

**45^e Journées nationales de la Société Française
de Médecine Périnatale**

14 au 16 octobre 2015-Brest

Table Ronde :

Spécificité du parcours bas risque

L'analyse d'un collectif d'usagers

Anne Evrard, CIANE, Association Bien Naître

101, Rue Pierre Corneille, 69003 Lyon

<http://ciane.net>

<http://biennaitre.free.fr>

aevrard.pbuchou@wanadoo.fr

Les recommandations de l'HAS sur l'orientation des femmes enceintes en fonction de leur pathologie éventuelle sont sorties en 2009, actant officiellement la nécessité d'établir des parcours spécifiques, définis et identifiés, en lien avec les risques personnels de chaque femme enceinte.

Certaines équipes ont depuis réalisé des travaux tout à fait remarquables pour construire et diffuser une démarche en réseau autour de l'identification du niveau de risque, de la construction de parcours adaptés et d'outils pratiques et organisationnels nécessaires à leur mise en œuvre. Ces scénarios spécifiques s'articulent autour du repérage des risques, qu'ils soient en lien avec une pathologie, une situation de santé ou de vie personnelle. Ils permettent de définir les modalités de prise en charge les plus efficaces, les professionnels concernés selon les situations identifiées et les besoins médicaux particuliers attachés à ces femmes et à leur grossesse. Ces parcours s'envisagent bien entendu dans un objectif de prévention, afin de maintenir la santé de la mère et de son bébé au meilleur niveau, d'éviter la dégradation d'une pathologie préexistante ou l'apparition de nouveaux désordres.

On est face à un travail tout à la fois de définition, de classification et d'actions ajustées et personnalisées. Toutefois, l'élaboration des parcours s'entend avant tout pour les femmes à risque avéré, laissant quelque peu dans le vague ce que pourrait être le parcours d'une femme enceinte à bas risque.

Il nous paraît important de s'attacher à ce « vide relatif » autour des femmes à bas risque, qui sont pourtant, et de très loin, largement majoritaires. Se pencher sur la façon dont, le plus souvent, sont définies (ou pas...) ces grossesses permettra ensuite de souligner en quoi leurs besoins sont tout autant spécifiques que celles des femmes à risque avéré.

Notons que demander à une usagère, représentante d'usagers, de donner un point de vue sur ces parcours à bas risque, c'est accepter que les femmes aient quelque chose à dire sur la définition même de leur situation et de leur état de santé et sur les besoins qui en découlent. C'est donc accepter de confronter, dans une optique constructive, deux

approches, celles des soignants et celles des usagers, complémentaires sans aucun doute mais pouvant aussi se remettre l'une et l'autre en question. C'est aussi admettre, pour les soignants, que leur seule approche, aussi rigoureuse soit-elle, ne peut être optimale si elle n'intègre pas celle des femmes et des couples concernés.

-Grossesse à bas risque, une définition en creux et par défaut.

Les femmes à bas risque et leurs grossesses n'ont guère fait, jusqu'à présent, l'objet de définitions précises. Il est d'ailleurs difficile de dégager, à leur sujet, un simple consensus de vocabulaire. Tout d'abord, de qui parle-t-on : de femmes, ou de grossesses, à bas risque ? Le bas risque, est-ce ce qui est normal (selon quelle norme...) ? Physiologique (selon quels critères...) ?

Par ailleurs, à quel stade évaluer, voire ré-évaluer, le bas risque? Bien sûr, une femme à bas risque peut basculer dans la pathologie, sans crier gare ou presque, même après l'accouchement. On comprend bien entendu que ce soit source de préoccupations chez les soignants, mais pour autant les femmes enceintes seraient-elles toutes des « grenades dégoupillées », capables à tout moment d'exploser en pathologies diverses à la tête des soignants? Et le bas risque, un leurre ? Une femme à risque avéré peut-elle à l'inverse revenir vers le bas risque et quelles passerelles établir alors entre les différents scénarios? La temporalité, qui peut être appréhendée différemment par la femme et les professionnels, a ainsi toute sa place dans ce travail de définition. Cette dernière ne doit-elle reposer que sur des facteurs propres à la femme enceinte? Car quel impact le suivi lui-même peut-il avoir sur la situation de la femme enceinte et son évolution? Définir le bas risque, c'est aussi, pour nous, interroger l'influence des pratiques, des attitudes des soignants, de l'organisation en œuvre autour de la femme enceinte et aborder la question de la iatrogénie.

