse d'un document pouvant être formalisé (c'est-à-dire écrit) mais pas nécessairement, laissant ainsi la liberté aux futurs parents de décider de la forme que pourra prendre leur projet. D'autres voient le projet de naissance comme un document, présenté aux professionnels de santé, toujours sous la forme d'un écrit. Néanmoins, tous sont d'accord sur le fait qu'un projet de naissance a pour but d'exprimer les attentes de la femme et/ou du couple concernant l'accouchement et la naissance de leur futur enfant. Certains étendent même le projet de naissance à la grossesse, les suites de couches et le retour à domicile, ce qui traduit le fait d'exprimer les attentes sur la maternité globale, dans son ensemble.

En revanche, malgré des définitions multiples et variées, tout le monde semble s'entendre sur le fait qu'il est important de préciser aux couples qu'un projet de naissance peut évoluer tout au long de la grossesse et même au cours de l'accouchement et des suites de couches. Il s'agit d'un projet flexible et donc d'une discussion modifiable à tout moment plutôt que d'un projet rédigé à un moment X et fixé, figé, sans émettre la possibilité de revenir dessus (36).

« Birth cannot be planned, but preferences can be shared, and the provider must ensure that all parties are adaptive and flexible given the unpredictable nature of childbirth. » (37).

L'évolution du projet de naissance, au fur et à mesure de la grossesse, est permise grâce au suivi médical et aux discussions, avec le(s) professionnel(s) de santé qui sui(t)(vent) la grossesse, sur ce qui est réalisable et envisageable et ce qui ne l'est pas. Il est important d'aborder, en prénatal, toutes les périodes, de la grossesse au retour à domicile, comme le recommandent plusieurs sociétés savantes, afin de permettre aux futurs parents de se projeter dans l'avenir une fois que leur enfant sera né. Des informations « sur le déroulement global de la grossesse, l'accouchement et la naissance, [...], l'allaitement maternel » doivent être délivrées par les professionnels de santé pour permettre une prise en charge globale et non uniquement centrée sur le moment présent (bien qu'il soit important de profiter de chaque instant) (11,37–41).

De plus, il est préconisé d'aborder le sujet du projet de naissance et de débiter son élaboration dès la première consultation (avant 10SA), au cours des consultations de suivi et surtout lors des séances de préparation à la naissance, moments privilégiés, non médicaux, pour échanger sur différents sujets, d'autant plus s'il s'agit de séances individuelles (11,18,39,41). Le fait d'aborder le projet de naissance tôt permet d'avoir un temps suffisant pour informer, discuter, parfois « négocier » les souhaits des femmes s'ils paraissent difficilement réalistes et/ou réalisables. Les professionnels de santé doivent bien expliquer pourquoi certaines choses sont envisageables alors que d'autres ne le sont pas. La qualité de l'information délivrée à la femme enceinte constitue un enjeu très important et même primordial (17).

L'efficacité du projet de naissance repose sur le fait qu'il soit unique et qu'il reflète la personnalité de chaque couple ainsi que leurs attentes et besoins particuliers : « Le projet de naissance est spécifique à chaque couple. » (18). Il a également pour but d'améliorer la compréhension, par les femmes, du travail et de l'accouchement. Les femmes seraient alors plus satisfaites de leur expérience de naissance lorsqu'elles écrivent un projet de naissance, seraient plus à même à développer un sentiment de contrôle et à s'engager dans leurs propres soins, c'est-à-dire à être réellement actrices.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande également la participation à la PNP et l'écriture d'un projet de naissance pour lutter contre cette « surmédicalisation », revendiquée par les femmes à la fin du siècle dernier. Comme dit précédemment, l'OMS met aussi l'accent sur le fait que cela permet de favoriser la communication et l'éducation des femmes pour une prise de décision partagée (37). « Au-delà du projet de naissance, il est question du respect de l'autonomie et des droits de la personne » (42).

2.4. Et les sages-femmes dans tout cela ?

Les sages-femmes ont vu leurs compétences évoluées depuis quelques décennies. Ce n'est que depuis le début du XXIème siècle qu'elles peuvent exercer le suivi de la grossesse (avec les consultations prénatales dont les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité). En effet, l'article L2122-1 et L4151-1 du Code de la Santé Publique stipulent que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les examens prénataux des femmes enceintes dans le cadre de la surveillance médicale de leur grossesse. Les sages-femmes peuvent également organiser des séances de préparation psychoprophylactique à l'accouchement, et donc effectuer l'entretien prénatal précoce (2,43,44). Ainsi, elles ont un rôle central dans le suivi des grossesses physiologiques.

Disposant donc de ces compétences, les sages-femmes ont une place importante à jouer dans l'élaboration et l'accompagnement du projet de naissance, comme nous avons pu le voir précédemment avec les nombreuses recommandations des diverses sociétés savantes. En effet, étant aptes à réaliser le suivi de la grossesse, les séances de préparation, elles ont le pouvoir et même le devoir de répondre aux attentes de chaque femme et couple en leur donnant des informations individuelles et personnalisées à leurs besoins, ce qui leur permet donc de prendre des décisions et d'élaborer leur projet de naissance personnel. La qualité de l'accompagnement passe avant tout par le dialogue entre le professionnel de santé (la sage-femme par exemple) et la patiente, grâce à la délivrance d'informations personnalisées (8,45).

Les sages-femmes disposent également de compétences en matière de diagnostic et de suivi du travail et de l'accouchement. Il s'agit d'un moment important où elles ont une place privilégiée dans l'accompagnement et le soutien des parturientes et dans la prise en compte, autant que possible, de leurs demandes. D'ailleurs, il est bien précisé que la sage-femme peut aider la femme en travail « en assurant l'accouchement physiologique et son accompagnement, en aidant la femme à gérer la douleur (en recueillant ses perceptions et son projet de naissance, en prenant en compte son environnement affectif et culturel, en prenant des décisions adaptées à la situation) » et « en accueillant le nouveau-né : en permettant aux parents d'accueillir le nouveau né, en fonction de ce qu'ils ont exprimé / expriment ». Ainsi, c'est à ce moment précis que la femme peut réellement bénéficier d'une prise en charge adaptée et personnalisée grâce au rôle de la sage-femme dans l'accomplissement et la réalisation de son projet de naissance (19).

Rappelons aussi, comme nous l'avons vu au début, qu'autrefois, la sage-femme ou la matrone était la principale actrice, en collaboration avec la parturiente. Dotée d'une expérience supplémentaire par rapport aux autres femmes également présentes, la sage-femme avait un rôle d'accompagnement et de soutien psychologique, un peu plus spécialisé que les autres accompagnantes, pour le travail et l'accouchement.

C'est ainsi que la place des sages-femmes est prépondérante dans le projet de naissance. Elles disposent de toutes les compétences permettant son élaboration et sa réalisation et elles peuvent effectuer toutes les rencontres pendant lesquelles il peut être abordé. Le CNGOF écrit même que « le projet de naissance sera rédigé avec les sages-femmes. » (18).

MÉTHODE

1. Population

La population de l'étude concernait l'ensemble des sages-femmes effectuant des consultations anténatales programmées au sein du territoire Auvergne.

1.1 Échantillon de l'étude

L'échantillon de cette étude portait sur les sages-femmes actives au sein du territoire Auvergne exerçant en secteur public, privé ou libéral ainsi qu'au sein de la Protection Maternelle et Infantile. 75 sages-femmes ont été incluses. 12 sages-femmes ont été exclues du fait de réponses manquantes au questionnaire.

1.1.1. Critère d'inclusion

Dans l'étude, ont été incluses les sages-femmes diplômées d'État, en activité sur le territoire Auvergne et effectuant des consultations anténatales programmées. Ainsi, cela concernait les sages-femmes libérales, territoriales et hospitalières dans le secteur public et privé.

1.1.2. Critère d'exclusion

Les sages-femmes retraitées, sans activité au moment de l'enquête ou refusant de participer à l'étude ont été exclues.

2. Méthode

2.1. Type d'étude

Pour répondre aux objectifs de ce mémoire, nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale et à visée étiologique.

2.2. Rappel des objectifs

L'objectif principal était de mesurer le pourcentage de sages-femmes, effectuant des consultations anténatales programmées, donnant des informations aux femmes enceintes concernant le projet de naissance.

Déterminer l'adéquation de la définition du projet de naissance des sages-femmes interrogées par rapport à celle de la HAS et analyser si les pratiques diffèrent suivant le mode d'exercice, l'année d'obtention du diplôme et le temps accordé à une consultation de suivi de grossesse formaient nos objectifs secondaires.

2.3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le nombre de sages-femmes interrogées parlant du projet de naissance aux femmes enceintes pendant les consultations programmées en anténatal.

Le nombre de critères concordants entre la définition du projet de naissance des sages-femmes et celle de la HAS et la différence significative selon le mode d'exercice, l'année d'obtention du diplôme et le temps consacré à une consultation mensuelle constituaient les critères de jugement secondaires.

2.4. Déroulement de l'étude et recueil des données

Cette étude s'est déroulée entre les mois de Septembre et Décembre de l'année 2020 auprès des sages-femmes appartenant aux centres hospitaliers publics et privés, des sages-femmes libérales et de celles travaillant dans les centres de PMI sur le territoire Auvergnat.

Le recrutement s'est fait de différentes manières. Les sages-femmes libérales ont été recrutées par l'intermédiaire de l'Association des sages-femmes libérales d'Auvergne, celles de PMI grâce à l'annuaire des adresses mail disponible à l'école de sages-femmes de Clermont Ferrand. Quant aux sages-femmes hospitalières du secteur public et privé, elles ont été recrutées par l'intermédiaire des sages-femmes coordinatrices responsables des consultations au sein de chaque structure. Afin d'augmenter le taux de réponses, les Conseils de l'Ordre des Sages-femmes de l'Allier, du Cantal, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme ont également été sollicités. La diffusion du questionnaire s'est aussi fait grâce au Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne (RSPA). Plusieurs relances ont été nécessaire afin d'obtenir un taux de réponses suffisant.

Le recueil des données s'est effectué à l'aide d'un auto-questionnaire sécurisé en ligne Redcap qui a été diffusé auprès des sages-femmes des différents secteurs grâce à leur adresse mail professionnelle. Le questionnaire comprenait 4 parties :

La première partie s'intéressait aux informations générales des sages-femmes (l'année d'obtention du diplôme, le mode d'exercice, etc...).

Les deuxième, troisième et quatrième parties concernaient respectivement leur pratique relative à l'EPP, la PNP et au projet de naissance.

Le questionnaire comportait des questions fermées (à choix unique et à choix multiples) ainsi que des questions ouvertes.

Les partenaires de cette étude étaient Eve-Caroline Madrona, sage-femme enseignante et directrice de ce mémoire ainsi que Adeline Picard, sage-femme et occupant le titre de co-directrice.

2.5. Analyse statistique des données

Les sages-femmes des différents secteurs ont été comparées : public, privé, libéral et PMI. La population est décrite par des effectifs et des pourcentages associés pour les variables catégorielles.

L'analyse des données s'est faite à l'aide du test de Student concernant la relation entre des variables catégorielles et quantitatives et à l'aide du test du Chi-2 pour les variables catégorielles entre elles. Le seuil de significativité a été fixé à 0,001, ce qui signifie qu'il existe une différence statistiquement significative si p est inférieur à 0,001.

2.6. Aspects éthiques et réglementaires

2.1.1. *Avis comités consultatifs*

Après la validation du questionnaire auprès de la directrice et de la co-directrice de mémoire, l'accord du Délégué à la Protection des Données personnelles du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand a été obtenu.

2.1.2. *Information et consentement*

Une lettre d'information, reprenant les objectifs de l'étude et les personnes porteuses du projet, a été jointe au mail envoyé pour la diffusion du questionnaire. De plus, celle-ci figurait également en première page du questionnaire. A la suite, une première question était posée quant à l'acceptation de participer à l'étude ou non.

2.1.3. *Anonymat*

Un numéro d'anonymat a été attribué automatiquement par Redcap et reporté sur la feuille de calcul des données. Aucune donnée identifiante n'a été ni demandé ni exploitée. Certaines données, notamment le secteur d'exercice ou l'année d'obtention du diplôme, seront conservées puisque nécessaires à l'étude. Néanmoins, ces dernières ne permettront pas d'identifier les sages-femmes.

RÉSULTATS

1. Description de l'échantillon d'étude

1.1. Age et sexe

Notre étude a été réalisée avec la participation de 75 sages-femmes d'Auvergne. 98,67 % des sages-femmes étaient des femmes (n=74). Concernant leur âge, il était compris entre 23 et 62 ans. La moyenne d'âge était de 41 ans, la médiane de 38 ans et l'écart-type de 11.

1.2. Année d'obtention du diplôme de sage-femme



Figure 1 : Répartition des sages-femmes selon l'année d'obtention du diplôme (n=75).

Nous avons choisi 2005 car c'est l'année pendant laquelle les recommandations de la HAS concernant la PNP sont sorties, au sein desquelles le projet de naissance est abordé réellement.

