

**LE PROJET DE NAISSANCE : UN REEL APPORT A LA  
RELATION PATIENT – SOIGNANT ?**

Mémoire présenté et soutenu par :

**KIRSCHWING Marie**

Née le 18 août 1998

Directeur de mémoire : Madame Marianne NOUHAUD, sage-femme responsable de l'unité  
obstétrique HC, CHU de Nantes

Validation 1<sup>ère</sup> session 2022 :  oui  non

Mention : Très bien

Bien

Assez bien

Aucune

Validation 2<sup>ème</sup> session 2022 :  oui  non

## Remerciements

Merci à ma directrice de mémoire, Marianne Nouhaud, pour ses précieux conseils et ses encouragements tout au long de ce travail.

Je remercie Nathalie Le Guillanton, pour ses relectures et ses conseils.

*« Peut-être n'est-ce pas un hasard si, dans notre langue, bien naître et bien-être s'entendent  
de la même façon. »*

Danielle Rapoport

## Glossaire

**APD** : Analgésie Péridurale

**CH** : Centre Hospitalier

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIANE** : Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance

**CNGOF** : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**ENP** : Enquête Nationale Périnatale

**EPP** : Entretien Prénatal Précoce

**ERCF** : Enregistrement du Rythme Cardiaque Foetal

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

**NICE** : National Institute of health and Care Excellence

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PCEA** : Patient Controlled Epidural Analgesia

**PNP** : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

**RPC** : Rachianalgésie-Péridurales Combinées

**SA** : Semaine d'Aménorrhée

## Table des matières

Introduction .....	1
Méthode d'enquête .....	6
A – Objectifs .....	6
B – Matériel et méthode [6] .....	7
C – Les limites et difficultés .....	8
D – Présentation des lieux d'observation.....	9
1. Premier lieu d'observation : la maternité A.....	10
2. Deuxième lieu d'observation : la maternité B .....	14
Partie 1 : Un contexte de santé publique favorable au projet de naissance.....	17
A – Cadre législatif en France.....	17
B – La place des usagers dans les décisions de soins .....	17
C – Les définitions du projet de naissance.....	20
Partie 2 : Le projet de naissance, de son élaboration à son contenu.....	23
A – L'élaboration du projet de naissance .....	23
1. L'Entretien Prénatal Précoce (EPP) .....	23
2. Internet.....	26
3. Les réseaux sociaux .....	28
4. L'échange avec les professionnels de santé après avoir écrit un projet de naissance ...	29
B – Caractéristiques des femmes exprimant des souhaits.....	32
1. Le niveau d'études.....	32
2. Le nombre d'enfants .....	34
C – Les souhaits exprimés .....	37
1. La liberté de mouvement et le choix de la position d'accouchement.....	37
2. Un accompagnement personnalisé dans la gestion de la douleur.....	39
3. Le refus de l'épisiotomie ou d'autres gestes invasifs .....	40
4. L'appréhension des extractions instrumentales .....	43

D – Des professionnels parfois peu réceptifs.....	44
Partie 3 : Prise en charge de la femme en salle d'accouchement. ....	49
A – L'arrivée en salle de naissance ou de pré-travail .....	49
B – Le suivi du travail.....	51
C – Le post-partum .....	57
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	64
Annexes .....	69
Résumé.....	75

## Table des illustrations

<b>Figure 1</b> : pourcentage de femmes ayant exprimé des demandes ou des souhaits particuliers concernant le déroulement de l'accouchement .....	23
<b>Figure 2</b> : nombre de résultats pour la recherche "projet de naissance" sur google.....	26
<b>Figure 3</b> : Idées de souhaits pour l'accouchement, sur le site pampers® .....	27
<b>Figure 4</b> : Expression de souhaits en fonction du niveau d'études ( $p < 0,001$ ) .....	33
<b>Figure 5</b> : Evolution de l'expression des souhaits chez les femmes ayant un niveau d'études correspondant au bac ou inférieur sur la période d'avant 2005 à 2011 ( $n=1099$ , $p < 0,001$ ) .....	33
<b>Figure 6</b> : Evolution de l'expression des souhaits chez les femmes ayant un niveau d'études Bac+1 ou +2 sur la période d'avant 2005 à 2011 ( $n=1197$ , $p < 0,001$ ) .....	34

## Introduction

Le projet de naissance est un document écrit rassemblant les souhaits de la femme et du couple concernant la naissance de leur futur enfant. Son apparition dans les maternités françaises date d'une vingtaine d'années.

Le projet de naissance, ou plus justement « le plan de naissance » (*Birth Plan*), a une origine anglo-saxonne. En effet, les projets de naissance sont apparus au Royaume-Uni dans les années 1990. Cette pratique a notamment fait suite à un rapport de la Commission parlementaire anglaise de recherche concernant les services de maternité, en 1991. Le but était de faire le point sur ces services. Pour ce faire, les usagers et associations professionnelles ont donné leur avis sur la façon dont les services de maternité répondaient aux besoins des usagers. Ceci a permis d'établir une liste des besoins non satisfaits des patientes. L'avis du comité d'experts *Changing Birth* en 1992 a fait suite à ce rapport. Il encourage les plans de naissance, ainsi que le respect des souhaits du couple pour l'accouchement [12].

C'est l'année suivante, en 1993, que les plans de naissance sont apparus. Leur but était alors d'instaurer des échanges entre les femmes et les soignants, sur le sujet de l'accouchement notamment. Les femmes étaient alors systématiquement encouragées à consigner leurs souhaits à l'écrit. Dans les années qui ont suivi, une dérive est survenue. En effet, certains établissements médicaux ont alors soumis aux patientes un formulaire avec des cases à cocher en fonction de leurs souhaits [1]. Le projet de naissance perd alors sa fonction première d'échange entre usagers et professionnels.

Par ailleurs, l'apparition des projets de naissance coïncide aussi à une époque où l'accouchement était très médicalisé. En effet, de nombreuses nouvelles techniques dans le domaine scientifique sont apparues dans les années précédant leur avènement. Dans notre contexte, on peut notamment citer l'Analgésie Péridurale (APD) par exemple. Beaucoup de femmes souhaitaient, suite à une certaine surmédicalisation de l'accouchement dans ces années-là, un retour vers la physiologie.

Le premier projet de naissance français sera présenté par un couple à la maternité de Caen, en 2000. Il sera mal accueilli par les professionnels, qui y verront une remise en question de leurs compétences. Cependant, il va d'année en année réussir à trouver sa place et à se légitimer auprès des professionnels [13].

Depuis, de plus en plus de femmes ont exprimé des souhaits pour leur accouchement. En effet, en 2012, le Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance (CIANE) a mené une étude concernant le respect des souhaits et le vécu de l'accouchement. Les réponses à un questionnaire concernant des accouchements en milieu hospitalier, hors pôle physiologique ou maison de naissance, ont été analysées. A travers les résultats, on remarque que 57% des femmes exprimaient des souhaits pour leur accouchement en 2011, contre 36% avant 2005 [25].

Parallèlement, l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) rédigée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) est menée tous les cinq à six ans depuis les années 1990. Elle constitue un fidèle reflet de l'état de santé des mères et nouveau-nés ainsi que des pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement. Les résultats des ENP rendent compte de l'évolution de la situation périnatale. La dernière enquête date de 2016, et la prochaine est en cours depuis le début de l'année 2021, les résultats des questionnaires sont à l'étude [37].

L'ENP 2016 s'est notamment intéressée aux réponses des professionnels face aux attentes des femmes. Elle a inclus toutes les naissances entre le lundi 14 mars 2016 à minuit et le dimanche 20 mars 2016 à minuit, soit 14 142 naissances. L'enquête rappelle d'abord qu'encore peu de femmes rédigent des projets de naissance (3,7%). Elles sont plus nombreuses à exprimer des demandes à l'oral (17,3%). Il ressort aussi de l'enquête que la majorité des femmes qui avaient des souhaits ont été très satisfaites des réponses apportées par les soignants [26]. Le dialogue entre patients et soignants semble donc très important dans le vécu des femmes et leur satisfaction de l'accouchement.

En tant qu'étudiante sage-femme, je suis au premier plan pour pouvoir observer puis étudier l'effet des demandes maternelles sur la prise en charge et les issues de santé. Il m'a paru pertinent de m'intéresser surtout à l'expression des souhaits maternels via le support écrit qu'est le projet de naissance. En effet, le fait que les projets de naissance ne soient pas toujours très bien perçus par le personnel soignant m'a interpellée. En effet, les professionnels ont parfois des avis très divergents concernant ces demandes. Certains y sont plutôt favorables, pensant que c'est une base d'échanges avec la patiente. Au contraire, d'autres les perçoivent comme une remise en cause de leurs compétences professionnelles. Pourtant, une majorité des demandes des femmes n'avaient rien d'extraordinaire. Parfois même, leurs souhaits coïncident avec des pratiques déjà intégrées aux gestes courants dans les établissements. Les quelques

extraits suivants témoignent des réactions de plusieurs professionnels face au projet de naissance. Ils sont tirés de conversations auxquelles j'ai assisté lors de mes différents stages.

Note de terrain :

Mathilde<sup>1</sup>, 40 ans, sage-femme libérale : « *Moi, je ne suis pas forcément pour l'écriture d'un projet de naissance... C'est vrai ! Aucune sage-femme n'a envie de faire une épisio ou une ventouse* ».

Laure, 56 ans, sage-femme hospitalière : « *J'aime bien quand elles font des projets de naissance. Ça permet de pouvoir discuter avec elles et de voir en amont ce qui est possible ou non.* »

Lucie, 23 ans, étudiante sage-femme : « *J'ai l'impression qu'à chaque fois qu'elles ont un projet de naissance ça ne se passe jamais comme prévu.* »

Rose, 26 ans, interne : « *Je me sens toujours obligée de prendre plein de pincettes quand elles ont un projet de naissance pour ne pas qu'elles me trouvent maltraitante, mais c'est presque trop !* »

De plus, ce sujet me semblait correspondre à une préoccupation actuelle du monde médical. En effet, l'information et les droits des patients possèdent depuis de nombreuses années une place centrale dans les politiques de santé. Le modèle médical paternaliste mute en effet vers l'autonomisation des patients. C'est seulement depuis le milieu du vingtième siècle que la relation soignant-soigné devient un équilibre. Le patient n'est plus considéré comme un « objet de soins », mais comme une personne capable de s'exprimer pour sa santé [4]. Cette autonomisation est possible à la condition que le patient bénéficie des informations nécessaires à sa prise de décision concernant son état de santé [5]. C'est à partir des années 1990, avec la Charte de la personne hospitalisée en 1995, que l'on verra apparaître les notions d'information « accessible et loyale » et de consentement « libre et éclairé » [19]. En 2002, sera prononcée la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite Loi Kouchner. Elle vise à rendre aux patients les décisions concernant leur santé [20]. C'est cette même loi qui définit le droit du patient à être informé sur sa santé. Aujourd'hui, le patient est placé au cœur de sa prise en charge. En parallèle, dans le domaine de la périnatalité, la mission périnatalité de 2003 a émis vingt propositions pour améliorer la santé périnatale. Dans les

---

<sup>1</sup> Les noms des maternités, professionnels et patientes sont tous fictifs, par souci d'anonymat.

conclusions de cette mission, est inscrit le fait d'informer la patiente sur l'offre de soins en périnatalité. Ceci lui permettra de choisir le type de prise en charge qu'elle souhaite, et d'établir « un véritable projet de suivi de grossesse et de naissance » [27]. Cela sera retenu en 2007 dans le plan périnatalité 2005-2007.

Par ailleurs, Anne Chantry a mené avec l'INSERM une étude sur la prévalence et le profil des femmes exprimant des demandes particulières pour leur accouchement. L'objectif de l'étude était d'analyser les demandes des femmes, orales ou écrites, afin de déterminer la fréquence des femmes qui font des demandes et d'étudier les déterminants de ces demandes (caractéristiques individuelles, obstétricales, organisationnelles). Il en ressort qu'une femme sur cinq exprime des souhaits, en France. Le plus souvent, ils sont exprimés à l'oral. Les résultats montrent aussi qu'au-delà des caractéristiques maternelles intrinsèques, l'expression de demandes est associée à certaines caractéristiques de suivi prénatal et d'organisation des soins. Une hausse des demandes s'observe lorsque le suivi prénatal a été effectué par une sage-femme libérale, quand les femmes ont suivi des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), et quand la maternité d'accouchement a une politique en faveur de l'accouchement physiologique [28]. En effet, lorsque la grossesse a été mal suivie, les femmes n'expriment pas ou très peu de demandes. C'est aussi ce qui peut être observé dans le cas de femmes migrantes, arrivées en France peu de temps avant la grossesse, ou pour les patientes ne parlant pas le français. Cela s'explique par le fait que le temps ne soit pas pris lors des consultations pour aborder le projet de naissance. Elles ne savent pas non plus quelles pourraient être leurs demandes. Il y a donc une certaine inégalité entre ces femmes et celles présentant des projets de naissance.

Anne Chantry explique aussi dans cette même étude qu'un modèle de décision partagée dans les soins est « une composante importante d'un modèle de soins centré sur le patient ». Il est corrélé à une amélioration de la satisfaction des patients, ainsi qu'une amélioration de leur sentiment de contrôle notamment. Cela concourt à une baisse de leur niveau d'anxiété, et *in fine* à de meilleures issues de santé [28]. Ce modèle de décision partagée est d'ailleurs mis en avant par de nombreuses sociétés savantes internationales, telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou le National Institute for health and Care Excellence (NICE). L'expression des attentes des femmes pour leur accouchement est un élément essentiel d'un modèle de soins centré sur le patient en obstétrique.

Le projet de naissance est une pratique récente en France, datant des années 2000. De fait, la bibliographie sur ce sujet est encore pauvre. J'ai donc souhaité par ce travail observer si le projet de naissance répondait à sa fonction première : le dialogue entre patientes et professionnels.

**Le projet de naissance représente-t-il un support efficace à l'émergence d'un modèle de décision partagée entre la patiente et le soignant ? Par sa forme, son contenu, son apparition au cours de la grossesse jusqu'à la salle de naissance, comment ce support écrit permet-il la création d'un espace de décision partagée entre la patiente, le couple, et les professionnels présents lors de la naissance ?**

De plus, il m'a paru intéressant de m'intéresser aux motivations des femmes à en écrire un, de l'aide dont elle pouvait bénéficier dans leur écriture. La volonté au cœur de ce travail était de rendre compte du rôle potentiel que peut avoir le projet de naissance dans la prise en charge des femmes au cours de leur accouchement.

**L'accompagnement des femmes est-il différent de la prise en charge d'une femme n'ayant pas formulé de souhaits particuliers à l'écrit via un projet de naissance ?**

Voici les questions auxquelles nous tenterons de répondre dans ce mémoire. Dans un premier temps, la méthode d'étude utilisée sera présentée. Secondairement, nous aborderons les définitions du projet de naissance ainsi que le contexte législatif dans lequel il s'inscrit. Enfin, nous verrons comment il est utilisé dans la prise en charge des patientes.

# Méthode d'enquête

## A – Objectifs

Ce travail a plusieurs objectifs. Le principal était d'étudier si l'élaboration d'un projet de naissance menait à une ouverture du dialogue entre les professionnels et les femmes. Différentes questions ont guidé mon travail :

- Quelle est l'origine des projets de naissance ? Est-ce une évolution du modèle de santé en obstétrique ou un simple effet de mode ?
- Quels sont les principaux souhaits cités dans ces projets ? Qu'est-ce qui motive leur élaboration ?
- Qui sont les femmes qui en écrivent ? Est-ce une pratique réservée à une certaine catégorie socio-professionnelle, ou influencée par la personne qui a suivi leur grossesse ? Qui les conseille sur leur écriture du projet de naissance ? Les souhaits coïncidant très souvent avec des pratiques courantes, peut-être les femmes étaient-elles suivies majoritairement par des sages-femmes libérales. Ainsi, le projet de naissance aurait pu être abordé lors des séances de PNP, par exemple.
- Quelles sont les raisons expliquant que le projet de naissance soit parfois moqué dans les services ? Le fait que ces projets soient raillés par certains professionnels est contradictoire avec l'objectif même de ceux-ci. Alors tiennent-ils vraiment leur rôle d'échange ? Pour finir, comment est-il abordé et discuté en salle de naissance ?

Différentes hypothèses à la question « **le projet de naissance représente-t-il un réel support à la relation patient-soignant et permet-il une ouverture du dialogue entre eux ?** » ont été évoquées :

- Permettre aux professionnels de mieux connaître la femme et le couple.
- Volonté d'échanges avec les professionnels de la part des femmes qui en écrivent.
- Permettre l'information aux patientes sur les pratiques de l'établissement.
- Une ouverture limitée du dialogue de par la perception négative des projets de naissance par certains professionnels.

Afin de répondre à ces différentes questions, voyons maintenant la méthode d'enquête utilisée.

## B – Matériel et méthode [6]

Un axe sociologique m'a paru le plus adapté pour étudier le sujet du projet de naissance. L'observation participante m'a semblé la méthode la plus pertinente pour rendre compte des échanges dont le projet de naissance pouvait être à l'origine. En effet, l'observation participante permet, selon Anne-Marie Arborio, « d'observer directement les pratiques de travail » [7]. L'enquêteur est immergé dans le milieu professionnel qu'il étudie. Ainsi, il pourra décrire au plus proche de la réalité les pratiques professionnelles. Il effectue le même travail que ses collègues, en prenant soin d'observer leurs pratiques [6, 8]. Jean Peneff, un sociologue, explique à ce propos qu'« à partir du moment où l'on fait son travail et où on est accepté » les enquêtés n'en ont que faire de notre rôle [2]. Je me suis inspirée de son ouvrage *L'Hôpital en urgence* pour ce travail [3]. Il avait pris le rôle d'un brancardier dans un hôpital pour y étudier les rapports entre les différentes catégories professionnelles et les malades.

Cette méthode n'a jamais été utilisée dans d'autres travaux sur le projet de naissance. Pourtant, qui mieux qu'une sage-femme pour rendre compte de la réalité de la salle de naissance ? Elle fait en effet partie des principaux destinataires du projet de naissance. De plus, c'est elle qui accompagne la parturiente en salle de naissance, en binôme avec une auxiliaire de puériculture ou aide-soignante. L'observation participante est encore minoritaire dans les enquêtes sociologiques, malgré sa finalité essentielle : rendre compte des pratiques professionnelles. Jean Peneff s'en étonne : « il est surprenant qu'en sociologie l'observation appartienne à un mode mineur puisque sa finalité consiste à analyser les conduites et les situations avec le moins d'écrans possibles » [2].

J'ai choisi le mode « incognito », c'est-à-dire que mon enquête n'était connue ni des femmes, ni des professionnels. La méthode « incognito » me paraissait la plus adaptée pour éviter certains biais, notamment l'adaptation des pratiques des professionnels avec qui je travaillais.

L'enquête s'est déroulée sur un temps long. Elle a débuté en juillet 2021 et s'est terminée en février 2022. Lorsqu'une patiente se présentait avec un projet de naissance, je me positionnais sur sa prise en charge pour pouvoir l'observer. A la fin de chaque journée de travail ou le lendemain, je prenais le temps de noter dans un journal de terrain mes observations, pour limiter la perte d'informations. Ces notes sont reportées en annexe. Certaines n'ont pas été écrites dans ce carnet car j'ai pu les retranscrire directement dans mon travail à la fin d'une journée de travail. De plus, toutes les observations ne m'ont pas servi dans ce mémoire.

Ainsi j'ai pu, au fil de mes stages, observer un grand nombre de professionnels, des sages-femmes bien sûr, mais aussi des internes, des médecins anesthésistes-réanimateurs, des gynécologues-obstétriciens, des infirmières et des aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture.

De plus, l'équipe est rarement identique d'une garde à l'autre. C'est un avantage, car cela permet d'étudier un large panel de situations. Lorsque les professionnels observés sont aussi diversifiés, cela donne la possibilité de mieux se rendre compte des pratiques variables d'un soignant à un autre. En d'autres termes, de se rendre compte de ce qui change dans l'accompagnement des femmes, selon la fonction du soignant. Certains auront pour priorité le soulagement de la douleur, alors que pour d'autres le but sera un accompagnement plus général sur tous les pans de l'accouchement.

Un autre avantage était celui d'être étudiante sage-femme. Contrairement à un observateur étranger à la salle de naissance, les lieux m'étaient familiers, je connaissais les usages du service et les situations étudiées. Ainsi, dès le premier jour en stage, j'ai pu commencer ce travail, sans temps d'adaptation.

La méthode d'observation participante présente donc de nombreux avantages, comme la durée longue de l'étude, la diversité des professionnels enquêtés, et l'acceptation directe dans les services de l'enquêteur. Cependant, elle possède aussi certains inconvénients.

## C – Les limites et difficultés

Bien que cette méthode me semblait la plus adaptée pour cette étude, elle présente aussi certaines limites et difficultés.

Tout d'abord, même si de plus en plus de femmes écrivent des projets de naissance, cette pratique reste encore marginale. Par conséquent, je n'ai pu observer qu'un faible nombre de prises en charge de patientes en ayant écrit un. J'ai observé un nombre plus important de prises en charge lorsque les patientes n'en avaient pas élaboré. J'ai pu suivre dix femmes qui avaient écrit un projet de naissance au cours de ce travail, parmi environ trente femmes au total.