Face à cette complexité, et dans un souci d'efficacité, il peut paraître plus simple de définir le bas risque par ce qu'il n'est pas, à savoir le risque confirmé. C'est l'absence des critères traçant tel ou tel niveau de risque avéré qui permet donc d'affirmer qu'une femme et sa grossesse sont à bas risque. On est ainsi sur une définition en creux et par défaut, les femmes à bas risque étant celles qui ne sont pas à risque. Cela ne répond toutefois pas à toutes les questions que nous venons de soulever et surtout, si cela a le mérite de l'efficacité, cela ne permet pas de réfléchir aux spécificités de ces femmes. Or l'absence de risque, ce n'est justement pas l'absence de besoins particuliers. Si leur parcours s'établit surtout autour de « ce qui ne leur est pas utile », car destiné à contrer l'influence de risques précis et identifiés, cela n'en fait pas pour autant un parcours ajusté.

Pour un niveau de risque repéré, les scénarios préventifs, adaptés et organisés sont considérés plus efficaces, pour éviter la dégradation de la santé de la mère et du bébé, qu'une attitude simplement réactive à l'irruption de la pathologie. Cette démarche a aussi tout son intérêt dans le cas du bas risque, le but étant identique. Cela nécessite, ici aussi, de penser l'irruption de la pathologie, chez ces femmes en bonne santé et sans problème particulier, non pas comme le seul fruit de l'imprévisible mais comme une conséquence, jusque là ignorée, d'évènements identifiables et, pour certains, évitables.

La clarification de ce que sont les femmes et les grossesses à bas risque doit s'accompagner d'une réflexion précise sur leurs besoins, afin d'établir comment ajuster au mieux leur accompagnement. Car il s'agit bien de définir les critères qui permettront de préserver ces femmes et leurs bébés dans leur bonne santé initiale.

-Quelques repères pour la réflexion.

La santé de la mère et de son bébé comprend pour nous autant le domaine physique que psychique. Si la prévention vise à la maintenir à son meilleur niveau, cela doit inclure le temps de la grossesse, de

l'accouchement et du post-partum immédiat, mais aussi les mois suivant la naissance, même s'ils sortent du strict champ de la périnatalité. Nos contacts avec des femmes et des couples bien au-delà du temps strict des suites de couches nous a appris combien il est nécessaire d'avoir en tête, dès l'anténatal, la santé du lien mère-enfant au long cours et la prévention des éventuelles difficultés maternelles. Il faut ainsi réfléchir à la responsabilité du parcours dans l'équilibre global de la femme et envisager les connexions et allers-retours possibles entre les événements somatiques et l'état affectif, émotionnel et psychique.

L'influence du stress pendant la grossesse, sur le déroulement de celle-ci et sur l'accouchement n'est plus à prouver. On sait aujourd'hui son impact sur le pronostic obstétrical et pourtant il n'est pas toujours pris en compte. Outre ce que la femme peut affronter dans sa vie quotidienne, on envisage aussi trop peu le stress qui peut découler du suivi lui-même, des examens prévus, des annonces éventuelles, de l'attitude des soignants...

Nous constatons de façon répétitive, dans nos contacts rapprochés avec des femmes enceintes, combien l'état intime de la mère, dans l'anténatal mais aussi pendant l'accouchement, influera, dans le postnatal, sur sa santé globale et ainsi sur la qualité de ses liens avec son bébé et sur le développement de cet enfant. L'enquête permanente du CIANE, sur le vécu de l'accouchement et du séjour en maternité, nous a permis d'approcher une partie de cette question. Deux dossiers, issus de l'analyse des réponses obtenues, s'intéressent au vécu maternel : « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement » (septembre 2012) et « Sortie de maternité et bien-être des femmes » (novembre 2012-réactualisation en juin 2015).