1.3. Mode d'exercice

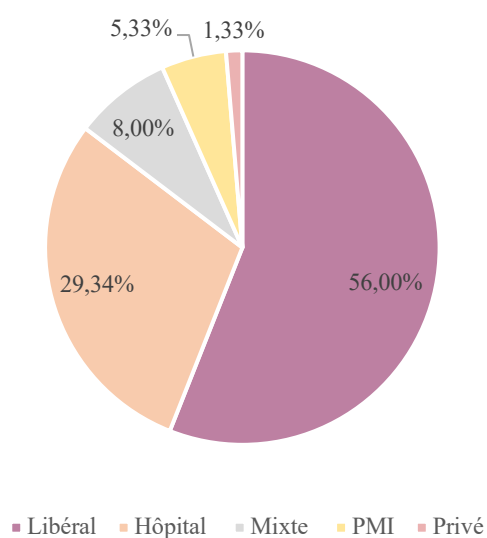


Figure 2 : Répartition des sages-femmes en fonction de leurs modes d'exercice (n=75).

Par « Mixte », nous comprenons les sages-femmes ayant une activité libérale ainsi qu'une activité hospitalière (maternité de type I, II ou clinique privée).

Parmi les 22 sages-femmes travaillant à l'hôpital, 2 sont en maternité de type I (2,67% des sages-femmes de notre étude), 16 exercent dans un type II (21,34%) et 4 dans une maternité de type III (5,33%).

1.4. Les consultations mensuelles

Tableau I : Temps d'une consultation mensuelle en fonction des secteurs d'activité.

	Total (n=75)	Hôpital (n=22)	Libéral (n=42)
Temps d'une consultation mensuelle (en minutes)			
Moyenne	32	27	33
Médiane	30	23	30
Écart-type	11	15	7
<i>p value</i>		0,127	

Le tableau I ne nous montre aucune différence statistiquement significative entre le temps d'une consultation mensuelle de suivi de grossesse effectuée par une sage-femme hospitalière et celui d'une consultation en libéral.

Tableau II : Temps d'une consultation mensuelle en fonction du type de maternité d'exercice parmi les sages-femmes hospitalières.

	Total (n=22)	Hôpital type I (n=2)	Hôpital type II (n=16)	Hôpital type III (n=4)
Temps d'une consultation mensuelle (en minutes)				
Moyenne	27	60	24	24
Médiane	23	60	20	23
Écart-type	15	42	5	5
<i>p value</i>			0,443	0,439

Ce tableau ne nous montre aucune différence statistiquement significative entre le temps d'une consultation mensuelle de suivi de grossesse effectuée dans une maternité de type I par rapport à une de type II, ni entre une type I et une type III. La comparaison entre les maternités de type I et II contre les maternités de type III ne montre pas non plus de différence significative ($p=0,352$). Aucune différence ne peut être mise en évidence en raison de l'hétérogénéité du groupe « Hôpital de type I », comme le montre l'écart-type.

2. La pratique des sages-femmes concernant l'EPP

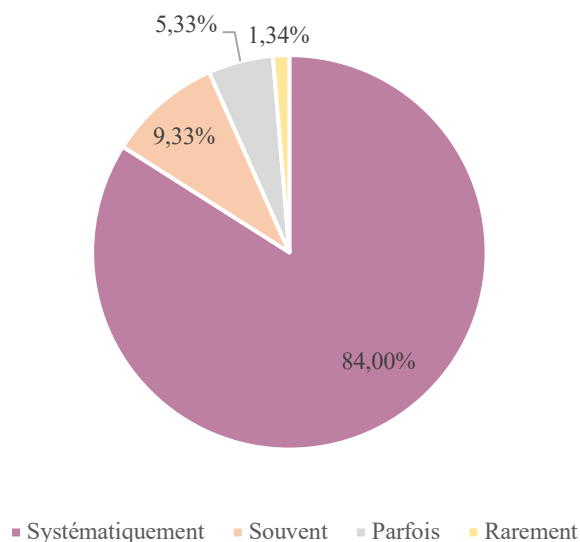


Figure 3 : Répartition des sages-femmes en fonction de la fréquence dont elles abordent l'EPP avec leurs patientes (n=75).

Aucune sage-femme ne parlait « jamais » de l'EPP à leurs patientes.

96,00% (n=72) des sages-femmes interrogées effectuaient des EPP elles-mêmes.

14 sages-femmes (18,67%) ne parlaient pas systématiquement de l'EPP ou ne le pratiquaient pas. Dans 57,14% des cas, l'impression de déjà le faire au cours du suivi de grossesse en est la raison. Le manque de temps est cité dans 35,71% des cas, le manque de formation dans 14,29% des cas. Nous retrouvons le même pourcentage pour la raison suivante : l'EPP est effectué par un autre professionnel de santé. Le manque d'intérêt est cité une fois (7,14%) ; tout comme le fait de ne pas assez connaître la patiente ; et le fait d'avoir déjà effectué l'EPP pour une précédente grossesse chez une même patiente. Étant une question à choix multiple, le pourcentage excède 100,00%.

Tableau III : différence des raisons pour lesquelles les sages-femmes ne parlent pas systématiquement ou ne pratiquent pas l'EPP en fonction des secteurs d'activité.

	Total (n=)	Hôpital (n=8)	Libéral (n=4)	PMI (n=1)	Mixte (n=1)	<i>p value</i>
L'impression de le faire pendant la grossesse	8	4	3	0	1	0,428
Manque de temps	5	4	1	0	0	0,568
Manque de formation	2	2	0	0	0	0,626
Fait par un autre professionnel	2	1	0	1	0	0,078
Manque d'intérêt	1	0	1	0	0	0,442
Ne pas connaître la patiente	1	1	0	0	0	0,848
Fait pendant une précédente grossesse	1	0	1	0	0	0,442

Le tableau III ne montre aucune différence statistiquement significative entre les secteurs d'activité concernant chaque raison évoquée de la non-proposition systématique ou de la non pratique de l'EPP.

3. La pratique des sages-femmes concernant la PNP

92,00% (n=69) des sages-femmes proposent systématiquement des séances de PNP à leurs patientes et 8,00% (n=6) les proposent souvent.

Elles étaient 89,33% (n=67) à effectuer des séances de PNP elles-mêmes.

Parmi les 12 qui ne proposent pas systématiquement de séances de PNP ou qui ne les font pas elles-mêmes, les principales raisons sont le manque de temps dans 33,33% des cas ; le fait que ce soit fait par un autre professionnel de santé dans 25,00% des cas ; le manque d'intérêt, de formation, d'organisation, les réticences de la part des patientes ainsi que l'impression de le faire pendant la grossesse sont cités, pour chacun, dans 8,33% des cas. Étant une question à choix multiple, le pourcentage excède 100,00%.

Tableau IV : différence des raisons pour lesquelles les sages-femmes ne parlent pas systématiquement ou ne pratiquent pas de séances de PNP en fonction des secteurs d'activité.

	Total (n=)	Hôpital (n=10)	Libéral (n=1)	PMI (n=1)	<i>p value</i>
Manque de temps	4	3	0	1	0,279
Fait par un autre professionnel	3	3	0	0	0,670
Manque d'intérêt	1	1	0	0	0,897
Manque de formation	1	1	0	0	0,897
Manque d'organisation	1	1	0	0	0,897
L'impression de le faire pendant la grossesse	1	0	1	0	0,002
Réticence de la patiente	1	1	0	0	0,897

Le tableau IV ne montre aucune différence statistiquement significative entre les secteurs d'activité concernant chaque raison évoquée de la non-proposition systématique ou de la non pratique des séances de PNP, excepté le fait d'avoir l'impression de le faire pendant la grossesse, où les sages-femmes libérales sont significativement plus nombreuses à trouver cela.

4. La représentation des sages-femmes quant au projet de naissance

4.1. Définition

93,33% (n=70) des sages-femmes pensent qu'un projet de naissance est un énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant.

42,67% (n=32) sont d'accord sur le fait qu'il inclut l'organisation des soins ; 38,67% (n=29) sur le fait qu'il inclut le suivi médical ; 44,00% (n=33) pensent qu'il inclut la PNP ; 73,33% (n=55) sont d'accord sur le fait qu'il inclut les modalités d'accouchement ; 61,33% (n=46) qu'il inclut les possibilités de suivi pendant la période post-natale y compris les conditions de retour précoce à domicile et le recours en cas de difficultés.

2,67% (n=2) des sages-femmes ont ajouté que le projet de naissance permet aux couples d'exprimer ses inquiétudes et questions. 1,33% (n=1) des sages-femmes pensent qu'il s'agit plus d'une réflexion autour de leurs envies et de leurs choix que d'un énoncé ; et 1,33% (n=1) pensent qu'il inclut les antécédents et les facteurs de risque de chaque patiente et de chaque couple. Étant une question à choix multiple, le pourcentage excède 100%.

4.2. Forme du projet de naissance

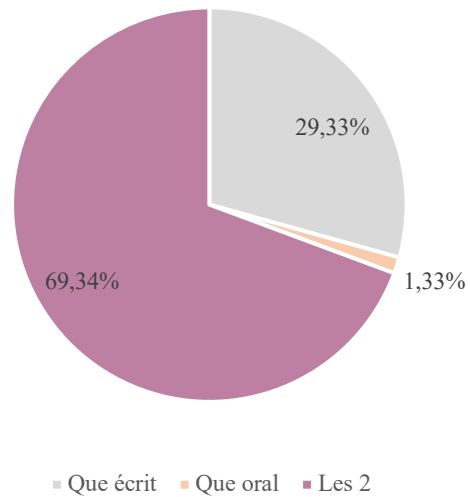


Figure 4 : Répartition des sages-femmes en fonction de la forme que peut prendre un projet de naissance (n=75).

1,33% (n=1) des sages-femmes ont fait remarquer, que lorsque le projet de naissance prenait une forme orale, il était parfois compliqué de noter correctement les souhaits des couples dans le dossier (d'autant plus qu'il n'y a pas d'endroit spécifique dédié au projet de naissance) avec un risque de perte ou de déformation d'informations.

4.3. Occasion idéale pour aborder le projet de naissance

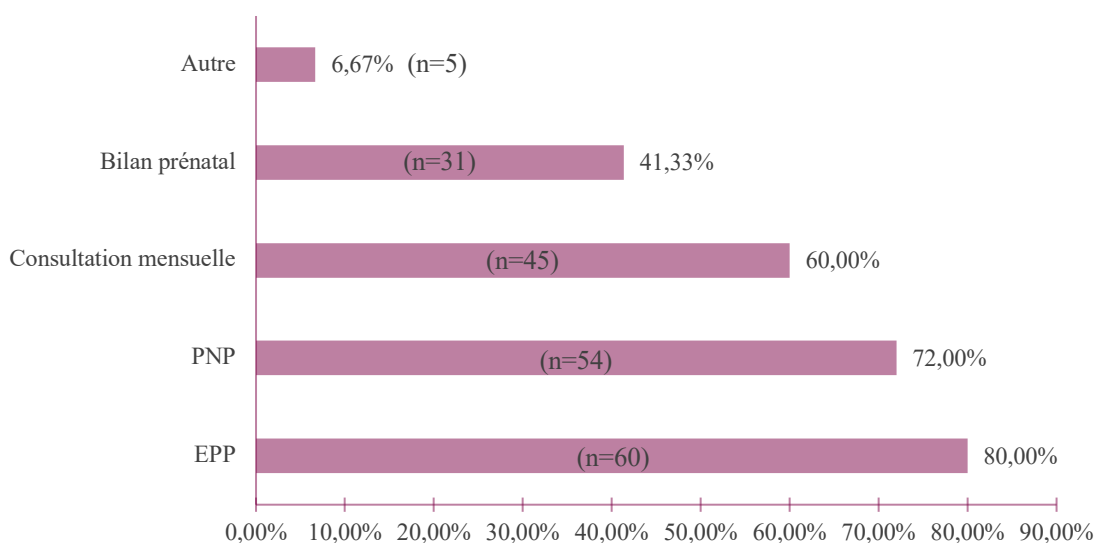


Figure 5 : Répartition des sages-femmes en fonction des occasions idéales pour présenter le projet de naissance.

Dans la catégorie « Autre », 2 sages-femmes (2,67%) mentionnent la consultation du 8 ou 9^{ème} mois à la maternité ; 2 sages-femmes (2,67%) mentionnent également une consultation spécifique ; et 1 sage-femme (1,33%) pense que l'occasion idéale est quand la femme arrive en salle de naissance. Étant une question à choix multiple, le pourcentage excède 100%.

4.4. Évolution du projet de naissance

97,33% des sages-femmes (n=73) pensent que le projet de naissance peut évoluer pendant la grossesse ; 89,33% (n=67) pensent qu'il peut évoluer pendant le travail et l'accouchement ; et 53,33% (n=40) pensent qu'il peut évoluer également en post-partum. Étant une question à choix multiple, le pourcentage excède 100%.