Ensuite, ce travail a pris place dans seulement deux maternités, une de niveau III et une de niveau IIB. Ceci implique un certain niveau de spécialisation, avec notamment dans un niveau III, un nombre plus important de grossesses pathologiques. Dans ce cas, les femmes ne

présentent pas de projets de naissance. Cependant, la physiologie de l'accouchement reste prépondérante dans l'accompagnement des femmes si la grossesse s'est déroulée normalement. Il aurait été intéressant de transposer cette étude dans une maternité de niveau I, qui n'accueille que des grossesses physiologiques, afin de voir si les pratiques étaient différentes.

Enfin, cette méthode d'étude ne m'était pas familière avant de débiter ce mémoire. J'ai pu rencontrer une certaine difficulté à m'approprier cette nouvelle façon de faire. De plus, lorsque nous sommes étudiants, nous devons être concentrés dans nos tâches car nous sommes en évaluation permanente.

Par ailleurs, la charge de travail implique le fait de ne pas toujours pouvoir prendre des notes au moment-même de la scène. Il faut « se résoudre à ne pas tout voir, tout noter et tout retraduire en analyse » comme le dit Jean Peneff dans son ouvrage *Le goût de l'observation* [2]. Ceci engendre donc une perte d'informations.

Aussi, il y a une certaine difficulté à être à la fois acteur et observateur de la scène. Cela contraint à beaucoup d'attention et de rigueur. Effectivement, en tant qu'étudiante et formant un binôme avec une sage-femme lors d'une garde, les tâches sont partagées entre nous. Par conséquent, certaines situations ne peuvent pas être observées. Etudiante en dernière année, je peux réaliser de nombreuses tâches en autonomie, j'ai donc moi-même pu participer à des situations, que j'ai ensuite étudiées.

Ainsi, bien que présentant certains désavantages, l'observation participante s'est avérée être la méthodologie adéquate pour ce travail. Les observations se sont déroulées dans deux maternités différentes.

## D – Présentation des lieux d'observation

L'étude s'est déroulée dans deux maternités, que nous nommerons A et B, dans un souci d'anonymat. Ce sont respectivement des maternités de type III et de type II. L'enquête a eu lieu dans les différents services où l'on peut aborder le projet de naissance, à savoir : le service de consultations prénatales et le service de salle de naissance. J'ai effectué mes observations dans le service de consultations prénatales uniquement dans la maternité A, à l'inverse des observations des services de salle de naissance, que j'ai effectuées à A et B. Des observations sont aussi extraites de cabinets de sages-femmes libérales en consultations de grossesse et

séances de PNP. J'ai pu réaliser ces observations au cours de stages sur la période d'août 2021 à octobre 2021.

## 1. Premier lieu d'observation : la maternité A

### a) Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU)

La maternité A est située au sein d'un CHU. Elle possède donc deux missions spécifiques que sont la recherche et l'enseignement. Par conséquent, tous les jours, des étudiants sont présents dans les services, y compris au sein de la maternité. On peut notamment y retrouver des étudiants en médecine (externes<sup>2</sup> et internes<sup>3</sup>) et des étudiants sages-femmes.

Les internes seront formés par les médecins. Concernant les externes et les étudiants sages-femmes, eux, seront formés par les sages-femmes et les médecins. La formation et l'enseignement font partie intégrante d'un CHU, les professionnels sont obligés de former les étudiants.

Beaucoup de professionnels travaillent ensemble dans la maternité A. On retrouve les praticiens hospitaliers – professeurs des universités, les praticiens hospitaliers, les chefs de clinique, les internes, les externes, les sages-femmes coordinatrices, les sages-femmes, les étudiants sages-femmes, les aides-soignants et auxiliaires de puériculture. Chacune de ces professions possède un rôle propre et défini dans la maternité. Cependant, en fonction de la charge de travail sur une garde, certaines tâches peuvent être déléguées entre ces différentes catégories de professionnels. Bien que simples au premier abord, les relations hiérarchiques au sein d'un établissement de santé sont multiples et complexes. [29]

Le CHU est public, et donc soumis aux obligations qui en découlent. Elles correspondent notamment à l'égal accès aux soins pour tous, et à la permanence des soins. Ce qui signifie que la maternité peut accueillir toutes les femmes, sans discrimination, ni condition de ressources. L'accueil doit y être adapté à tous, et aucun dépassement d'honoraires ne peut être effectué. C'est pourquoi on peut croiser à A des patientes de toutes les origines et de tous les milieux.

---

<sup>2</sup> Etudiants de 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> année de médecine.

<sup>3</sup> Etudiants en médecine après la 6<sup>ème</sup> année.

### b) Le niveau III

A est une maternité de niveau III. Cela signifie qu'elle est en mesure d'accueillir des femmes pour un accouchement avant 32 SA. Cependant, A accueille aussi bien des grossesses physiologiques que pathologiques. Environ 4100 accouchements par an y sont réalisés.

On retrouve de nombreux services dans la maternité. En effet, en plus des salles de naissance et des urgences de gynécologie-obstétrique, il y a des services de consultations et d'hospitalisation. A possède aussi un service de diagnostic anténatal, un service de procréation médicalement assistée et un centre d'interruption volontaire de grossesse. Ce dernier est en lien avec un centre de planification et d'éducation familiale.

Les patientes effectuent leur suivi de grossesse en dehors de la maternité jusqu'au huitième mois. Elles auront en effet trois consultations au sein de A, une au huitième mois, une au neuvième mois, ainsi qu'une consultation d'anesthésie. Certaines patientes consultent au début de leur grossesse pour être orientées dès le début vers le suivi qui sera le plus adapté pour elles.

### c) Les locaux de la salle de naissance

La maternité est le bâtiment le plus récent du CHU. On retrouve au rez-de-chaussée le service de consultations. Au premier étage se trouvent le suivi intensif de grossesse<sup>4</sup>, le diagnostic anténatal et les échographies. Au deuxième étage se situe le service d'hospitalisation des grossesses à risques. Le service de suites de couches<sup>5</sup> se trouve au troisième étage. Enfin, le secteur naissances se situe au cinquième étage de la maternité, de même que le service des urgences de gynécologie-obstétrique.

Les urgences de gynécologie-obstétrique sont séparées du service de salles de naissance par un sas. On compte huit salles de naissance, quatre chambres de pré-travail<sup>6</sup> et une salle de réveil pour les patientes ayant donné naissance par césarienne. Lorsque l'on arrive dans le service, nous traversons un grand couloir avant d'arriver sur un espace plus arrondi, où l'on trouve le bureau des sages-femmes. Celui-ci est divisé en deux coins. On voit tout d'abord une

---

<sup>4</sup> Service de consultation où viennent les femmes ayant une grossesse pathologique.

<sup>5</sup> Service où sont hospitalisées les femmes après avoir accouché, pendant trois à cinq jours.

<sup>6</sup> Chambre où les patientes en début de travail sont hospitalisées, avant d'aller dans une salle de naissance où elles accoucheront.

petite pièce avec trois ordinateurs, séparée du deuxième espace par des vitres. On retrouve aussi dans ce premier bureau un grand tableau Velleda® où sont affichés les numéros de chambres, noms des patientes et informations relatives à chacune d'entre elles. Le fait que la patiente ait ou non écrit un projet de naissance n'est pas inscrit sur ce tableau. Le deuxième espace correspond à une grande paillasse, avec trois ordinateurs, et un écran où sont affichés en permanence les Enregistrements des Rythmes Cardiaques Fœtaux (ERCF). Au milieu de ces deux espaces, on trouve de nombreuses chaises de bureau et tabourets. Plus loin dans le fond se trouve la salle de pause, avec au centre, une table, entourée de chaises. Dans cette salle de pause, il y a aussi un écran où sont reportés les ERCF.

En ce qui concerne les équipements hôteliers, chaque chambre de pré-travail dispose d'un lit et d'un fauteuil, trois d'entre elles disposent d'une douche. Dans la dernière, plus récente, on trouve une baignoire. Dans chaque chambre se trouve un chariot médical avec du matériel nécessaire aux éventuels bilans biologiques, ainsi qu'un peu de linge. Les salles de travail<sup>7</sup> sont plus grandes, on y retrouve une table d'accouchement<sup>8</sup> ainsi qu'un fauteuil pour l'accompagnant. Une seule de ces salles dispose d'une baignoire et d'une liane à laquelle peut se suspendre la femme pour soulager les contractions. Cette dernière est la plus récente des salles. Des ballons sur lesquels les patientes peuvent se mobiliser pour soulager les douleurs des contractions sont disponibles dans toutes les salles. Des chariots de soins plus grands se trouvent dans ces salles, où il y a le matériel nécessaire à l'accouchement, aux bilans biologiques, et à l'accueil du nouveau-né avec du linge. Dans chacune des chambres de pré-travail et des salles d'accouchement, il y a aussi un monitoring<sup>9</sup>.

#### d) L'organisation

Les gardes se passent sur une durée de douze heures. Sur une garde de douze heures de jour ou de nuit, on compte six sages-femmes : quatre en salle de naissance, une aux urgences obstétricales et une en « renfort ». Cette dernière a pour rôle, entre autres, d'aider ses collègues dans les services où la charge de travail est importante. Il y a aussi une sage-femme qui s'occupe des éventuels transferts de patientes, soit du CHU vers d'autres établissements, soit l'inverse.

---

<sup>7</sup> Autre nom donné aux salles de naissance.

<sup>8</sup> Lit duquel on peut enlever la partie basse. La sage-femme utilisera cette place lors de l'accouchement.

<sup>9</sup> Appareil servant à l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

Cette dernière n'est présente qu'en semaine, et en journée de 8 heures à 17 heures. On compte ensuite six auxiliaires de puériculture : quatre en salle de naissance, une aux urgences, et une dernière s'occupant du remplissage du matériel et de l'intendance. Un gynécologue-obstétricien est aussi présent, de même qu'un interne d'obstétrique. Du côté anesthésie, on retrouve un médecin anesthésiste-réanimateur, un infirmier anesthésiste et un interne d'anesthésie. La plupart du temps, des étudiants en maïeutique et un externe sont aussi présents. Sur une garde de nuit, on retrouve le même effectif, seule la sage-femme s'occupant des transferts n'est pas présente. A chaque garde, c'est donc toute une équipe avec la même configuration qui s'anime pendant douze heures.

Chaque sage-femme forme un binôme avec une auxiliaire de puériculture. S'ajoute à ce binôme un étudiant sage-femme ou un externe. Chacun écrira son nom sur le tableau en face du nom des patientes qu'ils suivent. De cette façon, lorsqu'une personne veut discuter d'un dossier, elle saura à qui s'adresser.

Les transmissions se font dans le bureau des sages-femmes, à chaque début et fin de garde. La répartition des patientes se fait habituellement par un tirage au sort, sauf quelques fois quand une sage-femme a déjà suivi une patiente en consultation. En effet, la sage-femme ayant effectué les consultations prénatales n'est, souvent, pas celle qui sera présente à l'accouchement.

Lorsqu'une femme arrive, elle sera accueillie par la sage-femme présente aux urgences. Elle y bénéficiera d'une consultation pour déterminer si elle est ou non en travail, ou si son état nécessite une surveillance particulière. Si la femme est en travail, la sage-femme fera les transmissions à l'équipe de salle de naissance pour transférer la patiente. Lorsque le travail n'en est encore qu'à son début et que la patiente ne souhaite pas d'APD tout de suite, elle va en général d'abord dans une chambre de pré-travail. Elle ira plus tard dans une salle d'accouchement. Dans le cas où le travail est déjà avancé, ou si la patiente souhaite directement bénéficier d'une APD, elle ira dans une salle de naissance. Pour la pose de l'APD, la sage-femme s'occupera d'appeler l'équipe d'anesthésie et sera présente lors de la pose. Souvent, lorsqu'un étudiant est présent, il prendra la place de la sage-femme pour la pose de l'APD, c'est-à-dire devant la patiente, pour la rassurer et l'aider à gérer ses contractions. Cette pratique est connue de tous, et les étudiants peuvent se présenter volontaires pour cette tâche. Cela permet à la sage-femme de remplir ses dossiers, d'anticiper certains actes qu'elle aura à faire, ou de s'occuper d'une autre patiente. C'est un gain de temps pour elle, surtout sur ses

obligations administratives. Le plus souvent, le conjoint n'assiste pas à la pose, mais il est ensuite présent tout le long du travail.

Durant la phase de latence, c'est-à-dire jusqu'à cinq ou six centimètres de dilatation<sup>10</sup>, un ERCF sera effectué en discontinu. Par la suite, pendant la phase active du travail et d'autant plus lorsqu'une patiente bénéficie d'une APD, le monitoring fœtal sera effectué en continu.

Après avoir accouché, les patientes restent deux heures de plus en salle de naissance, pour surveiller le risque hémorragique notamment. Ce délai de deux heures est obligatoire par contrainte médico-légale. Si tout est normal, elle peut alors être transférée dans le service des suites de couches. La sage-femme s'occupe alors de téléphoner à sa collègue pour transmettre le dossier de la patiente, puis des brancardiers viendront la chercher pour l'emmener dans sa chambre.

## 2. Deuxième lieu d'observation : la maternité B

### a) Le Centre Hospitalier (CH)

La maternité B, elle, se situe au sein d'un CH public. A la différence du CHU, il ne possède donc pas la mission d'enseignement. Des étudiants peuvent quand même y être présents en stage.

En ce qui concerne la hiérarchie, elle est sensiblement la même qu'à A. On retrouve les médecins, les internes, les sages-femmes coordinatrices, les sages-femmes puis les auxiliaires de puériculture et/ou aides-soignants. Ici aussi, chacun possède un rôle défini dans la maternité.

C'est un établissement public, de même que le CHU, il est donc soumis aux mêmes obligations d'égal accès aux soins à tous et à la permanence des soins.

### b) Le niveau IIB

Le niveau II dans la classification des maternités est lui-même divisé en deux sous-groupes. D'un côté, le niveau IIA, prenant en charge les nouveau-nés à partir de 34 SA. De l'autre, le niveau IIB, comme la maternité B, prend en charge les nouveau-nés à partir de 32

---

<sup>10</sup> Le col de l'utérus doit d'abord s'effacer et se dilater avant que le fœtus s'engage et descende dans le bassin.

SA. B, tout comme A, accueille des grossesses physiologiques et pathologiques. Si le terme de la grossesse est inférieur à 32 SA, les patientes seront transférées dans une maternité de niveau III. B compte environ 1000 accouchements par an.

B a une activité variée, on y retrouve, comme à A, des services de consultations et d'hospitalisation. Il y a aussi un service de diagnostic prénatal et d'échographie. Des séances de PNP et des consultations d'allaitement maternels sont aussi effectuées à B.

### c) Les locaux de la salle de naissance

Au cinquième étage du CH, dans le prolongement du service de gynécologie, se situent le service de suites de couches et les salles de naissance. Le service de consultation se trouve au sixième étage. Il n'y a pas de service de grossesses pathologiques à proprement parler : les femmes sont hospitalisées dans le service de suites de couches en cas de nécessité. On ne retrouve pas non plus de service d'urgences de gynécologie-obstétrique, les consultations d'urgence sont faites au même endroit que les salles de naissance.

Les salles de naissance sont séparées des suites de couches par une porte battante. Il y a trois salles de naissance à B, et deux salles de pré-travail. Les chambres de pré-travail sont petites, le mobilier se limite à un lit seulement. Il y a aussi un monitoring et un tensiomètre dans chacune de celles-ci. Les salles de naissance sont quant à elles très spacieuses. La table d'accouchement est située au milieu de la pièce. On y retrouve aussi un fauteuil pour l'accompagnant. Dans chacune des salles, un ballon est à disposition de la femme si elle souhaite se balancer dessus. Il y a une armoire où est rangé tout le matériel nécessaire à l'accouchement, ainsi qu'une paillasse avec un robinet et d'autres rangements. Dans chacune de ces salles se trouvent un monitoring, un tensiomètre et un scope.

Plus loin dans le couloir, se trouve la salle de pause. A l'intérieur y est installée une petite table carrée, quelques chaises et tabourets, et une banquette. Enfin, au bout du couloir, est situé le bureau des sages-femmes, entre deux salles de naissance. Il n'est pas très grand. On y retrouve deux bureaux accolés avec chacun un ordinateur, ainsi que deux chaises de bureau. Sur une étagère se trouve un troisième écran d'ordinateur, où sont retransmis les ERCF de chaque salle de pré-travail et de chaque salle de naissance. Sur un mur derrière les bureaux se trouve un petit tableau Velleda®, où, de même qu'à A, sont affichés les numéros de chambres, les noms des patientes et des informations importantes les concernant.

#### d) L'organisation

L'organisation à B n'est pas très différente qu'à A. Les sages-femmes effectuent aussi des gardes de douze heures. Il y a deux sages-femmes en salle de naissance la journée, une seule la nuit. Il y a une auxiliaire de puériculture, et une aide-soignante. Un gynécologue-obstétricien est aussi présent sur chaque garde, ainsi qu'un interne de gynécologie-obstétrique. Le médecin et l'interne s'occupent à la fois du service de gynécologie, des salles de naissance et des suites de couches. Des étudiants sages-femmes peuvent aussi s'ajouter à cette équipe. Il n'y a pas d'équipe d'anesthésie dans le service de salle de naissance, à la différence de A. Il faut les appeler pour les prévenir d'une éventuelle pose d'APD.

Les transmissions se font en début et en fin de garde dans le bureau des sages-femmes. La répartition des patientes se fait par tirage au sort, ou les sages-femmes s'arrangent entre elles sans tirer au sort.

Lorsqu'une femme arrive, elle sera accueillie dans une salle de pré-travail, où sera effectuée une consultation. Cette dernière servira à déterminer si la femme est en travail ou non. Si c'est le cas, en fonction du stade où en est rendu le travail, elle restera en salle de pré-travail ou ira directement en salle de naissance. Si la patiente souhaite une APD, il faudra prévenir l'équipe d'anesthésie. La pose ne peut avoir lieu qu'en salle d'accouchement. La sage-femme sera présente lors de la pose, et aura le même rôle que dans la maternité A. De même qu'à A, le conjoint n'assiste pas à la pose d'APD dans la plupart des cas.

Pendant le premier stade du travail, l'ERCF sera effectué en discontinu. Il sera effectué en continu si la femme bénéficie d'une APD ainsi que pendant le deuxième stade de travail.

Après l'accouchement, lorsqu'il n'y a pas eu de complications, les femmes resteront deux heures en surveillance en salle de naissance. Elles pourront ensuite rejoindre leur chambre en suites de couches. La sage-femme qui l'a prise en charge ira transmettre son dossier à sa collègue.

Les pratiques dans ces deux maternités sont donc plutôt similaires. Les différences se trouvent surtout au niveau des locaux. Nous nous plongerons par la suite dans la prise en charge des femmes au sein de ces deux maternités. Avant de voir comment le projet de naissance est proposé aux patientes à A et B, nous allons revenir sur le cadre législatif.

## Partie 1 : Un contexte de santé publique favorable au projet de naissance

### A – Cadre législatif en France

Dès 1995, la charte de la personne hospitalisée instaure les règles d'information aux patients. Elle pose aussi le principe de consentement libre et éclairé des patients [19]. A partir de ce moment, la prise de décision des patients concernant leur santé devient légitime. Cette charte est aujourd'hui affichée dans chaque établissement de santé, et doit être accessible aux patients.

Ensuite, en 2002 la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, appuie à nouveau ces règles. C'est une loi fondamentale, faisant partie intégrante de l'activité de soignant. Cette information ne peut être omise que lors d'une urgence ou de l'impossibilité d'informer le patient. De plus, le consentement libre et éclairé du patient doit toujours être recherché et est indispensable avant tout acte médical ou traitement.[20]

Le projet de naissance, lorsqu'il permet des échanges entre femmes et professionnels, permet une information claire et loyale aux patientes. En effet, celles-ci seront au fait des prises en charge de l'établissement, et seront à même de faire leurs choix concernant leur accouchement. Cela fait aussi écho à l'évolution de la place des usagers dans le système de soins.

### B – La place des usagers dans les décisions de soins

Le Code de la santé publique impose à chaque établissement de santé d'avoir une Commission des usagers. Elle remplace depuis 2016 la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge. Celle-ci va veiller au respect des droits des patients et à l'amélioration de la qualité des soins. Son rôle est aussi de faciliter les démarches des usagers [19, 20, 38]. Au sein des deux lieux d'observation de cette étude, cette commission n'intervient pas dans la gestion des projets de naissance. Ces derniers sont simplement discutés entre les patientes et les professionnels.

Le Code de la santé publique précise aussi que les établissements de santé doivent « faciliter l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement » [20]. Les associations peuvent faire l'objet d'un agrément, donné par une autorité administrative au niveau régional ou national. Les associations possédant cet agrément sont les seules à pouvoir représenter les usagers du système de santé.

Dans le domaine de la périnatalité, on peut citer le CIANE, qui est une association agréée. Il s'est formé en 2003 et est constitué d'associations françaises de parents et d'usagers, s'intéressant aux questions relatives à la grossesse, à la naissance et au post-partum. Il défend le respect de la femme, de son corps et de sa liberté de choix, plus largement le respect des parents, du nouveau-né et de leurs droits. Son but est d'apporter une information complète et loyale sur les choix qui se présentent à eux. La mission du CIANE est d'améliorer les pratiques en y intégrant les demandes des usagers afin de personnaliser l'accompagnement dans les soins pour mieux répondre aux attentes et demandes des usagers. L'association représente les usagers dans les instances de santé et participe à l'élaboration des recommandations de pratiques professionnelles. Le CIANE intervient dans différents établissements en France afin de former les professionnels sur différents sujets [39, 40]. Il peut aussi effectuer des formations pour les étudiants. Il en existe une sur le sujet du projet de naissance notamment. Cette dernière a pour but de donner aux étudiants sages-femmes « une première approche de la manière dont ils peuvent informer les parents sur ce qu'est un projet de naissance, inviter les parents à exprimer leurs souhaits quant à l'accouchement, accompagner les parents dans leur projet de naissance » [21].