Nous ne rentrerons pas dans le détail de l'analyse, disponible sur le site du Ciane (chapitre « Publications »), mais retiendrons simplement quelques données. Nous n'avons pas d'information précises sur le niveau de risque des femmes répondantes et cela constitue bien entendu, pour le sujet qui nous préoccupe ici, un biais. Toutefois, ces quelques résultats, même imparfaits, permettent de souligner les liens entre les

événements obstétricaux, l'accompagnement des mères et leur état de santé.

Pour ce qui est du vécu de l'accouchement, on constate que 90% des femmes dont les souhaits ont été respectés l'ont très bien ou plutôt bien vécu, que ce soit sur le plan physique ou psychologique, alors que celles dont les souhaits n'ont pas été respectés ne sont que 43% (plan physique) et 30% (plan psychologique) à partager cette opinion. Les premières considèrent à 97% avoir reçu le soutien adéquat du personnel médical alors qu'elles ne sont que 16% dans le second groupe.

La manière dont les femmes disent avoir vécu leur accouchement sur le plan physique et surtout psychologique est nettement corrélée avec leur sentiment au retour à la maison. Les femmes désemparées ou angoissées sont 44 % à déclarer avoir très mal ou mal vécu leur accouchement sur le plan psychologique, et 26 % sur le plan physique (contre 17 et 13 % pour les femmes se sentant très en confiance). On constate que les femmes qui se sont trouvées désemparées ou angoissées à leur retour à domicile jugent, beaucoup plus que les autres femmes, insuffisante l'attention portée à leur forme physique (17%) et surtout psychologique (42%). De manière analogue, ces femmes sont 42% à trouver insuffisant l'accompagnement qui leur a été prodigué pour les soins de leur bébé et l'aide pour son alimentation (qu'elles aient choisi le sein ou le biberon).

Le lien établi entre le vécu des différents stades de la maternité et l'état de santé de la mère permet de comprendre que le suivi d'une femme à bas risque et de sa grossesse nécessite une approche complète, tenant compte bien entendu de l'état physique mais aussi de ce qui est nécessaire au maintien d'une bonne santé psychique. Il ne s'agit pas de confondre le domaine d'action des somaticiens et celui des « psys » mais bien de faire saisir aux premiers l'impact de leurs actes et de leurs attitudes dans un processus de prévention globale et l'importance d'en tenir compte dans l'élaboration des parcours « bas risque ».

Enfin, cette réflexion ne peut s'entendre que dans un cadre respectant les meilleurs repères en matière de bonnes pratiques professionnelles, dans un cadre spécifiquement adapté au bas risque. Ces dernières

années, plusieurs habitudes utilisées *larga manu* pour les accouchements à bas risque ont été remises en cause par l'avancée de la science. Ce qui nous avait été longtemps présenté comme indissociable d'un accouchement s'est parfois révélé inutile dans la plupart des cas (épisiotomie par exemple) voire franchement iatrogène (usage inconsidéré de l'oxytocine). On oppose souvent à nos demandes d'évolution des pratiques le taux non négligeable de femmes à bas risque dont l'accouchement se révélera pathologique, ce qui justifierait de maintenir une attitude interventionniste. Nous sollicitons les professionnels pour inverser le mode d'analyse de ces situations et aborder les actes de routine censément préventifs sous l'angle de leur possible iatrogénie.

-Où l'on reparle de la iatrogénie

La SFMP a consacré en 2010, lors de son congrès de Deauville, une table ronde à la iatrogénie, au cours de laquelle nous avons été invités à intervenir. Nous avons largement développé notre approche de cette question quelque soit le niveau de risque initial des femmes concernées. En ce qui concerne le bas risque, on souhaite que la femme demeure dans son bon état de santé initial. En parallèle à l'imprévisible, lié à des causes propres à la femme ou à son bébé et qu'il ne s'agit pas de nier, la iatrogénie nous semble bien constituer un écueil important et pourtant encore sous estimé.

