



### Le projet de naissance

**L**e projet de naissance est un document écrit qui peut revêtir plusieurs formes. C'est l'expression des souhaits de la femme, du couple concernant la naissance de leur enfant. Ce document écrit sert de base de négociation avec les équipes de la maternité choisie.

En France, nombreuses sont les femmes enceintes qui souhaitent se réapproprier le moment de la naissance de leur enfant avec leur conjoint. Les femmes veulent réinscrire cet événement dans leur vie affective et familiale. La naissance ne peut être réduite à un événement hospitalier et médicalisé.

Les associations françaises d'usagers se sont inspirées de l'expérience anglo-saxonne « *Changing childbirth* », rédigée en 10 points fondamentaux en 1993. Le *birth plan* est un document écrit dont la mise en forme est standardisée. Il a, lors de sa diffusion, montré ses limites ; les femmes enceintes ont rédigé des *birth plans* revendicatifs, voire directifs à l'égard des équipes de maternité.

L'absence d'un mode d'expression des usagers avait réussi à déposséder le couple de ce moment de la naissance, en imposant une médicalisation ou une surmédicalisation. L'effet de balancier a mis à mal les professionnels de la naissance en les obligeant à remettre en cause certaines de leurs pratiques obstétricales et leur comportement professionnel.

Au Royaume-Uni, le concept de santé est dans son maintien, il n'est pas uniquement envisagé sous l'angle de la maladie. Le maintien de la santé des femmes pendant leur grossesse est un objectif de la politique de santé.

Les usagers ont pris appui sur la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, pour que les femmes enceintes qui ne sont pas, *a priori*, malades mais enceintes, communiquent avec les professionnels de santé : médecins et sages-femmes. « *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.* »

La loi du 4 mars 2002 place la personne soignée au centre du dispositif médical et soignant, obligeant de fait les professionnels de santé à abandonner la conception paternaliste de la relation dissymétrique soignant-soigné. Dès lors, le soignant sait et prend la responsabilité de ses actes médicaux, le soigné sait de plus en plus et prend la responsabilité de décider et de faire confiance au soignant.

Le projet de naissance encourage les femmes à se sentir davantage responsables et moins démunies et soumises face au pouvoir médical.

Les femmes enceintes élaborent le projet durant toute leur grossesse, avec les professionnels de santé qui répondent à leurs questions. C'est un outil de communication entre le couple et les

**Françoise Nguyen,**  
Directrice de  
l'école de sages-  
femmes Jeanne  
Sentubery, Poissy,  
présidente de  
l'ASFEF, membre  
de la Commission  
d'évaluation des  
stratégies de santé  
- HAS

nuité et de cohérence impliquant le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau renforcé entre les différents acteurs concernés : sanitaires (quels que soient le mode d'exercice et la discipline), sociaux et médicaux-sociaux<sup>8</sup>.

Si la sécurité affective de l'enfant passe par celle de ses parents, la sécurité des parents passe notamment par celle des professionnels qui les entourent. La formation, en particulier collective, est un moyen essentiel pour que les professionnels développent une confiance mutuelle nécessaire au développement du travail en collaboration.

Le financement dédié à cette mesure est de 18 millions d'euros sur trois ans ; l'intégralité des moyens prévus ont été distribués.

*La troisième mesure est la participation des usagers à la définition, au suivi et à l'évaluation de la politique périnatale, ainsi qu'une optimisation de l'information donnée aux usagers sur les modalités de prise en charge offertes au sein du réseau de périnatalité*

Cette participation a été mise en place au sein des commissions régionales de la naissance depuis un arrêté du

8 janvier 1999 ; elle est confirmée par leur participation à la Commission nationale de la naissance<sup>9</sup>.

Les besoins des usagers constituent un élément essentiel des textes régissant l'organisation des soins ; ils sont l'un des axes importants du Plan de périnatalité. Il est demandé que soit précisé, dans le document d'information à destination des patients, un certain nombre d'indications claires et détaillées sur les modalités de prise en charge de leur maternité.

L'élaboration d'un carnet de santé de la maternité actualisé, intégré au dossier médical, fait partie de ces mesures ainsi que sa diffusion par le conseil général<sup>10</sup>.

Dans ce cadre, il a été proposé de documenter, à l'aide d'une enquête directe de grande envergure auprès des usagers (environ 3 000 femmes, financement de 300 000 euros), la décision de recours à une maternité en fonction des caractéristiques socio-économiques et culturelles des femmes, des conditions médicales de leur grossesse, des préconisations perçues par elles en provenance de leur médecin ou de leur entourage, la qualité ressentie de l'accueil et de la prise en charge en termes de suivi de la femme et de son enfant.

**9.** Arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance.

**10.** Arrêté du 21 juin 2007 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit « carnet de santé maternité », JO 173 du 28 juillet 2007.