Le CIANE regroupe 32 associations locales. L'une d'entre elles est présente sur le territoire de la maternité A. Celle-ci a pour but d'informer les parents et futurs parents et de veiller au maintien des conditions de naissance respectueuses. Elle a une activité sur deux plans : le contact avec les parents et futurs parents, et la représentation des usagers. Cette association organise des réunions d'informations pour les usagers [22].

Par ailleurs, tous les hôpitaux et cliniques, quelle que soit leur taille, sont soumis à une certification. Celle-ci a pour objectif d'évaluer de façon indépendante la qualité des soins proposés dans ces établissements, dans une finalité d'amélioration. Elle est gérée par la HAS. Ses sous-objectifs sont la promotion des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques, l'atteinte d'un niveau de qualité sur des thématiques prioritaires et le renforcement de l'information des patients et usagers par la communication des résultats obtenus [30].

C'est une évaluation externe et indépendante, qui a lieu tous les 4 à 6 ans, et qui est obligatoire pour tous les établissements. Elle s'intéresse au niveau des prestations et des soins délivrés ainsi qu'à la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements. Son but est d'établir un rapport. La HAS en fera ensuite une conclusion. Celle-ci aidera les établissements dans l'identification de leurs risques et la priorisation de leurs plans d'actions [41, 42].

Le secteur de naissance fait partie des secteurs d'activité à risque. Le critère au sein duquel est intégré le secteur de naissance a pour objectif la mise en place d'une démarche qualité et sécurité des soins. La finalité est l'amélioration de l'organisation et des pratiques, pour créer une prise en charge optimale et réduire la morbi-mortalité des mères et enfants à naître [30].

Dans le guide méthodologique de la certification des établissements de santé datant de mars 2014 [30], il est déjà fait référence au projet de naissance. En effet, il est rappelé que la prise en compte des préférences de la femme s'intègre au principe de bientraitance.

Comme dit précédemment, un des objectifs de la certification des établissements de santé est l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement de l'information des patients. Un modèle de soins centré sur le patient permet une amélioration de la satisfaction des patients, une baisse de l'anxiété et de meilleures issues de santé. Prendre en compte les souhaits d'un couple pour la naissance de leur enfant pourrait permettre de remplir ces critères.

Lors de mon stage dans la maternité A, le projet de naissance a été évoqué dans les préparatifs de la certification. C'est un critère de certification avancé. Les résultats des critères avancés n'entrent pas dans les critères actuels de certification, mais sont pris en compte dans la décision finale et donnent des points bonus pour la certification de l'établissement. Ce sont des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. De cette manière, la HAS encourage les établissements à mettre en place un système permettant de rendre visible la possibilité d'élaborer un projet de naissance. A la maternité A, il est actuellement discuté de faire une information aux patientes sur la possibilité de rédiger un projet de naissance, dès leur inscription à la maternité. Celui-ci sera ensuite relu par la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien à la consultation du neuvième mois. Les sages-femmes en suites de couches relisent le projet avec le couple. A la maternité A il avait été établi une liste de réponses à apporter sur l'intérêt des antibioprofylaxies et de l'administration préventive d'ocytocine par voie intra-veineuse, sur l'intérêt du monitoring en continu en phase active du travail et lors de l'expulsion. Par ailleurs,

les projets qui posent soucis aux soignants doivent être revus par la coordonnatrice en maïeutique ou le chef de service.

Ainsi, le projet de naissance représente un bon exemple de la loi. Il permet en effet d'informer les patientes pour leur expliquer ce qui est possible ou non parmi leurs demandes.

## C – Les définitions du projet de naissance

Donner une définition unique du projet de naissance n'est pas aisé, du fait des différentes descriptions et formes qu'il peut prendre.

La Haute Autorité de Santé (HAS) en donne une première définition en 2005 dans les recommandations professionnelles pour la PNP. Elle le définit alors comme la « conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale ». Le projet de naissance correspond à un projet global, comprenant l'organisation du suivi de grossesse, la PNP, l'accouchement, ainsi que le suivi post-natal. Il équivaut à l'expression des souhaits de la femme et du couple concernant la naissance de leur enfant. Son but est de promouvoir la compréhension entre les futurs parents et les soignants. Ce sont les professionnels du lieu d'accouchement qui en seront les destinataires. Afin de répondre au mieux aux demandes de chaque femme en fonction du déroulement de la grossesse, il nécessite d'être élaboré conjointement avec le professionnel qui la suit. [31]

En 2007, dans le carnet de maternité révisé par la Direction Générale de la Santé (DGS), se trouve une autre définition. Il y est décrit comme étant « l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant ». Le projet de naissance peut inclure « 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 » [43]. Cette définition sera reprise par la HAS dans les recommandations sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en 2016. [9]

Puis, en 2008, le professeur I. Nisand aborde lui aussi le sujet du projet de naissance. Il le définit comme « 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 ». Il explique que le projet de naissance permet de redonner aux femmes la maîtrise de leur accouchement, en maintenant des mesures de sécurité. Cela implique que les souhaits exprimés dans le projet de naissance soient discutés avec une sage-femme. Cet échange entre couples et sage-femme permettra de définir ce qui est possible pour l'accouchement. Il rappelle aussi que le projet de naissance n'est pas un contrat, et peut être modifié en cas de complication. Le projet de naissance est un outil pour « montrer la préoccupation de l'équipe de respecter autant que faire se peut les désirs du couple ». [32]

Les femmes, elles, définissent le plus souvent le projet de naissance comme des souhaits concernant uniquement leur accouchement. C'est en effet ce que me confie Madame B, une patiente de 34 ans, avec qui je discute lors de la pose de l'APD :

*Note de terrain dans la maternité B :*

Madame B attend son premier enfant. Elle travaille aux ressources humaines dans une grande entreprise. Son mari est médecin généraliste. Sa grossesse s'est bien déroulée. Elle arrive en salle de naissance pour une mise en travail spontanée. Elle a préparé un projet de naissance, qui se trouve en devanture de son dossier. Elle souhaite une APD, et l'équipe d'anesthésie est disponible dès son arrivée. C'est moi qui suis allée l'accompagner pendant la pose de l'APD. Madame B me confie la redouter, ayant très peur des aiguilles. Je discute avec elle afin qu'elle se concentre sur notre discussion plutôt que sur l'aiguille dans son dos, et elle aborde le projet de naissance. Je lui demande alors à quoi cela correspond pour elle :

*« Pour moi, c'est un peu comme une liste de nos envies pour l'accouchement. Enfin, pas vraiment une liste, mais quelque chose qui nous sert à réfléchir à l'accouchement..., elle souffle sur une contraction. Moi c'est à ça que ça m'a servi. Et puis, aussi à dire ce qu'on ne voudrait pas. Même si je sais bien que c'est toujours imprévisible. Regardez, moi, je pensais que je pourrais ne pas avoir de péri, mais une fois les contractions arrivées, je ne me suis même plus posé la question ! Elle rit. »*

C'est ici un bon exemple de ce que peut représenter un projet de naissance pour les patientes. Le fait d'avoir pensé, puis d'avoir verbalisé ou écrit leurs souhaits leur permet de mieux vivre certains imprévus. Madame B rit devant cette situation qu'elle avait pourtant

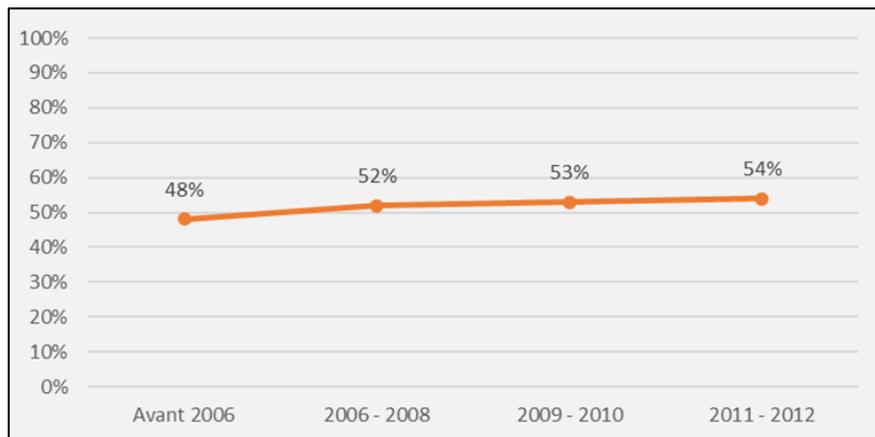
espérée autrement. La liste de souhaits de ces patientes n'est pas immuable, leurs souhaits peuvent évoluer en fonction des situations.

Ces différentes définitions se complètent les unes aux autres. En somme, le projet de naissance correspond à un projet global autour du suivi de la grossesse, de la naissance et jusqu'à la période du post-partum. Après avoir posé le concept du projet de naissance, intéressons-nous maintenant à son élaboration et son contenu.

## Partie 2 : Le projet de naissance, de son élaboration à son contenu

### A – L'élaboration du projet de naissance

Comme cité précédemment, d'après une étude du CIANE en 2012, les femmes sont plus nombreuses à exprimer des souhaits concernant leur accouchement en 2011 (57%) qu'en 2005 (36%). De même, on remarque en parallèle de ce résultat que la part des projets de naissance est en hausse entre 2005 et 2009, comme représenté dans la Figure 1 ci-après. [25]



**FIGURE 1 :** POURCENTAGE DE FEMMES AYANT EXPRIME DES DEMANDES OU DES SOUHAITS PARTICULIERS CONCERNANT LE DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Après le souhait d'écrire un projet de naissance, vient le temps de son élaboration. Cette étape soulève plusieurs interrogations : à quel moment de la grossesse le projet de naissance est-il abordé ? Qui aborde le sujet ? Où les femmes trouvent-elles les idées de demandes et souhaits qu'elles peuvent y formuler ?

#### 1. L'Entretien Prénatal Précoce (EPP)

La HAS recommande de l'aborder lors de la PNP. Au cours de mes observations, j'ai pu me rendre compte qu'il est, le plus souvent, évoqué au moment de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP). Ce dernier est réalisé en début de grossesse, en général vers le quatrième mois, par le professionnel qui suit la grossesse, le plus souvent par les sages-femmes. Le but de ce rendez-vous est de faire le point avec la femme sur son état de santé, de lui expliquer le suivi de la grossesse, et c'est aussi l'occasion de discuter de l'accouchement.

D'après l'ENP de 2016, l'EPP est plus répandu en 2016 qu'en 2010. Cependant, bien que plus répandu et remboursé à 100% par l'assurance maladie, seulement 28,5% des femmes l'effectuaient en 2016. L'enquête mettait en lumière des inégalités d'accès à cet entretien en fonction de l'investissement des régions ou des réseaux de santé en périnatalité. Cependant, ce rendez-vous est devenu obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> mai 2020, cela va peut-être permettre d'effacer une certaine part de ces inégalités. [26]

De plus, la « commission 1000 premiers jours » est un projet lancé en 2019 par la Président de la République. Elle est composée d'experts, et concerne la période allant du quatrième mois de grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant. C'est une « période essentielle pour le bon développement et la construction de l'enfant ». Elle « conditionne la santé et le bien-être de l'individu tout au long de sa vie. » C'est une politique de santé publique au cœur de l'action du gouvernement. En octobre 2020, le rapport de cette commission fait de l'EPP une priorité, avec notamment un budget conséquent consacré à « faire la promotion de cet entretien auprès de l'ensemble des parents ». Ce deuxième point, en plus du fait que cet entretien soit devenu obligatoire, va peut-être permettre d'effacer d'autant plus les inégalités d'accès à celui-ci. [23, 24]

Lors de l'EPP, il est important que le projet de naissance puisse faire l'objet d'échanges entre les parents et les professionnels, afin de discuter des éventuelles contraintes propres à chaque structure d'accouchement. J'ai pu assister à quelques EPP, et bien que le projet de naissance y soit abordé au même moment que l'accouchement, il l'est le plus souvent uniquement à l'oral, sans forcément évoquer la possibilité de l'écrire. De plus, cet entretien est effectué assez tôt durant le parcours. Ce moment n'est peut-être pas toujours opportun pour parler d'accouchement avec les femmes, qui ne pensent pas forcément à cela si précocement durant leur grossesse, comme l'illustre la note de terrain suivante. De plus, cet entretien n'a, le plus souvent, pas lieu dans la maternité d'accouchement. En effet, dans la région de la maternité A, seuls 11,5% des EPP sont effectués dans les établissements [36]. Cet entretien peut aussi être réalisé par une sage-femme libérale (47,2% des EPP, selon l'ENP) [26]. Les EPP auxquels j'ai pu assister ont tous eu lieu chez la sage-femme libérale assurant le suivi de la femme. Par conséquent, la transmission de ce qui a été dit lors de cette consultation n'est pas toujours effective, à moins de reprendre ce sujet avec la femme lors des consultations de fin de grossesse dans le lieu d'accouchement. Je n'ai jamais vu ce sujet repris lors de ces consultations, ni à A, ni à B.

Note de terrain, dans un cabinet de sage-femme libérale :

Une femme enceinte de 24 SA arrive à sa consultation chez sa sage-femme libérale. Elle est accompagnée de son conjoint. La sage-femme prend une feuille blanche, un stylo, note le nom de la patiente, la date de son terme théorique, et commence à aborder la grossesse avec sa patiente. Elle lui demande son ressenti, comment elle va depuis le début de sa grossesse, comment elle et son conjoint ont accueilli la nouvelle de ce bébé.

*« On est content. Enfin, au début, c'était bizarre car ce n'était pas prévu pour tout de suite parce qu'on est juste arrivé dans la région et pas encore très installé. Mais on savait qu'on voulait des enfants, et on a tous les deux une situation professionnelle stable alors au final on est content de cette nouvelle, et puis nos familles aussi. »*

Les symptômes de début de grossesse, la première échographie, le suivi et les points administratifs (déclaration de grossesse, congés...) liés à la grossesse sont ensuite abordés par la sage-femme. Vient ensuite le moment de parler de l'accouchement :

*« Et pour l'accouchement, vous êtes inscrite dans une maternité ?* Demande la sage-femme.

*- Oui, c'est bon.*

*- Et vous, comment vous imaginez votre accouchement ? Vous y pensez un peu déjà ? Est-ce que vous avez des souhaits que vous voudriez formuler ?*

*- Hum... je vous avoue que je n'y pense pas encore vraiment. C'est vraiment flou tout ça pour moi, et puis, ça me paraît tellement loin ! »*

La sage-femme a ensuite donné des exemples de possibilités pour l'accouchement, comme avoir une APD ou non, accoucher sur le côté. Après, elle a expliqué les suites de couches avec les saignements qu'on appelle les lochies, puis le retour de couches. Enfin c'est le suivi du bébé qui a été abordé, avant de répondre aux éventuelles questions des futurs parents.

La réponse et les explications de la sage-femme face à ce couple paraît un peu discordant avec ce que dit la femme. La sage-femme reste dans la matérialité de l'accouchement en expliquant des choses qui paraissent encore très abstraites à la patiente. Cependant, ces explications permettent aussi à la femme de se projeter dans la naissance. C'est là l'occasion de lui donner de nombreuses informations pour la préparer à la naissance de son futur enfant.

Par ailleurs, certains professionnels réticents aux projets de naissance utilisent parfois le fait que les projets de naissance soient élaborés en dehors de l'établissement pour les dénigrer. Les propos, Stéphanie, sage-femme hospitalière, y font écho :

« *Le projet de naissance a été élaboré avec la sage-femme libérale qui n'a pas mis les pieds en salle d'accouchement depuis ses études !* »

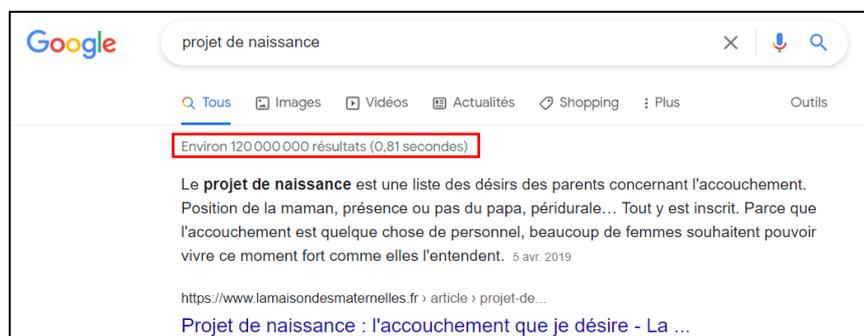
Les sages-femmes hospitalières peuvent considérer le travail en cabinet libéral comme moins intéressant, plus routinier. Pour elles, ce dernier est moins valorisant. Ainsi, les propos comme ceux de Stéphanie sont assez courants en salle de naissance.

La recommandation de la HAS d'aborder le projet de naissance lors de la PNP est donc globalement appliquée, d'après mes observations. Il est en effet régulièrement évoqué lors de des différents EPP auxquels j'ai assisté, mais il est parfois seulement abordé lorsque la femme en parle. Mathilde par exemple, une sage-femme libérale qui n'est pas favorable à l'écriture du projet de naissance, n'en parle pas, sauf si la patiente lui pose une question à ce sujet. Ceci la met en porte-à-faux vis-à-vis des recommandations de la HAS.

Cependant, avoir l'information qu'il est possible d'écrire un projet de naissance ne suffit pas forcément aux femmes pour savoir ce qu'elles peuvent y écrire. Voyons donc où elles peuvent trouver ces informations.

## 2. Internet

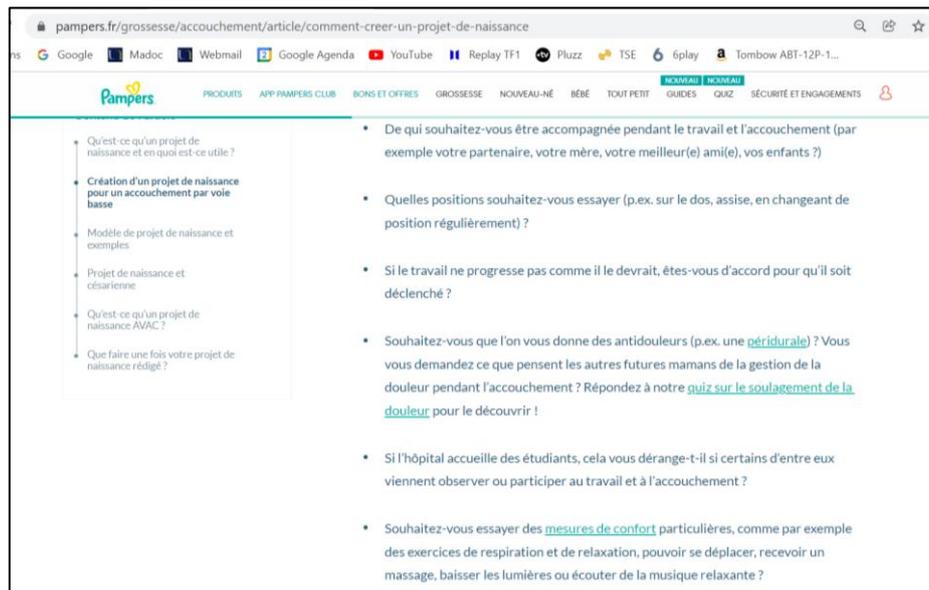
Il suffit de taper « projet de naissance » dans la barre de recherches de Google pour avoir des exemples de projets de naissance, des guides pour l'écrire, et même des projets pré-écrits avec des cases à cocher. On compte 120 000 000 résultats pour cette recherche (Figure 2) !



**FIGURE 2 :** NOMBRE DE RESULTATS POUR LA RECHERCHE "PROJET DE NAISSANCE" SUR

GOOGLE

Le site de la marque de couches Pampers® par exemple, propose un article entièrement destiné à aider à la rédaction de son projet de naissance, que l'accouchement se fasse par voie basse ou césarienne. On peut lire dans un article du site, intitulé « Comment créer un projet de naissance », des propositions de souhaits telles que la position pendant l'accouchement, le moyen d'analgésie, le choix d'alimentation pour le bébé, et bien d'autres idées encore (Figure 3). [44]



**FIGURE 3 :** IDEES DE SOUHAITS POUR L'ACCOUCHEMENT, SUR LE SITE PAMPERS®

D'autres sites Internet, dédiés aux futurs parents, et pas toujours très scientifiques, proposent des idées à soumettre dans son projet de naissance. Ce sont par ailleurs les sites qui sont proposés en premier dans les réponses de recherche Google. Nombre de personnes cliquent par habitude sur le premier lien qui leur est proposé, sans faire attention à la source. Bien que les sites tels que Pampers® donnent des idées de souhaits plutôt cohérents avec les pratiques, d'autres sites contiennent des informations plus médicales.

En effet, certaines maternités proposent sur leur site internet des idées à glisser dans son projet de naissance. Par exemple, on retrouve sur le site de la maternité du CHU d'Angers quelques propositions de souhaits tels que « je ne veux pas être perfusée », ou « je préfère accueillir l'enfant avec douceur et recourir le moins possible à des gestes médicaux ». Il est précisé aussi sur le site que toutes les demandes du projet de naissance ne pourront peut-être pas forcément être satisfaites, et qu'il doit être discuté avec l'équipe soignante au préalable. C'est le cas dans la maternité B, le projet de naissance est abordé en consultation, signé par le soignant qui a effectué la consultation, puis conservé dans le dossier de la patiente.

