

# Le projet de naissance

**Le projet de naissance peut être matérialisé dans un document écrit où les futurs parents expriment leurs souhaits quant aux événements qui entourent la naissance. Trouver un compromis entre ceux-ci et la réalité de l'offre est un enjeu majeur.**

**Danielle Capgras**

Sage-femme formatrice, consultante en réseaux locaux de périnatalité

**Michel Dugnat**

Pédopsychiatre, responsable de l'unité parents-bébé dans le service du P<sup>r</sup> Poinso, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille et président de la Commission régionale de la naissance

La demande croissante des femmes enceintes d'être actrices de leur parcours de grossesse jusqu'à dans le déroulement de l'accouchement va modifier la « culture » des professionnels. Le projet de naissance se présente comme un texte que les futurs parents rédigent pour énoncer leurs désirs concernant la naissance de leur enfant. L'entretien prénatal précoce (du 1<sup>er</sup> trimestre) permet de le faire découvrir quand il n'est pas connu : entretien prénatal et projet de naissance sont donc complémentaires.

Lors de l'entretien prénatal précoce, les femmes sont le plus souvent en capacité d'évoquer leur conception de la naissance à venir, ce qu'elles pensent, ce qu'elles souhaitent, ce qu'elles en attendent, pour peu qu'on leur laisse le loisir de s'exprimer. Pour certaines femmes, la possibilité d'élaborer un véritable projet de naissance sera possible seulement plus tard. Les sages-femmes doivent donc, lors de cet entretien, aider les femmes à exprimer leurs attentes, leur permettre de devenir « auteure » de cet événement et de se sentir reconnues par les professionnels. L'élaboration d'un projet de naissance n'est-elle pas une opportunité de recherche avec la femme et le couple du meilleur compromis entre leurs souhaits profonds et ce qui est possible dans leur environnement proche ?

## Qu'est-ce le projet de naissance ?

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 moda-

lités 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 [50].

Laissons la parole à Sophie Gamelin [40], qui souligne l'intérêt et les fonctions du projet de naissance dans toutes ses dimensions :

*« Devenir parent aujourd'hui n'est pas aisé lorsque les conseils autour de soi sont divergents. Que ce soit les professionnels (même entre eux), la famille, les amis, les voisins... tous ont un avis arrêté sur ce qu'il est bon de faire ou de ne pas faire. N'importe quel jeune parent peut alors se sentir désorienté. Pourtant, il n'y a pas de réponse unique ! C'est à chacun d'inventer son rôle de parent avec cette grossesse-là, cet accouchement-là, cet enfant-là. [...] »*

*Réfléchir à la parentalité avant l'arrivée d'un enfant est très important. Se poser des questions est normal mais être entendu, voire réellement écouté, est plus difficile dans une organisation sociale basée sur la technique et la rentabilité [...]. »*

*Autour de la naissance, de nombreux intervenants prennent en charge, expliquent qui va faire quoi ou comment les choses vont se dérouler. Pourtant, de nombreux parents déplorent avoir manqué d'information tant médicale que concernant leurs droits, mais également sur les possibilités réelles qui s'offrent à eux. [...] »*

*Inviter les patientes, les couples à réfléchir aux pratiques médicales courantes ou systématiques, à les informer à l'avance pour décider en conscience et proposer des ressources pour préparer l'accouchement. Le projet de naissance peut être un outil de réflexion personnel ; c'est surtout un préambule indispensable qui sert à clarifier le contrat de soins entre patient et professionnel ;*



*c'est s'engager vers une meilleure compréhension et une satisfaction partagée. [...]*

*Ces projets sont présentés par les parents lors de la grossesse à la sage-femme ou à l'obstétricien qui les accompagne. Ils sont discutés et commentés pour aboutir à un accord, et être ajoutés au dossier.*

*Ce projet concerne les différentes étapes de l'accouchement physiologique ou médicalisé (travail naissance, soins au bébé, soins à la mère, délivrance du placenta, allaitement, présence d'autres personnes, accueil du bébé, personnalisation de l'événement...) et peut comporter également un volet en cas d'imprévu (transfert, césarienne...).*

*Il s'adresse à tous les intervenants pour le bien-être de la mère, de l'enfant, et de la famille. La femme a le droit d'être informée et de participer à la prise de décision des interventions faites sur elle ou sur son enfant.*

*Certaines maternités en France proposent désormais un Projet de naissance standard aux femmes qui vont accoucher, mais cette pratique reste encore très rare.*

*N'oubliez pas cependant que la seule chose que vous pouvez prévoir avec certitude, c'est que la naissance vous réserve toujours des imprévus.»*

### **Que permet l'entretien prénatal précoce ?**

Le plus souvent réalisé par une sage-femme, l'entretien prénatal précoce (première séance de préparation à la naissance depuis les mesures du Plan périnatalité 2005-2007) permet d'informer la femme ou le couple, de lui présenter le dispositif de suivi de la grossesse, de situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser sa manière de travailler avec les autres professionnels, d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir, de compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie, d'encourager la femme ou le couple à participer aux séances de PNP — et lui aussi les aide à comprendre et donc à devenir acteur de leur parcours de grossesse jusqu'à l'événement naissance.

Le constat est partagé : les femmes enceintes manquent pour la plupart d'informations concernant le déroulement de la grossesse, les événements liés aux changements physiologiques, et d'une bonne compréhension du rôle des divers professionnels qu'elles pourront rencontrer en période périnatale. Les informer, répondre à leurs interrogations dans un climat de confiance, les respecter dans leurs souhaits va favoriser l'instauration d'un

lien mère-enfant de bonne qualité, gage de santé psychique pour l'avenir.

L'élaboration d'un texte, le projet de naissance, destiné d'abord à elle-même et à leur couple, mais également aux professionnels assurant la prise en charge médicale de l'accouchement concrétisant leur réflexion de future mère, sera possible pour certaines femmes, mais pour toutes l'entretien prénatal ouvrira des possibilités de dialogue, de négociation dans le respect des fonctions de chacun des professionnels et de l'intimité de la femme.

Il est cependant important de rappeler que la professionnelle qui accompagnera la femme dans l'élaboration d'un projet de naissance et ce, ensuite tout au long de la préparation à la naissance, se doit de vérifier au préalable que les demandes exprimées sont compatibles avec les habitudes de la structure d'accouchement choisie par la femme.

Rien n'est plus déstabilisant que de penser une prise en charge optimisée et de se retrouver face à des professionnels qui ne sont pas dans la même optique!

Parfois, ne serait-il pas souhaitable, plutôt que d'écrire un projet, de permettre à la femme de se positionner activement, d'être en capacité d'exprimer ses craintes, ses souhaits, de devenir interactive? Trop de femmes enceintes «subissent» encore la naissance de leur premier enfant, souvent sans se permettre d'évoquer leurs souhaits.

Par contre, après avoir vécu une première naissance sur un mode de soumission aux habitudes professionnelles, certaines évoquent, lors de l'entretien prénatal précoce, le souhait de vivre différemment une nouvelle naissance. Parfois, cette démarche ira jusqu'à l'élaboration d'un projet de naissance qui leur permettra de s'approprier davantage ce moment important. Pour toutes celles qui en bénéficient, l'entretien précoce permettra d'aborder avec la sage-femme leur vision de ce qu'elles souhaitent vivre et de ce qui est important pour mieux vivre la naissance.

