

Du bon usage du projet de naissance

Dans les conclusions de la mission périnatalité remises en septembre 2003 au Ministre de la santé par MM. Bréart, Puech et Rozé¹, le chapitre « *Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance* » proposait

C'est ainsi qu'une information éclairée sur l'offre de soins périnataux sera donnée à la patiente, lui permettant, en toute connaissance de cause, de définir le type de prise en charge qu'elle souhaite, de choisir entre secteur public ou libéral, de se confier au personnel médical qu'elle choisit par affinité. De cette façon elle pourra établir un véritable « projet de suivi de grossesse et d'accouchement ». Lors de l'élaboration du projet, sera discutée l'organisation de la préparation à la naissance.

Cette proposition a été retenue par le Plan périnatalité 2005-2007² avec une formulation légèrement différente (section 1.1)

Un entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4^e mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénatals : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance, etc.³

Bien que le projet de naissance ne soit pas défini sous une forme matérielle dans ces textes, il fait l'objet de débat en France depuis la mise en application du nouveau Code de la santé publique (loi « Kouchner » du 4 mars 2002) et plus particulièrement de l'article L1111-4 qui a trait au consentement éclairé

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

En plus de réaffirmer la nécessité du consentement à tout acte médical, la loi Kouchner a mis en place des dispositifs visant à la responsabilisation de tous les acteurs de santé, professionnels et usagers. Elle a donc instauré un véritable *régime autonome de responsabilité*, et, de par son applicabilité à tout professionnel médical, établissement de soin etc., elle a eu pour effet d'uniformiser ce régime entre le droit administratif et le droit civil.

Enfin, il nous paraît utile de rappeler la théorie du « contrat de soins »⁴, généralement admise en France, qui exprime l'entente tacite entre le malade qui se confie et le médecin (ou la sage-femme) qui s'engage. Le contrat n'a d'existence qu'au moment où commencent les soins. L'engagement consiste à donner des soins « *non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises (ou actuelles) de la science* ».

¹ Voir <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/20_propositions/sommaire.htm>

² Voir <<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>>

³ Le projet d'entretien du 4^e mois a malheureusement été scandalement détourné au profit d'un « *Entretien systématique psychosocial* » à caractère obligatoire, principalement axé sur un dépistage précoce des maltraitements. Voir <<http://www.ciane.info/article-5678023.html>>

⁴ Arrêt Mercier, Cassation Civile, 20 mai 1936. Voir <<http://afar.info/loi-arretmercier.htm>>

Le projet de naissance doit s'inscrire dans la continuité de cette approche.

Les déboires du *birth plan*

Le projet de naissance a été popularisé par les associations comme adaptation au cas français du «*birth plan*» pratiqué depuis 1993 au Royaume-Uni.⁵ Or une particularité du *birth plan* est qu'il s'agit immanquablement d'un document écrit, ce qui n'est pas le cas en France bien que des associations d'utilisateurs en aient proposé un modèle rédactionnel.

Le *birth plan* anglais a fait l'objet de vives critiques provenant en premier lieu de sages-femmes excédées par les demandes de parents rédigées dans le style d'un document contractuel. En 2002, une sage-femme écrivait sur la liste de discussion du *Nursing and Midwifery Council*

Combien de sages-femmes en ont ras-le-bol de ces femmes qui ont suivi des cours [de préparation] intensifs et arrivent à la maternité avec des *birth plans* voués à l'échec? J'ai toujours travaillé de mon mieux pour rendre l'expérience aussi positive que possible. Mais, maintenant que je travaille à Londres, on nous donne des *birth plans* prescriptifs qui nous dictent tout ce que nous devons faire. J'ai envie de dire «Si c'est ce que vous voulez — et vous en savez tant sur ce sujet — alors venez le faire vous-même!»

J'en ai marre de cautionner ces institutions avec lesquelles nous travaillons. Autrefois, j'étais une instructrice fervente du NCT (*National Childbirth Trust*) mais aujourd'hui ils induisent les femmes à croire qu'elles peuvent facilement tout faire passer. Dites-leur la vérité, pour une fois! [...]

À force d'écouter les parents me dire que ce que je leur dis est en contradiction avec ce que leur a appris le NCT, on baigne dans la confusion; ils perdent confiance en nous. [...]