Les projets de naissance sont avant tout un projet personnel, réfléchi par un couple, et c'est aussi ce qui peut en faire leur singularité. Cependant, les exemples de souhaits que l'on peut retrouver sur différents sites Internet peuvent guider les futurs parents dans l'écriture de leur projet. Au-delà de leur donner des pistes de réflexion, ceci peut les informer sur ce qui peut se passer lors de la naissance de leur enfant. Malgré tout, comme pour toute information, il convient de rester vigilant aux sources et aux sites que l'on consulte.

Internet prend donc une place importante dans les outils permettant d'aider les couples à écrire leur projet de naissance. Depuis une dizaine d'années, les réseaux sociaux prennent aussi de plus en plus de place dans l'information des jeunes adultes.

### 3. Les réseaux sociaux

Par ailleurs, les réseaux sociaux font aujourd'hui partie intégrante du quotidien de bon nombre de personnes. Il s'y trouve de nombreux comptes traitant de la maternité, du post-partum et de la santé des femmes en général. On peut notamment citer ici la plateforme Instagram. Ces comptes sont parfois créés par des professionnels de la périnatalité, comme des sages-femmes, des puéricultrices, auxiliaires de puériculture ou encore des internes ou des médecins. D'autres, plus personnels, sont créés par des patientes. Les femmes peuvent y raconter leur grossesse, leur accouchement, parler du post-partum. De nombreux blogs abordent aussi les sujets de la grossesse et de la parentalité ; on peut en effet y trouver de multiples récits d'accouchements.

On découvre aussi ces dernières années le format podcast, s'apparentant à des émissions de radio. De la même façon que les comptes Instagram, les podcasts sont parfois animés par des professionnels de santé, et peuvent faire intervenir des usagers du système de soins.

Ces nouveaux moyens de communication sont devenus une source importante d'informations pour les femmes durant leur grossesse. C'est aussi un moyen simple de trouver des réponses à leurs questions, notamment à celles qu'elles n'osent pas toujours poser aux professionnels. De plus, les sujets abordés sont parfois des sujets un peu oubliés voire tabous, souvent méconnus des femmes avant la grossesse. Par exemple, on peut trouver des informations sur les fuites urinaires, sujet qui est encore tabou dans la société.

Les comptes sont parfois très suivis, comme par exemple celui de charline.sagefemme, suivi par 90 000 personnes, où Charline, une sage-femme, aborde tous les sujets touchant les femmes, de la contraception au post-partum. Le compte et l'émission « La maison des

maternelles » est aussi très populaire auprès des femmes, on compte 343 000 abonnés sur le compte Instagram de l'émission. Le podcast « Les sages-femmes en parlent » compte par exemple environ 5 000 abonnés. Il est animé par une sage-femme, qui fait intervenir d'autres sages-femmes afin de parler de maternité, d'accouchement, de post-partum, de gynécologie, et d'accompagnement global des femmes. Un autre podcast, « Le nid », aborde les mêmes sujets que le précédent, mais fait, en plus des professionnels, intervenir des parents. Il compte un peu plus de 11 000 abonnés. [45 – 48]

Les patientes trouvent donc l'information sur le projet de naissance de plusieurs façons, que ce soit lors de l'EPP au quatrième mois ou plus tard lors de consultations, ou encore sur Internet. L'important reste le fait que leur réflexion puisse mener à une discussion avec les professionnels de santé.

#### 4. L'échange avec les professionnels de santé après avoir écrit un projet de naissance

Après avoir construit son projet de naissance, il est intéressant que celui-ci puisse faire l'objet d'échanges avec les soignants avant le jour de l'accouchement. En effet, cela peut permettre de reprendre les souhaits énoncés par la femme pour apporter des explications sur ce qu'il est possible ou non de faire. De cette façon, si certaines demandes ne sont pas réalisables dans l'établissement où choisit d'accoucher la femme, elle le saura à l'avance et ne sera pas surprise lors de la naissance.

Dans certains établissements, le projet de naissance est systématiquement abordé lors de la consultation du huitième mois. Si la femme souhaite en écrire un, elle devra ainsi le ramener à la consultation suivante. Celui-ci sera alors discuté avec la sage-femme ou l'obstétricien, puis laissé dans le dossier de la patiente, daté et signé par le soignant. Seuls les projets de naissance qui auront été vus et validés seront acceptés ensuite.

#### Note de terrain, au cours d'une discussion avec une étudiante sage-femme :

Lors d'une discussion à propos de l'organisation de nos différents lieux de stage, Lola, étudiante sage-femme en dernière année, m'explique :

*« Dans la maternité où je fais mon stage ils acceptent les projets de naissance à condition qu'ils soient vus avant par une sage-femme. En fait la sage-femme en parle à la consultation du huitième mois, comme ça si la dame veut en faire un, elle le prépare pour la prochaine*

*consultation. Ensuite la sage-femme qui la revoit au neuvième mois en discute avec la patiente et elle lui dit ce qui est possible ou pas. Après le projet de naissance est laissé dans le dossier, comme ça on le voit directement quand la dame arrive en salle. »*

Lola me précise ensuite que la personne qui lit le projet y appose son nom et le signe, avec la date de la consultation. Ceci permet à l'équipe de savoir que celui-ci a été abordé et discuté au préalable, en consultation. De cette façon, seuls les projets de naissance qui ont été vus et acceptés par une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien sont acceptés.

Le fait que le projet de naissance soit annoté et signé lui fait gagner sa place dans le dossier médical. Il devient alors un document partagé avec tous les professionnels qui interviendront dans la prise en charge de la patiente. Dans la maternité B, les couples qui avaient proposé un projet de naissance étaient satisfaits de cette façon de faire, identique à celle que Lola explique dans l'observation. Ils ont le sentiment que leurs souhaits sont entendus par les professionnels. Le tampon apposé sur leur projet de naissance lui donne de la valeur.

De plus, certains souhaits peuvent être réalisables dans certains établissements mais ne pas l'être dans d'autres. Cette situation peut mener à de réelles difficultés dans la relation patient-soignant. En effet, les femmes ne peuvent pas connaître les pratiques de chaque établissement. Il peut par conséquent être compliqué pour elles de comprendre pourquoi certains actes leur sont présentés comme indispensables dans certaines maternités et pas dans d'autres. La note de terrain ci-dessous illustre ce propos.

*Note de terrain, dans la maternité A :*

La garde du samedi a été chargée, le tableau récapitulatif des salles est encore plein ce soir-là à notre arrivée. Les sages-femmes présentes dans la journée sont toutes derrière les ordinateurs à terminer de remplir leurs dossiers, en discutant entre elles. Peu à peu, l'équipe de nuit arrive au complet avec en premier les aides-soignantes, suivies des étudiants (sages-femmes et externes), puis enfin les sages-femmes. Une première sage-femme commence à transmettre ses dossiers. Elle transmet celui d'une deuxième pare, Madame A, qui doit avoir une maturation<sup>11</sup> du col avant un déclenchement pour suspicion de macrosomie<sup>12</sup> fœtale.

---

<sup>11</sup> Utilisation de différentes méthodes, pharmacologiques ou mécaniques, pour ramollir, effacer et dilater le col de l'utérus, en vue d'une mise en travail spontanée ou d'un déclenchement.

<sup>12</sup> Poids de naissance supérieur à 4 kilogrammes ou au 90<sup>ème</sup> percentile de la courbe de référence d'une population.

Dans le cas d'une macrosomie fœtale, il y a un risque de dystocie des épaules, c'est-à-dire l'absence d'engagement des épaules après l'expulsion de la tête fœtale. Cela mène à des manœuvres, qui peuvent être douloureuses. Il y a aussi un risque de césarienne pour disproportion fœto-pelvienne. Une APD est donc conseillée dans ces situations, et c'est pourquoi on préfère poser une perfusion aux patientes.

Cependant, la patiente avait déjà accouché deux ans auparavant d'un bébé pesant 3,9 kilogrammes. Le fœtus était estimé cette fois-ci à environ 4 kilogrammes. Le pronostic était donc plutôt favorable pour un accouchement voie basse.

Au-delà de cette situation particulière de suspicion de macrosomie, à A, une perfusion est posée systématiquement à toutes les patientes à leur entrée en salle de naissance.

*« Elle a accouché la première fois à Caen, un accouchement physio sans péri, apparemment elle n'avait même pas de perf ! Elle m'a quand même dit que l'équipe avait eu peur car elle avait saigné un peu mais je n'ai pas la quantité donc je ne sais pas si c'était une hémorragie, la sage-femme avait juste massé et c'était passé. Rassurez-vous, dit-elle à ses collègues, j'ai quand même réussi à négocier pour lui en poser une ! »*

Dans cet extrait, la sage-femme tente d'expliquer que Madame A ne comprenait pas certaines pratiques, qui étaient différentes de ce qu'elle avait connu lors de son premier accouchement dans une autre maternité. Elle ne comprenait notamment pas pourquoi il était indispensable de lui poser une perfusion, et que les soignants lui conseillaient tous de bénéficier d'une APD. La communication était difficile avec cette patiente, car les soignants avaient l'impression que Madame A ne voulait pas entendre les risques liés à la macrosomie fœtale, qui lui avait été énoncés. En effet, plus tôt dans la journée, le gynécologue-obstétricien de garde ce jour-là lui avait expliqué les risques que la macrosomie fœtale engendrait, à savoir dystocie des épaules, césarienne pour non-engagement, hémorragie de la délivrance, entre autres. Madame A avait compris ces risques, mais elle ne souhaitait quand même pas bénéficier d'APD, et ne comprenait pas plus en quoi la perfusion était systématique. Le dialogue était inexistant dans cette situation. En fin de journée, la patiente avait accepté finalement qu'une perfusion soit posée, ce qui avait représenté un soulagement pour l'équipe soignante. C'est pour résumer ce long chemin que la sage-femme utilise le terme « *rassurez-vous* », lorsqu'elle explique à ses collègues qu'elle a pu perfuser Madame A.

Dans cette situation, chacun des acteurs a le sentiment de ne pas être entendu par l'autre. Il s'agissait réellement ici d'une rupture de toute communication. Madame A exprimait tous

ses souhaits à l'oral. Elle avait une aisance particulière à expliquer ce qu'elle voulait, et ce qu'elle ne voulait pas ou ne comprenait pas. Elle n'avait pas préparé de projet de naissance et n'avait pas non plus fait part de ses souhaits lors des consultations de grossesse. Aucun de ses souhaits n'avaient donc pu être discuté avec l'équipe soignante en amont de ce jour-là. De plus, la charge de travail sur cette journée avait été telle qu'aucune véritable discussion n'avait été possible avec la patiente durant la journée. Madame A m'avait confié durant la nuit avoir eu l'impression de ne pas être écoutée, ni entendue par l'équipe. Cette situation met en lumière la nécessité que les souhaits des femmes soient discutés en amont du jour de l'accouchement avec l'équipe soignante. Ceci pourrait éviter des situations comme celles-ci, où ni les soignants, ni les patients, ne sont à leur aise. L'échange sur les demandes des femmes et couples semble donc primordial pour faciliter l'alliance qui doit se créer entre les professionnels et la patiente.

Ainsi, l'échange sur les souhaits et demandes des femmes avant le jour de l'accouchement semble primordial. Ceci permet aux femmes de parfois reformuler des souhaits en les adaptant aux pratiques courantes dans la maternité qu'elles ont choisie pour accoucher.

Après avoir vu à quel moment le projet de naissance est abordé, et comment il se construit, intéressons-nous maintenant aux caractéristiques des femmes qui en écrivent.

## B – Caractéristiques des femmes exprimant des souhaits

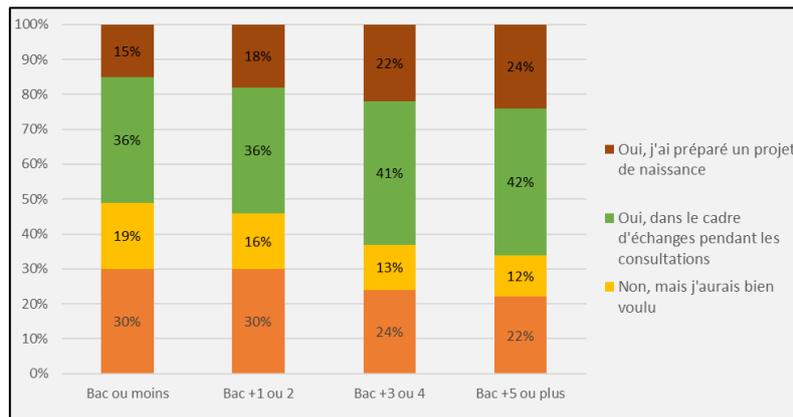
Après ces premiers constats, il me semblait intéressant de m'intéresser aux caractéristiques des femmes exprimant des souhaits pour leur accouchement. A travers les résultats de l'étude du CIANE citée précédemment, on peut retrouver des caractéristiques communes entre les femmes exprimant des souhaits. [25]

### 1. Le niveau d'études

La première caractéristique qui est citée dans l'étude du CIANE sur le respect des souhaits des femmes est le niveau d'études [25]. Au cours de mes observations, je relevais aussi les caractéristiques socio-économiques des patientes. Parmi celles-ci se trouvait le niveau d'études.

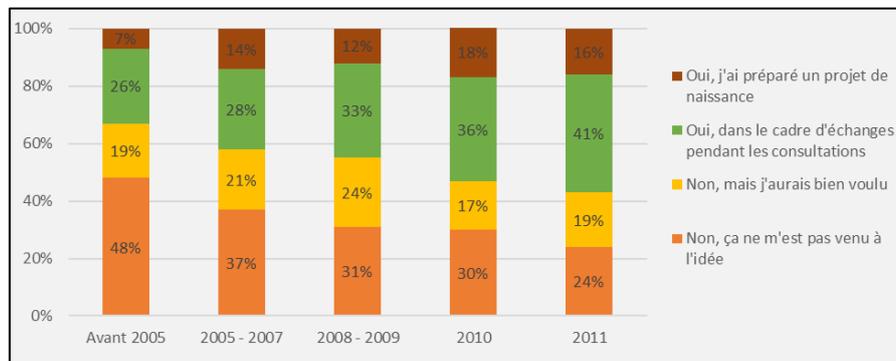
Il ressort de l'enquête du CIANE que les femmes ayant un niveau d'études plus élevé se sentent plus en capacité d'exprimer leurs souhaits et demandes face aux professionnels. En

effet, les femmes de niveau Bac+2 maximum sont environ 53% à exprimer des souhaits, alors que celles de niveau Bac+3 et plus sont 64% à en exprimer. Cela est représenté dans la Figure 4 ci-dessous [25]. C'est aussi ce qui est ressorti de mes observations. Les femmes qui présentaient un projet de naissance avaient la plupart du temps un niveau d'études au moins Bac+3. En effet, parmi les 10 femmes qui avaient écrit un projet de naissance, elles étaient 8 à avoir ce niveau d'études.

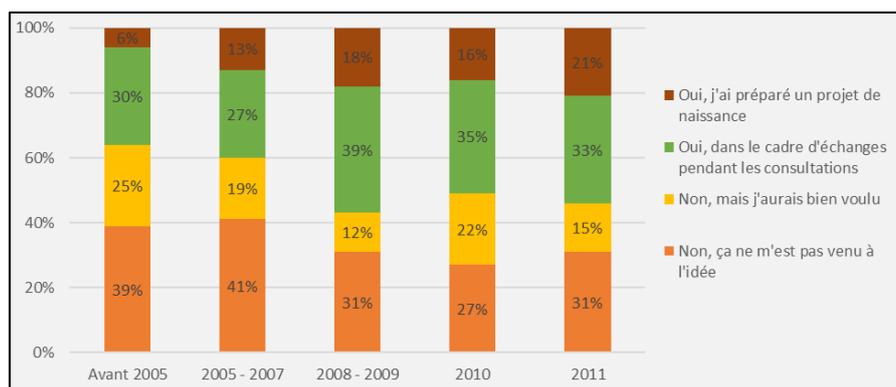


**FIGURE 4 :** EXPRESSION DE SOUHAITS EN FONCTION DU NIVEAU D'ETUDES (P<0,001)

Cependant, depuis 2010, toutes les femmes, quel que soit leur niveau d'études, expriment de plus en plus de souhaits. Cette proportion passe de 41,7% avant 2010 à 55,2% après 2010 (Figure 5 et Figure 6). [25]



**FIGURE 5 :** EVOLUTION DE L'EXPRESSION DES SOUHAITS CHEZ LES FEMMES AYANT UN NIVEAU D'ETUDES CORRESPONDANT AU BAC OU INFERIEUR SUR LA PERIODE D'AVANT 2005 A 2011 (N=1099, P<0,001)



**FIGURE 6 :** EVOLUTION DE L'EXPRESSION DES SOUHAITS CHEZ LES FEMMES AYANT UN NIVEAU D'ETUDES BAC+1 OU +2 SUR LA PERIODE D'AVANT 2005 A 2011 (N=1197, P<0,001)

On constate donc que les demandes des femmes ne se cantonnent pas à une seule partie de la population. Les femmes sont de plus en plus nombreuses à exprimer leurs souhaits, et ce quel que soit leur niveau d'étude. Cependant, l'expression de ces souhaits reste un peu plus fréquente chez les femmes de niveau d'études supérieur au bac.

Le niveau d'études n'est pas la seule caractéristique ressortant parmi les femmes exprimant des souhaits pour l'accouchement.

## 2. Le nombre d'enfants

Le critère de la parité<sup>13</sup> est aussi ressorti des caractéristiques communes aux femmes élaborant un projet de naissance.

Ce sont en effet plus souvent les multipares qui écrivent des projets de naissance, les primipares n'étant pas toujours informées que cela est possible, ou ne sachant pas quoi demander. 7 femmes sur les 10 ayant écrit un projet de naissance étaient des multipares dans les observations. Voici quelques paroles de femmes ayant répondu à l'enquête du CIANE à propos de la parité :

### *Témoignages issus de l'enquête du CIANE : [25]*

« A l'époque c'était mon 1<sup>er</sup> accouchement et personne ne m'avait dit que je pouvais exprimer des demandes ou souhaits ; du coup je ne savais pas, donc j'ai fait comme on m'a dit. »

<sup>13</sup> Nombre d'enfants qu'a une femme. Prend en compte toutes les grossesses de plus de 22 semaines d'aménorrhée. On parle de primipare si la femme n'a pas encore d'enfant, de multipare à partir de deux enfants.

« La procédure (le protocole) est présentée comme immuable, non négociable, une primipare ne sait pas qu'elle peut demander/exiger certaines choses et n'ose pas. Je n'arrivais pas à comprendre le côté systématique de l'épisiotomie et on m'a présenté comme un "fait" presque acquis. »

« 1<sup>er</sup> accouchement = naïveté et ignorance, j'ai réalisé après-coup que des gestes inadaptés avaient été pratiqués par la sage-femme (expression abdominale notamment), je la tiens au moins pour partie responsable de mon hémorragie de la délivrance et de l'épuisement total qui s'en est suivi. De plus épisio et menace de forceps alors que l'accouchement a été très rapide... »

Le fait d'avoir déjà accouché permet aux femmes de mieux savoir quoi demander pour un prochain accouchement. En effet, nombre de multipares qui écrivent des projets de naissance se servent d'une première expérience comme base pour essayer de mieux s'approprier la deuxième.

*Note de terrain dans un cabinet de sage-femme libérale :*

Lors d'une séance de PNP, une femme attendant son deuxième enfant explique pourquoi elle a souhaité écrire un projet de naissance :

*« Moi, j'écris un projet de naissance. Ça me permet de penser que les choses peuvent être différentes pour le deuxième, après le premier accouchement duquel j'ai un mauvais souvenir. Je me réapproprie ce moment pour envisager d'être plus sereine le jour J et ça m'aide. »*

Par ailleurs, le fait de retrouver une plus grande proportion de multipares parmi les femmes exprimant des souhaits comporte un biais. En effet, un certain nombre de primipares ont aussi des souhaits, voire préparent des projets de naissance, mais n'osent pas toujours les présenter aux soignants. D'après mes observations, j'ai constaté que nombre d'entre elles étaient des primipares, ne se sentant pas légitimes à demander quoi que ce soit. Beaucoup d'entre elles regrettent par la suite de ne pas avoir osé discuter ou demander des informations au personnel, qu'elles aient ou non préparé un projet de naissance. Voici à nouveau quelques exemples :

Témoignages issus de l'enquête du CIANE : [25]

« Pour mon prochain accouchement, je mettrai en place un projet de naissance et je n'hésiterai pas à faire des demandes car mon premier accouchement ne m'a pas plu du tout et j'ai été très frustrée de tous ces choix médicaux pour lesquels on ne vous demande pas votre avis. »

« S'agissant de mon premier accouchement, je ne savais pas trop où je mettais les pieds. J'aurais aimé plus d'infos sur le déroulement de l'accouchement, comme les différentes positions existantes, même si à l'époque, elles n'étaient pas prises en compte dans cet hôpital, semble-t-il. »

Mathilde est sage-femme libérale. Elle a une activité variée, et anime notamment des séances de PNP. Elle répartit ses patientes par groupes de trois pour ces cours, en fonction de leur date de fin de grossesse, leur nombre d'enfants, leur souhait d'alimentation pour leur bébé... Elle confirme ce constat, et me confie que « *souvent, à un premier accouchement, les femmes se laissent porter car c'est l'inconnu mais regrettent ensuite en se disant qu'elles n'ont pas osé demander telle ou telle chose.* »

On remarque aisément à travers ces différents témoignages que l'instauration d'un dialogue entre les femmes et les soignants semble essentiel pour un bon accompagnement de ces dernières au cours de leur accouchement. Cela permettrait aux femmes d'oser formuler leurs souhaits plus facilement, et aux professionnels de leur expliquer dans quelle mesure ceux-ci sont ou non réalisables, et ainsi de mieux répondre à leurs attentes.

Un niveau d'étude élevé et la multiparité sont donc deux caractéristiques représentant une grande partie des patientes écrivant des projets de naissance. Le niveau d'étude peut être corrélé au fait qu'écrire un projet de naissance suppose de savoir lire et écrire. Par ailleurs, je n'ai pu voir que des projets de naissance rédigés en français. Le critère de multiparité, quant à lui, suppose que plus l'âge de la patiente est avancé, plus celle-ci écrira facilement un projet de naissance. Les patientes non francophones ou en situation d'illettrisme sont d'ailleurs d'emblée des patientes que je n'ai pas observées. Ainsi, le projet de naissance peut aussi causer une exclusion de ces femmes, et une négation de leurs souhaits. Au-delà des caractéristiques intrinsèques, l'expression des demandes dépend également de caractéristiques extrinsèques. Celles-ci correspondent au suivi prénatal, aux séances de PNP, et donc au rôle des soignants. Il importe à chaque soignant d'informer chaque femme, quelque soit son origine, que la grossesse ait été bien suivie ou non, sur la possibilité d'émettre des demandes pour l'accouchement.

Après avoir vu comment les femmes se renseignaient sur le projet de naissance, et quelles étaient les caractéristiques communes à celles qui en écrivent, voyons maintenant quels souhaits y sont exprimés.

## C – Les souhaits exprimés

Nous allons maintenant étudier les demandes les plus fréquentes que formulent les femmes à travers leur projet de naissance. A nouveau, nous ferons le parallèle entre ceux-ci et les résultats de l'ENP [26].

### 1. La liberté de mouvement et le choix de la position d'accouchement

Selon l'enquête du CIANE sur le respect des souhaits pendant l'accouchement, les femmes sont tout d'abord particulièrement demandeuses de leur liberté de mouvement pendant le travail et notamment du choix de la position d'accouchement. Beaucoup souhaitent accoucher à quatre pattes ou sur le côté, et souhaitent éviter la position gynécologique utilisée le plus souvent [25]. D'après l'ENP, le décubitus dorsal reste en effet la position privilégiée au début des efforts expulsifs (89%) et pendant l'expulsion (95,5%) [26]. Pourtant, la demande des femmes de choisir elles-mêmes la position d'accouchement n'a rien d'extravagant. Il est en effet possible de commencer l'accouchement dans une certaine position, et d'en changer si celle-ci ne convient pas. Cette question est souvent discutée lors des présentations de projets de naissance.

#### Note de terrain, en consultation :

Valérie a 56 ans, elle travaille en tant que sage-femme dans la maternité A, à la fois dans le service de consultations prénatales et en salle de naissance.

Une femme présente son projet de naissance, lors de sa consultation du neuvième mois. Valérie prend le temps de le lire, puis lui explique :

*« Alors, sachez qu'au début des efforts expulsifs, vous pouvez adopter la position que vous souhaitez. Mais par contre, quand vous avez une péridurale, ça peut être plus difficile car vous sentez moins les choses, et nous, dans cette position, on ne peut pas beaucoup vous aider. Mais on peut aussi arranger la position gynéco sans forcément mettre les pieds dans les étriers par exemple. »*

Lors des séances de PNP, les sages-femmes libérales expliquent souvent les différentes postures qui peuvent favoriser l'engagement et la descente du fœtus dans le bassin. Les sages-femmes libérales peuvent notamment expliquer que le fœtus peut se positionner avec le dos en arrière. Cette position est souvent à l'origine d'un travail plus long, car l'accommodation fœto-pelvienne se fait moins bien dans ce cas. Souvent, elles expliquent que se mettre à quatre pattes peut aider le fœtus à tourner son dos en avant. Cette position est régulièrement proposée durant le travail, mais aucune étude n'a prouvé son efficacité sur la rotation des fœtus [33, 14]. Ceci n'est pas dit aux patientes. Les sages-femmes libérales ne sont donc pas toujours au fait des recommandations sur les rotations. Ces changements de position améliorent la satisfaction des femmes de l'accouchement, ce qui constitue aussi un des objectifs des séances de PNP. Les femmes se sentent plus actrices de ce moment, et leur permet finalement peut-être de mieux accepter une éventuelle rotation manuelle du fœtus.

Note de terrain, dans la maternité A :

Madame V est arrivée en fin de matinée, pour un travail spontané. Elle et son conjoint attendent leur premier enfant.

Il est environ 16 heures lorsqu'elle appelle l'équipe car elle souhaite faire le point sur l'avancée du travail. Elle se plaint aussi de douleurs dans le dos, à chaque contraction, et souhaite une APD. L'équipe d'anesthésie n'est pas disponible tout de suite, et elle doit patienter. En attendant, elle nous demande s'il y a une astuce pour calmer un peu ses douleurs.

« *Votre bébé regarde vers le ciel, explique la sage-femme, c'est ça qui vous donne des contractions dans le dos. Peut-être que si vous avez la force on peut essayer de se mettre à quatre pattes, des fois ça aide le bébé à se tourner dans le bon sens.*

- *Ah oui, c'est vrai que la sage-femme avait parlé de ça pendant la prépa<sup>14</sup> ! On peut essayer, oui. »*

Les sages-femmes libérales prennent beaucoup de temps pour expliquer les différentes postures aux patientes lors des séances de PNP. C'est moins le cas pour les sages-femmes hospitalières. Ceci peut être expliqué par le manque de personnel ainsi que la charge de travail importante en salle de naissance. En effet, régulièrement, les sages-femmes hospitalières se plaignent de ne pas avoir pu accompagner les femmes comme elles le souhaiteraient.

---

<sup>14</sup> Fait référence aux séances de PNP.

Note de terrain, dans la maternité A :

La garde a été particulièrement chargée ce jour-là. Dans le vestiaire où les soignants se changent avant et après chaque journée de travail, j'entends une des sages-femmes présentes dire à sa collègue :

*« Je déteste les journées comme ça, j'ai l'impression de faire du mauvais travail avec les dames. La dame en salle 11, je l'ai laissée super longtemps allongée sur le dos après la pose de péri, du coup ça n'a pas avancé et je la laisse juste à 5 alors que c'était hyper favorable... Si je l'avais au moins mise en tailleurs je suis sûre qu'elle serait au moins à 7 ! »*

Dans cet extrait, on voit que la liberté de mouvement souhaitée aussi bien par la sage-femme que par la femme n'est pas toujours observée. C'est pourtant une demande réalisable, mais les contraintes logistiques la font parfois passer au second plan. Qu'en est-il des autres demandes ?

## 2. Un accompagnement personnalisé dans la gestion de la douleur

La possibilité d'un accompagnement personnalisé dans la gestion de la douleur est aussi régulièrement retrouvée dans les souhaits des femmes. Elles souhaitent notamment pouvoir choisir le moment de la pose de l'APD et son dosage.

L'utilisation d'une APD dans le cas d'un travail spontané ou déclenché a augmenté entre 2010 et 2016 [26]. Au cours de mes observations, j'ai en effet assisté à un nombre restreint d'accouchement sans APD. Cependant, la majorité des femmes souhaitaient attendre que ce soit elles qui demandent l'anesthésie. Certains professionnels s'interrogent sur cette demande, comme cette infirmière anesthésiste discutant avec une femme pendant la préparation de la pose de l'APD dans la maternité A :

*« Mais pourquoi vous voulez toutes attendre le plus longtemps possible ? C'est quand même plus agréable de ne pas avoir mal non ? En plus pour nous aussi, c'est plus simple ! »*

Il ressort de cette remarque le rôle très différent de chaque professionnel en salle de naissance. La sage-femme est au contact des patientes, s'enquière de leur prise en charge globale, parle avec elles. L'anesthésiste et les infirmiers anesthésistes, eux, sont plus distants. Leur priorité est de soulager la douleur, comme l'illustre la situation ci-dessus. [10]

Par ailleurs, la fréquence des rachianalgésies et Rachianalgésie-Péridurales Combinées (RPC) est restée stable à un taux très faible en France. Parmi les femmes ayant bénéficié d'une APD ou d'une RPC, un peu plus de la moitié a pu utiliser une PCEA<sup>15</sup>. Cette dernière permet aux femmes de contrôler elles-mêmes le dosage de l'anesthésie via une pompe pour demander ou non des bolus en plus des doses horaires, sans aucun risque de surdosage. La part des PCEA a augmenté d'environ 15% entre 2010 et 2016, et la satisfaction des patientes en est importante [26, 35]. Dans mes différents lieux d'observations, la PCEA avait été adoptée déjà depuis plusieurs années. [26]

En 2016, plus d'un tiers des femmes avait utilisé une méthode non médicamenteuse pour gérer la douleur durant le travail. Cette méthode était utilisée seule ou en association avec une analgésie médicamenteuse telle qu'une APD. Ce pourcentage n'était que de 14,3% en 2010. Les méthodes utilisées et leur efficacité prouvée sont variées, on y retrouve la marche, différentes postures, l'hypnose ou encore l'acupuncture.

Les premières demandes de femmes peuvent donc faire écho à une volonté d'accoucher sans prise en charge médicamenteuse de la douleur. Nous allons voir par la suite que les autres demandes coïncident avec cette idée.

### 3. Le refus de l'épisiotomie ou d'autres gestes invasifs

Ensuite, on peut fréquemment retrouver parmi les demandes des femmes le refus de l'épisiotomie ou de tout geste invasif, en l'absence d'une nécessité médicale sérieuse. Ce souhait fait souvent réagir les professionnels. Mathilde, sage-femme libérale, après avoir accueilli une patiente lui demandant son avis sur son souhait d'écrire un projet de naissance, me confie :

*« Moi, je ne suis pas forcément pour l'écriture d'un projet de naissance. C'est vrai, aucune sage-femme n'a envie de faire une épisio pour faire une épisio, ou une ventouse. On préfère que tout se passe bien pour les dames. Et on ne fera jamais ça si ce n'est pas nécessaire. C'est quand même mieux pour tout le monde quand tout se passe bien ! »*

---

<sup>15</sup> PCEA = patient controlled epidural analgesia. Pompe sur laquelle la femme peut appuyer lorsqu'elle bénéficie d'une analgésie péridurale, pour demander l'injection d'un bolus.

Les recommandations du collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) de 2005 préconisent de ne plus faire d'épisiotomie systématique [34]. Ces recommandations sont effectivement bien appliquées. La fréquence des épisiotomies a nettement diminué. D'après l'ENP, environ un tiers des primipares et 10% des multipares en ont eu une en 2016 [26]. J'ai pu accéder aux données statistiques sur les accouchements dans la maternité A. La proportion d'épisiotomies suit une baisse continue entre 2010 et 2020, de 20% à 4,23%. Les épisiotomies sont un peu plus fréquentes dans la maternité B, où elles concernent 7,3% des accouchements en 2019.

Note de terrain, dans la maternité A :

Lors d'une garde plus calme, les étudiantes sages-femmes présentes et les sages-femmes discutent de ce sujet. Il y a quatre étudiantes en fin de 3<sup>ème</sup> année, deux d'entre elles ont vu une épisiotomie durant tous leurs stages. Une sage-femme diplômée depuis deux ans dit qu'elle-même n'en a jamais fait depuis son diplôme, et même qu'elle ne se sentirait probablement pas à l'aise pour en suturer une si elle y était confrontée. Les sutures font partie des compétences des sages-femmes et sont abordées pendant les études. Cependant, sans les pratiquer, le geste paraît forcément plus compliqué. Une deuxième sage-femme, plus âgée que la première, dit alors :

*« C'est fou comme les pratiques ont évolué... Dire que quand je suis sortie de l'école on faisait des épisio à tout le monde dès que le périnée commençait à s'amplifier... C'est sûr qu'on ne se posait pas la question de savoir si c'était nécessaire ! Et ça ne choquait personne. Enfin, c'est sûr que c'est mieux maintenant parce que j'ai dû en faire des épisio non justifiées... Mais quelque part c'est un peu problématique si vous n'en faites jamais parce que le jour où vous serez obligées d'en faire une, vous n'allez même pas savoir la recoudre... Vous ferez comment ? »*

Par ailleurs, d'après un mémoire de sage-femme, cette appréhension de l'épisiotomie fait écho au sujet des violences obstétricales. Souvent, l'information sur l'épisiotomie est faite au cours de la PNP ou de la grossesse. Cependant, le consentement est encore loin de faire consensus. En effet, la plupart des femmes expliquent avoir été mises au courant de la nécessité d'une épisiotomie, au moment de faire l'épisiotomie ou après l'accouchement, mais sans que leur consentement soit recherché [15]. Un second mémoire s'intéresse au point de vue des

sages-femmes sur le consentement à l'épisiotomie. Plusieurs sages-femmes rapportent ne pas le demander systématiquement [16].

L'accouchement n'est peut-être pas le moment le plus opportun à l'information et le consentement à l'épisiotomie. Les consultations de fin de grossesse pourraient être des moments plus adaptés à cela, en même temps que l'abord du projet de naissance. L'utilisation de ce dernier est d'ailleurs promue dans un mémoire de sage-femme sur les violences obstétricales. Le projet de naissance était vu comme une façon d'améliorer le vécu des femmes sur leur accouchement [17].

Note de terrain, dans la maternité A :

Madame B est une deuxième pare de 33 ans. Elle a un projet de naissance. Il a été ajouté dans la pochette kraft contenant son dossier médical. Parmi ses souhaits, il y a notamment « je souhaite éviter une épisiotomie, si l'accouchement se déroule normalement. Si elle est nécessaire, je voudrais être prévenue avant ». La sage-femme, Christine, prend le temps de lire le projet de naissance avant d'aller rencontrer la patiente. Christine a environ 54 ans, et elle a toujours travaillé à l'hôpital. Elle me dit qu'au début de sa carrière, les projets de naissance n'existaient pas, et qu'elle ne savait pas vraiment quoi en penser.

*« Tu vois, je trouve que c'est bien d'un côté. Parce que moi quand j'ai commencé on ne se posait pas forcément la question de savoir si les femmes avaient des envies. Mais de l'autre, tu vois, parfois je ne sais pas trop quoi faire de leurs demandes. Par exemple, Madame B, elle dit qu'elle ne veut pas d'épisio, mais bon, des fois c'est nécessaire, tu comprends ? Et tu ne peux pas lui promettre à l'avance qu'elle n'en aura pas, parce que tu ne sais pas. Et moi, quand je vois que c'est nécessaire, ben je ne pense pas vraiment à demander à la dame si elle est d'accord ou pas, je la fais. Et puis je la préviens après... C'est urgent quoi, et si elle me dit non, je n'ai pas le temps de lui expliquer... »*

Il ressort de cet extrait une certaine appréhension d'un refus de la part des femmes. Christine n'est pas la seule soignante relatant cette appréhension [18]. Pourtant, Madame B, comme nombre de femmes dans leurs projets de naissance, expliquent simplement qu'elles aimeraient être prévenues avant une épisiotomie, si celle-ci était nécessaire. Je n'ai pas eu la chance d'assister à la suite de cette prise en charge pour savoir si les souhaits de Madame B ont été respectés ou si elle a finalement eu une épisiotomie, car elle a accouché après la fin de la garde. C'est une des limites de l'observation participante. J'ai pu remarquer dans ma pratique d'étudiante sage-femme que lorsqu'elles ont connaissance que les pratiques actuelles lors de

l'accouchement ne sont pas en faveur d'une épisiotomie systématique, les femmes ne la refusent pas si elle est nécessaire. Il en va de même pour d'autres gestes pouvant parfois être discutés dans les projets de naissance. Ceux-ci paraissent ici comme un possible support à l'information des femmes sur certains gestes, comme l'épisiotomie par exemple. Ils peuvent notamment permettre de recueillir le consentement des femmes, en amont de l'accouchement.

Enfin, quand les femmes expriment qu'elles souhaiteraient éviter tout geste invasif, elles parlent aussi ici des extractions instrumentales.

#### 4. L'appréhension des extractions instrumentales

Pour rappel, on compte plusieurs types d'instruments : les spatules, les forceps et la ventouse. Le choix d'utiliser tel ou tel instrument doit être fait en fonction de la hauteur et de la position du fœtus. Dans l'ENP, l'instrument le plus utilisé en cas d'extraction instrumentale est la ventouse [26].

Au cours de mes observations, j'ai pu assister à plusieurs extractions instrumentales. J'ai pu voir l'utilisation d'une ventouse dans la majorité des cas, ce qui coïncide avec le résultat de l'ENP. Je n'ai vu qu'une seule fois des spatules.

##### Note de terrain, dans la maternité A :

Lors d'une garde plus calme, un interne de dernier semestre<sup>16</sup> vient discuter avec les sages-femmes présentes. Il leur confie être moins à l'aise avec les spatules ou les forceps qu'avec la ventouse.

*« En fait on utilise tellement souvent la ventouse qu'on n'est pas forcément formé à d'autres instruments. Moi pendant super longtemps je n'ai vu que des ventouses, c'est le premier instrument que j'ai utilisé... J'ai appris il n'y a pas si longtemps comment bien me servir des spatules alors que je suis en dernier semestre quoi. Je me souviens qu'au début j'utilisais toujours la ventouse, même quand le bébé était haut et que ce n'était pas le truc le plus adapté... »*

Dans la maternité A, d'après les données sur les accouchements, la proportion d'accouchements par voie basse instrumentale évolue peu, environ 10 à 11% entre 2010 et

---

<sup>16</sup> Interne en fin de cursus.

2020. Parmi les différents moyens d'extractions, on remarque en effet que la ventouse est utilisée dans environ 70% des accouchements par voie basse instrumentale. En ce qui concerne les forceps, leur utilisation a diminué entre 2010 et 2020, en passant de 25% à 16%. Enfin, pour les spatules, leur fréquence d'utilisation est plutôt stable en dessous de 10%.

Finalement, lors des différentes observations, on peut remarquer que les principales demandes des femmes n'ont rien d'extravagant. Au contraire, elles sont très en lien avec les recommandations de pratiques professionnelles. Pourtant, les femmes sont quelquefois confrontées à des professionnels peu réceptifs à leurs demandes.

## D – Des professionnels parfois peu réceptifs

Malgré un milieu de soins basé sur la bienveillance dans le monde de la périnatalité, certains parents ont parfois toujours l'impression de ne pas être entendus. En effet, selon l'enquête du CIANE, certains d'entre eux rapportent avoir le sentiment que les professionnels n'ont pas forcément prêté attention à leurs demandes. L'enquête rapporte que ceci est particulièrement mal ressenti. En effet, les femmes pensent alors que les professionnels ne tiennent pas compte des informations qu'elles peuvent apporter sur leur état, voire même qu'ils ne les prennent pas au sérieux ou qu'ils leur dénie toute compétence. [25]

### Témoignages issus de l'enquête du CIANE : [25]

« Accouchement à 20 ans, j'ai été un peu traitée comme une gamine, et on n'a pas écouté nos demandes. »

« Pour un premier accouchement, on n'ose pas « crier trop fort » ou exprimer ses désirs pour l'accouchement. J'aurais voulu aller en baignoire, choisir ma position. Je ne l'ai peut-être pas revendiqué assez fortement, mais je ne me sentais pas assez écoutée. »

« Au moment de l'accouchement, il nous était impossible à mon compagnon et moi de demander quoi que ce soit. La communication n'était pas possible avec l'équipe et surtout la sage-femme. Nous nous sommes même fait disputer plusieurs fois (mon compagnon avait mis sa blouse à l'envers, j'étais trop douillette... et j'en passe). »

Ces trois verbatims sont très percutants, et rendent compte du ressenti assez violent de certaines femmes dans ces situations. Parmi les témoignages, on retrouve aussi dans bon nombre d'entre eux le fait qu'elles aient dû se plaindre longtemps de la douleur persistante

malgré une APD avant d'être écoutées. Autre fait marquant, on peut lire le verbe « infantiliser » dans beaucoup de témoignages pour rendre compte de leur vécu.

D'autres patientes dénoncent aussi le mauvais accueil qui est parfois fait aux projets d'accouchement. Dans certains cas, elles ont aussi ce sentiment alors même qu'elles ne font qu'exprimer un souhait. Les témoignages suivants relatent une ridiculisation des futurs parents, voire des moqueries, face à des souhaits qu'ils peuvent avoir.

Témoignages issus de l'enquête du CIANE : [25]

« Mon projet de naissance a reçu les moqueries de l'équipe soignante, avec photocopie de celui-ci pour diffusion large afin de montrer (je cite) notre irresponsabilité. Au final, après beaucoup de discussions et de pressions, il a été accepté par l'équipe. »

« Mes demandes initiales (accouchement physiologique, sans péri, mobilité, pas d'épisiotomie) ont été ridiculisées. On m'a dit que je n'arriverais jamais à accoucher sans péri et qu'il n'y avait absolument rien que l'on puisse reprocher à la péri ou à l'épisisio, d'ailleurs. »

Il m'est arrivé durant mes stages et observations d'assister à des scènes ayant particulièrement fait écho à ces extraits.

Note de terrain, dans la maternité A :

C'est un dimanche matin, au moment des transmissions. L'équipe de la journée arrive en riant dans le couloir. Les quatre sages-femmes sont contentes de travailler ensemble aujourd'hui, elles s'entendent bien. Elles ont toutes environ le même âge, entre 40 et 45 ans. Elles arrivent dans le bureau des sages-femmes et ferment la porte. Chacune des sages-femmes de la nuit transmet ses dossiers. A la fin, l'une d'entre elles, Audrey, se charge d'écrire le numéro des salles sur un papier pour faire le tirage au sort qui servira à la répartition des patientes entre les sages-femmes. Elle demande en même temps à l'équipe de nuit :

« C'est tout ? Pas de projet de naissance ou de truc foireux ? »

Cette remarque fait rire tout le monde dans la pièce, sauf les deux étudiantes sages-femmes présentes ce matin-là et une auxiliaire de puériculture tout juste arrivée dans le service.

Cette scène m'a interpellée. Le projet de naissance était comparé à un « truc foireux ». De plus, la réaction des soignants les plus âgés était différente de celle des plus jeunes. Les

premières n'ont pas toujours connu les projets de naissance, ce qui n'est pas le cas pour les secondes. C'est peut-être ce qui explique cette différence de point de vue. Il est en effet toujours plus difficile de remettre en question ce que l'on a appris et les pratiques qui nous sont familières. C'est là l'importance de la formation continue, essentielle à l'exercice du soignant.

Lors d'une garde ultérieure, une autre situation a fait écho aux témoignages cités plus haut :

Note de terrain, dans la maternité A :

C'est un samedi, lors d'une garde de jour. Le début de matinée a été chargé, avec plusieurs accouchements et beaucoup de patientes en salle d'accouchement. Madame X est arrivée depuis la fin de nuit. Elle a préparé un projet de naissance, dans lequel elle évoque le souhait d'un accouchement le plus naturel possible, si possible sans APD. Son accouchement a dû être déclenché, et la sage-femme qui s'occupe d'elle a débuté le déclenchement le matin en rompant la poche des eaux. Vers onze heures, la dilatation du col est toujours identique à celle du début de journée. L'ERCF montre que le bébé commence à ne plus aussi bien supporter les contractions. La question de la césarienne commence à se poser pour cette patiente.

Au moment des transmissions ce matin-là, la sage-femme qui s'était occupé de Madame X durant la nuit avait commencé par dire : « *Elle a un projet de naissance, elle veut un accouchement naturel sans péri ni rien. Vous reverrez avec elle parce que je ne sais pas pourquoi mais je ne la sens pas accoucher voie basse !* ».

Le sujet a été réabordé par Marina, la sage-femme, lorsqu'elle est allée se présenter au début de sa garde. Madame X a redit à l'oral ce qui était écrit dans son projet, à savoir un accouchement si possible sans APD, et à quatre pattes, et faire du « peau à peau » tout de suite après la naissance de son enfant. Elle voulait éviter tout geste invasif si non nécessaire, mais comprenait qu'on puisse être amené à le faire si nécessaire, à condition d'en être informée.

Lorsque l'idée de la césarienne lui est annoncée, elle se met à pleurer. Elle n'a pas envisagé cette option auparavant et se retrouve déstabilisée. En effet, elle ne s'est aucunement préparée à cette annonce. Ce qui a pour effet de renforcer sa déception.

Marina ne sait pas vraiment comment réagir face à cela. Rapidement, elle coupe court à la discussion. Elle s'exclame en sortant de la salle :

« De toute façon, à chaque fois qu'elles font des projets de naissance, ça se passe toujours mal ! Tu pouvais être sûre qu'elle finirait en césarienne ! »

En retournant auprès de ses collègues, ces dernières demandent comment Madame X a réagi à l'annonce, au vu du projet de naissance dont avait fait part la sage-femme de la nuit.

La remarque de la première sage-femme, en début de garde, a pu influencer Marina dans sa prise en charge. En effet, ce commentaire un peu méprisant donne un préjugé à Marina sur la patiente. Sans le projet de naissance, la réaction de Madame X aurait peut-être moins déstabilisé Marina. Elle aurait peut-être modifié sa façon d'annoncer la césarienne. Ainsi, le projet de naissance n'est plus ici un support à la relation soignant-soigné. Il va même à l'encontre de celle-ci.

Rappelons ici qu'à l'arrivée des premiers plans de naissance, ceux-ci pouvaient être très décriés par les professionnels de santé. En 1993, l'arrivée du *birth plan* au Etats-Unis a fait l'objet de nombreuses attaques. Il correspond à un document écrit commun à toutes les patientes, et il a été l'objet de vives critiques de la part notamment des sages-femmes. Celles-ci dénonçaient un document trop contractuel. Mais revenons en France, où, en 2000, des échanges à propos des premiers projets de naissance ont eu lieu sur Gynélist, une liste Internet de professions médicales. On pouvait lire dans ces échanges des réactions souvent méprisantes, parfois même violentes. Vingt ans plus tard, les réactions des professionnels face à ces projets sont moins violentes, mais on se rend compte ici qu'ils ne font toujours pas l'unanimité. Le mémoire de fin d'études d'Inès Savornin, une étudiante sage-femme, en 2019 illustre la perception actuelle des soignants face aux projets de naissance. Il en ressort une certaine ambivalence, entre l'utilité de ces projets qui peuvent servir de support de discussion avec les parents, et des préjugés encore présents face à leur lecture [18]. En plus des a priori face à la lecture des projets, certains professionnels considèrent souvent les femmes qui les écrivent comme difficiles et exigeantes, comme le dit l'infirmière J. Lothian, en 2006. Elle ajoute que les projets de naissances sont parfois perçus comme rigides et irréalistes [11]. Brigitte Le Coq, une sage-femme, dit que les femmes qui en écrivent sont parfois vues comme des « casse-bonbons ».

En définitive, le ressenti que les couples peuvent avoir face aux réactions des professionnels ne sont parfois pas si éloignés de la vérité. En effet, bien que la vision du projet de naissance par les soignants évolue positivement, on retrouve majoritairement des réactions

ambivalentes de leur part face à ce sujet [18]. Les soignants ne nient pas l'utilité que peuvent avoir ces projets d'accouchement, mais peuvent parfois se sentir déroutés face à ceux-ci.

Après avoir présenté l'élaboration et le contenu du projet de naissance, ainsi que la réception parfois négative qui peut en être faite, intéressons-nous maintenant à la prise en charge et au suivi des femmes en consultations et principalement en salle d'accouchement.

## Partie 3 : Prise en charge de la femme en salle d'accouchement.

### A – L'arrivée en salle de naissance ou de pré-travail

Lorsque le diagnostic du début du travail est fait, la patiente va être accueillie en salle de naissance ou de pré-travail, en fonction de l'avancée du travail. Si la charge de travail le permet, la sage-femme qui s'occupe de la femme ira se présenter directement à elle et lui expliquer la suite de sa prise en charge. Quand la sage-femme est occupée lors de l'arrivée de la patiente, elle ira la rencontrer plus tard.

#### Note de terrain, dans la maternité A

Nous sommes sur une garde de jour, en semaine. Madame S arrive en salle de pré-travail. Il s'agit d'une femme de 22 ans, d'origine Comorienne. Elle est célibataire et étudiante, et c'est sa première grossesse. Elle a vécu seule sa grossesse car le père de l'enfant est un homme de passage, travaillant à Paris dans un restaurant. Il est au courant de la grossesse et va reconnaître l'enfant. Cette patiente a consulté durant la nuit pour des contractions utérines et une rupture de la poche des eaux, au terme de 39 Semaines d'Aménorrhée (SA) et 4 jours. Sa grossesse a été suivie par son médecin traitant et elle n'a pas fait de PNP. La sage-femme avec qui je suis ce jour-là, Marion, est une jeune sage-femme de 23 ans, diplômée depuis quelques mois seulement.

Madame S a d'abord été installée dans une salle de pré-travail car le travail n'en était qu'à son début. Marion et moi-même allons nous présenter à elle le matin après la relève de garde :

« Bonjour Madame S, je suis Marion, la sage-femme qui va s'occuper de vous aujourd'hui. Je suis accompagnée d'une étudiante en dernière année, cela ne vous dérange pas ? commence Marion. Comment allez-vous ?

- Non, pas de soucis. Ça va, merci, j'ai pu dormir un peu. »

Elle est accompagnée de sa sœur. Nous lui expliquons que nous allons faire un nouvel ERCF afin de s'assurer que le fœtus va bien, avant de refaire le point sur l'avancée du travail si elle le souhaite. Elle a de nombreuses contractions, mais ne souhaite pas de péridurale. Elle nous explique souhaiter aller le plus loin possible dans le travail sans avoir d'APD. Nous lui proposons alors une bouillotte, de prendre une douche ou bien de lui ramener un ballon pour essayer de soulager la douleur des contractions. Nous lui redisons que si elle change d'avis, une APD reste possible.

Plus tard dans la matinée, elle nous appelle car elle se sent plus douloureuse, nous lui proposons alors de l'examiner pour savoir si le travail a avancé.

*« Est-ce que je peux vous examiner ? Vous me direz quand la contraction sera passée... Je peux y aller ? »* demande Marion avant de procéder à son examen. *Vous ne souhaitez pas de péridurale c'est bien ça ?*

*– Je ne sais plus, c'est difficile, ça fait trop mal,* répond Madame S en serrant les dents.

*– Pour le moment c'est encore un peu tôt pour une péridurale à mon sens, si c'est possible pour vous de patienter encore un peu le temps que les choses se lancent vraiment, ce serait mieux. »*

La femme accepte et patiente jusqu'en début d'après-midi en gérant sa douleur comme elle le peut, avec les moyens que nous lui avons proposés.

Madame S était une patiente très attentive à ce que nous lui disions, et elle essayait de mettre en place tous les conseils que nous lui donnions. Le fait qu'elle ne soit pas accompagnée durant une grande partie de la journée a modifié notre attitude. Nous avons été plus présentes auprès d'elle, nous avons fait de nombreux allers-retours dans sa chambre durant la journée. Du fait qu'elle soit seule, sans notre savoir, mettait en évidence une certaine domination dans la relation patiente-soignant. Notre prise en charge n'en était pas moins bienveillante pour autant, et la sage-femme représentait un réel soutien pour Madame S. Elle avait une attitude vraiment aidante. Madame S n'avait pas écrit de projet de naissance, elle nous faisait part de ses souhaits à l'oral, en réponse à nos différentes propositions. Lorsque c'était possible, comme par exemple pour gérer la douleur, nous lui présentions plusieurs options, et elle choisissait celle qu'elle préférait. La sage-femme lui expliquait tout ce qu'elle faisait, et le but de chaque examen ou geste. Grâce à l'espace de confiance qui s'est créé, Madame S a pu exprimer ses souhaits, alors que le contexte n'y était pas favorable au départ. Cette confiance lui a permis d'accepter ou non nos propositions, de nous dire ce qu'elle préférait, et même de nous demander si certaines choses étaient possibles. Ici, un véritable modèle de soins partagé apparaît, malgré un environnement ne s'y prêtant pas de prime abord. Les caractéristiques extrinsèques à l'expression des souhaits que nous avons déjà abordées précédemment sont alors dépassées.

Lorsque le travail est déjà avancé ou si la femme souhaite une APD, elle ira directement en salle de naissance. La sage-femme ira se présenter à la patiente à son arrivée. Souvent, les sages-femmes demandent à ce moment si la femme a des souhaits particuliers pour la naissance.

Ensuite, elles expliquent globalement la prise en charge. C'est donc, dans la plupart des cas, à ce moment que l'existence ou non d'un projet de naissance est abordée.

Note de terrain, dans la maternité B

Il est environ 14 heures quand Madame G consulte pour des contractions. Elle en a depuis la fin de la nuit. Elle a 24 ans, et elle attend son premier bébé. Son mari la soutient pour l'aider à marcher malgré l'intensité des contractions. Manuella, à peine a-t-elle vu la patiente, me dit :

« *Elle est en travail, c'est sûr !* »

Avec l'expérience, les sages-femmes développent un sens clinique pour savoir si une femme est en travail ou non au premier coup d'œil. Manuella a 28 ans, elle vient d'arriver à B.

Madame G est déjà à six centimètres. Nous allons donc l'accompagner directement en salle de naissance. Elle nous dit alors :

« *J'ai écrit un projet de naissance (annexe I). Normalement il est dans le dossier, je l'avais donné à la dernière consultation.*

- *D'accord, on va le regarder juste après. On vous installe puis on va lire ça.* »

L'information sur l'existence ou non d'un projet de naissance arrive donc assez vite dans la prise en charge des femmes. Les patientes peuvent en parler d'elles-mêmes, directement aux urgences de gynécologie-obstétrique lorsqu'elles arrivent, ou la question peut leur être posée en salle de naissance. Dans les situations urgentes, ceci passera complètement en second plan. Vient ensuite le temps du passage en salle de travail.

## B – Le suivi du travail

Après un éventuel passage en salle de pré-travail, la femme va donc arriver en salle de naissance. Quand elle arrive directement des urgences de gynécologie-obstétrique à la salle de naissance, la sage-femme ira le plus souvent se présenter dès son arrivée. La prise en charge est légèrement différente par rapport à une patiente qui arrive en salle de pré-travail. En salle de naissance, les passages de l'équipe soignante sont généralement plus réguliers. Cela s'explique notamment par le fait qu'il faille s'assurer de l'avancée du travail plus régulièrement lorsque l'on entre dans la phase active du travail.

Hormis lors des accouchements très rapides, l'existence d'un projet de naissance est connue à ce moment du travail. Parfois, lorsque la femme arrive en salle de naissance, le projet de naissance est déjà dans son dossier. Cela peut permettre à la sage-femme de le lire avant d'aller à sa rencontre.

Note de terrain, dans la maternité B

Madame L vient d'arriver en salle de naissance. C'est une deuxième pare de 34 ans. Pour son premier accouchement, elle n'avait pas écrit de projet de naissance, mais elle a souhaité le faire cette fois-ci (annexe II).

Laëtitia a toujours travaillé à l'hôpital, elle a 40 ans. Elle a toujours voulu exercer le métier de sage-femme et elle me confie que ce qu'elle préfère dans son travail, c'est l'accompagnement des couples en salle de naissance.

C'est la deuxième sage-femme présente en salle de naissance qui a accueilli Madame L. Laëtitia s'assoit au bureau pour prendre connaissance des éléments essentiels de son dossier avant d'aller à sa rencontre. En première page se trouve son projet de naissance, il a été signé par la sage-femme qui a effectué la consultation du neuvième mois. Après avoir lu le dossier, Laëtitia prend aussi le temps de lire les souhaits de Madame L, avant d'aller la voir.

*« J'ai vu que vous aviez écrit un projet de naissance, c'est bien. Vous en avez discuté avec la sage-femme qui a fait la consultation du neuvième mois c'est ça ? demande Laëtitia après s'être présentée.*

*- Oui, elle nous avait expliqué ce qui était possible. Elle nous a dit que normalement ça ne devrait pas poser de problème ?*

*- Pas du tout, non. Pour vous expliquer le fonctionnement maintenant que c'est le moment, nous on va vous laisser gérer comme vous voulez les contractions. Vous pouvez faire du ballon, marcher, comme vous voulez. Bien sûr on passe vous voir de temps en temps, on ne vous abandonne pas ! Et si vous avez besoin de quoi que ce soit on est au bout de la sonnette.*

*- D'accord, et quand est-ce que vous me réexaminez alors ?*

*- Pour l'instant vous êtes dans ce que l'on appelle la première phase du travail, donc on peut attendre jusqu'à quatre heures pour refaire le point. Si vous souhaitez le faire plus tôt c'est possible aussi, il suffit de nous dire. »*

Quelques heures plus tard, Madame L arrive à 6 centimètres. Son mari vient d'appuyer sur la sonnette, car sa femme hésite à demander une APD. Elle est en larmes quand nous arrivons, et

commence à perdre ses moyens. Elle ne souhaitait pas d'APD au départ, et a réussi à gérer ses contractions jusqu'ici mais elle trouve que ça n'en finit pas. Elle souhaite refaire le point au niveau de la dilation de son col de l'utérus, pour savoir si c'est trop tard pour en demander une. Madame L est à huit centimètres. Laëtitia dit alors :

*« Vous arrivez dans la phase critique où souvent les femmes désespèrent et ont l'impression que ça n'en finira pas. Mais vous avez super bien géré jusque-là ce serait dommage de lâcher maintenant ! Je suis sûre que dans à peine une heure vous êtes à dilatation complète et ensuite ce sera fini. Vous avez été géniale jusqu'ici, vraiment. Ce serait dommage de craquer, d'autant qu'à ce stade ça va vraiment aller vite. En poser une ça risquerait de ralentir le travail. »*

Sous les conseils et la réassurance de Laëtitia, Madame L ne demande finalement pas d'APD. A partir de ce moment, Laëtitia reste à la guider pour tout le reste du travail. Trente minutes plus tard, la patiente est à dilatation complète, et en à peine quelques minutes de poussée le bébé est né.

La prise en charge d'une patiente sans APD est un peu différente de celle d'une patiente qui en bénéficie. En effet, l'absence d'APD implique un soutien supplémentaire, nécessaire pour que la femme puisse tolérer la douleur des contractions. La situation décrite ci-dessus peut aussi arriver avec une patiente qui n'a pas écrit de projet de naissance. J'ai pu observer que généralement, dans ce cas, les soignants insistaient moins pour que la femme tienne bon jusqu'à la fin du travail. Le fait que Madame L ait exprimé le fait qu'elle ne souhaitait pas d'APD a ici incité Laëtitia à insister pour qu'elle n'en demande pas, et à rester avec elle durant toute la fin du travail. Lorsque la femme a écrit le souhait d'accoucher sans APD et qu'elle finit par en demander une, il y a généralement une déception dans cette demande. Cela représente pour elles un imprévu, auquel elles doivent s'adapter.

Certaines fois, des patientes arrivent et présentent leur projet de naissance directement en salle de naissance à la sage-femme qui va les prendre en charge. Dans ces cas-là, il est parfois mis légèrement au second plan.

#### Note de terrain, dans la maternité A

Il ne reste plus qu'une salle de naissance à onze heures ce matin-là. C'est une situation courante à A. Les sages-femmes ont alors sous leur responsabilité deux ou trois patientes.

Sarah, la sage-femme que j'accompagne aujourd'hui, s'occupe de trois patientes. La première est en début de travail. La seconde est à huit centimètres. Elle est arrivée du service des grossesses à risque dans la nuit, suite à une mise en travail à 32 semaines d'aménorrhée. La dernière patiente vient d'arriver. Il s'agit de Madame G, une primipare de 26 ans. Le travail est spontané, et elle est à quatre centimètres. La sage-femme qui s'est occupée d'elle aux urgences de gynécologie-obstétrique l'a installée dans une salle de naissance.

De retour au bureau après avoir rencontré la patiente, une autre sage-femme de garde remplit un dossier. Sarah s'exclame :

*« Devine quoi ? La dame que je viens d'accueillir a un projet de naissance. Elle aurait pu le donner avant non ? Ça m'énerve quand elles arrivent et qu'elles te tendent leur feuille !*

*- Moi aussi. Autant quand ils sont déjà dans les dossiers on peut les lire, autant quand elles arrivent et qu'elles le donnent en salle on n'a juste pas le temps avec tout ce qu'on a à faire déjà. »*

Lorsque toutes les salles de naissance sont occupées, l'équipe n'a que très peu de temps pour lire les dossiers. Les projets de naissance sont alors souvent rangés dans les dossiers, parfois même avant d'être lus. Sarah commence à lire le dossier de Madame G, mais ne peut pas le terminer car une autre patiente l'appelle. Elle le ferme et range le projet de naissance dedans avant d'aller voir la deuxième patiente. Elle ressort en prévenant ses collègues qu'elle s'installe pour l'accouchement. Pendant ce temps, une autre sage-femme s'occupe de Madame G.

Après l'accouchement de son autre patiente, Sarah remplit les papiers et finit de remplir le dossier de celle-ci. Le travail de Madame G a avancé vite, elle est maintenant à six centimètres et a une APD. Sarah n'a pas eu le temps de lire son projet de naissance, et le couple n'en a pas reparlé au cours de la journée.

Cette situation rend parfaitement compte des difficultés conjoncturelles que l'on peut rencontrer à l'hôpital. La surcharge de travail implique de faire passer au second plan certains aspects de la prise en charge. Les projets de naissance peuvent faire partie de ceux-ci, d'autant plus lorsqu'ils n'ont pas été présentés en amont lors des consultations. La salle de naissance n'est pas forcément le lieu le plus propice à une discussion autour des souhaits de la femme, du fait de l'activité importante qu'il peut y avoir.

Par ailleurs, l'urgence fait aussi partie intégrante de l'univers de la salle de naissance. Quel soignant n'a pas connu une césarienne en extrême urgence, une femme qui a à peine le temps d'être installée sur une table d'accouchement avant d'accoucher ? L'information peut être mise à mal dans ces situations, et il doit parfois très vite se former une relation de confiance entre les patientes et les soignants. Les professionnels en salle de naissance, à travers leurs gestes, leurs mots et leurs attitudes, savent créer une relation de confiance rapidement. Cela fait partie des compétences de leur métier.

Note de terrain, dans la maternité B :

La journée du mercredi a été calme à B, il n'y a eu qu'un accouchement dans la matinée. Deux patientes sont venues consulter et sont reparties chez elles à la fin de la consultation. Nous sommes en salle de pause lorsque les pompiers arrivent en poussant un brancard sur lequel une femme crie de douleur. Le conjoint de la patiente les suit de près. Laëtitia et moi nous levons en vitesse et courons dans une salle de naissance. Les pompiers nous rejoignent et nous transmettent les informations essentielles :

« Madame F, deuxième enfant, elle a perdu les eaux dans le camion.

- Ok, merci, répond Laëtita aux pompiers. *Bonjour Madame, soufflez ! On va vous aider à vous installer sur la table ! Je suis Laëtitia, la sage-femme.*

- Non je ne peux pas bouger ! Ah, ça fait trop mal ! Il va sortir !

- Madame, écoutez-moi. Respirez. On est là pour s'occuper de vous. Regardez-moi et faites comme moi : inspirez... soufflez.... Voilà, c'est bien. Entre deux contractions, vous allez pouvoir passer sur la table d'accouchement. »

Après deux tentatives infructueuses, Madame F réussit tant bien que mal, aidée de son mari et de Laëtitia, à s'installer sur la table d'accouchement. Les pompiers s'en vont après avoir déposé le dossier sur le chariot à l'entrée de la pièce. Madame F crie qu'elle veut une APD, qu'elle ne pourra pas accoucher sans. Laëtitia essaie de placer le monitoring fœtal pour s'assurer que le bébé supporte les contractions. Sarah, l'auxiliaire de puériculture, essaie de calmer Madame F et se place à sa gauche en lui prenant la main.

« Madame, vous allez y arriver, explique calmement Laëtitia. *Votre bébé arrive, il est bientôt là, on voit presque ses cheveux. Vous allez bien nous écouter, d'accord ? On va vous aider. Regardez-moi, à la prochaine contraction, vous allez pouvoir prendre le plus d'air possible, et pousser. »*

A peine quelques minutes après son arrivée, Madame F donne naissance à son enfant. C'est à ce moment que nous pouvons réellement nous présenter à elle. Elle n'a pas entendu nos prénoms lorsque nous lui avons dit la première fois.

*« Merci, nous dit-elle, sans vous je n'aurais pas pu. Désolée, j'ai dû vous hurler dessus... »*

Dans des situations comme celle-ci, la prise en charge est très différente des cas où l'on a le temps de rencontrer la femme avant l'accouchement à proprement parler. En effet, il faut très vite instaurer une relation de confiance avec le couple. La préoccupation n'est ici pas de savoir si les souhaits de la patiente seront respectés, mais plutôt de savoir si le bébé supporte l'épreuve du travail, et si tout va bien se passer. C'est parfois le conjoint qui peut exprimer à l'équipe un souhait en particulier, comme par exemple celui de couper le cordon ombilical.

Cependant, le plus souvent, les femmes n'ont pas écrit de projet de naissance. Elles ont parfois participé à des séances de PNP.

#### Note de terrain, dans la maternité B

Madame N est arrivée en travail, à trois centimètres, en début de nuit. Elle a 33 ans et travaille dans l'hôtellerie. Son conjoint, qui l'accompagne, est pompier. C'est sa première grossesse, elle a été suivie par un gynécologue mais avait tout de même fait des séances de PNP avec une sage-femme. Elle n'a pas préparé de projet de naissance, même si la sage-femme qui a fait la PNP en a parlé.

Lisa, la sage-femme qui est avec moi, a 28 ans.

Madame N a fait part aux urgences de gynécologie-obstétrique de son souhait d'APD. Celle-ci est posée dès son arrivée. Peu de temps après, elle nous appelle car la poche des eaux s'est rompue. Nous l'examinons : le travail a bien avancé, elle est à huit centimètres. Nous lui proposons de se positionner en tailleurs. Elle nous répond alors :

*« Ah oui ! Il faut que je plie les jambes ! On a vu ça aux cours de prépa ! Ça ouvre le bassin c'est ça ? ».*

A aucun moment de cette prise en charge nous n'avons demandé directement à Madame N si elle avait des souhaits en particulier pour la naissance de son enfant. Notre attitude s'est voulue aidante, en conseillant des outils pour gérer la douleur dans l'attente de l'APD par exemple.

Quand il n'y a pas de projet de naissance, la question des souhaits n'est pas forcément automatique. Elle est même la plupart du temps oubliée. En effet, les professionnels, avec l'habitude, effectuent leurs actes presque automatiquement. Ceci ne signifie pas pour autant qu'ils ne s'adaptent pas au patient, car cela fait partie intégrante du métier de soignant. Le fait qu'il y ait un projet de naissance amène souvent à plus d'explications sur la prise en charge.

Le projet de naissance apparaît donc ici comme un moyen aidant à informer les patientes sur leur prise en charge. Cependant, dans mes observations, la prise en charge reste très similaire entre une patiente ayant écrit un projet de naissance et une patiente n'en ayant pas écrit. Après avoir accouché, elles resteront encore deux heures en salle de naissance avant de rejoindre leur chambre en maternité.

## C – Le post-partum

Après l'accouchement, les femmes restent deux heures en surveillance en salle de naissance. Pendant ces deux heures, la sage-femme passe régulièrement dans la salle pour, entre autres, vérifier si la quantité des saignements utérins est normale, et si l'utérus se contracte bien. Elle vérifie aussi comment va le bébé. La plupart du temps, lorsqu'un étudiant est présent, ce sera lui qui effectuera cette surveillance, et qui en référera à la sage-femme. Cela permet notamment à cette dernière de remplir tous les papiers relatifs à l'accouchement. L'auxiliaire de puériculture passera aussi régulièrement voir le couple afin de s'assurer que l'enfant va bien et qu'une éventuelle mise au sein se passe bien. A la fin de ces deux heures de surveillance, la patiente sera correctement réinstallée et elle sera prête à aller dans le service de suites de couches. Le moment de cette réinstallation peut être le moment pour la femme de faire part de son vécu sur l'accouchement.

### *Note de terrain, dans la maternité B*

Madame S, une troisième mère de 35 ans, a accouché il y a un peu plus de deux heures. Tout s'est bien passé, et son souhait d'accoucher sur le côté a pu être exaucé. Dans le projet de naissance qu'elle avait préparé, elle avait écrit qu'elle aurait aimé accoucher sans APD sur le côté ou à quatre pattes. Ces deux positions sont souvent citées dans les projets de naissance. Madame S était à six centimètres de dilatation lorsqu'elle est arrivée pour consulter. La fin du travail avait été rapide. Ce jour-là, c'est Martine, une sage-femme de 50 ans, que j'accompagne. C'est le moment de réinstaller Madame S correctement après les deux heures de surveillance.

*« Merci à vous deux, vous avez été super avec moi. Par rapport à mes deux précédents accouchements où je n'avais rien osé demander, celui-ci c'était vraiment le rêve ! Sans péri en plus c'est dingue de sentir ses jambes aussi bien et de pouvoir marcher correctement directement après avoir accouché ! S'exclame Madame S, avec un grand sourire. Et puis, l'accouchement sur le côté c'était super aussi, merci d'avoir accepté. Je garde vraiment un très bon souvenir de cet accouchement. »*

Cependant, tous les accouchements ne se passent pas aussi bien que celui de Madame S. Certains peuvent se terminer en césarienne en urgence par exemple. Dans des situations comme celles-ci, où le temps est compté à la fois pour le fœtus mais aussi parfois pour la mère, toutes les explications n'ont pas le temps d'être données. Seules les informations principales seront données, et les détails pourront être expliqués plus tard, soit durant la surveillance en salle de naissance, soit durant le séjour en maternité.

*Note de terrain, dans la maternité B*

C'est une garde de nuit dans la maternité B. Madame L est en salle de naissance depuis l'après-midi. Elle a 29 ans et attend son deuxième enfant. Sa grossesse s'est bien passée. Pour son premier enfant, elle a accouché par césarienne car l'enfant était en siège. Cette fois-ci, elle peut accoucher par voie basse. Le travail se passe bien, même s'il avance lentement.

Au bout d'un moment, l'ERCF montre que l'on ne capte plus très bien les contractions, et que le rythme cardiaque du fœtus ralentit. Le gynécologue-obstétricien de garde est présent dans le bureau des sages-femmes et se lève pour aller dans la salle avec Lisa, la sage-femme. Après avoir essayé de replacer les capteurs et palpé le ventre de la patiente, il dit :

*« Ok, Madame, on va devoir passer en césarienne rapidement. On vous prépare et on y va. »*

L'équipe d'anesthésie arrive très vite pour injecter une dose plus importante dans l'APD, alors que Lisa s'occupe de poser une sonde à demeure à la patiente. Tout le monde est concentré sur ce qu'il a à faire. L'ambiance est particulière, personne ne parle car affairé à sa tâche et connaissant parfaitement son rôle. Madame L ne comprend pas vraiment ce qui se passe et n'ose rien dire.

Après avoir terminé le compte-rendu opératoire, le gynécologue-obstétricien va voir Madame L pour lui expliquer ce qui s'est passé. Il lui explique qu'elle a fait une rupture utérine, que c'est grave et qu'il y avait un risque vital pour son bébé et pour elle-même. Il répond à toutes

les questions qu'elle a et lui dit qu'il reste à sa disposition si elle veut en reparler pendant son séjour en maternité.

Dans les situations d'urgence comme celles-ci, la relation soignant-soigné est similaire, qu'il y ait ou non un projet de naissance. Les explications sont souvent données *a posteriori*. L'échange est essentiel pour que les patientes comprennent ce qui s'est passé et puissent mieux l'accepter. L'intérêt du projet de naissance se situe surtout dans le cadre de la physiologie. Lors d'une grossesse pathologique ou quand un accouchement se passe mal, il ne modifie pas la prise en charge. Les femmes que j'ai pu suivre et qui avaient une grossesse à risque n'en avaient d'ailleurs pas écrit.

Certaines femmes écrivent dans leur projet de naissance des souhaits pour la prise en charge du bébé en maternité. Cependant, en suites de couches, les projets de naissance sont généralement rangés dans le dossier sans qu'on les lise. La grande majorité des soignants pensent qu'ils ne concernent que l'accouchement, donc n'y pensent pas plus tard. Les patientes n'en reparlent pas non plus.

Finalement, le réel intérêt des projets de naissance se situe pour la prise en charge de l'accouchement. Il peut par ailleurs être intéressant de discuter de l'accouchement en post-partum, d'autant plus dans les cas où il s'est mal passé.

## Conclusion

Ce travail objective pour la première fois la place que prend le projet de naissance dans le contenu réel de la prise en charge d'une patiente, à la fois pendant le suivi de sa grossesse et surtout pendant sa mise en travail et son accouchement. Parfois décrié par les professionnels, le projet de naissance est un outil permettant aux femmes de se sentir au centre de leur accouchement, et plus actrice de ce moment. Il représente un modèle de décision partagée dans les soins, entre la patiente et les professionnels de santé. Ceci est corrélé à une amélioration de la satisfaction des patientes et à une baisse de leur niveau d'anxiété, et donc à de meilleures issues de santé [28].

A travers les observations, nous retrouvons les données de l'ENP et du CIANE, à savoir qu'une grande part des auteurs des projets de naissance sont des multipares [25, 26]. Pendant une première grossesse, nombre de femmes n'ont pas forcément l'information sur ce sujet. De plus, certaines ne se sentent pas légitimes ou ne savent simplement pas quoi demander. Les multipares, quant à elles, avec l'expérience d'un premier accouchement, font plus facilement part de leurs demandes aux professionnels. De plus, les femmes écrivant un projet de naissance sont le plus souvent de niveau socio-économique élevé. D'après les observations, les projets de naissances étaient le plus souvent écrits par des femmes de niveau Bac + 2 ou plus. Cela coïncide aussi avec les données de l'ENP de 2016 [26]. Ces données font écho aux caractéristiques extrinsèques liées à l'expression de demandes. En effet, ces patientes sont aussi celles qui bénéficient le plus souvent d'un suivi prénatal par une sage-femme libérale, et qui participent à des séances de PNP.

Les femmes écrivant des projets de naissance trouvent l'information relative aux souhaits qu'elles peuvent y inscrire de plusieurs manières. Elles peuvent en entendre parler lors des consultations de suivi de grossesse d'une part. Certaines sages-femmes en parlent lors des séances de PNP. D'autre part, les femmes peuvent trouver l'information sur Internet. C'est sur les blogs, sites et autres comptes Instagram qu'elles peuvent retrouver des idées à intégrer dans leur projet de naissance. Certaines maternités ont aussi sur leur site Internet des idées de souhaits dont les femmes peuvent faire la demande en salle de naissance.

Les souhaits quant à eux sont aussi assez semblables aux demandes retrouvées dans l'ENP [26]. Ils concernent les sujets comme l'APD, la mobilisation pendant le travail, la position d'accouchement, et l'épisiotomie. Ceci est plutôt en lien avec les recommandations de la HAS et du CNGOF sur les pratiques en obstétrique, avec une diminution des épisiotomies, une mobilisation parfois plus importante des femmes pendant le travail, et la possibilité pour elles de gérer elles-mêmes leur dose d'anesthésie.

Les analyses qui ont pu être effectuées à partir des observations soulignent par ailleurs que la salle de naissance n'est pas l'endroit le plus propice à l'échange sur le projet de naissance. Il semble indispensable que celui-ci soit discuté en amont de ce moment. En effet, l'activité d'urgence de la salle de naissance est telle que l'échange avec les couples sur ce sujet est très compliqué. Il ne sera d'ailleurs que rarement abordé si un projet de naissance n'est pas présent dans le dossier de la femme à son arrivée. La question des souhaits ne sera pas forcément posée en salle de naissance.

L'enquête met au jour que les projets de naissance, lorsqu'ils sont présents, peuvent modifier certaines pratiques. Cela peut être le cas par exemple lorsqu'une femme ne souhaite pas d'APD. L'équipe peut parfois prendre plus de temps pour soutenir une patiente qui a fait part de ce souhait. D'autres soignants prennent plus de précautions dans leurs gestes et actes, et donnent plus d'explications que ce dont ils ont l'habitude. Ceci peut concourir à une amélioration des issues de santé. Parfois, et cela a été plus difficile à observer ou retranscrire, l'expression des demandes maternelles via le support écrit du projet de naissance peut contribuer à une issue de santé plus défavorable que ce qu'elle aurait dû être. C'est notamment le cas lorsqu'une patiente ne s'est pas projeté sur la possibilité d'une césarienne par exemple.

En salle de naissance, il s'avère que le sujet même du projet de naissance est assez peu discuté avec le couple. En effet, à cause de la temporalité, de l'urgence inhérente à la salle de naissance et de la charge de travail, ce n'est pas toujours le moment le plus opportun pour en discuter. Les souhaits des patientes sont tout de même entendus et pris en compte. Il ressort des observations que les femmes ayant écrit un projet de naissance et celles qui ne l'ont pas fait bénéficient du même accompagnement lors du suivi du travail.

Les projets de naissance tiennent leur rôle d'échange entre patientes et soignants lors des consultations de grossesse. C'est ici que le temps est pris pour en discuter, et critiquer les souhaits des patientes et les pratiques des soignants. Il est même observé qu'une validation

médicale, via le tampon, transforme le projet de naissance en document ayant sa place en première page du dossier médical !

Les professionnels, en les lisant, peuvent y apporter certains éclaircissements, notamment sur les pratiques au sein de l'établissement. Les femmes ne sont pas forcément informées sur les pratiques des maternités. Cela répond aux souhaits des femmes d'échanger avec les professionnels qui les suivent d'une part, et d'être mieux informées d'autre part. Elles sont souvent très satisfaites d'en apprendre plus sur les pratiques de l'établissement.

Finalement, le projet de naissance représente bien un support à la relation soignant-patiente et peut permettre d'améliorer cette relation en servant de base à un échange entre eux. Néanmoins, la temporalité des consultations est plus adéquate à un échange, par rapport à la salle de naissance. Le projet de naissance semble avoir un impact positif sur l'accompagnement pendant le travail, en modifiant certaines pratiques. Malgré tout, il reste parfois vu d'une façon négative par certains professionnels, souvent d'une génération n'ayant pas été familiarisée en formation initiale à la délivrance de l'information médicale et travaillant encore sous un modèle de soins plus paternaliste. Les projets de naissance moqués sont parfois dus à la crainte des soignants d'avoir à prendre en charge des patients possédant des connaissances. Ceci contribue à réduire les inégalités dans la relation soignant-soigné, et donc la domination de savoir que possède le soignant sur le soigné.

Le projet de naissance pourrait donc être un outil intégré à la pratique pour améliorer à la fois la satisfaction des patientes mais aussi et surtout leurs issues de santé. Il serait intéressant d'étudier l'impact de l'abord systématique de celui-ci lors des consultations de grossesse, pour faciliter l'ouverture du dialogue entre soignants et patientes. Dans ce cas, il serait intéressant de penser d'ores et déjà aux outils de diffusion à toutes les femmes enceintes, sans discriminations socio-professionnelles, socio-économiques, de parité, ou de langue, de ce support d'amélioration de la relation soignant-patiente.

Ce travail, au plus près des femmes, démontre que l'expression des demandes maternelles, à l'écrit via un projet de naissance ou à l'oral, est un réel support à la relation soignant-patiente et permet une amélioration des issues de santé.

Le projet de naissance apparaît ici comme un outil permettant de donner un cadre, un guide, pour accéder à un modèle de soins centré sur la patiente, avec un mode de décision partagé entre le soignant et la patiente. A ce jour, cet outil n'est pas accessible à toutes les

patientes. Ainsi, il faut à la fois accompagner sa généralisation, et essayer de trouver les freins qui empêchent encore certaines femmes d'exprimer leurs souhaits pour leur accouchement, sous peine de voir encore s'accroître les inégalités sociales de santé.

## Bibliographie

### Ouvrages :

1. Gamelin-Lavois S., Préparer son accouchement. Éditions Jouvence, 2014. 78 p.
2. Peneff J., Le goût de l'observation, Editions La découverte, 2009, 254 p.
3. Peneff J., L'hôpital en urgence, Editions Métailié, 2005, 257 p.

### Articles périodiques :

4. Nicolai S., Information et consentement en situation d'urgence. Sage-Femme Pratique, janvier 2022.
5. Monique R., L'autonomie du patient. Revue Soins, mai 2018.
6. Arborio A-M., L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. Recherche en soins infirmiers. 2007. pp. 26-34.
7. Arborio A-M., Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. Sciences sociales et santé, volume 13. 1995. pp. 93-126.
8. Lalonde J-F., La participation observante en sciences de la gestion : plaidoyer pour une utilisation accrue. Recherches qualitatives, volume 32. 2013. pp. 13-32.
9. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. La Revue Sage-Femme, volume 6, numéro 4. Décembre 2007. pp. 216-218.
10. Goffman E., La « distance au rôle » en salle d'opération. Actes de la recherche en sciences sociales, volume 143, numéro 1. 2002. pp. 80-87.
11. Lothian J., Birth plans : the good, the bad, and the future. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, volume 35. 2006. pp. 295-303.

### Mémoires :

12. Fernandes A. Pour une naissance autrement : étude de vingt-deux projets de naissance à la Maternité. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme. Universitaire de Nancy. 2010.

13. Chéron A., Le projet de naissance : comment et pourquoi les femmes en écrivent. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme. Université de Nantes. 2014.
14. Dumay M., Diagnostic et prise en charge des variétés occipito-postérieures pendant le travail : pratiques des sages-femmes d'Auvergne. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme. Université de Clermont - Auvergne. 2017.
15. Leroy S., Episiotomie : information et consentement, ce qu'en disent les patientes. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme. Université de Lille. 2020.
16. Faure E., Consentement et épisiotomie : points de vue des sages-femmes. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme. Université de Paris-Descartes. 2019.
17. Ferrer-Ferrer M., Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille. Université d'Aix-Marseille. 2019.
18. Savornin I., Perceptions et ressentis des professionnels de la périnatalité vis à vis des projets de naissance dans la région Sud PACA. Université d'Aix-Marseille. 2019.

### Textes législatifs :

19. Ministère des solidarités et de la santé, Charte de la personne hospitalisée. 1995.
20. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Art. L1111-2, L1111-3, L1111-4, L1111-5, L1111-7.

### Communications et conférences :

21. CIANE, Formation sur le Projet de Naissance, 2016. Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/CianeFormationPdN.2016-1.pdf> (consulté le 10/01/22).
22. CIANE, Intervention interrégionale de l'ordre des sages femmes. 2018. Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2018/02/Intervention-interr%C3%A9gionale-ordre-sage-femmes-ouest-16-fevrier-2018.pdf> (consulté le 10/01/22).
23. Ministères des solidarités et de la santé, Les 1000 premiers jours, qu'est-ce-que c'est ? 2022. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est/> (consulté le 13/01/22).

24. Taquet A., Ministère des solidarités et de la santé, Annonces des mesures en faveur des 1000 premiers jours de l'enfant. 2022. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-adrien-taquet-annonces-des-mesures-en-faveur-des-1000-premiers-jours> (consulté le 10/01/22).

### Rapports scientifiques :

25. CIANE, Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. 2012. Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhails.pdf> (consulté le 13/10/2020).

26. INSERM, ENP 2016 : rapport complet. Disponible sur : [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf) (consulté le 19/10/20).

27. Bréart PG, Puech PF, Rozé JC, Mission périnatalité : Vingt propositions pour une politique périnatale. 2003, p. 24.

28. Chantry A., Merrer J., Blondel B., Le Ray C., Prévalence et profil des femmes exprimant des demandes particulières pour leur accouchement, 2021.

29. Jounin N., Wolff L., Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé. 2006.

30. HAS, Guide méthodologique pour la Certification des établissements de santé : Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. 2014.

31. HAS, Recommandations professionnelles pour la Préparation à la naissance et à la parentalité. 2005.

32. Nisand I., Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. 2008.

33. Hunter S., Hofmeyr GJ., Kulier R., Position à quatre pattes en fin de grossesse ou durant le travail pour la malposition fœtale (latérale ou postérieure).

34. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Recommandations pour la pratique clinique, L'épisiotomie. 2005.

35. Van der Vyver M., Halpern S., Joseph G., Patient-controlled epidural analgesia versus continuous infusion for labour analgesia : a meta-analysis. 2002. pp.59-65.

36. Olivier M., Coutin A., Collin R., Réseau sécurité naissance, Bilan d'activité des maternités des Pays de la Loire 2020. Juillet 2021.

### Sites web :

37. INSERM, Présentation de l'Enquête nationale périnatale. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/actualite/enquete-nationale-perinatale-en-savoir-plus-sur-meres-et-leurs-nouveau-nes/> (consulté le 25/11/21).