Il sera alors question de permettre à chaque femme d'aborder ce moment de l'accouchement à la fois en accord avec elle-même, mais aussi avec les professionnels qui auront à l'accompagner et à la prendre en charge.

La sage-femme qui réalise l'entretien devra donc avoir présent à l'esprit le paysage réel de ce qui est possible sur le secteur, les différentes modalités de prise en charge (plus ou moins respectueuses de la physiologie de la naissance), les diverses possibilités de préparation à la naissance et d'accompagnement par des professionnels formés à des techniques de

préparation corporelle (parmi lesquelles la relaxation et les techniques de respiration, la sophrologie, l'haptonomie...).

Comment élaborer avec une femme ou un couple un projet de naissance abouti si, lors de la prise en charge, un «gouffre» existe entre ce qui aura été préparé et la réalité de ce qu'elles ont pensé qu'il serait possible? Il y va de la responsabilité de la professionnelle de leur permettre de vivre ce qui est possible.

Actuellement, les professionnels des maternités ne cessent d'être heurtés par des demandes écrites et signées des femmes à partir de textes téléchargés sur Internet (comme celui qui suit!) qui ne correspondent pas à cette recherche du meilleur compromis entre ce qui est souhaité par le couple et ce qui peut être offert par les professionnels de santé et les structures de soins environnantes.

Cela est souvent dû au manque de lien entre l'ensemble des professionnels concernés autour de chaque maternité. Le développement du travail en réseau local de périnatalité permettra sûrement dans les années qui viennent à la professionnelle de bien décrire ce qui est possible.

Car ne doit-on pas plutôt informer les femmes, afin qu'elles soient en mesure de négocier avec les professionnels de la naissance une prise en charge qui convienne aux deux parties, plutôt que de les laisser imaginer une offre qui n'existerait pas?

Par ailleurs, les usagers ayant individuellement ou collectivement de plus en plus l'occasion d'exprimer leurs attentes en matière d'accompagnement à la naissance, n'est-il pas souhaitable d'aborder de façon progressive et non agressive cette liberté de choix qui n'est jamais totale? Cela contribuera à élargir à terme les propositions des professionnels.

Une femme correctement informée grâce à l'entretien prénatal précoce, et attentivement préparée pendant les séances de préparation, sera en possibilité d'évoquer oralement ses demandes avec les professionnels plutôt que de leur remettre un document stéréotypé signé dont elle ne comprend peut-être pas la totalité des enjeux. Des futurs parents confiants dans l'écoute des professionnels de la naissance et des professionnels sensibilisés à l'importance du respect des souhaits réalisables des parents peuvent nouer une alliance précieuse pour le bébé à venir.

Faire que les femmes, les couples soient acteurs de leur grossesse est certainement un enjeu important de l'entretien prénatal précoce : la naissance comporte souvent une certaine idéalisation et le rapprochement entre

## Exemple de projet de naissance

### Trouvé sur Internet, ce projet de naissance élaboré avec un professionnel lors de la préparation à la naissance est respectueux des demandes du couple ainsi que des professionnels

Bonjour,

Vous allez être présents tout au long de la naissance de notre enfant, et nous vous en remercions. Mon mari et moi-même avons souhaité écrire cette lettre afin de vous permettre de mieux connaître nos désirs par rapport à cette naissance.

Nous avons pleinement confiance en votre compétence et notre souhait est que, grâce à votre avis éclairé et à notre intuition, nous prenions ensemble la bonne décision, s'il devient nécessaire d'en prendre une.

Nous souhaitons avant tout que cette naissance soit la plus paisible possible pour notre enfant et nous-mêmes. Dans notre esprit, cette paix n'est envisageable que dans un accouchement physiologique.

Mais bien entendu, si un problème quelconque survenait, c'est avant tout vers vous et votre savoir que nous nous tournerions.

Par cette lettre, nous ne remettons absolument pas votre savoir et votre métier en cause, nous avons une totale confiance en vous, aussi j'espère que vous n'accueillerez pas ce projet de naissance péjorativement.

De manière générale :

Mon compagnon souhaite être présent à chaque étape de la naissance.

Nous souhaitons qu'il y ait le moins de personnes possible présentes tout au long de cette naissance afin de préserver notre intimité et notre besoin de calme.

Nous souhaitons que chaque geste, chaque intervention nous soient clairement expliqués, et que rien ne soit entrepris sans nous avoir consultés auparavant.

Pendant le travail et l'expulsion :

Je ne souhaite, *a priori*, pas subir d'anesthésie péridurale, et plus généralement que le processus physiologique soit accéléré ou ralenti artificiellement (sauf si la santé de mon enfant ou la mienne est en péril).

Je serais heureuse de recevoir les conseils d'une sage-femme.

Je souhaite pouvoir marcher et choisir ma position au cours du travail. Aussi, si un suivi par monitoring semble nécessaire, je souhaite qu'il soit ambulatoire ou discontinu.

Je préfère être perfusée au dernier moment, une voie veineuse pourra être posée mais obturée pour faciliter ma mobilité pendant le travail.

Tant que le travail progresse et que le bébé et moi allons bien, je ne souhaite pas de rupture artificielle des membranes.

Merci de tout mettre en œuvre pour éviter qu'une épisiotomie ne soit réalisée, je préfère prendre le risque d'une déchirure plutôt que de subir cet acte.

Je souhaite attendre de ressentir le réflexe d'expulsion avant de pousser si les conditions de santé de mon bébé le permettent.

Lorsque les épaules de notre bébé seront sorties, j'aimerais l'attraper et finir de le sortir moi-même (ou son papa) et le déposer sur mon ventre, son visage face au mien.

Nous ne souhaitons pas que le cordon ombilical soit coupé ou pincé avant qu'il ait cessé de battre.

Mon mari souhaite couper le cordon ombilical.

Après la naissance :

Avant tout, nous vous serions extrêmement reconnaissants de favoriser cette rencontre qui va se produire entre notre enfant et nous. Laissez-nous simplement profiter à notre rythme de ce moment unique. Que tous les soins qui peuvent attendre soient remis à plus tard. Que ceux qui doivent se faire dans l'immédiat soient confiés au père ou se fassent à notre contact.

Nous souhaitons que notre enfant soit allaité, et donc que la mise au sein soit précoce (si possible avant qu'il soit emmené pour les soins) en le laissant trouver le sein seul.

Je ne veux pas d'expression abdominale ; si celle-ci est *absolument* nécessaire, je souhaite m'asseoir sur un bassin (ou autre) avant de subir ce geste, je veux qu'il soit fait en douceur et expliqué (je l'ai subi pour mon aîné et j'en reste traumatisée tellement j'en ai souffert!)

En cas d'urgence :

Dans toutes les circonstances, nous tenons à être informés en détail de ce qui se passe pour décider avec vous de ce qui doit être fait.

Si notre enfant doit être transféré dans un autre établissement, nous souhaitons que l'un de nous puisse le suivre à chaque instant.

En cas de césarienne :

Je préfère une rachianesthésie plutôt qu'une anesthésie générale.

J'aimerais que le champ opératoire soit légèrement baissé pour que je puisse voir sortir mon bébé, je souhaite l'embrasser et le toucher avant qu'il soit emmené pour les soins.

Mon mari aimerait être présent pour ces soins et y participer si c'est possible.

Dans le cas où notre bébé doit être placé en couveuse pour réguler sa température, nous aimerions pratiquer la méthode kangourou sur son papa plutôt que de le placer en couveuse.

Je souhaite allaiter mon enfant dès que possible, aussi je refuse qu'un aliment autre que mon lait lui soit administré avec une tétine de biberon.

Ce qui est le plus important pour nous, c'est que cet enfant vienne au monde entouré de douceur. L'accouchement est déjà un événement brutal en soi, aussi attachons-nous ensemble à en faire un moment de joie.

Nous voulons être responsables de ce moment unique, et le vivre le plus naturellement possible.

Je ne veux pas braquer le personnel médical, c'est assez soft dans la tournure des phrases ?

Merci

Chris, 25SA




## Naitre en France

les souhaits des parents et les possibles doit commencer tôt!

L'interpellation des pratiques des professionnels de santé par les usagers est un phénomène nouveau dans le système de soins en France. Les droits des usagers ont été affirmés grâce à la loi du 4 mars 2002. En périnatalité, leur expression est soutenue

par le Ciane (Collectif interassociatif des associations de naissance). Elle suppose des évolutions dans les cultures professionnelles, mais aussi dans les représentations des femmes enceintes et des futurs pères.

L'entretien prénatal précoce peut y contribuer ainsi qu'à une meilleure anticipation et à un projet de naissance partagé. Le

consentement éclairé prévu par les textes peut devenir un consentement « mutuellement » éclairé : *mutatis mutandis*, l'information des professionnels par la femme et de la femme par les professionnels doit devenir une information « mutuellement éclairée », pour mettre toutes les chances du côté de l'enfant! 

### Témoignage de Jenny

#### Adressé après la naissance de son bébé à la sage-femme qui l'avait reçue pour l'entretien prénatal précoce (Danielle Capgras)

Sur vos conseils, je suis allée suivre des cours de préparation à l'accouchement chez Brigitte [...] et j'ai fait connaissance et confiance aux sages-femmes de l'hôpital (Corinne, Fanny, Agnès) [...]

Gabriel a failli naître par césarienne à 39 sa, car il était en siège, et un gynéco de l'hôpital n'a pas compris combien je

redoutais cette opération (surtout à cause de la séparation qu'elle induit entre la mère et son bébé...).

J'ai alors demandé une version, pratiquée par un autre gynéco, elle a réussi et Gabriel est né deux jours après terme, par voie basse... Il pesait certes 4,260 g, mais si vous saviez comme on a bien travaillé tous les deux, aidés, accompagnés, soutenus par les SF et le papa! (Merci aussi à la sophro, effectivement j'étais sceptique, mais bon sang, comme ça m'a aidée!)

Je suis heureuse de n'avoir eu qu'une rachi-anesthésie en fin de dilatation. Fanny

connaissait mon envie de vivre au mieux cet accouchement (et en même temps j'avais si peur de l'expulsion!), elle m'a permis d'être au cœur de mon accouchement! (pour ma fille, grosse péri, aucune douleur, mais aucune sensation de l'avoir mise au monde...)

Alors voilà, quelques lignes pour vous remercier, car sans ces quelques pistes qui m'ont redonné beaucoup de confiance en moi au début de cette grossesse, je pense que les choses auraient été... différentes bien sûr, mais certainement moins épanouissantes!

# L'entretien systématique du 4<sup>e</sup> mois de grossesse : vers une nouvelle police des familles

**Et si l'entretien du quatrième mois, mesure présentée comme une amélioration de la prise en charge de la mère et de la famille, était stigmatisant et portait atteinte à l'intimité ? Point de vue contestataire...**

**Claude Schauder**

Professeur associé de psychopathologie clinique, unité de recherche en psychologie : Subjectivité, Connaissances et Lien social, Équipe d'accueil 3071, université Louis Pasteur, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Strasbourg

À n'en pas douter il y avait du bon, et même de l'excellent, dans ce Plan périnatalité 2005-2007 et dans les « Recommandations pour la pratique clinique »<sup>1</sup> et l'« Argumentaire » qui devaient accompagner les mesures que préconisait ce plan en matière de Préparation à la naissance et à la parentalité. D'autres se sont chargés dans ce numéro d'en dire la pertinence et les nouvelles pistes de travail qu'elles ouvraient.

Disons simplement que ce plan donnait également matière à critiques. Ne serait-ce qu'à propos de cette ambition (bien dans l'air du temps) affichée d'emblée dans son titre : préparer à la parentalité ! Comme si on savait exactement ce que recouvre cette notion dont le champ de l'action sociale assure depuis une vingtaine d'années le succès<sup>2</sup> ! Comme si on avait quelque preuve que devenir ou être parent pouvait ressortir d'une préparation, voire d'une formation<sup>3</sup>.

1. Élaborées à la demande de la Direction générale de la santé et des sages-femmes pour accompagner les mesures du Plan périnatalité 2005-2007, en particulier l'entretien individuel ou en couple du 4<sup>e</sup> mois, ces « Recommandations » et leur « Argumentaire » font suite à la circulaire DHOS/DGS/02/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à « la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité » dont les annexes comprennent le rapport du D<sup>r</sup> F. Molénat (pour le ministre et, par délégation, le directeur général de la santé, P<sup>r</sup> D. Houssin).

2. De nombreux auteurs ont dit la dimension polysémique, syncrétique et surtout idéologique des définitions circulant à propos de cette notion. Lire par exemple les travaux de G. Neyran, M. Boisson, A. Verjus, C. Martin etc.

3. Avec honnêteté l'« Argumentaire » de la Haute Autorité signale d'ailleurs que si « la littérature insiste sur l'opportunité de soutenir la fonction parentale par

De manière plus générale, grossesse, naissance et parentalité apparaissent ici comme des problématiques appartenant au champ de la santé, voire de la pathologie, et les femmes (voire les couples) comme des patients justifiant d'une éducation spécifique dictée par des connaissances scientifiques dûment établies et validées. C'est ainsi qu'en cohérence avec le modèle d'éducation à la santé sous-jacent à cette perspective, l'entretien du 4<sup>e</sup> mois de grossesse, que ce plan voulait mettre en place, comprenait, par exemple, un temps d'évaluation systématique des compétences acquises<sup>4</sup>.

Tout cela justifiait bien qu'on en rediscute et qu'on trouve à y redire. Le fait que les « Recommandations » et l'« Argumentaire » évoqués plus haut retenaient quand même explicitement les critiques et les conclusions relatives aux instruments d'évaluation des facteurs de vulnérabilité chez la femme enceinte, mis en évidence dans le « rapport Molénat » [71], et le fait que ces textes adoptaient (sans réserve) son abord éthique de la question du dépistage pouvaient toutefois nous rassurer.

Mais qu'en est-il aujourd'hui après que

*des dispositifs d'action de santé et d'action publique proposés en période anténatale ou postnatale* » (p. 15), on a peu d'informations quant à leur efficacité. (p. 18 à 20). Il précise ainsi : « *En conclusion de ce chapitre, l'efficacité de la PNP reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale.* » Et ajoute même que : « *Des travaux de recherche devraient être menés pour déterminer les stratégies et les techniques éducatives les plus aptes à répondre aux besoins des femmes et des couples* » (p. 21) [52].

4. « Argumentaire » [52], p. 26.





le projet de loi réformant la protection de l'enfance a été modifié par l'Assemblée nationale et que celle-ci a trouvé judicieux de transformer l'entretien du 4<sup>e</sup> mois *systématiquement proposé* en un « *entretien psycho-social systématique* » ? Qu'en est-il à présent que cet entretien a perdu sa vocation première qui était de permettre à des femmes (ou des couples) désirant s'entretenir librement et en toute confiance de leurs questions, soucis ou angoisses avec un professionnel lié au secret professionnel ? Qu'en est-il de cette « mutation législative » qui le transforme en une opération de dépistage précoce des problèmes, non seulement médicaux, mais aussi psychologiques et sociaux susceptibles (à tort ou à raison) d'inquiéter soignants et travailleurs sociaux ? Que peut-il en être de cette idée qui mélange tout comme au « bon vieux temps » où on croyait savoir que « misères physiques », « misère sociale » et « misère morale » allaient obligatoirement de paire ?

Comment imaginer que des mesures obligatoires de ce type (sans doute efficaces en matière de troubles infectieux) puissent avoir quelque pertinence dans un domaine où l'essentiel du travail préventif repose sur la relation de confiance établie entre les intéressés et les professionnels qui les accompagnent ?

Faut-il s'étonner que d'aucuns se demandent alors si ladite prévention reste le véritable objectif de cette mesure, alors même que, en dépit des avis négatifs de la Cnil<sup>6</sup> et de la Commission nationale consultative des droits de l'homme<sup>7</sup>, la loi sur la prévention de la délinquance<sup>8</sup> impose à tout professionnel de l'action sociale « *qui constate que l'aggravation des difficultés sociales, éducatives ou matérielles d'une personne ou d'une famille appelle l'intervention de plusieurs professionnels* » d'en informer le maire de la commune de résidence et le président du conseil général ?

D'ores et déjà certaines sages-femmes de PMI, habituées de longue date à accompagner durant leur grossesse des femmes en difficulté ou en souffrance, s'inquiètent de ces nouvelles contraintes. L'informatisation des dossiers et l'interconnexion des réseaux ne conduira-t-elle pas *de facto* à lever les barrières qui garantissent encore (mais pour combien de temps), la confidentialité de leurs échanges ? Elles savent

qu'elles ne pourront pas compter sur la clairvoyance de toutes les femmes enceintes, ou des couples, pour se taire et protéger de la sorte leur intimité des ingérences de ce qui apparaît à présent à nombre de professionnels comme une nouvelle police des familles !

Elles n'ignorent bien évidemment pas non plus que leur employeur est lui-même responsable et donc, en cas d'accident, comptable devant les tribunaux des mesures prises en matière de protection de l'enfance. Et cela désormais dès le 4<sup>e</sup> mois de grossesse des mères !

Alors, n'y a-t-il pas matière à protester face à ce dévoiement de l'idée de prévention et à la perversion dont il témoigne, quand rien ne vient plus garantir aux familles le secret de leur intimité et aux professionnels qu'ils pourront exercer sereinement leur profession, c'est-à-dire conformément aux règles déontologiques qui leur ont été enseignées ?

5. Loi n° 2007-293 du 05.03.2007 article L. 2112-1 (JO 55 du 06.03.2007).

6. Avis du 13 juin 2006.

7. Loi du 21 septembre 2006.

8. Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007, article L. 121-6-2 (JO 56 du 7 mars 2007).

### Pour en savoir plus

Dugnat M. et Douzon M., « Pas de zéro de conduite pour les femmes enceintes et les fœtus de 3 mois : pour un entretien prénatal précoce "prévenant" », Revue Spirale (Eres), n° 41, 2007. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.cairn.info/article.php?ID>.

# « Bébé en vue », l'observatoire bourguignon des usagers en périnatalité : une expérience participative innovante

**Comment organiser la parole des usagers sur le thème de la périnatalité au niveau d'une région ? Récit d'une expérience riche d'enseignements.**

Le projet d'un observatoire des usagers en périnatalité a émergé à la faveur des États généraux de la santé en 1999 qui ont donné lieu à Beaune à une conférence intitulée « Mieux naître en France ». Celle-ci avait été organisée sur le modèle des conférences de consensus : un jury citoyen de dix-sept personnes a reçu une formation pendant trois jours, puis a élaboré un ensemble de questions discutées lors de tables-rondes réunissant les principaux acteurs du domaine, l'ensemble de cette procédure débouchant sur un débat public puis sur l'élaboration de recommandations. Face à l'engagement manifesté par les membres du jury, le Pr Gouyon, pédiatre responsable de l'unité de néonatalogie du CHU de Dijon, souhaite alors poursuivre cette expérience par la constitution d'un observatoire indépendant des usagers. Pour ce médecin, coordinateur à l'époque du réseau périnatal bourguignon qui associe les maternités de la région, il s'agit de construire un « répondant » côté usagers, capable de participer à l'évaluation de ce réseau et de mettre en avant un certain nombre de besoins et d'aspirations.

## Une composition originale

Dans la continuité des États généraux de la santé, les promoteurs de l'observatoire l'imaginent comme un groupe d'« usagers-citoyens non spécialistes », caractérisés par leur honnêteté intellectuelle et leur souci du bien commun ; ils ne doivent être ni attachés à une cause préconstituée, ni trop savants, cette « fraîcheur » garantissant en quelque sorte leur capacité à bien représenter l'utilisateur ordinaire. Cependant, le groupe du jury citoyen qui

devait constituer le groupe de référence pour la formation de l'observatoire s'avère très vite défaillant : in fine, seul un membre de ce jury continuera de participer régulièrement à l'observatoire. On touche ici à un aspect paradoxal du projet : le fait que les membres du jury citoyen aient été recrutés sur la base de leur « non-implication » par rapport au sujet traité rendait problématique l'inscription dans la durée de leur intérêt et de leur motivation, nourris le temps des États généraux par la dramatisation et la solennité de l'événement et renforcés par la bonne ambiance qui s'était installée dans le groupe.

Se pose donc très rapidement la question du renouvellement des effectifs, lequel va s'opérer selon trois canaux principaux : la Mutualité française, qui a accepté de soutenir financièrement le projet, amène dans le groupe quatre femmes mutualistes, des personnes pour la plupart engagées dans le mouvement mutualiste, administratrices élues. Deux personnes sont recrutées parmi les représentants des usagers dans les conseils d'administration des hôpitaux : bien qu'elles appartiennent à des associations de patients, ce n'est pas au titre de cette activité militante qu'elles sont choisies mais plutôt parce que au travers de leur activité dans les conseils d'administration d'hôpitaux, elles ont clairement manifesté leur capacité à dialoguer avec les autres acteurs de la santé. Enfin deux autres personnes sont recrutées en tant que représentantes de femmes concernées : en fait, le contact s'établit au travers de la Leche League (association de soutien à l'allaitement), mais, de même que dans le cas précédent, cette attache est minimisée ; seul compte le fait que femmes,

**Madeleine Akrich**

Ingénieur, sociologue, directrice du Centre de sociologie de l'innovation



mères, côtoyant d'autres femmes et mères, elles sont capables de représenter ce point de vue de mère sur la naissance.

### Des ressources et du temps pour constituer le groupe

Le groupe de départ dont huit membres participeront régulièrement au groupe est, comme on le voit très hétérogène : il n'y a donc pas, au démarrage, d'identité constituée du groupe, et encore moins de projet évident qui fédérerait l'ensemble de ces membres. Par ailleurs, les promoteurs du projet — du côté du CHU comme de celui de la Mutualité — s'engagent à respecter l'indépendance du groupe et, du coup, ne lui assignent aucun objectif précis, aucune mission claire, si ce n'est d'exprimer un point de vue sur l'organisation de la périnatalité en Bourgogne.

À partir de la première réunion en décembre 2000 et jusqu'en juillet 2001, à la cinquième séance, le groupe se cherche ; les discussions sont un peu laborieuses et les participants prennent peu à peu la mesure de leurs différences, différences d'expérience et de compétences, différences de points de vue. Quatre conceptions de leur rôle de représentants des usagers s'expriment et s'opposent parfois. Tout d'abord, le *représentant citoyen*, tel qu'il avait été défini par les États généraux, dessine une figure de l'usager qui a des droits — droit aux soins, droit à l'information — et qui peut demander des comptes sur la qualité et l'équité de ce qui est proposé, mais qui reste dans une position d'asymétrie forte vis-à-vis des professionnels : au médecin, l'expertise et le droit de décider ; à l'usager, le droit d'être informé et traité correctement. En second lieu, les membres de l'observatoire qui sont représentants dans les conseils d'administration d'hôpitaux ou administrateurs mutualistes mettent en avant l'idée d'un *représentant médiateur* : les organisations de la société civile désignent certains de leurs membres pour être leurs porte-parole dans des instances officielles ; ces porte-parole tirent leur légitimité de leur appartenance à ces organisations, mais aussi du travail considérable qu'ils accomplissent pour être en mesure de dialoguer avec les différents acteurs du système de santé, et qui consiste à traduire les aspirations des usagers en des termes qui réfèrent directement aux pratiques des professionnels et à l'organisation des soins. Dans cette perspective, la ligne d'action la plus évidente pour l'observatoire consiste à s'approprier les principales données et notions utilisées par les professionnels — soignants et adminis-

tratifs —, à en faire une analyse critique, et à entrer dans un processus de négociation/collaboration avec les instances de décision. Les personnes, arrivées à l'observatoire en tant que femmes et mères, défendent plutôt un *représentant porte-parole de la majorité silencieuse*, des femmes et des couples engagés dans une expérience qui est d'abord familiale avant que d'être médicale : elles considèrent que l'urgence est de redonner cette dimension personnelle et familiale à la naissance, en limitant l'emprise médicale qui s'est considérablement accentuée dans les dernières années : de leur point de vue, un système monolithique, sans possibilités réelles de choix, s'est imposé aux futurs parents au nom d'arguments sécuritaires discutables. Pour elles, l'urgence est dans l'analyse scrupuleuse de la littérature scientifique qui permette de négocier pied à pied les contraintes imposées par l'organisation médicale. Enfin, certains participants considèrent qu'en tant que représentants, ils doivent être des *relais pour l'information et l'action sociale* : ils souhaitent développer des supports d'information plus proches des préoccupations des usagers et agir auprès de certains professionnels afin qu'ils diffusent de l'information et améliorent la prise en charge pour certaines catégories d'usagers plus vulnérables.

Chacune de ces conceptions engage donc des priorités et des formes d'actions différentes, des relations contrastées aux professionnels, allant de la complémentarité à l'affrontement, et des investissements variés en matière de droit, de science des organisations, de littérature médicale, etc. Sur certaines questions, cela peut mener à des positions contraires : ainsi, celles qui souhaitent un allègement de la médicalisation ont eu du mal à faire entendre leur point de vue à d'autres, qui en sont venues à s'investir dans le domaine de la santé en raison de ce qu'elles considèrent comme des carences fortes dans l'organisation des soins, conduisant à une insuffisante médicalisation.

Comment, à partir d'une telle diversité de positionnements, l'observatoire a-t-il pu se constituer comme une unité et s'engager dans l'action ? Deux éléments ont joué un rôle décisif : l'inscription dans la durée, et l'accompagnement assuré par un animateur professionnel. Les promoteurs du projet avaient perçu lors des États généraux l'importance de l'animateur pour faire « prendre » le groupe, créer une dynamique collective, faciliter l'activité réflexive ; pour cette raison, ils ont cherché un financement, obtenu auprès

de la Mutualité, qui permette de s'assurer le concours de l'animateur pour le démarrage de l'observatoire. Celui-ci va à la fois favoriser l'expression de chacun et faciliter la construction progressive d'une identité partagée, notamment au travers de discussions assez longues autour du nom que doit, à son sens, se donner le groupe pour ne pas rester prisonnier du projet formé par les acteurs extérieurs : par le choix du nom « Bébés en vue », choix fait sans enthousiasme excessif, le groupe a pris ses distances par rapport à la définition des professionnels (qui demeure dans le sous-titre explicatif « observatoire bourguignon des usagers en périnatalité ») et s'est clairement inscrit dans une perspective « usager ». Restait à valider cette option par l'élaboration du projet commun, l'écriture d'un *Livre blanc* qui permette de donner une véritable consistance au groupe. Cette construction a pris du temps, presque un an pour la détermination du nom et du projet, deux ans au total jusqu'à la publication du *Livre blanc*. Tout au long de ces deux ans, ni le CHU, ni la Mutualité n'ont exercé de forte pression ; ils ont continué à assurer le fonctionnement de l'observatoire en lui laissant la maîtrise de son temps et de l'agenda de ses travaux : cela a été fondamental.

### Le Livre blanc, construction d'un point de vue d'usagers

Ce document, publié en 2003<sup>1</sup>, a fait l'objet de très longues discussions et d'un travail intense du groupe sur lequel nous ne pouvons revenir ici. Nous voudrions en souligner quelques traits marquants. Tout d'abord, l'ouvrage réussit à maintenir, tout au long de ses chapitres une perspective propre aux usagers qui reste à distance des problématiques professionnelles sans hésiter cependant à rentrer dans les contenus médicaux et organisationnels du suivi de grossesse et de l'accouchement. Le cas de la « sécurité » constitue un bon exemple de cette reconfiguration des problèmes opérée par le groupe : on sait combien le thème de la sécurité joue un rôle majeur dans la rhétorique professionnelle permettant de justifier un certain nombre de pratiques et d'étayer certaines revendications, et dans la rhétorique « gestionnaire » — la politique de fermeture et de regroupement des établissements a usé largement de cet argument. Le travail fait par le groupe a permis de recomplexifier

1. Disponible en pdf sur <http://wiki.naissance.asso.fr/index.php?pagenome=Articles>, Documents de référence en français, puis rubrique « Pour une naissance plus humaine ».



cette notion uniquement pensée en termes de compétences professionnelles spécialisées et de plateaux techniques : si le *Livre blanc* ne méconnaît pas la nécessité de disposer de technologies et de compétences dans le cas de grossesses et d'accouchement pathologiques, il avance l'idée que l'utilisation systématique de telles technologies dans les cas physiologiques peut aller contre la sécurité, à la fois d'un point de vue médical et du point de vue de la sécurité telle que perçue par les femmes, ces deux aspects étant d'ailleurs en partie liés. Se sentir en sécurité pour une femme, ce peut être se sentir entourée, soutenue et savoir que l'on s'efforcera en toutes circonstances de la respecter, de respecter ses désirs, sa liberté de mouvement, etc.

En second lieu, le *Livre blanc* opère une reconfiguration de l'usager, en particulier par rapport à la manière dont il avait été défini au travers des questions posées par le jury citoyen lors des États généraux : on se trouve ici devant un usager qui n'a plus seulement le droit d'être informé de ce qui a été décidé pour lui, mais qui doit être rendu compétent et actif par la manière dont il est traité par les professionnels. Il ne s'agit ni de considérer que les parents sont *a priori* incompétents, ni qu'ils sont *a priori* compétents, mais plutôt de reconnaître que la situation d'asymétrie habituelle entre professionnels et « patients » ne permet pas de rendre actives certaines compétences potentielles des parents, voire les inhibe totalement. Le *Livre blanc* part de l'idée que certains environnements rendent les individus compétents, d'autres au contraire les rendent incompétents, et qu'il y a un vrai travail de redéfinition des pratiques et des comportements à mener avec les professionnels.

À eux seuls, ces deux éléments font du *Livre blanc* un document novateur, qui échappe à deux écueils principaux : rester prisonnier de la manière dont les professionnels, les administrations et/ou les politiques définissent le domaine, ses problèmes, ses enjeux, etc. ; développer à l'inverse une perspective radicale — à l'instar des premières associations qui militaient pour l'accouchement à domicile — qui se coupe des réalités actuelles et ne peut être partagée que par une minorité d'usagers. La diversité des personnes réunies dans le groupe, d'obstacle, s'est transformée en avantage décisif : c'est au travers de discussions parfois vives qu'une telle recomposition des points de vue a pu être effectuée : il a fallu inventer une manière d'articuler un ensemble de points qui soit à la fois assez générale

pour pouvoir être considérée comme audible par une majorité de lecteurs (professionnels comme usagers), et assez précise pour être crédible et échapper au modèle de la déclaration d'intentions vertueuses sans aucun contenu concret. C'est par ce travail que le groupe a pu faire émerger une identité collective.

### **Bébé en vue aujourd'hui, un acteur incontournable dans la périnatalité en Bourgogne**

Après la publication du *Livre blanc* qui a donné lieu à une certaine reprise médiatique, et la fin programmée du soutien de la Mutualité, Bébé en vue a connu une petite période de flottement : comment rebondir ? Qu'entreprendre ? Comment agir maintenant qu'un document avait fixé le cadre ?

Le travail du groupe s'est en gros redéployé dans deux directions : d'une part, il s'est agi — au-delà de la participation à diverses instances consultatives — de répondre aux sollicitations des professionnels, afin d'exprimer le point de vue des usagers sur certains de leurs projets, comme un réseau de suivi pour les enfants vulnérables ou la conception du site web grand public du réseau périnatal bourguignon ; d'autre part, et c'est sans doute le plus original, Bébé en vue a pu se définir un programme de travail en propre. Le premier thème choisi porte sur les pratiques autour de la naissance dans les maternités bourguignonnes : il s'agissait de regarder de manière fine quel « accueil » était réservé au nouveau-né dans les tout premiers moments de son existence, sujet supposé moins polémique que la conduite médicale de l'accouchement par exemple, mais sur lequel le droit de regard des parents apparaît d'emblée légitime. Bébé en vue a rédigé un projet d'enquête qui a pu être financée par l'ARH et l'Urcam et réalisée par l'ORS (Observatoire régionale de santé), sous son pilotage exclusif.

Le rapport<sup>2</sup> a donné lieu à une série de présentations faites d'abord en direction des professionnels du réseau bourguignon, puis visant un public beaucoup plus large, au travers notamment de plusieurs réunions publiques dans les quatre départements bourguignons. La dernière de ces réunions, qui

2. Voir le rapport *Pratiques autour de la naissance en Côte-d'Or. Points de vue de professionnels et de mères*, étude réalisée par l'Observatoire régional de la santé à la demande de l'Observation régionale des usagers en périnatalité, 2006. Disponible sur [http://www.quellenaissance demain.info/archives/enregistrements/atelier\\_10.html](http://www.quellenaissance demain.info/archives/enregistrements/atelier_10.html), dans la rubrique Ressources.

s'est tenue dans l'agglomération dijonnaise a permis d'associer des professionnels reconnus du domaine. Il a aussi été présenté dans le cadre des États généraux de la naissance 2006 organisés par le Ciane (Collectif interassociatif autour de la naissance) et dont Bébé en vue est un des membres : les liens avec le Ciane, et auparavant avec le CISS, ont aussi permis que Bébé en vue ne soit pas isolé, puisse à la fois disposer d'une expertise extérieure et d'un support de diffusion de ses travaux.

Cette enquête débouche d'ores et déjà sur des résultats : le CHU de Dijon a manifestement tenu compte de ce travail pour l'élaboration de ses projets en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ; Bébé en vue propose de monter des projets pilotes visant à améliorer l'accueil du nouveau-né en partenariat avec des maternités volontaires. Bref, une dynamique est enclenchée, qui se trouve placée à la conjonction de deux mouvements : d'un côté, le travail accompli a permis que Bébé en vue soit reconnu comme un acteur crédible, sérieux et constructif du paysage périnatal bourguignon ; de l'autre, l'évolution du contexte général d'exercice de la médecine — qu'il s'agisse des lois Kouchner de 2002 ou de la mise en place de nouvelles formes d'évaluation — rend incontournable la participation des usagers à tous les niveaux. On constate que les différents acteurs de la santé ont besoin d'avoir en face d'eux des interlocuteurs dotés de ressources qui permettent de garantir leur indépendance et de réaliser un vrai travail d'analyse partant de leur point de vue d'usagers.

Cependant, le fonctionnement de tels groupes est fragile : il repose sur l'investissement d'un nombre limité de personnes qui sont toujours davantage sollicitées. Notons que, de manière assez remarquable, il ne reste dans le groupe actuel qu'une petite partie des personnes qui ont participé à la rédaction du *Livre blanc*, preuve que le groupe a su se renouveler. Par ailleurs, la capacité du groupe à fonctionner de manière efficace est liée à l'obtention de financements qui ne sont en rien garantis. Ces financements permettent de réaliser des enquêtes, de la collecte de données qui participent ensuite à la constitution de l'expertise du groupe et de sa capacité d'argumentation ; ils engagent aussi le groupe vis-à-vis des objectifs qu'il s'est lui-même défini.

En conclusion, il nous semble que cette expérience devrait inspirer d'autres projets du même type car elle a largement montré la fécondité d'une telle démarche pour l'amé-



## Naitre en France

---

lioration de l'organisation des soins dans les réseaux de santé. Il faut garder à l'esprit néanmoins un certain nombre de conditions dont on ne peut peut-être pas faire l'économie : réunir des personnes provenant d'horizons différents avec des compétences, des expé-

riences et des intérêts variés, en renonçant à la fiction d'un usager citoyen dégagé de tout attachement et malgré tout investi durablement et fortement sur ces questions ; leur laisser le temps et leur fournir les moyens de se construire en tant que groupe et d'élaborer un

point de vue spécifique ; les inciter à élaborer des projets propres et leur permettre de faire réaliser des études ; favoriser les échanges avec des professionnels manifestant un minimum de bienveillance à l'égard du groupe. ↵

# La plate-forme périnatalité, un outil de dialogue usagers-professionnels

**Comment  
la participation  
des usagers s'organise-  
t-elle dans le domaine  
de la périnatalité ?  
Quelles sont les difficultés  
rencontrées ?  
Présentation  
des propositions  
élaborées par ce collectif.**

**E**n 2003, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a organisé les premiers États généraux de la naissance. Les usagers ont été conviés à cet événement. Bien que limitée, leur participation a été marquante, car elle a révélé, aux professionnels, des usagers informés, capables d'entrer dans un débat raisonné et défendant un point de vue spécifique avec des arguments étayés. C'est à cette occasion que le Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane) a été formé. Ce collectif s'est développé de manière spectaculaire grâce à l'expérience de personnes ayant contribué à d'autres collectifs, comme le CISS. Par ailleurs, il s'est nourri du travail accompli précédemment par une myriade d'associations œuvrant dans le domaine de la périnatalité; enfin, il a bénéficié aussi de l'expertise accumulée au sein de collectifs électroniques, constitués autour de listes de discussion.

Aujourd'hui, le Ciane contribue activement à la transformation de la périnatalité : ses représentants sont présents dans les comités ministériels, dans les commissions de la Haute Autorité de santé (HAS), dans les réseaux de périnatalité, les commissions régionales de la naissance, etc.

Le travail des usagers dans ces instances, au départ professionnelles, n'est pas toujours simple. Il faut en saisir les mécanismes de fonctionnement, comprendre la rationalité des professionnels, et les buts et objectifs poursuivis. Il faut aussi trouver et affirmer son rôle de représentant des usagers, considérés de prime abord comme des profanes dans le sanctuaire professionnel. Cela nécessite une bonne

capacité d'adaptation (et de diplomatie!) et un investissement en temps non négligeable sur des dossiers parfois très techniques.

Bien que les progrès dans la prise en compte des usagers soient réels, un sentiment de frustration demeure : sur certains dossiers, l'écart entre les positions des usagers et celles des professionnels est tel qu'aucun compromis satisfaisant ne semble possible à court terme. Seules des décisions politiques paraissent susceptibles de lever les blocages existants, ce qui suppose un travail d'élaboration de propositions argumentées qui puissent faire avancer ces dossiers.

L'organisation, par le Ciane, des États généraux de la naissance en septembre 2006 a été l'occasion de construire ces propositions. Les EGN ont rassemblé plus de 400 personnes, dont la moitié de professionnels de la périnatalité. Afin de traduire en actes les impératifs de la démocratie sanitaire, des dispositifs interactifs permettant à tous de réagir et d'influer sur l'organisation ont été mis en place sur un site Internet : la liste des problèmes à discuter et la manière dont ils allaient être discutés n'ont pas été fixées et figées une fois pour toutes; ont été intégrées les propositions d'une large communauté de personnes concernées. Les ateliers comprenaient une première partie d'interventions courtes, synthétisant les documents mis à disposition, et une seconde partie de discussion générale devant déboucher sur des propositions concrètes.

Le dispositif interactif s'est transformé en archive ouverte<sup>1</sup> mettant à disposition du public les enregistrements et transcriptions

**Collectif interassociatif autour de la  
naissance (Ciane)**

1. <http://quellenaissancedemain.info>



### Plate-forme Périnatalité 2007 : propositions

**1** La diversification de l'offre de soins par la création de *filiales physiologiques* comme elles existent chez nos voisins :

- par la création d'une filière sous la gouvernance des sages-femmes, sur le principe : « une femme/une sage-femme », incluant les maisons de naissance et l'accouchement à domicile;
- par l'augmentation du *numerus clausus* des sages-femmes, une meilleure rétribution et l'amélioration de leurs conditions de travail;
- par une véritable reconnaissance de la filière sage-femme dans le cursus universitaire, avec un accès aux métiers de la recherche et une formation en sciences humaines;
- par la mise en place de programmes de préparation à la naissance et d'accompagnement à l'allaitement maternel adaptés aux demandes d'accompagnement physiologique;
- par une approche de la naissance plus respectueuse de son caractère naturel et physiologique;
- par une meilleure prise en compte (tant sociétale que médicale) de la dimension psychique de cet événement.

**2** L'institution de pratiques davantage respectueuses des parents, des nouveau-nés, et plus généralement de la famille :

- par la mise en place effective d'un référentiel national fondé sur les données probantes de la médecine factuelle, des recommandations de pratique clinique et des recommandations internationales;

- par l'inclusion de clauses reconnaissant les compétences, les droits des parents;
- par une systématisation de l'approche responsabilisante et concertée des projets de naissance;
- par la prise en compte, dans la politique de financement, de dimensions telles que l'accompagnement à la parentalité et le suivi *post-partum* du couple mère-enfant par des professionnels de santé, ce qui implique une mise à plat du système de tarification existant.

**3** L'accès à une information transparente sur les établissements, pratiques et réseaux de soins :

- par la création des indicateurs d'activité et de résultats par services et établissements correspondant aux attentes des usagers;
- par la mise en place d'un label de qualité, basé sur ces indicateurs, privilégiant l'offre de soins<sup>1</sup>;
- par la structuration du système d'information de santé au travers d'un portail national et prenant en compte les spécificités de la périnatalité<sup>2</sup>.

1. Voir notamment le projet de label « Naissance Respectée » proposé par le Ciane comme variante du label international Mother-Baby Friendly, <http://www.ciane.info/categorie-482994.html>

2. Voir le rapport du groupe de travail « Systèmes d'information de santé », <http://www.ciane.info/article-5114264.html>

des 20 ateliers thématiques. Les débats se sont poursuivis sur une liste de discussion à archive publique, tandis qu'une équipe du Ciane, en relation avec des associations et des représentants d'organismes professionnels, rédigeait une plate-forme de propositions.

#### La plate-forme périnatalité 2007

Cette plate-forme périnatalité 2007 du Ciane, soumise début 2007 aux principaux candidats à l'élection présidentielle, bénéficie du soutien de plusieurs organismes professionnels :

- Collège national des sages-femmes (CNSF)
- Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)
- Collectif associatif et syndical des sages-femmes (CASSF)
- Fédération nationale des associations d'information et formation continue des praticiennes de l'obstétrique (ASINCOPROB).

Cette plate-forme s'articule autour de trois grands thèmes : la diversification de l'offre, l'institution de pratiques respectueuses, et la question de l'information.

#### Diversifier l'offre

Depuis vingt ou trente ans, on assiste au

développement fulgurant d'une médicalisation qui s'étend à tout le processus de la maternité : multiplication des examens en routine durant la grossesse, travail « dirigé » à l'aide d'hormones de synthèse, *monitoring* du rythme cardiaque fœtal en continu durant l'accouchement, gestes invasifs pratiqués dès la naissance, augmentation continue du pourcentage de césariennes qui avoisine les 20 %, persistance de l'épisiotomie (plus de 70 % pour un premier bébé en 1998).

Ces pratiques médicales — dont l'efficacité n'est pas toujours établie par la littérature internationale, bien au contraire — peuvent induire des effets iatrogènes graves, trop souvent ignorés. Elles ont aussi des effets sur les femmes, les enfants<sup>2</sup> et les familles : trop de femmes sortent physiquement et psychologiquement meurtries de leur accouchement — l'épisiotomie est le prototype du geste encore largement utilisé alors que les experts internationaux ont reconnu son inefficacité et la nocivité de son utilisation

2. Mis en évidence par des études épidémiologiques référencées dans la « Banque de données en santé primale », voir <http://www.birthworks.org/primalhealth/>

systématique<sup>3</sup>, et qui a des conséquences importantes, parfois dramatiques, sur le bien-être de la mère pendant des semaines après la naissance<sup>4</sup>. Certains ateliers des EGN, sur le déclenchement<sup>5</sup>, sur la prise en charge de la périnatalité, ont permis d'aller plus loin dans la description et l'analyse de ces pratiques et de leurs conséquences.

Cette évolution est renforcée du fait qu'existe un couplage entre organisation sanitaire et pratique : la concentration des naissances dans un nombre restreint d'établissements (815 maternités en 1997, 653 en 2002, et 611 en 2004) entraîne une organisation de plus en plus rigide et « industrielle » des soins. Aujourd'hui, ce mouvement se poursuit pour des raisons ouvertement économiques. Partie prenante des dispositifs censés permettre la maîtrise des dépenses de santé, la tarification

3. Recommandations pour la pratique clinique (CNGOF) « Épisiotomie », suivre le lien sur <http://wiki.naissance.asso.fr/index.php?pagename=RPCepisiotomie>

4. Voir le site <http://episiotomie.info>

5. On peut consulter les enregistrements et transcriptions de tous les ateliers cités dans la suite : <http://www.quellenaissancedemain.info/archives/enregistrements/>

à l'acte — à laquelle était consacré un atelier — est, de l'avis même des professionnels, un système pervers : pour assurer leur rentabilité et échapper à la fermeture, les maternités de niveau I, qui reçoivent les naissances sans complication, ont intérêt à « faire des gestes », donc à médicaliser des accouchements parfaitement normaux, ce qui les amène à prendre le risque d'une iatrogénicité accrue, sans même parler de la déontologie médicale ni des effets sur les familles.

Dernier constat : le choix pour les parents qui, dans les autres pays européens, s'est ouvert vers les maisons de naissance ou l'accouchement à domicile, est cadenassé par les modes de rémunération des professionnels et des établissements... alors même que cette diversité de pratiques pourrait être un élément contribuant à la réduction des dépenses de santé. Le Ciane trouve inacceptable que le dossier Maisons de naissance, ouvert il y a dix ans, soit toujours à l'état d'éventuel futur projet, alors même que les exemples étrangers abondent pour en valider l'intérêt médical et économique, et souligner la satisfaction des parents.

Devant l'accumulation de ces blocages, les EGN ont permis de dégager une stratégie claire pour le changement, le développement de nouvelles filières de soins assises sur une conception physiologique de la naissance<sup>6</sup>, et la prise en compte de la dimension globale de l'événement naissance. Leur organisation doit reposer sur le couplage « une femme/une sage-femme », ce qui suppose de rendre aux sages-femmes la plénitude de leur exercice et de leur confier la responsabilité intégrale de ces filières, d'augmenter rapidement le nombre de sages-femmes, et de valoriser intellectuellement et financièrement leur profession.

### Des pratiques plus respectueuses

Les ateliers des EGN ont montré que, du fait de l'organisation des soins, les parents et les nouveau-nés sont constamment soumis à des gestes, des paroles en contradiction avec le respect auquel ils ont légitimement droit<sup>7</sup>. Or ce manque de respect est destructeur, car il soumet les uns et les autres à un stress, voire des souffrances, et il nuit à la relation entre parents et enfants<sup>8</sup>. La place accrue

de la médecine dans la naissance a d'autres effets pervers : les parents se sentent peu sûrs d'eux, voire incompetents ; ils sont conduits à s'en remettre aux professionnels et perdent confiance dans leur capacité de s'occuper de leur enfant.

Par ailleurs, cette situation d'hyperprésence professionnelle contraste avec l'abandon qui caractérise le retour de la mère à domicile, et le peu d'attention qui est portée à la dépression *post-partum* (pour plus de 10 % des femmes) et plus généralement à la difficulté maternelle ou aux traumatismes plus ou moins graves qui résultent des pratiques autour de l'accouchement<sup>9</sup>.

Enfin, le positionnement des professionnels du côté de l'omniscience, laquelle justifie des atteintes au respect des parents et des enfants, a aussi pour effet que les parents ne sont plus prêts à tolérer les échecs, et ce d'autant moins que leurs demandes d'explication sont souvent accueillies par le silence, voire le mépris. En conséquence, la judiciarisation des relations soignants/soignés se développe, avec des effets délétères tant sur le plan humain que sur le plan économique.

L'institution de pratiques plus respectueuses des parents, des nouveau-nés et des familles est donc une priorité pour le Ciane. Cela suppose d'œuvrer sur plusieurs plans : donner des repères (référentiel, label) qui guident les pratiques, développer des outils comme le projet de naissance qui renforcent le dialogue entre parents et soignants et favorisent la responsabilisation des parents, repenser le système de tarification existant pour permettre que l'accompagnement à la périnatalité puisse se faire dans de meilleures conditions.

### Développer un système d'information plus transparent

La responsabilisation des parents passe aussi par la possibilité effective de faire un choix entre des établissements dont les pratiques sont clairement identifiées. Or l'opacité est plutôt la règle en la matière, ce qui laisse la porte ouverte à des approches journalistiques qui ont leurs mérites mais aussi leurs limites. Comme l'atelier sur la « Satisfaction des usagers » l'a montré, la réflexion sur les critères et les indicateurs qui permettent de rendre compte du point de vue des usagers reste encore largement à mener. Très souvent, ce point de vue est en fait construit par les

naissant, la première rencontre», « Maternité, devenir parent et troubles psychiques ».


9. Voir l'atelier sur les prises en charge de la périnatalité.

professionnels ou les gestionnaires de la santé qui se considèrent en position de le définir à la place des usagers.

Par ailleurs, d'autres ateliers sur le déclenchement, sur l'accouchement après césarienne, ou la présentation par le siège ont montré que les pratiques ne sont pas toujours en accord avec les données de la science : agir de concert avec les professionnels pour leur amélioration suppose d'avoir accès à des descripteurs de ces pratiques et d'un certain nombre d'éléments qui permettent d'en comprendre les raisons et de mettre au point des stratégies de changement.

D'où l'importance, pour les usagers, d'un système d'information à l'élaboration duquel ils puissent participer. Système d'information qui permettra aussi de développer de façon fiable une labellisation des établissements qui rende compte d'une cohérence de la prise en charge dans les directions souhaitées par les usagers.

### Conclusion

Le Ciane a la conviction qu'on ne pourra sortir de ces impasses qu'à la condition que le dialogue entre professionnels, décideurs et usagers se développe et permette d'élaborer des solutions acceptées par tous. La plateforme qui vient d'être présentée doit être considérée comme un outil autour duquel ce dialogue doit se nouer : elle représente le complément indispensable aux interventions que les usagers sont amenés à faire dans les instances de concertation auxquelles ils participent, interventions qui ont souvent un aspect focalisé et localisé. Cette plate-forme a l'ambition d'être, pour les années à venir, un document cohérent et synthétique qui fixe les principaux caps à atteindre, véritable « feuille de route » de la politique périnatale. 

6. Voir les ateliers « Maisons de naissance » et « Stratégies efficaces pour le changement en périnatalité ».

7. Voir l'atelier sur les prises en charge de la périnatalité.

8. Voir les ateliers « Influences à long terme des conditions de la naissance et de la vie in utero », « Le regard du