Nos associations sont en contact quotidien avec des parents. Ils viennent vers nous à tous les temps de leur parentalité et nous recueillons leurs témoignages parfois bien à distance des événements, alors qu'ils sont sortis du champ des professionnels de périnatalité. L'intimité des échanges, le fait de s'adresser à des pairs, l'anonymat parfois, permet de déposer des souffrances tant physiques que psychiques bien souvent tues et cachées. La forme de nos échanges permet aussi d'aborder des événements anodins pour les soignants, mais qui ont une résonance spécifique pour les parents : là où ils craindraient d'évoquer des situations sans intérêt pour les professionnels, ils peuvent dire, dans nos

rencontres, en quoi certains moments ont pu être déclencheurs de vécus négatifs et difficiles.

La spécificité de nos associations est de souligner la « iatrogénie ordinaire », présente dans les suivis courants où elle est souvent mal évaluée. Puisque nous nous intéressons ici à des femmes en bonne santé, il est particulièrement dommageable que cette iatrogénie fasse irruption dans un processus physiologique, qui n'a pas, en grande majorité, vocation à tourner à la pathologie. Nous souhaitons donc interroger tout à la fois l'organisation des suivis et leur contenu. Nous y incluons l'attitude des soignants face aux parents, le type d'information qu'ils délivrent (ou pas), leur mode de communication, mais aussi les liens existant ou non entre les différents interlocuteurs de la femme enceinte... car nous constatons que tout cela peut être à l'origine de situations iatrogènes.

La définition de la iatrogénie ne peut se limiter aux effets sur le corps. La répercussion de pratiques inadaptées s'inscrit tout à la fois dans le vécu corporel de la mère et dans un ressenti intime, avec des conséquences à distance non négligeables (sur l'image personnelle, le tissage des liens avec le bébé...) et qui entrent, selon nous, directement dans le cadre de la iatrogénie. Nous considérons donc comme iatrogène :

- ce qui porte atteinte à la santé de la mère et de l'enfant,
- ce qui porte atteinte à l'image que la mère a d'elle-même,
- ce qui porte atteinte à l'image que les parents ont de leur bébé, au lien parents-enfant, dans ses prémices, sa constitution comme son développement,
- ce qui porte atteinte, même par ricochet, au couple parental.

Dans ce cadre, les processus de dépistage et leurs objectifs de prévention, se présentent comme des objets de réflexion intéressants. Nous avons déjà eu l'occasion de nous exprimer sur cette question et nous citerons donc ici ce que nous avons écrit pour la table ronde de Deauville en 2010, qui est toujours d'actualité :

« La prévention et le dépistage en cours de grossesse visent à prévenir l'apparition de la pathologie chez la mère ou le bébé, à approcher la situation in-utéro de ce dernier pour mieux le prendre en charge à la naissance ou pour permettre aux parents d'envisager ce qu'ils souhaitent pour son avenir. Des missions en quelque sorte « au dessus de tout soupçon ». Et pourtant, les mères sont nombreuses à évoquer le stress majeur de ces examens de grossesse et les perturbations qui en découlent....

... on semble partir du principe que ces dépistages étant si nécessaires et profondément acceptés par tous les parents, ces derniers vont l'approcher comme les professionnels l'abordent. D'une part, les parents peuvent être opposés ou simplement réservés face à ces dépistages, et l'expression de leur choix peut provoquer des réactions de surprise et de réprobation qui seront déstabilisantes pour eux. On constate aussi le fossé qu'il peut exister entre le vocabulaire et les formulations des professionnels et la façon dont les parents le ressentent. En oubliant le lien spécifique entre une femme enceinte et le bébé qu'elle porte et ce, dès le tout début de sa grossesse, on oublie que lorsqu'elle doute de cet enfant à naître, les bouleversements sont multiples et peuvent laisser des traces à long terme dans la relation qu'elle développera avec lui. On ne peut éviter que le dépistage soit potentiellement anxiogène, puisque détecter, c'est envisager que le bébé puisse présenter des déviations face à ce que l'on attend habituellement de lui [ou que la situation maternelle ne soit plus celle que l'on espérait]. Puisque cette anxiété est constitutive du processus, et que l'on en connaît les conséquences sur les parents, il est donc indispensable de veiller à tout l'accompagnement individualisé qui doit entourer les actes techniques. Ce qui là aussi nécessite d'envisager le dépistage au regard de ce qu'il peut déclencher chez la mère, et non pas seulement en fonction des critères d'efficacité des soignants.