38. Direction Générale de l'Offre de Soins, Ministères des solidarités et de la santé, A quoi sert la Commission des Usagers ? Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/recours-des-usagers/article/a-quoi-sert-la-commission-des-usagers-cdu> (consulté le 08/01/22).

39. CIANE - accueil du site. Disponible sur : <https://ciane.net/> (consulté le 13/10/20).

40. CIANE, Articles et interventions. Disponible sur : <https://ciane.net/publications/articles-et-interventions/> (consulté le 10/01/22).

41. HAS, Comprendre la certification pour la qualité des soins. 2020. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_411173/fr/comprendre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_411173/fr/comprendre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins) (consulté le 10/01/22).

42. HAS, La certification des établissements de santé pour la qualité des soins. 2020. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3219705/fr/la-certification-des-etablissements-de-sante-pour-la-qualite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3219705/fr/la-certification-des-etablissements-de-sante-pour-la-qualite-des-soins) (consulté le 10/01/22).

43. Ministère des solidarités et de la santé. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/> (consulté le 10/01/22).

44. Pampers, Comment Créer un Projet de Naissance. Disponible sur : <https://www.pampers.fr/grossesse/accouchement/article/comment-creeer-un-projet-de-naissance> (consulté le 28/11/21).

45. Profil Instagram de La Maison des Maternelles (@lamaisondesmaternelles). Disponible sur : <https://www.instagram.com/lamaisondesmaternelles/> (consulté le 28/11/21).

46. Profil Instagram de Charline | Sage-femme (@charline.sagefemme). Disponible sur : <https://www.instagram.com/charline.sagefemme/> (consulté le 28/11/21).
47. Podcast Les sages-femmes en parlent. Disponible sur : <https://www.podcastics.com/podcast/les-sages-femmes-en-parlent/> (consulté le 28/11/21).
48. Profil Youtube du podcast Le Nid. Disponible sur : <https://www.youtube.com/channel/UCMyNYEXumJzUAtMnLx75RNQ?app=desktop> (consulté le 20/11/21).

# Annexes

## ANNEXE I : PROJET DE NAISSANCE DE MADAME G

<p><u>ENVIRONNEMENT:</u> si possible</p> <ul style="list-style-type: none"><li>* lumière tamisée</li><li>* prendre une douche</li><li>* Rester dans notre bulle</li><li>* Ambiance calme / zen.</li><li>* Etre libre de mes mouvements, faire du ballon, suspension...</li><li>* sans masque si possible (pass vaccinée ok)</li></ul>	<p><u>ACCUEIL de Bébé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* A sa sortie, l'attraper nous même papa ou moi.</li><li>* Profiter du peau à peau le + longtemps possible</li><li>* Clamper le cordon après qu'il ait cessé de battre, qu'il soit blanc (pas papa)</li><li>* la laisser <sup>maman</sup> au sein seule.</li><li>* Premier bain à la maison.</li><li>* Eviter collie dans les yeux → demander au pédiatre.</li></ul>	
<p>Souhaits d'un accouchement le plus naturel possible</p>		<p><u>En cas d'urgence:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Présence du papa au maximum.</li><li>* Peau à peau avec papa si césarienne.</li><li>* Favoriser tout ce qui est possible pour l'allaitement (tirer mon colostrum avant intervention)</li></ul>
<p><u>Accouchement</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Papa présent à chaque étapes.</li><li>* Accoucher en position libre et physiologique.</li><li>* Je ne souhaite pas de péridurale, je suis préparée (merci de m'encourager +++ en phase de désespérance)</li><li>* Tenter la délivrance naturelle du placenta (sans oxytocine)</li><li>* Me laisser attendre le réflexe d'éjection pour passer</li></ul>		

ANNEXE II : PROJET DE NAISSANCE DE MADAME L

**Projet de naissance** [REDACTED]

J'ai suivi la préparation Sophro/Yoga de [REDACTED], et j'aimerais aller le plus loin possible sans la péridurale (je serais très heureuse de réussir à accoucher sans !).

J'aimerais autant que possible être libre de mes mouvements pour pouvoir marcher, me déplacer, me mobiliser.

Si cela est possible, je préférerais ne pas recevoir d'hormones de synthèses lors de mon accouchement.

Je ne sais pas si cela est "réglable", mais dans l'idéal je préférerais accoucher avec un éclairage doux. :)

Je souhaite allaiter.

Nous souhaitons mettre bébé en peau à peau, sur Papa comme sur moi.

Papa souhaite couper le cordon si cela est possible.

Merci pour votre aide et votre accompagnement !

+ sortir moi même le bébé.

Si tout va bien, rentrer à la maison rapidement rejoindre la grande sœur et mon mari.

**ANNEXE III : EXTRAITS DE MON CARNET DE NOTES**

Entendu [redacted] à la fin des transmissions :  
 une sage-femme demande : « C'est tout ? Pas de projet de naissance donc pas de tute parents ? »  
 Le reste de l'équipe suit, certains approuvent que « les projets de naissance ne se parent jamais comme prévu ».

**\* Début de trame :**

Mon 1<sup>er</sup> lieu d'observation est une maternité de type 3, comptant environ 4 000 naissances par an. Les patientes effectuent leur suivi de grossesse en dehors de la maternité jusqu'au 8<sup>ème</sup> mois. Elles auront en effet 2 consultations 1 au 8<sup>ème</sup> puis 1 au 9<sup>ème</sup> mois ainsi qu'une consultation d'anesthésie. Certaines patientes consultent aussi au début de leur grossesse [redacted]

Le secteur naissances se situe au 5<sup>o</sup> étage. Le service des urgences gynécologiques et obstétriques est séparé de celui des salles de naissance par un sas. On compte 8 salles de naissance, 4 chambre de pré-travail, 1

note  
 salle de réveil pour les patientes ayant eu une césarienne.

**Observation :** [redacted] patiente n'a aucun projet de naissance sur la grande [redacted] de post [redacted]

patiente originaire des Comores, accompagnée par sa sœur. Papa du bébé à Paris, ils sont séparés car relation sans lendemain mais il va reconnaître l'enfant.  non prévue

Eudiante , M<sup>e</sup> travaille dans un restaurant.

Suivi de grossesse :  MT , pas de ANP

Née en 91  22 ans.

Ip  
 spontané,  physio. RPE spont. 39+4

Explications à chaque stade : au début en pré-travail → douche, brucellette, ne souhaite pas d'APD. Avt. ERF pr vérif bb, TV

En salle ensuite → finalement APD souhaitée, dilatation rapide, enais de pensée à 1<sup>er</sup> puis à 2<sup>nd</sup> et

Au total : explications pour 3<sup>rd</sup> et avis du G0, explications sur 1<sup>er</sup> bébé  rapide que les suivants mais que lt est OK, mobilisation patiente, explications pb de délivrance puis suture

Bb ♀ : [redacted] 3295 g, BVEU

ERF : Rab à fin Act<sup>1</sup>, pensée +++ explicat<sup>o</sup> données après la N.

A consulté par CU + RSM. Col post, 2 dents justes, femme, court à épais, PCA, LAC

RCF 1 à l'entrée

Souhaite une APD à 10<sup>h</sup>, l'a à 13<sup>h</sup> 15

ERF : ral pièces + pulvages

AVB / APD en CP, déch. du 1<sup>er</sup> degré suturés

SF : [redacted] 23 ans (1998)

→ Pas forcément de demande sur ce que souhaite la femme vis-à-vis l'APD, plutôt une attitude guidante pour les postures par exemple, ballon, douche

→ Demandes : couper le cordon ? (de la SF à la femme)

**Observation :** [redacted] patiente n'a aucun projet de naissance sur la grande [redacted] de post [redacted]

patiente de 28 ans, profession : AS accompagnée de son conjoint (pas mariés)

Habite [redacted] → ambulancier

Suivi (?) 1 cours de PNP seulement

Tachycardie de Bouveret

Ip, 39+5

→ marquée par caryocourbe de CP entre T2 et T3

W spontané

A l'U40 : TA sables, 3 cm, RCF 1

CS pour : CU

souhaite une APD, l'a eu directement RSM

Dans pénaat : « A l'accouchement, cf projet de naissance et injection DO lente » mais aucun PNP retrouvé en papier ou dans le dossier

conseil positionnement en tailleur avec un coussin sous les jambes « si faut que je pleure les jambes ! On a un ça au cas de PNP ! ça ouvre le bassin c'est ça ? » a dit la patiente.

AVB / APD en CP, ♀ 2120 g [redacted]

SF : [redacted] 24 ans (99)

→ Idem : pas de demande de la SF pour savoir si demandes / souhaits particuliers de la femme. Plutôt une attitude guidante aussi

**Observation :** [redacted] patiente n'a aucun projet de naissance sur la grande [redacted] de post [redacted]

patiente de 31 ans, profession : ?

Habite [redacted]

Suivi (?) PNP  Non

Ip, Terme : 40+4 ?

Accompagnée de son conjoint profession ?

Foetus : Sd cat-yeu → CIV, imperforation anale, pb oculaire (colobome)

W sont ? RSM  
 Symbionisme car mauvaise cinétique APD  
 "De quel côté préférez-vous vous mettre ? Vous avez un côté préféré ?"  
 "Vous avez des demandes particulières pour la fin du travail ? Des questions ?"  
 Stagnation 9 cm pendant 3"  
 ODP, ODT ; 2 essais de rotation, 1 autre plus tard.  
 Au bout de 4", [redacted] : "Madame, je sens juste un tout petit peu de col mais vraiment pas grand chose, je pourrais dire que vous êtes à 0. Le rythme de bébé est parfait et je trouve dommage de faire une césarienne maintenant. Je vous demande ce que vous en pensez et ce que vous souhaitez maintenant : soit on se laisse encore une heure, on refait le point, soit on passe en césarienne. Si on considère que vous êtes à 0, on a encore 2" devant nous pour que bébé descende." ⇒ 0 2", essai de rotation pendant essai de poussée : non engagement ⇒ libère code vert.  
 → Plus de prise en compte des souhaits de la patiente, beaucoup d'explications autant de [redacted]

Observation n° 1 : Patiente consent au projet de naissance pour son 1<sup>er</sup> enfant (aut. 2013)  
 - G2P2  
 - ATCD : césaire usq / ARCF après un déclenchement, travail long +++ car maturation du col en 1<sup>er</sup>.  
 ↳ Mauvais vécu de ce 1<sup>er</sup> accouchement  
 « J'ai eu mon projet de naissance ça me permet de penser que les choses peuvent être différentes pour le 2<sup>e</sup> après le 1<sup>er</sup> accouchement duquel j'ai un mauvais souvenir. Je me ré-approprie ce moment pour essayer d'être plus sereine le jour J et ça m'aide »  
 Observation n° 2 : Sage-femme lors d'un suivi de PNF (aut. 2013)  
 - SF : 3 ans à l'hôpital puis 10 en libéral  
 - « Moi je ne suis pas forcément pour l'écriture d'un PNF car aucune SF n'a envie de faire une épisio ou une ventouse. On préfère que tout se passe bien pour vous. Mais n'hésitez pas à demander, à poser vos questions. Souvent à un 1<sup>er</sup> accouchement les femmes se laissent porter car c'est l'inconnu mais suspectent ensuite en se disant qu'elles n'ont pas osé demander telle ou telle chose. C'est pour ça : Vous avez le droit et il ne

faut pas hésiter à solliciter l'équipe, qui est là pour ça »  
 Observation 3 : Dialogue patiente / SF en consultation du 9<sup>e</sup> mois de G2P2  
 - SF : 56 ans, toujours travaillée à l'hôpital, 3j en G + 1j au BO.  
 - Patiente : G1P0, médecin généraliste, PNP OK, suivi par SF, a préparé un PNF.  
 → «-Je vous donne mon PNF aujourd'hui ?  
 - Oui car il faut qu'on en discute »  
 Après lecture : « Ce sont des choses que l'on fait ici. Le projet de naissance c'est surtout pour créer une discussion avec la personne qui vous suivra. On ne vous impose rien en fait car »  
 - Souhaits exprimés : \* accoucher dans la position qu'elle choisit  
 \* mobilisation, déambulation  
 \* essayer sans APD  
 \* clampage tardif  
 \* ne pas forcer le papa à assister à l'accouchement ou à couper le cordon  
 \* laisser intimité en séparant les soins non urgents (examens pédiatriques, habillage...)  
 - Discussion sur nos pratiques et explication sur injection de durabilité dirigée + Difficile Acc côté / APD  
 - PNF inclus en 1<sup>er</sup> page du dossier pour qu'il soit vu dès l'arrivée

Observation n° 4 : Patiente consent au projet de PNF sur son 2<sup>e</sup> enfant (aut. 2013)  
 SF : 24 ans  
 Patiente : G1P0, spécialiste RH en grande surface, PNP OK, suivi par SF, pas de PNF écrit mais souhait d'un W physiologique sans APD. Originaire de Paris, déménagement en début de travail pour revenir dans la région (vient de Guérande, 3 ans à Paris pour le travail). Conjoint coureur, 32 ans.  
 Active vers 1<sup>h</sup> du matin, W sont, RPDE le matin (fissuration) 40 SA  
 Souhaite W sans APD, prohibition de bain. Demande des conseils pour gérer douleur des CU → bain, liane, ballon, position.  
 Plusieurs demandes pour savoir si elle souhaite ou non APD de la part des sages-femmes mais s'élève qu'elle ne veut pas, peut-être plus tard « Vous nous direz »  
 - Pose ERCF vers 2<sup>h</sup> pdt 1<sup>h</sup>, TV pour se rendre compte de l'avancée → 7 cm, ODP, poche résiduelle.  
 ↳ de la patiente sur la AT → on laisse faire, nous rappelle si besoin, va prendre un bain à nouveau  
 - 1<sup>h</sup> après : tp 7 cm, explications sur possible RAM pour que le W avance  
 ↳ RAM  
 - TV suivant : tp 7 cm, Ø de CU → pose

Symptôme pour hypoxémie de fœtus.  
 Explications sur Synto: pt donner ⊕ de cu, ⊕ douloureux

Patient veut essayer de dormir car n'a pas dormi bp depuis 2j → Fatigue ++, hémite par APD.

« C'est vous qui nous dites. Après si vous voulez vous reporter c'est peut-être mieux qu'on pe se la péti avant de commencer le produit →  
 ⇒ Pose APD à 6h

Patient dort + soulagée de la douleur en fin de garde

⇒ Attitude guidante, la femme décide de ce qu'elle veut sans les conseils des soignants

M<sup>l</sup> [redacted], G1P0, r 1 suivie / SFL, 33ans.  
 Resp RH, max MG en bonne santé.

⊕ ATCO  
 PNP OK avec sa SFL

A un PND qu'elle a discuté en Co<sup>2</sup> des MG, dans la devanture du dossier.

Lo. ⊕ APD si possible

- Ne connaissait pas le sexe et neuh voir ensemble
- Mobilisat<sup>2</sup>
- Couper cordon pour le papa
- Ac<sup>+</sup> sur le côté si poss, ⊕ épisio au consent
- Seuh AM

Co pr w spot, 3-4em, dans l'après-midi (2A<sup>h</sup>)  
 Seuh APD directement, je vais l'accompagner pour la pose. Se la propose, elle m'explique sa r, son suivi et lo PNP. Me demande c<sup>2</sup> se pose APD, qu'elle a peur ++ aiguilles. A travers discus<sup>2</sup> sur PNP, elle me parle de son PND spontanément:

"C'est une autre maman qui en a parlé en prépa et j'ai trouvé ça sympa. Après moi je ne sais pas c<sup>2</sup> ça se pose...  
 - D'accord. Et ça vous a aidée?  
 Ouais Attendez, il y a une cu Pour moi c'était un peu cō une liste envoie Ac<sup>+</sup>, apph q fait réfléchir. C'est à ça que ça m'a suivi, et à dire ce que je ne voulais pas. M si imprévisible... Je pensais sans APD et en fait non..." → soulagée, dort.

fin garde

le lendemain

Ac<sup>+</sup> EE lo<sup>1</sup>, Appar 10/10, [redacted]  
 tardif  
 PP: OK

SF: ~ 54 ans, tjs hospital, bep de SDN

Garde: de j, activité ms pas trop chargée, jeudi → 4 patientes en w  
 équipe plutôt jeune 1 accouché  
 ~ 30-35 ans + 2 pré-w.  
 SF 54 ans.

- Discus<sup>2</sup> avec SF qd on lit PND, elle me dit:  
 « C'est bien car avant on faisait sans se poser q<sup>2</sup> de savoir ce q<sup>2</sup> voulait. C'est moins bien car je ne sais pas tjs quoi faire  
 Lo pas épisio? Des fois nécess. et urg alors je le dis après. Pas le tps de lui expliquer. Et je ne peux pas savoir à l'avance pr lui dire si y en aura une ou pas. »

En libéral, avec un PNP:

♀: 26 SA, début r 1  
 vient d'accuser dans xg<sup>2</sup> il y a 6 mois, connaissait encore peu de ⊕ ADMR.

♂: auto-entrepreneur, BS

1<sup>ère</sup> r

- Début en demandant infos sur déroulé r, des exam, r souhaitée, c<sup>2</sup> elle va ⇒ 1<sup>ère</sup> r, pos favorable sans ms bonne nu qd m (→ juste accuser ms voulaient hb et sit<sup>2</sup> stable)

- Partie admin: congés mater + patern, décl, drats pr w  
 → Décl OK, congés OK pr elle. Verra avec son patron pr le w

- Inscript<sup>2</sup> mater, ♀ pensait avoir ⊕ de tps ms c'est OK

- Seuh Ac<sup>+</sup>?, est-ce qu'elle y pense? ⇒ Non, difficile pr elle car dan ++, commence tt juste à sentir son hb, 1<sup>ère</sup> r et ne se pas c<sup>2</sup> ça se pose.  
 ⇒ SF propose PNP pr explicat<sup>2</sup> et explique aussi déroulé Ac<sup>+</sup>, APD +/-, SDC, lochies, suivi hb.

Parents attentifs, écartent en me disant suer.  
 "on se reparlera en tout temps voulu"  
 Réponses aux q<sup>2</sup> puis fin co.

Observation en 2017, sur CH, grande salle 2

- M<sup>e</sup> L, G3P1, 34 ans, ♂ 1, suivie G0, travaille en resto.
- M<sup>e</sup>: AS, gérant soc.
- A écrit PON, n'en avait pas pr son 1<sup>er</sup> Act.
- SF: 40 ans, tjs hospit.

PON en 1<sup>er</sup> page, signé par SF MG

SF en discute direct<sup>e</sup> avec ♀ puis redonne des conseils.

Passg<sup>e</sup> nég. pr la voir, elle se mobilise, yoga / ballon. Gère +++ les CU jg 6-7cm puis désespère et veut APD.

⇒ Réassurance +++, explicat<sup>o</sup>, TV, ça va aller vite.

- on ne quitte pas la salle, musique sophro, ballon + mobilisat<sup>o</sup>.

- ♀ reprend conf.

- 30' @ tard: DC → instal<sup>o</sup> posit<sup>o</sup> gynéco pr Act 2EE

- Appax 10/10 - clampage tardif.

- PP OK.

Observation en 2017, sur CH, grande salle 2

- M<sup>e</sup> L, G2P1, 29 ans, ♂ 1, suivie MT, mère au foyer.
- ♂: AS, magen.
- N'a pas écrit PON.
- 1<sup>er</sup> acc<sup>t</sup>: césar pour siège. Accord VB OK
- SF: 32 ans, tjs hospit, SDN unigmt.

- w se passe bien, ERCF 1 puis milieu de soirée: on ne capte plus CU correct<sup>e</sup> et bal<sup>t</sup> ⇒ Ds la salle avec G0:

- palpat<sup>o</sup> ut ap essai replacem<sup>t</sup> capteur
- patiente dorse
- ut contracté +++ ⇒ suspi rupture ut

- Appel anesth, SAD, prépa pour descendre en césar.

- César: xupt ut, H00 → Transfu.

- NN: Appax 3/5/7 ⇒ Transfert NN direct<sup>e</sup>.

- Salle de réveil: a du mal à reprendre ses apubs, G0 va la voir pr lui donner des les infos et lui expliquer.

- Patiente sous le choc, fatiguée et se sent diminuée face à la sit<sup>o</sup>, inquiète pr son bb. Soulagée qd m que G0 et venu la voir.

## Résumé

Le projet de naissance, apparu dans les années 2000 en France, est de plus en plus présent en salle de naissance. Aujourd'hui, c'est une femme sur cinq qui exprime des demandes pour son accouchement. Même si la majorité d'entre elles le font à l'oral, elles sont de plus en plus nombreuses à les exprimer par écrit, via le projet de naissance. En tant qu'étudiante sage-femme, j'ai souhaité m'intéresser à cette pratique, afin de mieux la comprendre. J'ai utilisé pour cela une méthode qui n'avait jamais été utilisée dans d'autres travaux sur le sujet : l'observation participante. C'est ainsi que, plongés au cœur de la salle de naissance, nous étudierons dans ce travail le rôle du projet de naissance dans la relation soignant-patiente. Comment le projet de naissance permet-il la création d'un espace de décision partagée entre la patiente et les professionnels au cours de la naissance ? A travers l'observation du suivi de femmes enceintes pendant la grossesse et l'accouchement, puis l'analyse de ces observations, nous étudierons l'impact du projet de naissance sur l'accompagnement des femmes. Nous verrons comment il permet l'ouverture du dialogue entre les patientes et les soignants, et *in fine*, l'amélioration des issues de santé.

Mots clés : projet de naissance, échanges, patient, soignant, grossesse, accouchement.