Alors, s'il vous plaît, laissez-nous travailler ensemble, et arrêtez avec ces *birth plans* incendiaires qui ne tiennent aucun compte de la femme en tant qu'individu. Le *birth plan* idéal ne peut convenir qu'à une personne en particulier; les autres devraient être ajustés à leurs besoins et leurs personnalités.⁶

À cela, Beverley Beech, présidente de l'Association pour l'amélioration des services de maternité (AIMS), répond que l'inadéquation entre les projets de naissance et l'offre de soins provient pour l'essentiel de l'inexactitude des informations fournies par les professionnels, et le système de santé dans son ensemble

OK, soyons honnête, et disons la vérité sur la naissance en 2002 à ces femmes insouciantes et naïves; d'abord, vous allez suivre un cours de préparation organisé par le NHS (*National Health Service*) principalement destiné à vous laver le cerveau en vous faisant croire que l'hôpital est l'endroit le plus sûr pour accoucher, que la majorité des femmes accouchent naturellement, et que toutes les interventions se font uniquement dans votre intérêt et seulement au moment où elles s'avèrent nécessaires. [...]

Par contre, si vous suivez les cours du NCT, on vous parlera de l'accouchement normal, et c'est certainement ce que vous souhaitez connaître. Mais peu de cours vous prépareront à affronter un hôpital fortement interventionniste, en vous équipant à résister aux procédures de routine et tactiques utilisés par les sages-femmes et médecins pour vous soumettre à leurs protocoles, qu'ils soient ou non adaptés à votre cas. Si vous échouez à accoucher normalement selon votre souhait, on vous expliquera que c'est votre faute parce que vos contractions se sont arrêtées; votre col ne s'est pas dilaté; votre travail n'a pas progressé; vous aviez des attentes irréalistes (rayer les mentions inutiles). Personne ne vous dira que, parmi les facteurs qui contribuent à cet échec, il y a entre autres que

- Les hôpitaux ne sont pas l'endroit le plus sûr pour accoucher; [7]
- Moins d'une femme sur six accouchant à l'hôpital aura une naissance non perturbée; [8]
- [...]

⁵ Les Québécois traduisent littéralement «*plan de naissance*».

⁶ *Failure in expectations: it's all your fault!*

<<http://www.aims.org.uk/Journal/Vol14No4/FailureInExpectations.htm>>

⁷ Chamberlain G et al. *British Births*, vol 1. London: Heinemann, 1979; p. 84-5

⁸ Downe S et al. Labour interventions associated with normal birth. *Br J Midwifery*, 2001; 9: 602.6

- Si vous rédigez un *birth plan* et vous trouvez dans une unité dont vous ne connaissez pas les sages-femmes, il y a de fortes chances de tomber sur une réfractaire à ce qu'elle percevra comme une imposition de vos desiderata. [9] Les grandes maternités centralisées souffrent souvent d'une pénurie de personnel, de sorte que de nombreuses sages-femmes sont stressées, épuisées et, il faut le comprendre, plutôt de mauvaise humeur et peu réceptives.

- [...]

- En accouchant avec des obstétriciens, vous risquez trois fois plus une césarienne que dans une unité gérée par des sages-femmes. [10]

[...] Les magazines familiaux et la plupart des ouvrages qui traitent de l'accouchement, œuvre de soi-disant «experts médicaux», ne donnent que très peu d'informations utiles, tout en faisant miroiter une fausse idée de la sécurité et la croyance que les professionnels savent ce qu'ils font et agissent au mieux de leurs intérêts.

Enfin, quelle bonne idée que ce meilleur des mondes où «les *birth plans* sont ajustés aux besoins de la femme». Si seulement c'était cela. Et pourquoi ne pas offrir aux femmes le type de soins adapté à leurs besoins, au lieu de faire de la naissance une machine à saucisses avec des niveaux astronomiques de iatrogénèse et de dépressions postnatales¹¹? Dès que quelqu'un fait une remarque on lui rétorque que ses demandes sont «irréalistes». Certainement elles le sont. Car il est irréaliste d'espérer une naissance normale dans une unité obstétricale centralisée de très grande taille, et il serait temps que l'on dise cela aux femmes, en lieu et place de cette incessante propagande sur la sécurité, où c'est la faute de la femme si son accouchement n'a pas été au niveau de ses attentes.

Ce ne sont pas les attentes «irréalistes» qu'il faudrait critiquer, mais les mensonges, distorsions et échecs d'un système médicalisé qui ne sait pas reconnaître les besoins des femmes, et qui fait l'impasse sur le nombre d'articles scientifiques démontrant les effets de ce traitement inhumain sur les femmes et leurs bébés.¹²

Le point [9] de cette réponse mérite une attention particulière car il fait référence à une enquête montrant que, statistiquement, les femmes qui se présentent à la maternité avec un *birth plan* ont moins de chances que les autres d'échapper aux interventions qu'elles souhaitaient éviter. