

SOPHIE GAMELIN-LAVOIS
PRÉFACE DU DR BERNARD MARIA

La naissance autrement

Réaliser son projet de naissance



jou**ence**
EDITIONS

Dans la même collection :

Les 21 clés d'une vie épanouissante, Cécile Kapfer, 2014

La (bonne) santé des enfants non vaccinés,

Dr Françoise Berthoud, 2013

La sécurité affective de l'enfant, Marie-Dominique Amy, 2012

Comment bien se disputer en couple,

Carolle & Serge Vidal-Graf, 2012

Arrêter de tout contrôler, Odile Chabrillac, 2012

Les ados, l'amour et le sexe, Alain Héril, 2011

Les liens mère-enfant, Juliette Allais, 2010

Petit guide de l'allaitement pour la mère qui travaille,

Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau, 2009

Les grands-parents dans tous leurs états émotionnels,

Vittoria Cesari Lusso, 2008

Catalogue gratuit sur simple demande

Éditions Jouvence

France : BP 90107 – 74160 Saint-Julien-en-Genevois Cedex

Suisse : CP 89 – 1226 Thônex (Genève)

Site internet : **www.editions-jouvence.com**

Mail : info@editions-jouvence.com

© Éditions Jouvence, 2014

ISBN 978-2-88911-482-5

Illustrations : © Jean Augagneur

Maquette d'intérieur et de couverture : Stéphanie Roze

Mise en page intérieur : Caroline Delavault

Tous droits de reproduction, traduction et adaptation réservés pour tous pays.

Sommaire

+++ Préface du Dr Bernard Maria	7
+++ Avant-propos par Vanina Caïtucoli	10
+++ Introduction : L'accouchement formaté n'est pas une fatalité	11
1. Le projet de naissance en France et dans le monde	17
2. Différences entre contrat de soins et projet de naissance	29
3. Les protocoles médicaux mis à l'index	37
4. Pourquoi faire autrement ?	41
5. Tendre vers une médicalisation raisonnée de l'accouchement	47
• Le déclenchement	48
• Mettre les vêtements de l'hôpital	52
• Rester immobile durant le travail	53
• Lumière trop importante	56
• Monitoring continu	57
• Perfusion d'hormones de synthèse (Syntocinon®)	61
• Péridurale systématique	66

• Travail ralenti ou accéléré selon les obligations du service	70
• Touchers vaginaux à répétition, touchers rectaux	72
• Épisiotomie systématique	74
• Lavement rectal	79
• Rasage de la vulve	81
• Sonde urinaire	82
• Rupture artificielle de la poche des eaux	83
• Position lithotomique (couchée sur le dos) imposée	84
• Respiration et poussées dirigées	88
• Interdiction de s'alimenter ou de boire	90
• Étirement manuel du vagin juste avant la sortie du bébé	92
• Délivrance dirigée	92
• Refus de la présence du conjoint ou d'un tiers	96

6. Tendre vers un accueil respectueux de l'enfant **99**

• Clamage du cordon ombilical avant qu'il n'ait cessé de battre	100
• Séparation du bébé d'avec sa mère quelques minutes après la naissance	105
• Intubation et aspiration (nasale et gastrique)	108
• Pesée et mesure dans les premières minutes de vie	110
• Nettoyage du bébé et habillage dans les premières heures de vie	111
• Couveuse imposée dans les deux premières heures de vie ; pas de contact peau à peau	112

• Lumière trop importante	114
• Biberon d'eau glucosée ou de lait artificiel (même si la mère veut allaiter)	115
• Séjour en nursery (même si la mère veut garder son bébé la nuit)	117
• Surveillance de 48 heures à l'hôpital (même si les parents souhaitent sortir plus tôt)	121
7. Les choses à privilégier ou à éviter	125
8. Pourquoi faire un projet de naissance même pour un accouchement prévu à domicile ?	133
9. Est-ce que les projets de naissance sont respectés ?	137
• L'équipe médicale	138
• Le contenu du projet	139
• L'aspect du projet	140
• Les circonstances de l'accouchement	141
• L'ouverture sur les possibles	142
• Finalement...	142
+++ Conclusion : Savoir ce que l'on veut	143
+++ Lettre aux mères	146
+++ Pour aller plus loin	148
+++ Notes	149

Chapitre 1

Le projet de naissance en France et dans le monde



« Les femmes devraient avoir la possibilité de discuter de leurs intentions en ce qui concerne l'accouchement et la naissance. Leurs décisions devraient être inscrites sur le plan de naissance et incorporées au dossier médical. »

Changing Childbirth, Department of Health, 1993



En 1988, dans la « Charte des droits de la parturiente », parue dans le *Journal officiel des Communautés européennes*⁵, on pouvait lire : « [...] il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement, et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée. » Je tiens à préciser ici que ce document n'est d'aucun recours pour fonder quelque demande que ce soit dans un projet de naissance. D'autres documents ou textes de loi sont disponibles et de surcroît plus récents. Même si cette charte n'est qu'une résolution européenne (un projet), c'est une preuve supplémentaire montrant que les travaux de soutien envers la naissance respectée vont dans le même sens. C'est en cela que je tiens à citer cette référence.

En 1991, au Royaume-Uni, s'est ouverte la commission de recherche sur les services de maternité. Cette commission parlementaire permanente se réunit tous les dix ans.

Cette année-là, les usagers et les associations professionnelles ont été invités à donner leur avis sur la façon dont les services de maternité répondaient aux besoins des usagers. L'ensemble des personnes consultées (plus de 400 rapports) ont contribué à établir un tableau assez homogène des besoins non satisfaits des parents. Ce rapport fut suivi en 1992 de l'avis du comité d'experts *Changing Childbirth*. Dès 1993, la pratique des « plans de naissance » (*Birth plan*) devenait courante⁶. Objectif : « Les femmes devraient avoir la possibilité de discuter de leurs intentions en ce qui concerne l'accouchement et la naissance. Leurs décisions devraient être inscrites sur le plan de naissance et incorporées au dossier médical. Tout doit être fait, dans la mesure du possible, pour respecter les souhaits de la femme et de son compagnon, et pour les informer des services auxquels ils ont droit⁷. »

Les futurs parents étaient systématiquement encouragés à consigner leurs vœux par écrit. Mais une dérive est apparue lorsque certaines structures médicales se

**Respecter
les souhaits
de la femme.**

sont mises à soumettre un formulaire type avec des cases à cocher. Le document, n'étant plus rédigé par les parents mais par le corps médical, a largement dérivé vers une demande d'accord préalable sans consentement éclairé, alors qu'il devrait être le résultat d'un processus de négociation (comme on le verra plus loin).

Au Royaume-Uni, l'étude « Est-ce que les plans de naissance affectent négativement l'issue du travail⁸ ? » a montré que, statistiquement, les femmes qui ont signifié des refus d'actes dans leurs plans de naissance subissent plus d'actes médicaux. Les auteurs ont expliqué que les équipes médicales étaient beaucoup moins disposées à les écouter et plutôt enclines à leur prouver que leurs choix conduisaient à un échec. J'espère que nous ne tomberons pas dans cet écueil avec les projets de naissance en France, et qu'à l'instar de certaines structures qui essaient de promouvoir un « accouchement à la carte », les patients pourront recevoir des fiches d'information, avec des pistes de réflexion et des encouragements sur leurs compétences d'« acteurs » de la naissance.



En 1995, *la Charte du patient hospitalisé*, annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai, précise que le patient est avant tout une personne avec des droits et des devoirs. Cette charte est aujourd'hui affichée dans tous les hôpitaux. Révisée en mars 2006, elle est devenue *la Charte de la personne hospitalisée*. Même si elle « ne fait pas loi », elle s'appuie sur les modifications apportées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les textes de fond sont issus du Code de la santé publique (CSP).

Droits du patient.

Charte de la personne hospitalisée

« Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé » (article L1112-2 CSS). La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) précise également que : « La charte, dans sa version intégrale, est disponible sur le

site Internet du ministère (à partir duquel elle est téléchargeable) en sept langues et en braille. Elle peut également être obtenue gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil dans tous les établissements de santé. Son résumé figure, en français, dans le livret d'accueil remis à toute personne hospitalisée et est affiché dans les lieux de passage : halls d'accueil, salles d'attente, couloirs des services, etc. »

**Libre
de choisir
l'établissement
de santé.**

1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

2. Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

3. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

5. Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

6. Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout



moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

8. La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

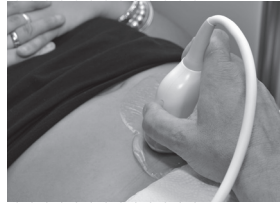
10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer

**Respect de
la vie privée
garanti.**

ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Par ailleurs, le rapport de l'OMS intitulé *Les soins liés à l'accouchement normal*, réalisé en 1997 par un groupe de travail technique, précise qu'il convient d'encourager la pratique d'un « plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera ». Il doit être « établi avec la femme pendant la grossesse [...] ». (Classification OMS, *Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager*, cat. A, 6.1, 1.)



Plus récemment, en France, la Mission périnatalité effectuée à la demande de Jean-François Mattéi et communiquée en septembre 2003 prévoit, au chapitre II, de « permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance ». En accord avec les textes de loi en vigueur, les professeurs G. Bréart, F. Puech et J.-C. Rozé ont précisé que : « Le caractère à haut risque

**Établir
un véritable
projet
de suivi.**

ou à bas risque obstétrical peut se repérer au début puis en cours de grossesse, permettant aux patientes à bas risque de choisir un mode de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement sans l'intervention de techniques de surveillance alors non nécessaires. Ce mode de prise en charge devrait concerner la grande majorité de la population. C'est ainsi qu'une information éclairée sur l'offre de soins périnataux sera donnée à la patiente, lui permettant, en toute connaissance de cause, de définir le type de prise en charge qu'elle souhaite, de choisir entre secteur public ou libéral, de se confier au personnel médical qu'elle choisit par affinité. De cette façon, elle pourra *établir un véritable projet de suivi de grossesse et d'accouchement*. Lors de l'élaboration du projet, sera discutée l'organisation de la préparation à la naissance. En définitive, les femmes doivent être informées sur l'offre de soins pour donner leur consentement et leurs choix qui doivent alors être respectés. »

Cette proposition a été retenue dans le Plan périnatalité 2005-2007 remis le 10 novembre 2004, par Philippe Douste-Blazy, alors

ministre de la Santé et de la Protection sociale. Extrait du Plan périnatalité : « Actuellement, le suivi de la grossesse est axé sur un bilan général et obstétrical, réalisé par le médecin ou la sage-femme dans le cadre des sept examens prénatals obligatoires fixés par le décret du 14 février 1992. Ce suivi médical est complété par une préparation à la naissance au cours de séances collectives [...]. *Un entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4^e mois*, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. [...] Cette nouvelle prestation n'ayant pas un caractère obligatoire, l'information devra être relayée notamment par les réseaux sociaux de proximité, la Protection mater-



nelle et infantile (PMI), les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les généralistes, ou encore devra s'appuyer sur les réseaux de parents, femmes relais, afin que toutes les femmes en bénéficient, notamment celles, les plus vulnérables ou isolées, qui souvent consultent et déclarent tardivement ou pas du tout leur grossesse. »

Heureusement, de nombreux professionnels n'ont pas attendu cette directive gouvernementale pour pratiquer l'accompagnement global tout au long de la grossesse et de l'accouchement. De même, les parents avertis ne s'arrêtent pas à la dualité d'une prise en charge entre secteur public et secteur libéral.