Car il ne s'agit pas bien entendu de remettre en cause le bien fondé de la prévention du diabète gestationnel, du dépistage de la trisomie 21 ou du suivi échographique. Toutefois, leur but, aussi positif soit-il, ne peut être atteint à tout prix : dans ce domaine aussi, les pratiques doivent être interrogées et validées. La recherche de résultats optimaux, au

regard des critères strictement médicaux, ne doit pas faire oublier que les objectifs des soignants doivent intégrer le respect des besoins des mères, au risque de desservir le but poursuivi. On ne peut évaluer une démarche de prévention ou de dépistage à la seule aune des pourcentages de pathologie dépistée ou évitée. On doit absolument tenir compte de l'impact des pratiques mises en œuvre sur la santé globale de la mère, en lien direct avec celle de son bébé. Si celles-ci provoquent, même indirectement, des difficultés pour la mère et le bébé, on doit pouvoir évaluer la réalité de leur pertinence et les adaptations nécessaires.

...Cette démarche est [encore souvent] difficile, la prévention semblant... un but trop supérieur pour remettre en cause les processus qui l'accompagnent. Une analyse élargie et pointue de la iatrogénie devrait permettre de maintenir ce qui doit l'être –à savoir la poursuite d'un suivi toujours plus performant de la femme enceinte- sans faire l'impasse sur une approche globale de la santé et des besoins de la mère et de son bébé. Il s'agit donc bien d'œuvrer à limiter ce beau paradoxe d'une possible 'prévention iatrogène'. »

Notons de surcroît que l'on peut négliger les conséquences d'un dépistage un temps douteux qui s'avérera au final strictement normal. Il faut sans aucun doute porter une attention particulière à ces grossesses qui ont « failli » devenir à risque. La normalité finale des données médicales peut ne pas s'accompagner de la normalisation des émotions et vécus parentaux, qui sont ensuite autant de facteurs fragilisants.

On ne peut évoquer la iatrogénie sans aborder la question des pratiques en matière d'accouchement. Les remises en cause de certains usages, par des avancées récentes, nous laissent penser qu'une évaluation approfondie de l'ensemble des pratiques obstétricales françaises courantes pourraient permettre à plus de femmes de ne pas basculer dans la pathologie au moment de leur accouchement. Cette demande, récurrente de la part de notre collectif, trouve un écho ajusté dans les diverses recommandations publiées ces dernières années à l'étranger. Or, malgré ces textes facilement accessibles, les pratiques françaises ont somme toute été peu révolutionnées. Un texte conjoint entre Ministère

de la santé, CNGOF, CNSF et SFN a bien été publié en mars 2011 sur le suivi des grossesses physiologiques, mais il dresse avant tout des principes généraux, renvoyant les professionnels aux recommandations de bonnes pratiques pour ce qui est du déroulement concret de l'accouchement.

Ces recommandations existent : dès 2007, le NICE anglais publie un texte (Intrapartum Care) qui affirme l'intérêt d'une approche plus physiologique de la naissance, déclinant ce principe en recommandations fouillées et très claires. Ont suivi en 2010 la publication par le KCE belge d'un texte là aussi très détaillé sur le même thème, puis en 2012, un recueil des « Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque » par l'Institut National d'Excellence en Santé du Québec. Ce dernier texte vise justement le maintien des femmes et des grossesses dans leur bas risque initial et évalue les options médicales en fonction du niveau d'accroissement potentiel des événements critiques ou non souhaitables.