**8.** Circulaire Dhos/DGS/02/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité : Périnatalité et prévention en santé mentale.

professionnels de santé. Il établit un lien pour construire une relation de confiance, une écoute mutuelle entre usagers et professionnels, il prévient les conflits, met à plat les craintes et les incompréhensions. « *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 difficulté.* »

Ce projet de naissance rédigé par la femme, par le couple, est un outil de communication. Il perd toute son utilité et son efficacité s'il n'est remis qu'au moment de l'accouchement à la sage-femme qui le découvre à ce moment-là. Certaines demandes, voire exigences du couple ne pourront être réalisées. Cette situation provo-

que inévitablement des situations de conflit et de tension qui ne sont pas souhaitables. Il est essentiel que ce projet de naissance soit un outil de dialogue et de négociation tout au long de la grossesse.

En France, le projet de naissance est encore souvent la traduction et la formalisation de l'expression collective des usagers. L'ignorance ou la méconnaissance alimentent les peurs ; le projet de naissance est un excellent outil de médiation entre le professionnel et les femmes enceintes.

Le projet de naissance doit être un projet personnel. Le document écrit peut revêtir plusieurs formes : ce peut être l'expression écrite des souhaits de la femme, du couple quand tout se déroule normalement et en cas de problème. Ce document écrit sert de base de négociation avec les équipes de la maternité choisie.


La rédaction personnelle du projet de naissance passe par une réappropriation forte et individualisée de la

maternité par la femme. Le projet de naissance n'est pas un contrat de soin au sens juridique du terme. Il ne place pas les professionnels de la périnatalité en position d'obligation. Il est important que les professionnels puissent également apporter une réponse écrite aux couples, avant l'entrée en travail, sur les choses qui sont possibles de mettre en œuvre et dans quelle mesure et celles qui ne le sont pas.

Les informations doivent être claires et loyales, elles tiennent compte des réalités professionnelles locales indépendantes de la volonté des professionnels en présence. Cependant, et c'est heureux, les professionnels de santé sont capables de progresser (postures, diminution des indications d'épisiotomie, accueil du nouveau-né, respect de l'intimité) et de rassurer honnêtement et humainement les femmes enceintes. Des travaux sont menés sur le jeûne imposé aux parturientes en salles de naissance. La

France est un des seuls pays à l'imposer dans beaucoup de maternités.

En France, nous sommes au balbutiement de la définition des objectifs du projet de naissance.

Il est plus que souhaitable qu'il ne devienne pas un instrument de chantage médico-légal. Quelle va être son utilisation réelle et comment les usagers vont-ils recevoir en retour des améliorations de prise en charge et d'accompagnement humain ? Comment les professionnels vont-ils prendre le virage de plus d'humanité, de plus d'actes raisonnés et pesés pour les près de 80 % des femmes dont le processus de la naissance se déroulera sereinement dans un environnement capable de respecter une sécurité affective et relationnelle, et d'assurer une sécurité efficace de veille médicale présente mais non envahissante ? 

### *La quatrième mesure est l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité*

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions<sup>11</sup> a créé les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ; la périnatalité doit être un des champs d'action de cet outil et ainsi les adapter aux enjeux de la naissance et de la parentalité.

Un groupe de travail réunissant les principaux acteurs (État, collectivités territoriales, professionnels, associations) a démarré le 12 octobre 2005.

Ses objectifs étaient de définir des mesures à prendre dans trois champs concernant des futures mères ou jeunes mères très démunies, françaises de souche ou non, et leurs enfants : prise en charge du suivi de la grossesse et de la petite enfance ; sensibilisation et formation des professionnels de santé sur les enjeux que cela représente pour ces mères et leurs enfants ; médiation de santé et éventuellement interprétariat pour ne laisser personne de côté.

Depuis la parution du plan, différentes actions ont été menées :

- la circulaire du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant

en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) qui inclut le suivi de grossesse, du nouveau-né, l'interruption médicale de grossesse et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans la notion des soins urgents<sup>12</sup> ;

- la création de PASS dédiées aux femmes enceintes : 10 en 2006 et 2007 ;
- les propositions du groupe de travail, Direction générale de l'action sociale (DGAS) aboutissant à un certain nombre de recommandations présentées au Conseil interministériel de lutte contre les exclusions (Cile) en mai 2006, qui se résument ainsi :
  - ◆ Facilitation des démarches administratives et mise en place d'un partenariat avec les collectivités territoriales (ARF, ADF),
  - ◆ Consultations sans rendez-vous à jours fixes,
  - ◆ Recours à des interprètes ou médiateurs de santé publique,
  - ◆ Aménagement de la TAA et des Migac,
  - ◆ Sensibilisation de tous les professionnels concernés (santé et social) aux conditions de vie de cette population : documentation et campagne par l'INPES, formations continues par l'ANFH et l'ENSP,

**12.** Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale d'État.

**11.** Loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.