5. La pratique des sages-femmes concernant le projet de naissance

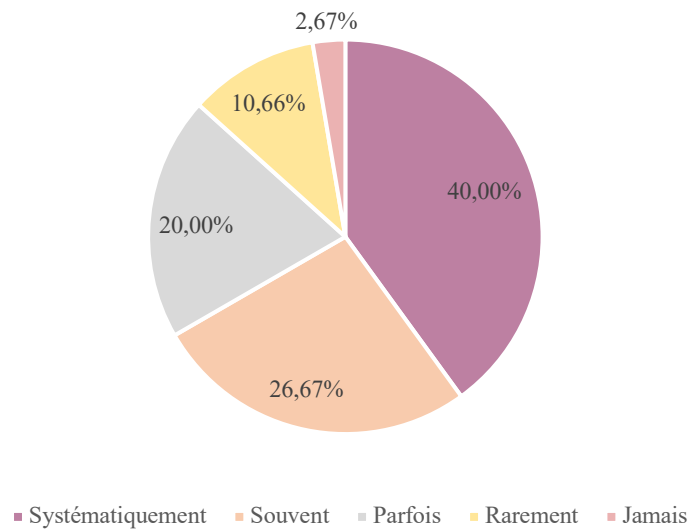


Figure 6 : Répartition des sages-femmes en fonction de la fréquence dont elles parlent du projet de naissance avec leurs patientes (n=75).

73 sages-femmes (97,33%) parlent du projet de naissance alors que 2 n'en parlent jamais (2,67%).

Tableau V : Caractéristiques des sages-femmes parlant ou non du projet de naissance

	Total (n=75)	En parle (n=73)	N'en parle jamais (n=2)	p value
Mode d'exercice				
Hôpital public	22	20	2	
Libéral	42	42	0	
Hôpital privé	1	1	0	0,026
PMI	4	4	0	
Mixte	6	6	0	
Année d'obtention du diplôme				
Moyenne	2003	2003	2000,5	
Médiane	2005	2006	2000,5	0,658
Écart-type	11,5	11,5	6,4	
Temps d'une consultation mensuelle (en minutes)				
Moyenne	32	32	20	
Médiane	30	30	20	<0,001
Écart-type	11	10,5	0	

Le tableau III ne montre aucune différence statistiquement significative concernant le fait de parler ou non du projet de naissance en fonction du mode d'exercice ou de l'année d'obtention du diplôme. Néanmoins, une différence significative est remarquée quant à la relation entre le fait de parler ou non du projet de naissance et le temps passé pour une consultation mensuelle : on se rend compte que plus le temps est court, plus la probabilité de ne pas en parler est importante.

Tableau VI : Répartition des sages-femmes en fonction du type de maternité où elles exercent et le fait de parler du projet de naissance ou non.

	Total (n=22)	En parle (n=20)	N'en parle jamais (n=2)	<i>p value</i>
Mode d'exercice				
Maternités publiques type I et II	18	16	2	0,484
Maternité publique type III	4	4	0	

Le tableau précédant ne nous montre aucune différence statistiquement significative ($p > 0,05$) entre le fait d'exercer en maternité de type I/II et de type III et le fait de parler ou non du projet de naissance.

Les prochains pourcentages sont donc ramenés sur 73 et non 75 puisqu'ils portent sur les sages-femmes qui parlent du projet de naissance.

En moyenne, les sages-femmes abordent le sujet du projet de naissance à 23 SA ; la médiane se situe à 24 SA et l'écart-type est de 7.

73,97% (n=54) des sages-femmes le font au moment des séances de PNP ; 72,60% (n=53) durant l'EPP ; 63,01% (n=46) au cours des consultations mensuelles de suivi de grossesse ; 31,51% (n=23) pendant le bilan prénatal ; 1,37% (n=1) à la consultation de terme (entre 40 et 41 SA) ; 1,37% (n=1) lors de l'accompagnement médico-psycho-social. Étant une question à choix multiple, le pourcentage excède 100%.

5.1. Les informations relatives à la grossesse

78,08% (n=57) des sages-femmes renseignent les patientes sur les différents types de PNP possibles ; 75,34% (n=55) informent les femmes de la possibilité de « réviser » et de discuter de leur projet de naissance au fil de la grossesse ; 65,75% (n=48) informent leurs patientes de la possibilité de la présence du conjoint lors des consultations et lors des séances de PNP (notamment durant l'EPP) ; 63,01% (n=46) les renseignent sur les différents types de suivi (libéral et/ou hospitalier et/ou PMI) ; 1,37% (n=1) informent de la possibilité d'un accompagnement global.

8,22% des sages-femmes (n=6) n'abordent pas ce sujet-là. Étant une question à choix multiple, le pourcentage excède 100%.

5.2. Les informations relatives au travail et à l'accouchement

Tableau VII : Les informations que les sages-femmes donnent au sujet du travail et de l'accouchement (n=73)

	% (n)
Possibilité de mobilisation pendant le travail	94,52 (69)
Gestion de la douleur (analgésie, relaxation, ...)	93,15 (68)
Choix de postures pendant le travail	91,78 (67)
Choix de postures pendant les efforts expulsifs	90,41 (66)
Section du cordon par le conjoint	90,41 (66)
Possibilité du peau à peau	89,04 (65)
Tétée d'accueil	87,67 (64)
Présence du conjoint pendant le travail	84,93 (62)
Surveillance (continu, discontinu) du RCF	78,08 (57)
Situation nécessitant une césarienne	76,71 (56)
Présence du conjoint en cas de césarienne	75,34 (55)
Utilisation d'ocytocine	72,60 (53)
Situation nécessitant une épisiotomie	72,60 (53)
Surveillance du travail par les touchers vaginaux	71,23 (52)
Situation nécessitant une extraction instrumentale	67,12 (49)
Pose d'une voie veineuse périphérique	65,75 (48)
Modalités de déclenchement	64,38 (47)
Réalisation d'une RAM	63,01 (46)
Réalisation d'une APO	57,53 (42)
Choix de l'accompagnant	56,16 (41)
Clampage retardé du cordon	53,42 (39)
Présence du conjoint en cas d'extraction instrumentale	52,05 (38)
Présence d'étudiants	36,99 (27)
Autre	8,22 (6)
Je n'aborde pas ce sujet là	4,11 (3)

Parmi les 6 sages-femmes qui ont répondu « Autre », 5,48% (n=4) d'entre elles demandaient aux futurs parents de leur faire part de leurs souhaits, sans donner d'informations au préalable ; 1,37% (n=1) précisait aux couples que chaque geste était précédé d'une explication et de leur approbation, hors cas d'urgence vitale où ce temps d'explication sera pris après d'éventuels gestes ; 1,37% (n=1) expliquaient qu'un certain nombre d'items cités (dans le tableau VII) sont des actes médicaux qui sont non négociables ou qui font partie d'une utilisation avec parcimonie et ne sont donc pas abordés systématiquement. Étant une question à choix multiple, le pourcentage excède 100%.

5.3. Les informations relatives au post-partum

Tableau VIII : Les informations que les sages-femmes donnent au sujet du post-partum (n=73)

	% (n)
L'allaitement maternel	90,41 (66)
Possibilité de visite à domicile	89,04 (65)
Le retour à domicile	82,19 (60)
L'allaitement artificiel	73,97 (54)
Les soins faits au nouveau-né (bain, changes, ...)	72,60 (53)
Le suivi pédiatrique du nouveau-né	63,01 (46)
La possibilité de couchage pour l'accompagnant en suites de couches	56,16 (41)
Contraception	56,16 (41)
Les compétences du nouveau-né	46,58 (34)
Les suppléments vitaminiques	42,47 (31)
Je n'aborde pas ce sujet-là	6,85 (5)
Autres	2,74 (2)

Parmi les 2,74% des sages-femmes ayant répondu « Autres », nous retrouvons encore une fois le fait de laisser le couple formuler ses proches souhaits, sans proposition particulière par la sage-femme ; l'explication du rôle de chaque professionnel de santé (sage-femme, puéricultrice, pédiatre, médecin généraliste) ; des informations autour du nouveau-né comme son rythme de sommeil, les pleurs du soir, la prévention de la mort subite du nourrisson, etc... Étant une question à choix multiple, le pourcentage excède 100%.

Parmi les 73 sages-femmes parlant du projet de naissance à leurs patientes, 67 donnent des informations sur la grossesse, 70 sur l'accouchement et 68 sur le post-partum. Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre le fait de donner des informations ou non concernant ces différentes périodes ($p=0,586$ donc $p>0,05$).

5.4. Accompagnement du couple dans leur projet de naissance

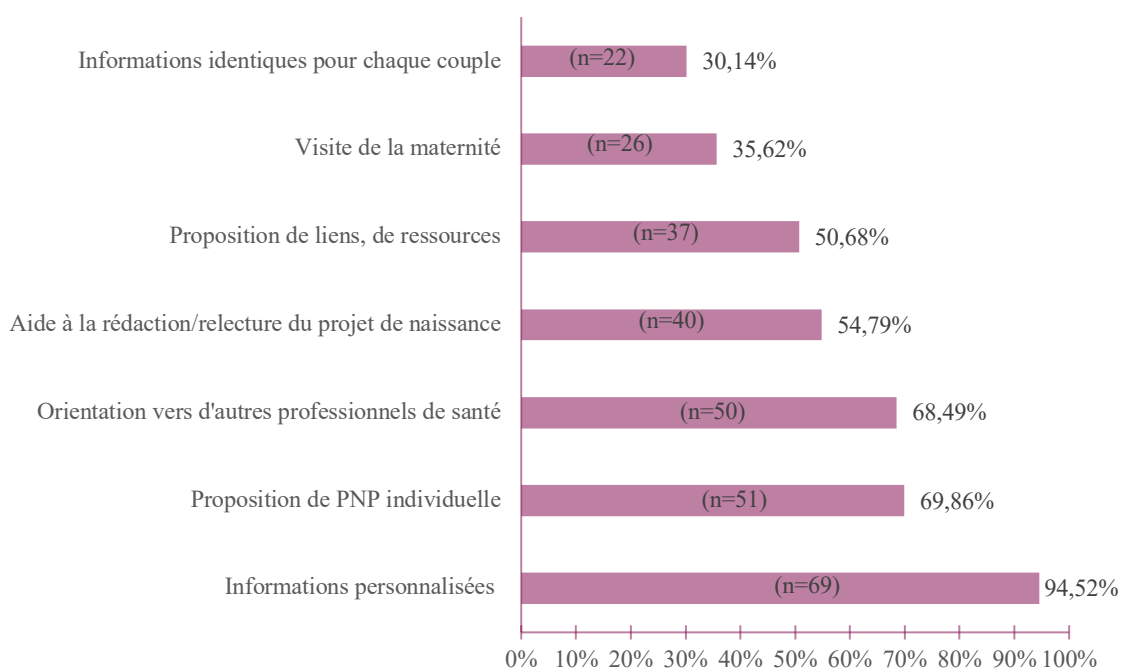


Figure 7 : Répartition des sages-femmes en fonction de la manière dont elles accompagnent le couple dans leur projet de naissance (n=73).

Étant une question à choix multiple, le pourcentage excède 100%.

Tableau IX : Répartition des sages-femmes en fonction de la manière dont elles accompagnent le couple dans leur projet de naissance

	Total (n=73)	Hôpital (n=20)	Libéral (n=42)	Privé (n=1)	PMI (n=4)	Mixte (n=6)	<i>p</i> <i>value</i>
Informations identiques pour chaque couple	22	7	13	0	0	2	0,658
Informations personnalisées	69	18	40	1	4	6	0,832
Orientation vers d'autres professionnels	50	16	27	1	2	4	0,614
Proposition de liens, ressources	37	10	24	0	1	2	0,476
Proposition de PNP individuelle	51	9	33	1	2	6	0,025
Aide à la rédaction/relecture du projet de naissance	40	7	28	1	1	3	0,097
Visite de la maternité	26	14	7	1	2	2	<0,001

Dans le tableau IX, aucune différence statistiquement significative n'est constatée concernant les manières d'accompagner le couple en fonction du mode d'exercice, mis à part le fait de faire visiter la maternité, où nous remarquons que les sages-femmes libérales proposent, significativement, moins de faire cette visite.

Tableau X : Lien entre les informations données par les sages-femmes et le temps d'une consultation mensuelle.

	Temps d'une consultation mensuelle (en minutes)			<i>p value</i>
	Moyenne	Médiane	Écart-type	
Informations identiques pour chaque couple	30	30	8	0,278
Informations personnalisées	33	30	11	0,023
Orientation vers d'autres professionnels	32	30	12	0,623
Proposition de liens, ressources	33	30	13	0,521
Proposition de PNP individuelle	34	30	12	<0,001
Aide à la rédaction/relecture du projet de naissance	35	30	12	0,021
Visite de la maternité	33	30	15	0,544

Le tableau X ne met en évidence qu'une seule différence statistiquement significative : les sages-femmes proposent davantage de PNP individuelle quand elles passent et prennent plus de temps en consultations.

5.5. Faisabilité de la demande

90,00% (n=66) des sages-femmes se renseignent sur la faisabilité des demandes de leurs patientes et sur l'offre de soins de la maternité, soit la plus proche de leur cabinet ou dans laquelle elles exercent leur activité de plateau technique pour les sages-femmes libérales ; soit dans la maternité dans laquelle les sages-femmes travaillent si elles sont hospitalières ; soit dans la maternité où la femme souhaite accoucher si celle-ci est différente de celles citées précédemment.

Tableau XI : Répartition des sages-femmes en fonction de la manière donc elles se renseignent sur la faisabilité des demandes du couple.