Actuellement, et alors que chez nous, le processus d'expérimentation des Maisons de Naissance est en cours, ces textes n'ont eu qu'un écho fort limité dans les maternités françaises. Pourtant beaucoup de pratiques obstétricales courantes vont à l'encontre de ce que ces travaux déclarent comme souhaitables. Sans doute car on continue d'aborder l'accès au respect de la physiologie comme une option éventuellement offerte aux femmes qui le souhaiteraient et dont seule une proportion minoritaire désire s'emparer. Or si respecter la physiologie de la naissance est un scénario médical susceptible d'éviter la dégradation de la santé de la mère et de son enfant, de prévenir des événements obstétricaux potentiellement graves, de favoriser un bon établissement du lien mère-enfant et les meilleures conditions pour les suites de couches et le développement du bébé, cette option devient un axe de prévention qui ne peut plus être négligée. Il ne s'agit plus seulement de permettre à une femme à bas risque d'accoucher physiologiquement si elle le souhaite, mais bien, dans le respect de ses choix, d'affirmer quelles sont les pratiques les plus favorables à sa santé et à celle de son bébé. Nous

appelons donc à un travail approfondi sur les pratiques obstétricales, leur justification et leur intérêt réel.

-Besoins des femmes enceintes à bas risque : tabler sur la confiance.

Si mettre en avant et diffuser les meilleures pratiques professionnelles est pour nous bien entendu incontournable, nous souhaiterions apporter une réponse plus globale à la spécificité des besoins des femmes. Car nous pensons que c'est en revenant à eux que nous pouvons établir un cadre directeur pour l'élaboration du parcours « Bas risque ».

Notre expérience de parents, et celle acquise auprès de ceux que nous accueillons dans nos associations, nous permet d'affirmer que les besoins essentiels d'une femme enceinte tournent autour de la confiance. Elle doit, pour évoluer dans un contexte adapté au maintien des conditions les plus favorables à sa grossesse, avoir confiance dans les soignants qui l'entourent, confiance en elle-même et en son bébé.

L'établissement de la confiance dans le soignant interroge tout à la fois la continuité du suivi et le choix du praticien. Sur ce point, il n'y a rien de surprenant à affirmer le rôle central de la sage-femme dans le suivi du bas risque, puisqu'il s'agit du domaine d'exercice direct de ses compétences. Toutefois, la femme enceinte doit pouvoir garder le libre choix du praticien et être informée de l'ensemble des possibilités qui s'offrent à elle sur sa zone géographique ou dans l'établissement où elle souhaite accoucher. Cette information et des choix ainsi plus éclairés peuvent permettre de favoriser une continuité plus grande dans l'accompagnement de ces femmes. A condition toutefois que les professionnels aient en tête l'intérêt de cette continuité et développent, dans un travail en réseau, une communication plus aboutie. Il est certain que toutes les femmes ne pourront bénéficier du même soignant, choisi, pendant toute leur grossesse et le post partum. Certaines pourront même trouver avantage à rencontrer des professionnels d'approches et

de fonctions différentes. Mais l'important réside dans la cohérence entre ces différentes phases du suivi, ce qui nécessite là aussi la diffusion, vers les professionnels et sur un modèle semblable à ceux des grossesses à risque, d'un référentiel spécifique au bas risque. Par ailleurs, le bénéfice du suivi par une sage-femme est dépendant de ses pratiques et des postures qu'elle adoptera dans sa relation à ses patientes. Nous insistons pour rappeler que quelque soit le professionnel en charge du suivi, s'il ne tient pas compte des besoins essentiels de ses patientes, il n'atteindra pas ses objectifs.

Un professionnel consciencieux est sensible bien entendu aux besoins de ses patientes et agit pour leur bien. Toutefois, il n'approchera jamais aussi précisément ce « bien » et ce dont a réellement besoin une femme qu'en lui laissant évoquer ce qui a de l'importance pour elle et en tenant compte de ses positions. C'est une base indispensable à la confiance que la femme doit avoir en elle-même et en ses compétences à porter son enfant, à le mettre au monde et à l'accueillir dans les meilleures conditions.