	Total (n=73)	Se renseigne (n=66)	Ne se renseigne pas (n=7)	<i>p value</i>
Mode d'exercice				
Hôpital public	20	18	2	
Libéral	42	37	5	
Hôpital privé	1	1	0	0,839
PMI	4	4	0	
Mixte	6	6	0	
Temps d'une consultation mensuelle (en minutes)				
Moyenne	32	32	30	
Médiane	30	30	30	0,493
Écart-type	11	11	8	

Le tableau XI ne montre aucune différence, ni dans le mode d'exercice, ni dans le temps d'une consultation mensuelle, entre le fait de se renseigner ou non sur la faisabilité des demandes du couple.

5.6. Moment de présentation du projet de naissance à la maternité

Tableau XII : Moment de présentation du projet de naissance à la maternité (n=73)

	% (n)
Consultation du 8 ou 9^{ème} mois	63,01 (46)
Arrivée en salle de naissance	50,68 (37)
Consultation spécifique, dédiée	28,77 (21)
Consultation mensuelle	10,96 (8)
Autres	2,74 (2)

2,74% (n=2) des sages-femmes ayant répondu « Autre » mentionnent 2 autres moments : soit lors de l'inscription à la maternité ; soit lors d'un staff médical.

12,33% des sages-femmes (n=9) ont répondu seulement « arrivée en salle de naissance ». Étant une question à choix multiple, le pourcentage excède 100%.

5.7. Raisons de non-évocation du projet de naissance

Parmi les 2 sages-femmes ne parlant pas du projet de naissance à leurs patientes, les raisons évoquées sont le manque de temps ; le manque de formation et de connaissances sur le projet de naissance ; et le fait de ne pas en parler si la patiente n'aborde pas elle-même le sujet.

6. Pour aller un peu plus loin ...

6.1. Les points positifs du projet de naissance

Parmi les points positifs, 40,00% des sages-femmes (n=30) soulèvent le fait que le projet de naissance permet d'aider le couple à être acteur et impliqué dans la grossesse et la naissance de leur enfant. Cela contribue, ainsi, à un meilleur vécu de cette période et de ce moment particulier.

30,67% (n=23) mentionnent le fait que cela permet au couple de réfléchir et se projeter sur la grossesse, la naissance et leur parentalité future.

Le projet de naissance apporte des échanges personnalisés entre le couple et les soignants, facilitant l'accompagnement, selon 29,33% des sages-femmes (n=22).

Il permet également, pour 17,33% des sages-femmes (n=13), de connaître les souhaits, les envies mais aussi les craintes et les appréhensions des futurs parents ; d'échanger sur ces sujets afin d'en discuter ensemble, avec le personnel soignant.

14,67% des sages-femmes (n=11) voient, dans un projet de naissance, une manière d'informer, sur les envies du couple, les professionnels de santé qui les prendront en charge, notamment en salle de naissances.

Le projet de naissance permet, selon 4% des sages-femmes (n=3), une implication plus forte et une place accordée au père plus importante.

Il améliore la confiance en elle des patientes, dans 2,67% des cas (n=2).

Et enfin, une sage-femme (1,33%) souligne le fait que les projets de naissance permettent à l'équipe médicale de réfléchir sur leurs pratiques et de les faire évoluer, dans la mesure du possible.

6.2. Les points négatifs du projet de naissance

Parfois, le projet de naissance peut révéler quelques points négatifs.

En effet, le fait d'avoir un projet de naissance peut être stigmatisé par l'équipe médicale prenant en charge le couple, avec certains a priori sur le couple, soulignent 28,00% des sages-femmes (n=21).

Pour 15 sages-femmes (20,00%), un projet de naissance peut être générateur de frustration, de déception et d'un plus mauvais vécu, du fait d'une forte idéalisation ou d'un non-respect, volontaire ou non, des souhaits du couple. Les sages-femmes soulignent donc l'importance d'en parler en amont pour expliquer les aléas possibles, avec une notion d'adaptabilité.

17,33% des sages-femmes (n=13) reprochent le fait que les projets soient trop souvent « copiés sur Internet », sans véritable réflexion du couple sur leurs propres envies et désirs personnels.

Autant de sages-femmes dénoncent certains projets comme « rigides », « trop fermés », certaines parlent même d'un « contrat » ou d'une « liste de revendication anti-médicalisation », de « souhaits qui sont, en fait, des obligations » et qui gênent le dialogue entre l'équipe médicale et le couple.

Parmi les 75 sages-femmes, 9,33% (n=7) reprochent des demandes illusoire, qui ne sont pas toujours réalisables ou difficilement acceptables, car se situant, quelques fois « hors recommandations ».

5,33% des sages-femmes (n=4) relèvent que certaines demandes, inscrites dans des projets de naissance, font déjà partie de la pratique courante et sont faites ou proposées à toutes les femmes, même sans projet de naissance.

Dans les commentaires des sages-femmes, une (1,33%) mentionne cette idée que « le projet de naissance par écrit portait la poisse » et ajoute « Rien de ce qu'elles voulaient ne se passait comme prévu », comme si le fait d'écrire ce projet occasionnait plus d'accouchement dystocique.

Enfin, 6 sages-femmes (8,00%) ne voient aucun point négatif si le projet est discuté et préparé en amont.

6.3. Les difficultés dans la prise en charge d'un projet de naissance

Pour 17,33% des sages-femmes (n=13), il n'y a aucune difficulté dans la prise en charge d'un projet de naissance lorsqu'il y a une bonne communication entre l'équipe médicale et le couple. L'accent est mis sur la discussion, pilier principal, et sur les explications. Il s'agit, pour certaines, « d'un support de communication ».

13,33% des sages-femmes (n=10) trouvent qu'il est, quelque fois, difficile de répondre aux désirs des couples car tout n'est pas prévisible et qu'il y a une différence entre la théorie et la pratique.

9 sages-femmes (12,00%) éprouvent des difficultés dans la prise en charge d'un point de vue médico-légal et sécuritaire, notamment sur la surveillance du travail.

Une difficulté subsiste, dans 9,33% (n=7), lorsque le projet n'est pas discuté en amont ou que les « exigences sont incohérentes ».

5 sages-femmes (6,67%) soulèvent le manque de temps, en amont et en salle de naissances, pour accompagner les couples dans leur projet.

Certaines sages-femmes (5,33%) (n=4) soulignent même le fait que, dans certains cas, il existe une « suspicion des parents sur l'ensemble des gestes ». Une sage-femme mentionne même avoir « la sensation qu'on nous dicte notre travail ».

5,33% (n=4) des sages-femmes trouvent que le fait qu'il soit écrit apporte un frein au dialogue.

3 sages-femmes (4,00%) dénoncent même la réticence et les a priori du milieu hospitalier.

6.4. Les points à améliorer

Les sages-femmes pensent qu'il y a différents points à améliorer.

12,00% des sages-femmes interrogées (n=9) pensent qu'il devrait y avoir une plus grande sensibilisation et une « ouverture d'esprit » du « personnel hospitalier » concernant les souhaits et les envies des couples.

10,67% (n=8) des sages-femmes trouvent qu'une consultation spécifique, dédiée à la discussion du projet de naissance, pourrait améliorer la prise en charge des couples présentant un projet de naissance. Il faudrait prendre et avoir plus de temps à accorder à chacun d'entre eux.

6 sages-femmes (8,00%) émettent l'hypothèse que les professionnels de santé devraient être davantage à l'écoute des couples, chose un petit peu délaissée parfois.

6,67% (n=5) des sages-femmes pensent qu'il faudrait une meilleure collaboration et communication entre le système ville-hôpital, afin d'optimiser cette prise en charge.

Dans le même but, 5 sages-femmes (6,67%) pensent qu'il faut davantage expliquer et informer le couple sur le fait qu'un projet de naissance peut évoluer. Il est important d'échanger, de discuter et d'établir une bonne relation de confiance. Tout cela permet d'éviter les projets « standards » ou ceux « copiés sur Internet ».

5,33% (n=4) des sages-femmes pensent, que pour améliorer la prise en charge des projets de naissance et donc des couples, il faudrait augmenter le nombre de sages-femmes employées, afin d'arriver à « une femme = une sage-femme ».

De plus, une sage-femme souligne le fait qu'avec la crise sanitaire actuelle de la Covid-19, un certain nombre de souhaits ne sont plus réalisables en fonction des protocoles de chaque maternité, comme la présence du conjoint ou de l'accompagnant pendant les consultations mensuelles ou les séances de PNP par exemple.

DISCUSSION

1. Critique de l'étude

1.1. Points forts

L'étude a été réalisée auprès de toutes les sages-femmes d'Auvergne effectuant des consultations anténatales programmées, qu'elles soient hospitalières, publics et privés, territoriales ou libérales. Cela a permis de faire des comparaisons entre les différents secteurs d'activité.

De plus, les cinq dernières questions du questionnaire étaient des questions ouvertes pour lesquelles les sages-femmes ont livré un certain nombre d'informations non abordées précédemment. Leurs propos ont permis d'étoffer, d'enrichir et d'apporter un plus aux résultats de l'étude.

1.2. Points faibles

Comme vu précédemment, la diffusion de ce questionnaire s'est effectuée de différentes manières. Tout d'abord, pour les sages-femmes hospitalières du secteur public et privé ainsi que pour les sages-femmes libérales, le contact a été plus compliqué que celles de PMI puisqu'il se faisait par le biais d'une personne intermédiaire (respectivement la sage-femme coordinatrice responsable des consultations de chaque structure et la présidente de l'association des sages-femmes libérales d'Auvergne). Certaines sages-femmes coordinatrices n'ont pas répondu aux mails envoyés. Afin d'accroître le taux de réponses, un contact par mail avec les Conseils de l'Ordre des sages-femmes des 4 départements du territoire Auvergne a été réalisé, ainsi qu'avec le Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne. De nombreuses relances ont été nécessaires pour obtenir un taux de réponses correct.

De plus, ne connaissant pas le nombre exact de sages-femmes effectuant des consultations anténatales programmées sur le territoire auvergnat, le taux de participation ne peut être calculé.

Les sages-femmes ayant répondu au questionnaire portaient, peut-être, davantage d'intérêt à ce sujet que les non-répondantes, ce qui amène à suspecter un biais de sélection. 12 des 87 sages-femmes ayant répondu au questionnaire, n'ont pas été jusqu'à la fin soit 13,79%. Nous pouvons donc nous poser la question d'un temps de réponses trop long (estimé entre 15 et 25 minutes), pourtant précisé au début du questionnaire.

Par ailleurs, il présentait une imprécision puisque, dans la question 26, concernant la faisabilité des demandes, un point manquait à propos des sages-femmes hospitalières, dans le public ou le privé, bien que la case « Autre » permettait d'ajouter ce qu'elles voulaient.

2. Analyse de l'étude

2.1. Le profil de la population étudiée

Au 1^{er} janvier 2019, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a réalisé des statistiques portant sur les sages-femmes inscrites au RPPS. A cette date-là, on recense 21 674 sages-femmes en France métropolitaine, dont 458 sur le territoire auvergnat. Notre étude porte sur 75 sages-femmes, ce qui représente 16,38% de la population. Néanmoins, toutes les sages-femmes du territoire auvergnat ne font pas de consultations anténatales programmées. On ne peut donc pas conclure de la représentativité de notre effectif à la population générale (46).

Notre population d'étude est à 98,67% féminine ; ce qui est représentatif car, selon la DREES, la profession est représentée dans 97,28% des cas par des femmes contre 2,72% d'hommes en France métropolitaine (46).

Le principal mode d'exercice de notre population est le secteur libéral puisqu'il représente 56,00%, suivi par le secteur hospitalier dans 29,34%, l'activité mixte vient avec 8,00% des cas puis les autres secteurs (clinique privée et PMI) dans 6,66% des cas. Ces chiffres ne sont pas représentatifs puisque, selon la DREES toujours, le secteur libéral occupe 18,56% des sages-femmes auvergnates, celui hospitalier 65,72%, l'activité mixte occupe 10,04% des sages-femmes d'Auvergne, et les autres 5,68%. Nous avons donc une sous-représentation des sages-femmes hospitalières et une surreprésentation des sages-femmes libérales dans notre étude, pouvant être dû au faible nombre de sages-femmes hospitalières effectuant des consultations anténatales programmées et/ou à l'intérêt plus important des sages-femmes libérales pour le projet de naissance (46).

2.2. Le projet de naissance

2.2.1. La définition du projet de naissance

Dans notre étude, nous retrouvons qu'une majorité, près de deux tiers, des sages-femmes interrogées pense que le projet de naissance inclut les possibilités de suivi pendant la période post-natale. En effet, parmi les 73 sages-femmes qui parlent du projet de naissance à leurs patientes, 93,15% (n=68) donnent des informations concernant le post-partum, comme l'allaitement maternel, la possibilité de visites à domicile, le retour à la maison entre autres. Ceci contraste donc avec le fait que, dans certaines études, il a été reproché au projet de naissance une focalisation trop importante sur le travail et l'accouchement, au dépend des suites de couches particulièrement. Ce reproche provient à la fois des femmes et des sages-femmes (9,31,47-49). Cependant, dans un mémoire relativement récent, datant de 2019, il est rapporté que 59% des femmes savaient que le projet de naissance n'abordait pas uniquement l'accouchement, ce qui laisse à penser qu'elles ont, à un moment de leur grossesse, eu des informations au sujet du post-partum permettant de l'inclure dans leur projet (21).

A propos de la forme que peut prendre le projet de naissance, une grande majorité des sages-femmes (69,34%, n=52) nous a répondu qu'il pouvait être aussi bien écrit qu'oral, comme la HAS l'a précisé dans ses recommandations sur l'accompagnement de l'accouchement normal (40). Dans quelques mémoires récents de sages-femmes, nous retrouvons également la même pensée pour la plupart des sages-femmes interrogées (47,50). 29,33% (n=22) des sages-femmes de notre étude trouvent qu'un projet peut être uniquement écrit, des résultats similaires sont retrouvés dans un autre mémoire (36,36%) (47). A contrario, 4 des sages-femmes de notre étude reprochent aux projets de naissance écrits le fait que cette forme apporte un frein au dialogue. D'ailleurs, les femmes réalisent souvent un projet de naissance uniquement oral (5,6,10). Une femme parle même du fait que, selon elle, quand cela est écrit, cela est acté alors qu'au contraire, cela peut changer à tout moment (49).

Dans notre population d'étude, il est important de souligner que toutes les sages-femmes pensent que le projet de naissance peut évoluer, principalement pendant la grossesse, au cours du travail et de l'accouchement également, et la moitié affirme qu'il peut aussi évoluer dans la période du post-partum. Cela permet ainsi de transmettre cette notion-là aux femmes afin qu'elles prennent en considération le fait qu'il puisse survenir des imprévus et de les informer sur le fait qu'elles puissent changer d'avis à tout moment, au fil de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum (37–40,51). Nous remarquons d'ailleurs que cet objectif est bel et bien atteint puisque nous retrouvons, dans la littérature, des données concordantes. En effet, dans un mémoire réalisé en 2018, 89% des femmes pensent que le projet de naissance est flexible et modifiable dans le temps (49). De plus, nous constatons qu'un certain nombre de femmes modifie leur projet, ou tout du moins leur point de vue, après discussion et conseils de sages-femmes, ce qui met encore plus en avant l'importance du rôle de ces dernières dans l'accompagnement des projets de naissance (52).

2.2.2. La pratique autour du projet de naissance

Au sein de notre étude, 73 des 75 sages-femmes interrogées (97,33%) parlent du projet de naissance à leurs patientes. Parmi les données retrouvées dans la littérature, nous constatons un taux également important dans un mémoire de 2019, mettant en avant le fait que 81% des sages-femmes donnent des informations sur ce projet de naissance à leurs patientes (21). Néanmoins, on peut noter des taux plus faibles comme, par exemple, 36,36% des sages-femmes qui proposent systématiquement sa réalisation, 37,04% proposent de l'écrire (47,50). Cette différence s'explique dans le fait que la population d'étude est différente : dans la nôtre, il s'agit de sages-femmes effectuant des consultations anténatales, alors que dans les trois autres études, elle porte sur l'ensemble des sages-femmes. Ainsi, celles exerçant en suites de couches ou salle de naissances n'ont pas les mêmes opportunités de discuter et d'accompagner les femmes dans la construction anténatale du projet.

Nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre le fait de parler du projet de naissance et le mode d'exercice ou l'année d'obtention du diplôme. Cela est également retrouvé dans un mémoire portant sur l'information des femmes pendant la grossesse concernant le projet de naissance. En effet, il n'a pas été montré de différence entre le fait que les femmes reçoivent des informations sur ce projet et leur suivi de grossesse (hôpital, libéral, PMI, clinique) (10). Cependant, dans ce même mémoire, il a été montré un lien significatif entre un suivi en maternité de type I et II comparé à un suivi en maternité de type III : les femmes reçoivent davantage l'information sur le projet de naissance dans les maternités de type I et II que celles suivies dans les maternités de type III. Cette différence n'est pas retrouvée dans notre étude.

De plus, nous retrouvons également le témoignage de femmes déplorant des consultations mensuelles et/ou séances de PNP un peu trop courtes à l'hôpital de manière générale : « [Les consultations] ont été un petit peu vite » (49), « c'est tellement expéditif » (52). Les femmes n'osent donc pas parler du projet de naissance à ce moment-là. Réciproquement, on peut facilement imaginer que si le temps des consultations et/ou des séances est assez court, les sages-femmes hospitalières n'ont pas forcément le temps d'aborder ce sujet-là avec leurs patientes. Effectivement, notre étude montre un lien statistiquement significatif entre le fait de parler du projet de naissance et le temps consacré à une consultation mensuelle de suivi de grossesse : plus le temps est court, moins les sages-femmes en parlent. Néanmoins, nous ne retrouvons aucune différence concernant le temps consacré à une consultation mensuelle entre le secteur libéral et celui hospitalier.

Deux des sages-femmes ayant répondu à notre étude ne parlent pas du projet de naissance à leurs patientes, par manque de temps, de formation et de connaissances sur le projet de naissance notamment. Cette dernière raison est également reprise dans la littérature, accompagnée de la conviction personnelle de la part des professionnels de santé (53).

2.2.3. L'accompagnement du projet de naissance

Parmi les 73 sages-femmes parlant du projet de naissance aux femmes enceintes, 94,52% donnent des informations personnalisées. Comme le recommande la HAS, la construction du projet de naissance passe, avant tout, par un dialogue entre la femme, le couple et le professionnel de santé (54). Cela permet de délivrer des informations aux femmes et de leur faire prendre conscience qu'il existe une part d'incertitude concernant aussi bien la grossesse, que le travail, l'accouchement ainsi que le post-partum. Expliquer aux patientes que tout n'est pas prévisible, qu'il y a des choses envisageables, d'autres non et les raisons de cela, permet d'éviter les déceptions et les mauvais vécus (17,50,52,55). On voit bien ici toute l'importance de l'accompagnement et du suivi au préalable ainsi que de la communication entre la femme et les professionnels de santé qui la prennent en charge tout au long de la grossesse (56).

54,79% des sages-femmes disent aider la patiente ou le couple à la rédaction et/ou la relecture du projet de naissance. En réalité, nous retrouvons des chiffres variant en fonction des études, de 14% à 58% des femmes sont aidées dans la rédaction, la finalisation ou l'ajustement de leur projet par une sage-femme (5,6,49). De plus, ailleurs, près de deux tiers des femmes pensent que l'élaboration d'un projet de naissance doit être accompagnée par un professionnel de santé, ce qui montre bien l'importance du dialogue et de l'avis des professionnels qui sont sur le terrain (10).

69,86% des sages-femmes proposent aux patientes des séances de PNP individuelles et nous notons qu'elles sont d'autant plus nombreuses à proposer cela que le temps passé en consultation est important. Nous pouvons aisément comprendre que lorsque les sages-femmes prennent et ont plus de temps, elles peuvent proposer plus facilement des séances individuelles et d'avantage personnalisées.

35,62% des 73 sages-femmes abordant le projet de naissance en anténatal proposent à ces femmes-là une visite de la maternité. Il est important de souligner que les sages-femmes libérales proposent significativement moins de visites que les autres sages-femmes, ce qui se comprend par le fait qu'elles aient moins facilement d'accords et d'autorisations avec les maternités pour organiser cela.

2.2.4. La faisabilité des demandes du couple

Nous notons que 10% des sages-femmes interrogées ne se renseignent pas sur la faisabilité des demandes de leurs patientes. Le problème de cela est que chaque maternité propose une offre de soins différente et que les souhaits des patientes peuvent être réalisés dans une maternité et pas dans une autre. Ne pas se renseigner en amont peut engendrer un mauvais vécu chez certaines patientes. En effet, si elles pensent pouvoir faire ceci ou cela, qu'elles arrivent le jour J et qu'on leur dit que ce n'est pas possible, les femmes peuvent être déçues. Pourtant, s'informer au préalable de la faisabilité (et de la non-faisabilité, a fortiori) permettrait, peut-être, d'orienter la femme vers une autre structure plus adaptée à ses envies si cela est possible et envisageable. Il en est de même quand le projet de naissance est présenté uniquement à l'arrivée en salle de naissances, moment où le dialogue est rendu encore plus difficile de par la douleur notamment. Cependant, 9 des 73 sages-femmes de notre étude (12,33%) ont répondu que le moment de présentation du projet à la maternité se faisait seulement en salle de naissances.

2.3. L'EPP et la PNP

Parmi les 75 sages-femmes de notre étude, 96% (n=72) d'entre elles effectuaient des EPP. Dans une étude de mémoire, 57% des sages-femmes réalisaient l'EPP (57). Néanmoins ces chiffres datent de 2009, tout juste 4 ans après les recommandations émises par la HAS concernant la PNP (15), ce qui peut expliquer la différence avec nos résultats. 80% des sages-femmes interrogées évoquent l'EPP comme occasion idéale pour aborder le projet de naissance et parmi les 73 sages-femmes qui en parlent à leurs patientes, 72,60% le font à ce moment-là. Nous retrouvons également des taux comparables dans l'étude citée précédemment, à savoir que 75% des sages-femmes parlent « toujours » ou « souvent » du projet de naissance durant cette première séance de PNP (57). Ailleurs on peut retrouver jusqu'à 100% de sages-femmes donnant des informations sur le projet de naissance pendant l'EPP (21).

89,33% des sages-femmes ont déclaré effectuer des séances de PNP. Elles sont 72% à trouver ce moment idéal pour aborder le projet de naissance avec leurs patientes. Parmi les 73 sages-femmes qui en parlent, 73,97% le font à ce moment-là. Elles sont 62% à le faire dans une autre étude (21). Un mémoire a mis en évidence que les femmes sont significativement plus nombreuses à avoir des informations sur le projet de naissance lorsqu'elles ont bénéficié de l'EPP et de la PNP (10). Les séances de PNP sont une source d'informations importante durant lesquelles les femmes peuvent échanger avec les professionnels de santé, en l'occurrence les sages-femmes. C'est par ce dialogue et cet échange d'informations que naît le projet de naissance (7). Lorsqu'il est déjà réfléchi par la femme ou le couple, la PNP leur permet d'échanger, de remettre ou d'exprimer ce projet à la sage-femme, qu'elle soit libérale ou hospitalière (10,52).

Tout cela montre l'importance réelle des séances de PNP, y compris la première, l'EPP, dans la réflexion autour du projet de naissance. En effet, ces séances sont davantage centrées sur la femme ou le couple, surtout si elles sont individuelles, et ont une durée suffisante pour leur permettre de se sentir en confiance et donc d'exprimer leurs souhaits.

2.4. La parole donnée aux sages-femmes

2.4.1. Les points positifs du projet de naissance

A la fin du questionnaire, se trouvaient 4 questions ouvertes dans lesquelles les sages-femmes pouvaient s'exprimer librement, sans limite de texte. La première question portait sur les points positifs du projet de naissance.

Dans 40% des cas, ressort l'idée que le projet de naissance permet d'aider le couple à être acteur de la grossesse et de la naissance de leur bébé. 30,67% des sages-femmes soulignent également le fait que cela signifie que le couple réfléchit et se projette sur les différents moments, de la grossesse jusqu'à la parentalité. Cela ressort également dans bon nombre de mémoires, que les études portent sur des professionnels de santé (sages-femmes) comme sur des patientes (5–7,49,50).

Parmi les 75 sages-femmes interrogées, 22 (29,33%) ont répondu que ces projets leur permettent des échanges personnalisés avec le couple, facilitant ainsi leur accompagnement. D'ailleurs, 13 sages-femmes (17,33%) remarquent que cela permet de découvrir les souhaits, envies, craintes, appréhensions des couples et donc de mieux les connaître. C'est un véritable outil et support de communication entre, d'un côté, le couple avec ses souhaits et appréhensions, et de l'autre, l'équipe médicale avec son savoir-faire et ses compétences (35,45,47,50).

4,00% des sages-femmes interrogées évoquent une implication et une place plus importante accordée au futur papa. Bien que les résultats soient très variables d'une étude à l'autre, le projet de naissance est souvent rédigé en couple dans 44% à 70% des cas (5–7,49).

Deux sages-femmes ont mentionné le fait que cela améliore la confiance en elles des femmes, résultat également retrouvé dans la littérature (45,58).

2.4.2. Les points négatifs

28,00% des sages-femmes interrogées ont mis en évidence le fait qu'un projet de naissance pouvait être stigmatisé par les professionnels de santé qui prennent en charge la patiente et 4,00% déplorent leurs réticences et leurs a priori, notamment au sein du milieu hospitalier. Ceci a pour conséquence une entrave dans l'installation d'une bonne relation de confiance entre le couple et l'équipe médicale. Cette idée, de préjugés, de conviction personnelle, de stigmatisation, d'autant plus que le projet soit écrit, est bien réelle car reprise dans plusieurs études, y compris d'autres mémoires effectués sur des sages-femmes (21,47,48,53). 12,00% des sages-femmes de notre étude suggèrent une ouverture d'esprit de la part des professionnels de santé et 8,00% pensent qu'ils doivent améliorer leur écoute afin de progresser dans la prise en charge des couples.

Par ailleurs, nous retrouvons la notion du projet de naissance « qui porte la poisse » (50), « le mythe de la malchance » (47) exprimé par certaines sages-femmes dans d'autres mémoires, comme dans le nôtre. Effectivement, une sage-femme de notre étude utilise également cette expression de « port[er] la poisse » en parlant du projet de naissance écrit.

15 sages-femmes (20,00%) rapportent l'idée que le projet peut parfois être source de déception et de mauvais vécu si jamais il n'est pas respecté. C'est le cas quand survient des complications ou des urgences médicales ; quelques fois quand les désirs ne sont pas forcément compatibles avec l'offre de soins de la maternité ; et dans certains cas, il n'est pas respecté car les attentes et les souhaits sont très définis, avec des projets de naissance « rigides ». C'est d'ailleurs ce que déplorent 13 sages-femmes (17,33%) : le fait que certains projets soient « trop fermés », empêchant tout dialogue entre le couple et l'équipe médicale. Dans les mémoires réalisés sur des sages-femmes, les mêmes reproches sont faits, c'est-à-dire des projets rigides et des listes trop restreintes « je veux ça, je ne veux pas ça » (47,48). Le réel problème est donc ici. Alors que le but même du projet de naissance est d'augmenter le sentiment de satisfaction et d'établir une relation de confiance pour favoriser la communication, le projet de naissance peut, dans certains cas, basculer de l'autre côté et provoquer déception et rupture de la communication entre le couple et l'équipe médicale.

De plus, 13 sages-femmes (17,33%) déplorent le fait que certains projets soient des « copier-coller d'Internet », dans lesquels se trouvent des demandes que les couples ne comprennent parfois même pas ; cette idée que le projet est construit sans réelle personnalisation et réflexion de la part du couple, parfois même en cochant des cases de projet trouvé directement sur Internet (21,48,59). Bien que de nombreuses sages-femmes proposent actuellement des séances de PNP, EPP compris, un certain nombre de femmes enceintes n'y a encore pas accès. En effet, d'après l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, seulement 28,5% des femmes ont bénéficié de l'EPP. Un peu plus de la moitié des femmes ont fait de la PNP (52,56%) (60). Pourtant, nous avons vu précédemment que ces séances sont une occasion importante dans la délivrance d'informations et dans l'accompagnement de ces projets de naissance. Ainsi, il est aisé de comprendre que les femmes, surtout celles qui ne font pas de PNP, s'informent par d'autres moyens, y compris Internet, comme l'avouent certaines (5,10,21,49).

2.4.3. Les difficultés

Parmi les difficultés évoquées dans la prise en charge du projet de naissance, nous retrouvons le poids du « médico-légal » dans 12,00% des réponses, ainsi que des demandes illusoires hors recommandations. Dans ses recommandations, la HAS avait bien précisé que le projet de naissance « ne doit pas être incompatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis » (40). Pourtant, certains souhaits et demandes ne sont pas forcément compatibles avec les recommandations des sociétés savantes ou les protocoles établis dans les maternités, que cela concerne le suivi de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou encore du post-partum. Ainsi, les sages-femmes éprouvent, quelques fois, des difficultés pour mettre en œuvre et accompagner ces projets, ce qui est également souligné dans un autre mémoire de 2016 interrogeant aussi les sages-femmes (50).

Certaines sages-femmes, 5,33% dans notre enquête, ont l'impression que le projet de naissance est, parfois, synonyme de méfiance à l'égard du corps médical. Cette notion est également retrouvée dans d'autres études où l'on parle même de manque de confiance de la part des couples envers les professionnels de santé (47,48).

De plus, le manque de temps est déploré par 5 sages-femmes (6,67%). En effet, certaines précisent que la durée des consultations mensuelles est insuffisante pour avoir le temps d'accompagner, de manière adéquate, le couple dans leur projet de naissance. En salle de naissances, lorsque l'activité est intense, les sages-femmes n'ont pas le temps de prendre en charge correctement ces patientes-là, d'autant plus quand il y a un manque de personnel. Ainsi, on retrouve une cascade qui part d'un effectif de sages-femmes insuffisant, entraînant une restriction du temps consacré à chaque couple aboutissant à une diminution de l'écoute et donc à des échanges moins personnalisés. Il est intéressant de noter que ce sentiment est partagé par d'autres sages-femmes dans plusieurs mémoires récents (6,21,47,48). Elles sont 5,33%, dans notre étude, à penser qu'il faudrait ainsi augmenter le nombre de sages-femmes pour améliorer la prise en charge des projets de naissance.

2.4.4. Les points à améliorer

Parmi les points à améliorer cités par les sages-femmes, on retrouve, dans 10,67% des cas, la mise en place d'une consultation dédiée à la discussion du projet de naissance. 28,77% ont déclaré le fait de présenter le projet de naissance à l'occasion d'une consultation spécifique, consacrée au projet de naissance. Ainsi, cette rencontre a déjà commencé à se développer dans certains endroits, puisque des sages-femmes proposent cela et on retrouve dans une étude que 22,22% des femmes ont bénéficié d'un entretien dédié pour parler de leur projet (49).

Une deuxième chose à promouvoir pour une meilleure prise en charge des projets de naissance est la collaboration ville-hôpital, comme le soulignent 5 sages-femmes de notre étude. Il est important que les sages-femmes libérales soient en accord et en communication constante avec les maternités avec lesquelles elles travaillent, et inversement, que les maternités se tiennent informées régulièrement de l'offre de soins libérale. Le plan « Périnatalité » de 2005-2007 encourageait, effectivement, « le développement des réseaux de santé » afin de « facilite[r] la coordination de l'accueil et du suivi, ainsi que le partage de l'information » (2). Il est aisé de comprendre que lorsque les professionnels de santé, prenant en charge le couple, sont coordonnés et s'échangent les informations, la relation de confiance se transmet et il existe ainsi un continuum dans la prise en charge des femmes.

De plus, les sages-femmes sont 6,67% à penser qu'il faille améliorer les informations fournies en anténatal. Il est nécessaire d'insister et de bien faire comprendre aux couples que tout n'est pas prévisible, que le projet de naissance ne doit être ni fixé ni figé ainsi que l'importance de le faire évoluer dans le temps. On retrouve cette même idée dans la littérature, à savoir que les professionnels de santé devraient encourager les patientes à créer des projets de naissance flexibles (36–38).

Il est intéressant de souligner qu'une sage-femme a mentionné le fait que la situation sanitaire, liée à la Covid-19, modifie les prises en charge. En effet, selon les recommandations de la HAS, « Si le lieu est adapté et les gestes barrières strictement respectés, la présence d'un accompagnant peut être acceptée [...] pour les échographies » ainsi que « au moment de l'accouchement et tout au long de votre séjour à la maternité » (61). Le CNGOF s'accorde également à dire que la présence de l'accompagnant est possible « aux consultations indispensables, lors des échographies, à l'accouchement ou lors du séjour en post-partum » mais précise bien « en fonction des conditions locales » (62). Ce dernier point laisse donc à penser que chaque maternité peut proposer des protocoles différents et donc que la prise en charge peut éventuellement être variable d'un endroit à l'autre. Cependant, nous voyons bien que le conjoint n'est pas toujours accepté lors des consultations mensuelles ou durant les séances de PNP, il se trouve donc exclu de certaines situations. Pourtant, comme nous avons pu le voir précédemment, la construction et la réflexion du projet de naissance se fait bien souvent en couple et la finalisation peut s'effectuer au côté de professionnels de santé durant les consultations et les séances de PNP, moment où le père n'est donc pas forcément présent donc ne prend pas part au débat et est alors mis à l'écart de tout cela.

Pour finir, respectivement 17,33% et 8% et des sages-femmes interrogées ne trouvent aucune difficulté dans la prise en charge des projets de naissance et aucun point négatif, à condition qu'ils soient discutés en amont et qu'une bonne communication s'établisse entre le couple et l'équipe médicale. Ce dernier point met encore plus en avant l'importance de la relation unissant les deux parties.

3. Projet d'action

Bien que la majorité des sages-femmes pense que le projet de naissance est un outil qui peut évoluer au fur et à mesure du déroulement de grossesse, un certain nombre de projets de naissance reste, malgré tout, relativement fixé et figé. Étant une science encore incertaine et comblée de phénomènes non élucidés, comme le déterminisme de la parturition, l'obstétrique est loin d'être prévisible et des complications ou urgences peuvent survenir à tout moment. Cette réalité doit être transmise aux femmes enceintes durant leur grossesse, notamment pendant les séances de PNP, afin qu'elles puissent construire un projet de naissance flexible, adaptable, en fonction l'évolution de leur situation personnelle. L'importance du dialogue et des échanges avec l'ensemble de l'équipe médicale, que ce soit en anténatal, en per ou en post-natal, est également primordiale pour favoriser l'installation d'une bonne relation de confiance. La place des sages-femmes est capitale dans la transmission de ces messages puisqu'elles disposent de toutes les compétences nécessaires au suivi de grossesses non pathologiques et peuvent effectuer les séances de PNP. Ainsi, une sensibilisation de ces professionnels, par des formations ou des campagnes d'informations, paraît judicieuse afin d'harmoniser les pratiques autour de l'accompagnement anténatal des projets de naissance.

Dans le but d'améliorer la prise en charge de ces projets, et ainsi, la satisfaction des femmes et des couples, une consultation dédiée à la discussion du projet de naissance paraît essentielle, en amont de l'accouchement. Il semble plus pertinent que celle-ci soit réalisée avec un professionnel de santé de la maternité où la femme envisage d'accoucher. En effet, cela permettrait d'avoir un temps spécial pour échanger sur les souhaits et demandes des femmes et sur ce qu'il serait envisageable ou non, en fonction de l'offre de soins de la maternité. Cet échange, personnalisé, permettrait d'expliquer les points non envisageables, par exemple, afin que les femmes comprennent pourquoi et ainsi que leur satisfaction n'en soit pas impactée. En parallèle, il semble également pertinent de développer et de renforcer la collaboration ville-hôpital, par la mise en place de réunions régulières ou de staff, par exemple, entre les professionnels de santé des différents secteurs d'activité, hospitaliers, libéraux, PMI, ..., dans l'objectif d'harmoniser et

d'unifier les pratiques autour de la prise en charge des patientes, que ces dernières présentent ou non un projet de naissance.

Bien qu'il soit de plus en plus connu et bien perçu par les sages-femmes, il persiste encore des réticences de quelques-unes d'entre elles, notamment en salle de naissances. Cela a pour conséquence le fait de catégoriser les couples avec un projet de naissance et parfois, d'entraver la prise en charge et l'établissement de la relation de confiance. De temps en temps, ces réticences sont simplement dues à un manque de connaissances sur le sujet. Ainsi, afin de les faire disparaître, la mise en place, encore une fois, de formations pour l'ensemble des sages-femmes, qu'elles exercent en consultations, en salle de naissances, en suites de couches ou autres, semble pertinente pour améliorer tout cela, dans le but commun d'enrichir la formation de chacun et d'ouvrir son état d'esprit.

Malgré tout l'accompagnement anténatal des femmes, le projet de naissance ne peut être accompli pleinement si les moyens humains, notamment en salle de naissances, ne sont pas mis en œuvre. En effet, à l'heure actuelle, nous sommes loin d'atteindre l'objectif d'une sage-femme pour une femme en travail. Pourtant, ce dernier point paraît primordial afin que la sage-femme ait le temps d'être aux côtés de la parturiente et de l'accompagner au mieux en fonction ses envies et besoins personnels.

CONCLUSION

Après une médicalisation croissante à la suite des nombreux progrès médicaux du XX^{ème} siècle, les femmes sont de plus en plus demandeuses d'un retour à un accouchement le plus naturel possible. C'est dans ce contexte-là qu'est né le projet de naissance. Ayant pour objectif initial de diminuer la médicalisation de l'accouchement, actuellement, il est davantage axé sur la prise en compte individuelle des besoins, souhaits et craintes propres à chaque femme et chaque couple. Maintenant, le projet de naissance est plutôt un outil de communication pour une prise en charge et un accompagnement personnalisé de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Parfois mal perçu par les professionnels de santé, le projet de naissance peut, dans ces cas-là, entraver le dialogue entre le couple et l'équipe médicale, en particulier si celui-ci est ferme et non modifiable et s'il n'est pas préparé en amont avec un professionnel de santé, en l'occurrence une sage-femme. En effet, disposant de compétences permettant le suivi de grossesses non pathologiques, la sage-femme est une interlocutrice privilégiée pour la construction anténatale du projet de naissance des couples, que ce soit pendant les séances de PNP, l'EPP ou les consultations de suivi de grossesse.

Le travail de recherche présenté avait pour but principal de mesurer le pourcentage de sages-femmes, effectuant des consultations, parlant du projet de naissance à leurs patientes. Il avait également pour objectif de déterminer l'adéquation de la définition du projet de naissance des sages-femmes interrogées par rapport à celle de la HAS et d'analyser si les pratiques différaient suivant le mode d'exercice, l'année d'obtention du diplôme ou le temps consacré à une consultation.

Cette étude a permis de constater que la majorité des sages-femmes parle du projet de naissance à leurs patientes, surtout pendant la PNP, l'EPP et parfois au cours des consultations mensuelles. La plupart d'entre elles était d'accord avec différents points de la définition du projet de naissance de la HAS, en particulier le fait qu'il s'agisse d'un énoncé des souhaits des parents sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum également. Les pratiques diffèrent relativement peu, que ce soit en fonction du mode d'exercice, de l'année d'obtention du diplôme ou du temps accordé à une consultation mensuelle. Les seules disparités observées le sont au niveau du dernier point cité précédemment : plus le temps d'une consultation de suivi de grossesse est court, moins les sages-femmes parlent du projet de naissance et moins elles proposent une PNP individuelle.

Ainsi, afin d'améliorer l'accompagnement et la prise en charge des projets de naissance, il paraît judicieux de mettre en place une consultation dédiée à sa discussion, de préférence avec un membre de l'équipe de la maternité dans laquelle la femme souhaite accoucher. Cette consultation spécifique est d'autant plus pertinente que le temps accordé à une consultation de suivi est court. De plus, il paraît intéressant de développer des formations pour l'ensemble des sages-femmes, quel que soit leur secteur d'activité, centrées sur le projet de naissance, de leur construction à leur réalisation.

Notre étude n'a pas permis de montrer de réelles différences de pratique entre les sages-femmes interrogées. Néanmoins, il serait certainement pertinent de mener une enquête sur une plus grande population de sages-femmes, celles appartenant à l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes ou même sur toute la France, afin d'étudier la présence ou non de disparités, régionales entre autres.

BIBLIOGRAPHIE

1. Paysant-Monier S. Élargir les compétences des sages-femmes. *Rev Sage-Femme*. 2007;6:70-3.
2. Ministère de la Santé. Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2004 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
3. Saintôt B. Gérer toujours plus la grossesse et l'accouchement? *Laennec*. 2015;63:6-15.
4. Basset C, Brun N. Enquête périnatalité: « Regards de femmes sur leur maternité ». *J Droit Jeunes*. 2012;314:28-30.
5. Fernandes A. Pour une naissance autrement: étude de vingt-deux projets de naissance à la Maternité Universitaire de Nancy [Mémoire : sage-femme]. [Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy I; 2010.
6. Goyard A. Projet de naissance: modalités d'élaboration et impact sur la satisfaction des femmes de leur accouchement [Mémoire : sage-femme]. [Lyon]: Faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud - Charles Merieux; 2018.
7. Barraud L. Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance [Mémoire : sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne - Clermont 1; 2013.
8. Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE). Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. ciane.net. 2012 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
9. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. *Etudes Résultats*. 2008;660:1-6.
10. Rousset C. Projet de naissance: information aux femmes durant la grossesse: état des lieux sur l'élaboration d'un tel projet [Mémoire : sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2012.
11. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations professionnelles: Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2016 [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
12. Haute Autorité de Santé (HAS). Synthèse des recommandations professionnelles: Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2016 [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

13. Haute Autorité de Santé (HAS). Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance : guide méthodologique [Internet]. has-sante.fr. 2014 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. has-sante.fr. 2005 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
15. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (novembre 2005). Gynécologie Obstétrique Fertil. 2006;34(6):540-63.
16. Medeiros RMK, Figueiredo G. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:1-12.
17. Briex M. Vers un accompagnement plus humain de la grossesse et de l'accouchement. Spirale. 2016;79:183-93.
18. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Le projet de naissance : comment faire en pratique ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005;34(5):513.
19. Collectif des associations et syndicats de sages-femmes (CASSF). Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. Ordre des sages femmes. 2010 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
20. Brunet M. La préparation à la naissance et à la parentalité en secteur hospitalier [Mémoire : sage-femme]. [Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy I; 2011.
21. Rossignol L. Le projet de naissance : informations, connaissances et limites d'applications [Mémoire : sage-femme]. [Nîmes]: Faculté de Montpellier - Nîmes; 2019.
22. Cesbron P. Naître à la vie, en douleur. Spirale. 2008;45:79-98.
23. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, Lavergne SD, Hamlin S, Scheffler M. Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. Devenir. 2018;30:399-417.
24. Morel M-F. Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle). Actual Doss En Santé Publique. 2007;(61):22-8.
25. Morel M-F, Michaels PA, Rivard A. L'accouchement, une longue histoire [Internet]. La vie des idées. 2015 [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.laviedesidees.fr/L-accouchement-une-longue-histoire.html>
26. Blanchard-Freund E, Guillaume S. De la psychoprophylaxie de l'accouchement à la préparation à la naissance et à la parentalité. EMC Obstétrique. 2008;5-049-K-10:1-11.

27. Société Française de médecine psychosomatique. Etudes sur les méthodes psychologiques en analgésie obstétricale. In: Journal of Psychosomatic Research [Internet]. 1958 [cité 15 avr 2020]. p. 73-80. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(58\)90017-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(58)90017-5)
28. Vuille M. L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980. *Trav Genre Sociétés*. 2015;34:39-56.
29. Caron-Leulliez M. L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du xxe siècle. *Spirale*. 2008;47:21-6.
30. Ateah CA. Prenatal Parent Education for First-Time Expectant Parents: "Making It Through Labor Is Just the Beginning...". *J Pediatr Health Care*. 2013;27(2):91-7.
31. Crowther S, Lau A, MacIver E. Developing and introducing a post birth care plan (PBCP): An action research project. *Midwifery* [Internet]. 2020 [cité 8 févr 2020];82. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613819303079>
32. Petit-Steeghs V, Lips SR, Schuitmaker-Warnaar TJ, Broerse JEW. Client-centred maternity care from women's perspectives: Need for responsiveness. *Midwifery*. 2019;74:76-83.
33. Article L1111-4. Code de la santé publique (2016).
34. Richard-Guerroudj N. Le rôle des sages-femmes, une comparaison. France-Angleterre. *Trib Santé*. 2014;44(3):85-91.
35. PHAN E. Projet de naissance et données scientifiques, le rôle des associations d'usagers. *Ciane*.
36. Waller-Wise R. Birth Plans: Encouraging Patient Engagement. *J Perinat Educ*. 2016;25:215-22.
37. Afshar Y, Mei J, Fahey J, Gregory KD. Birth Plans and Childbirth Education: What Are Provider Attitudes, Beliefs, and Practices? *J Perinat Educ*. 2019;28(1):10-8.
38. Kaufman T. Evolution of the Birth Plan. *J Perinat Educ*. 2007;16:47-52.
39. World Health Organization, Reproductive Health and Research. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. [Internet]. who.int. 2015 [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1>
40. Haute Autorité de Santé (HAS). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. has-sante.fr. 2017 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
41. Organisation mondiale de la santé (OMS). Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique [Internet]. OMS. [cité 26 sept 2019]. Disponible sur:

http://chantallavigneibclc.qc.ca/wp-content/uploads/2012/01/care_in_normal_birth_practical_guide_fr.pdf

42. Bernard M-R, Eymard C. Éducation pour la santé en périnatalité : formation initiale des sages-femmes françaises. *Rev Sage-Femme*. 2012;11:33-9.
43. Article L2122-1. Code de la santé publique (2016).
44. Article L4151-1. Code de la santé publique (2016).
45. Caumel-Dauphin F. Accoucher ne s'apprend pas ! *Spirale*. 2008;3:35-9.
46. DREES. Les professions de santé au 1er janvier 2019 [Internet]. *data.drees*. 2019 [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
47. Savornin I. Perceptions et ressentis des professionnels de la périnatalité vis à vis des projets de naissance dans la région sud PACA [Mémoire : sage-femme]. [Marseille]: Aix-Marseille Université; 2019.
48. Guyomard A. Freins et moteurs à l'utilisation des projets de naissance dans les maternités de l'AP-HP [Mémoire : sage-femme]. [Paris]: Sorbonne Université; 2019.
49. Dupont C. La réalisation de projet de naissance et son accompagnement par les professionnels de santé durant la grossesse [Mémoire : sage-femme]. [Lille]: Université Lille 2; 2018.
50. Meledo A. Représentations des sages-femmes concernant le projet de naissance [Mémoire : sage-femme]. [Brest]: UFR de Médecine et des Sciences de la Santé; 2016.
51. Aune I, Marit Torvik H, Selboe S-T, Skogås A-K, Persen J, Dahlberg U. Promoting a normal birth and a positive birth experience — Norwegian women's perspectives. *Midwifery*. 2015;31:721-7.
52. Gaspar M. La construction du projet de naissance par les patientes en échange avec les professionnels de santé [Mémoire : sage-femme]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2019.
53. Narchi NZ, Venâncio KCMP, Ferreira FM, Vieira JR. Individual birth planning as a teaching-learning strategy for good practices in obstetric care. *Rev Esc Enferm U P* [Internet]. 2019 [cité 8 févr 2020];53. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31508732-individual-birth-planning-as-a-teaching-learning-strategy-for-good-practices-in-obstetric-care/?from_term=%22birth+plan%22&from_sort=date&from_pos=4
54. Pierre F. Information de la femme et consentement en obstétrique. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2018;46:986-93.

55. Hollins Martin CJ, Robb Y. Women's views about the importance of education in preparation for childbirth. *Nurse Educ Pract.* 2013;13:512-8.
56. Yamgnane A. Une approche relationnelle de l'accouchement. *Trav Genre Soc.* 2018;39(1):187-92.
57. Cortet A. État des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé de Novembre 2005 [Mémoire : sage-femme]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2010.
58. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery.* 2007;23:235-47.
59. National Health Service. How to make a birth plan [Internet]. *nhs.uk.* 2020 [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/preparing-for-the-birth/how-to-make-a-birth-plan/>
60. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Enquête nationale périnatale : Rapport 2016 : Les naissances et les établissements : Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. Santé publique France. 2017 [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
61. HAS. Grossesse - Votre suivi pendant l'épidémie de Covid-19 [Internet]. *has-sante.fr.* 2020 [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/grossesse_-_votre_suivi_pendant_lepidemie_de_covid-19_2020-05-29_14-53-17_577.pdf
62. CNGOF. Position du CNGOF sur la présence d'un accompagnant en maternité dans le contexte de Covid-19 [Internet]. *cngof.fr.* 2020 [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/apercu?path=MATERNITE%2B-%2BCOVID%252FCOVID-accompagnants-accouchement-2.pdf&i=36372>

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire

Confidential

Page 1 of 13

Le projet de naissance vu par les sages-femmes de consultation

Ce questionnaire comporte 33 questions.

Le temps de réponse est d'environ 15 à 25 minutes.

Confidential

Page 2 of 13

Le projet de naissance vu par les sages-femmes de consultation

Investigateurs :

- DELORME Laure-Bénédicte, étudiante sage-femme
- Sous la direction de Madame _____, sage-femme enseignante

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée "Le projet de naissance vu par les sages-femmes de consultation". Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame _____ sage-femme enseignante

1. Pourquoi cette étude ?

Les femmes expriment de plus en plus leur volonté de participation active et de respect de leur choix autour de leur grossesse et de leur accouchement. Elles souhaitent une réelle prise en charge personnalisée et sont plus nombreuses à exprimer leurs souhaits que ce soit sous forme de projet de naissance écrit ou non. Parallèlement, de multiples recommandations sont sorties au cours de ces 20 dernières années évoquant le projet de naissance comme un élément à aborder avec la femme enceinte ou le couple dès le début de la grossesse pour leur permettre une meilleure prise en charge. Ayant les compétences pour effectuer le suivi de la grossesse et les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), les sages-femmes sont au cœur de ces recommandations.

Ainsi, la question peut donc se poser : est-ce que les sages-femmes, effectuant des consultations anténatales programmées, parlent systématiquement du projet de naissance à leurs patientes durant le suivi de la grossesse (que ce soit lors des consultations mensuelles de suivi ou lors des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité) ?

Cette étude a pour objectif principal de mesurer le pourcentage de sages-femmes de consultation donnant des informations aux femmes enceintes concernant le projet de naissance. L'étude présente 2 objectifs secondaires : le premier est de déterminer l'adéquation de la définition du projet de naissance des sages-femmes interrogées par rapport à celle de la Haute Autorité de Santé (HAS) et le deuxième va permettre d'analyser si les pratiques diffèrent suivant le mode et le lieu d'exercice ou encore l'année d'obtention du diplôme.

2. L'étude en pratique

Le recrutement se fait par l'intermédiaire de l'association des sages-femmes libérales _____ (en ce qui concerne les sages-femmes libérales), des conseils départementaux de chaque département _____ pour les sages-femmes de PMI et des cadres des différentes maternités pour les sages-femmes hospitalières.

Le recueil des données s'effectue grâce à cet auto-questionnaire.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD), entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés n°2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à DELORME Laure- Bénédicte _____

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- DELORME Laure-Bénédicte, étudiante sage-femme _____

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données.