Valoriser les compétences maternelles et parentales, qui fondent l'image d'une femme et de son conjoint en tant que meilleurs parents possibles pour leur bébé, est indispensable à une prévention efficace. Les parents détiennent une bonne part des informations sur ce qui est, à leurs yeux, un accompagnement bénéfique, sécurisant et constructif. Les soignants doivent apprendre à s'appuyer sur la parole des parents, même si celle-ci est en dehors du cadre qu'ils envisagent et même (et surtout !) si elle interpelle leurs certitudes et les obligent à se confronter à des approches différentes des leurs. Faire confiance aux femmes, aux couples pour élaborer un raisonnement et des scénarios adaptés aux situations qui se présentent doit être un fondement incontournable. Cela passe par le respect de leurs choix et de leurs valeurs, qui confirme la femme comme actrice responsable et efficace de son parcours de maternité. Elle doit donc savoir qu'on lui fait confiance pour mener à bien sa grossesse et accueillir son bébé.

La femme doit avoir confiance en son bébé et si une bonne part de cette attitude est liée à son approche personnelle de la maternité, on ne peut nier l'impact du parcours et des soignants dans ce domaine. La sécurité émotionnelle, affective et psychique d'une femme enceinte, l'établissement du lien mère-enfant, parents-enfants, doivent être l'objet d'une attention toute particulière. Les événements ou les attitudes qui y portent atteinte peuvent déstabiliser durablement les relations entre les parents et leur bébé et très souvent entamer défavorablement l'histoire entre une femme et la maternité, entre un enfant et ses parents.

Il ne s'agit bien sûr pas de supprimer le stress, malheureusement souvent indissociable de certains examens ou périodes, mais de tenir compte de son possible impact. La femme doit savoir que sa parole, son vécu, ce qu'elle éprouve a de la valeur pour les soignants et que ce qui a du sens pour elle prend sens pour les professionnels. Ses émotions doivent pouvoir être entendues pour ce qu'elles sont et elle doit être certaine que cela devient un levier d'action dans son parcours de suivi. On ne peut que rappeler l'importance en ce sens de l'entretien prénatal précoce (EPP). Toutefois, nous insistons pour que l'on ne réserve pas à l'EPP une sorte de « monopole de l'émotionnel ». La femme peut choisir ses interlocuteurs et ne pas avoir la même chose à dire à chacun tout en ayant quelque chose à dire à tous. Si l'EPP a montré et démontré son intérêt dans une compréhension fine de ce que vivent les femmes et de ce dont elles ont besoin, la valorisation de leurs paroles doit imprégner tout le suivi et ne pas être réservée à un professionnel ou à un moment spécifique, au risque de perdre l'impact positif attendu sur l'ensemble de l'accompagnement. La femme doit être certaine que livrer ce qui a de l'importance pour elle ne constituera pas une simple mise à nu mais bien une possibilité qu'elle donne aux professionnels d'ajuster leurs attitudes et leurs actions en fonction de ses besoins.

Comme tout suivi, le parcours d'une femme à bas risque doit se construire sur un réel partenariat entre la femme, le couple et les professionnels. Ce partenariat et les conditions qu'il nécessite doivent être compris comme un axe de prévention au même titre que l'application des meilleurs standards médicaux. Il est probable que l'ensemble de cette démarche remette en cause des pratiques et des

organisations. Mais le gain attendu en qualité de suivi et en maintien des femmes et de leur grossesse dans leur niveau de bas risque vaut bien de bousculer quelques habitudes.

Références

1-Roegiers L., Molénat F. Stress et grossesse : Quelle prévention pour quel risque. Col. Prévention en Maternité. Erès, 2011

2-Ciane (2012) Respect des souhaits et vécu de l'accouchement.
<http://ciane.net/wordpress/wpcontent/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>

3-Ciane (2012) Sortie de maternité et bien-être des femmes.
<http://ciane.net/wordpress/wpcontent/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>

4-Evrard A. (2010) Iatrogénie en Périnatalité : Point de vue des usagers.
40^e Journées de la SFMP. Deauville