- J'accepte de participer à cette étude
 Je refuse de participer à cette étude

Vous êtes : (plusieurs réponses possibles)

- Sage-femme diplômée d'Etat
 Sage-femme travaillant sur le territoire Auvergne
 Sage-femme effectuant des consultations anténatales programmées
 Sage-femme sans activité à l'heure actuelle
 Sage-femme retraitée

1 Quel âge avez-vous ?

2 Êtes vous :

- Une femme
 Un homme

3 En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat de sage-femme?

4 Avez-vous des diplômes universitaires et/ou inter-universitaires (DU, DIU) supplémentaires ?

- Oui
 Non

Précisez vos diplômes universitaires et/ou inter-universitaires (DU, DIU) supplémentaires

5 Dans quel(s) secteur(s) d'activité travaillez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Centre hospitalier de type I
 Centre hospitalier de type II
 Centre hospitalier de type III
 Cabinet libéral avec plateau technique
 Cabinet libéral sans plateau technique
 Clinique privée
 Protection Maternelle et Infantile (PMI)
 Autre

Si autre, précisez

6 Depuis combien de temps effectuez-vous des consultations prénatales (en nombres d'années) ?

7 En moyenne, combien de temps consacrez-vous à une consultation mensuelle de suivi de grossesse (en minutes) ?

Concernant l'Entretien Prénatal Précoce (EPP)

8 Parlez-vous de l'EPP à vos patientes ?

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

9 Effectuez-vous des EPP?

- Oui
- Non

Combien de temps y consacrez-vous (en minutes) ?

A quel terme le réalisez-vous (en semaines d'aménorrhées) ?

10 Si vous n'abordez pas le sujet de l'EPP systématiquement à vos patientes ou si vous n'effectuez pas vous mêmes ces entretiens, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque d'intérêt
- Manque de formation, de connaissance sur l'EPP
- Manque de temps
- Manque d'organisation
- Manque de financement
- Représentation et perception personnelle
- Impression de le faire au cours du suivi de grossesse
- Réticence de la part des patientes
- Vous ne connaissez pas assez la patiente
- Autres

Si autre, précisez

Concernant la Préparation à la Naissance et à la Parentalité

11 Proposez-vous des séances de PNP à vos patientes ?

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

12 Effectuez-vous des séances de PNP ?

- Oui
- Non

Combien de temps y consacrez-vous par séance (en minutes) ?

A quel terme les commencez-vous (en semaines d'aménorrhées) ?

Quel(s) type(s) de PNP effectuez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Préparation théorique
- Haptonomie
- Acupuncture
- Sophrologie
- Yoga
- Chant prénatal
- Préparation en piscine
- Autre préparation sportive
- Autre

Si autre, précisez

13 Si vous ne proposez pas la PNP systématiquement à vos patientes ou si vous n'effectuez pas vous mêmes les séances, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque d'intérêt
- Manque de formation, de connaissance sur la PNP
- Manque de temps
- Manque d'organisation
- Manque de financement
- Représentation et perception personnelle
- Impression de le faire au cours du suivi de grossesse
- Réticence de la part des patientes
- Vous ne connaissez pas assez la patiente
- Autres

Si autre, précisez

Concernant le projet de naissance

14 Pour vous, un projet de naissance, c'est... (plusieurs réponses possibles)

- Un énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant
- Un énoncé qui inclut l'organisation des soins
- Un énoncé qui inclut le suivi médical
- Un énoncé qui inclut la préparation à la naissance et à la parentalité
- Un énoncé qui inclut les modalités d'accouchement
- Un énoncé qui inclut les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions de retour précoce à domicile et le recours en cas de difficultés
- Autre

Si autre, précisez

15 Selon vous, sous quelle(s) forme(s) peut se présenter un projet de naissance ? (plusieurs réponses possibles)

- Ecrit
- Oral
- Ne sait pas
- Autres

Si autre, précisez

16 Selon vous toujours, quel(s) serait(ent) le(s) moment(s) idéal(aux) pour aborder le projet de naissance ? (plusieurs réponses possibles)

(*Le bilan prénatal est réalisable dès la déclaration de grossesse et avant 24 semaines d'aménorrhée si possible. Il vient compléter l'EPP et a pour but d'intégrer des informations sur la vaccination, sur toutes les mesures de santé publique (conduites addictives, ...) ainsi que sur le bilan bucco-dentaire du 4ème mois et l'organisation du parcours de soins de la femme enceinte pré, per et post-partum. A cette occasion, le contact anténatal pourra être établi. La sage-femme sensibilisera notamment la future mère sur les modalités de suivi à domicile afin d'anticiper le retour à domicile après l'accouchement.)

- Consultations mensuelles de suivi de grossesse
- Bilan prénatal*
- EPP
- Séances de PNP
- Ne sait pas
- Autre

Si autre, précisez

17 Selon vous, à partir de quel terme faudrait-il aborder le projet de naissance avec la femme/le couple ? (en semaines d'aménorrhées)

18 Selon vous, est-ce que le projet de naissance est quelque chose qui peut évoluer ? (plusieurs réponses possibles)

- Pendant la grossesse
- Pendant le travail et l'accouchement
- Pendant le post-partum
- Non
- Ne sait pas
- Autre

Si autre, précisez

19 Parlez-vous du projet de naissance à vos patientes ?

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Si vous parlez du projet de naissance à vos patientes

20 A partir de quel terme de la grossesse évoquez-vous le projet de naissance avec vos patientes (en semaines d'aménorrhée) ? _____

21 A quelle(s) occasion(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Consultations mensuelles de suivi de grossesse
- Bilan prénatal
- EPP
- Séances de PNP
- Autre

Si autre, précisez

22 Quelles informations donnez-vous sur le projet de naissance concernant le suivi de grossesse ? (plusieurs réponses possibles)

- Présence du conjoint lors des consultations et lors des séances de PNP (notamment durant l'EPP)
- Différents types de suivi de la grossesse (libéral et/ou hospitalier)
- Différents types de PNP
- "Révision" du projet de naissance au fil de la grossesse ; possibilité de discussion du projet de naissance
- Je n'aborde pas ce sujet là
- Autres

Si autre, précisez

23 Quelles informations donnez-vous sur le projet de naissance concernant le travail et l'accouchement ? (plusieurs réponses possibles)

- Modalités de déclenchement
- Choix de l'accompagnant
- Présence du conjoint pendant le travail
- Présence du conjoint en cas d'extraction instrumentale
- Présence du conjoint en cas de césarienne
- Différentes possibilités de gestion de la douleur : analgésie (Analgésie péridurale) ; relaxation (bain, respiration, yoga, musique, lumière tamisée) ; acupuncture ; hypnose ; respiration ...
- Possibilité de mobilisation / déambulation au cours du travail
- Choix / Différentes postures au cours du travail
- Choix / Différentes postures au cours des efforts expulsifs
- Surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) (continu, discontinu)
- Surveillance de la progression du travail par les touchers vaginaux
- Pose de Voie Veineuse Périphérique
- Modalités de réalisation d'une rupture artificielle des membranes
- Situation où une perfusion d'ocytocine peut être nécessaire
- Modalités de réalisation d'une épisiotomie
- Modalités de réalisation d'une extraction instrumentale
- Situation où une césarienne pourrait être nécessaire
- Information sur les techniques de délivrance (notamment l'Administration Prophylactique d'Ocytocine, anciennement appelée Délivrance Dirigée)
- Possibilité de couper le cordon ombilical par l'accompagnant
- Possibilité d'effectuer un clampage retardé du cordon ombilical
- Possibilité du "peau à peau "
- Acceptation des étudiants pouvant être présents
- Possibilité de réaliser la "tétée d'accueil" dans les 2 heures suivant l'accouchement
- Je n'aborde pas ce sujet là
- Autres

Si autre, précisez

24 Quelles informations donnez-vous sur le projet de naissance concernant le postpartum ? (plusieurs réponses possibles)

(* PRADO = Programme d'accompagnement au retour à domicile.)

- L'allaitement maternel
- L'allaitement artificiel
- Les soins faits au nouveau-né : bain, changes, lavage du nez, ...
- Les compétences du nouveau-né dès la naissance et l'évolution de celles-ci
- Les suppléments vitaminiques (Vitamine K, Vitamine D, ...)
- La possibilité de couchage pour le papa lors du séjour en suites de couches
- Le retour à domicile
- Possibilité de visite à domicile (dans le cadre du PRADO* notamment)
- Les différentes possibilités de contraception
- Le suivi pédiatrique du nouveau-né
- Je n'aborde pas ce sujet là
- Autres

Si autre, précisez

25 Comment accompagnez-vous les femmes/couples dans leur projet de naissance ? (plusieurs réponses possibles)

- En leur donnant des informations "universelles", les mêmes pour toutes les femmes/ pour tous les couples
- En leur donnant des informations personnalisées en fonction de leurs besoins, de leurs questions et interrogations
- En les orientant vers des professionnels de santé les plus à même à répondre à leurs questions ou à leurs besoins (psychologue, autre sage-femme réalisant un autre type de PNP, ...)
- En leur donnant des liens, des ressources auxquels ils peuvent avoir accès (site internet officiel, livres, revues, ...)
- En leur proposant des séances de PNP individuelles
- En les aidant à rédiger leur projet de naissance
- En leur permettant de réaliser une visite de la maternité
- Autre

Si autre, précisez

26 Vous renseignez-vous sur la faisabilité des demandes de vos patientes et l'offre de soins de la maternité ... (plusieurs réponses possibles)

- La plus proche de votre cabinet
- Où vos patientes souhaitent accoucher (si différente de la maternité la plus proche de votre cabinet)
- Où vous pratiquez votre activité de plateau technique (si vous êtes dans un cabinet libéral effectuant du plateau technique)
- Je ne me renseigne pas
- Autre

Si autre, précisez

27 A quel(s) moment(s) le projet de naissance est-il présenté à la maternité ? (plusieurs réponses possibles)

- Au cours de la consultation du 9ème mois
- A l'occasion d'un rendez-vous spécifique
- Lors de l'arrivée en salle de naissance
- Autre

Si autre, précisez

Si vous ne parlez pas du projet de naissance à vos patientes

28 Pour quelles raisons ne parlez-vous pas du projet de naissance à vos patientes ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque d'intérêt
- Manque de formation, de connaissance sur le projet de naissance
- Manque de temps
- Manque d'organisation
- Manque de financement
- Représentation et perception personnelle
- Manque de motivation
- Manque d'information
- Vous trouvez ça inutile
- Autres

Si autre, précisez

Questions ouvertes concernant le projet de naissance

29 Selon vous, quels sont les points positifs du projet de naissance ?

30 Pour vous, quels sont les points négatifs du projet de naissance ?

31 Que trouvez-vous difficile dans la prise en charge d'un projet de naissance ?

32 Quels points pourraient ainsi être améliorés concernant prise en charge d'un projet de naissance ?

Pour finir

33 Avez-vous d'autres choses à rajouter (remarques, sujets non abordés, ...) ?

RÉSUMÉ

Introduction : Les femmes expriment de plus en plus leur volonté de participation active et de respect de leur choix autour de leur grossesse et de leur accouchement. Elles souhaitent une réelle prise en charge personnalisée et sont plus nombreuses à exprimer leurs souhaits notamment sous forme de projet de naissance.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale et à visée étiologique réalisée auprès des sages-femmes du territoire auvergnat. L'objectif principal était de mesurer le pourcentage de sages-femmes de consultation donnant des informations aux femmes enceintes concernant le projet de naissance. Les deux objectifs secondaires étaient de déterminer l'adéquation de la définition du projet de naissance des sages-femmes interrogées par rapport à celle la HAS et d'analyser si les pratiques diffèrent suivant le mode d'exercice, l'année d'obtention du diplôme ou le temps consacré à une consultation de suivi de grossesse.

Résultats : 97,33% des sages-femmes parlent du projet de naissance à leurs patientes. La majorité d'entre elles sont d'accord sur le fait qu'il s'agisse d'un énoncé des souhaits des parents sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. La seule différence observée est le fait que plus le temps d'une consultation mensuelle est court, moins les sages-femmes parlent du projet de naissance et moins elles proposent une PNP individuelle.

Conclusion : Bien que les sages-femmes s'intéressent au projet de naissance des femmes, un certain nombre de points reste à améliorer. La mise en place d'une consultation dédiée à la discussion du projet paraît pertinente pour son accompagnement de manière adéquate.

Mots Clés : *projet de naissance ; sages-femmes ; accompagnement.*

ABSTRACT

Introduction: Women are increasingly expressing their willingness to actively participate and respect their choice around their pregnancy and childbirth. They want real personalized care and more people express their wishes, especially in the form of a birth project.

Method: This is a cross-sectional, etiological descriptive observational study of midwives in the Auvergne territory. The main objective was to measure the percentage of midwives in consultation giving information to pregnant women about the birth plan. The two secondary objectives were to determine the adequacy of the definition of the birth plan of the midwives interviewed in relation to that of the HAS and to analyze whether the practices differ depending on the mode of exercise, the year of graduation or the time spent on a follow-up pregnancy consultation.

Results: 97.33% of midwives tell their patients about the birth plan. The majority agree that this is a statement of the wishes of the parents on the course of pregnancy, childbirth and postpartum. The only difference observed is that the shorter the time for a monthly consultation, the less the midwives talk about the birth plan and the less they propose an individual birth preparation.

Conclusion: While midwives are interested in the women's birth project, there are still a number of areas for improvement. The establishment of a consultation dedicated to the discussion of the project seems relevant for its accompaniment in an adequate way.

Keywords: *birth project; midwives; Accompanying.*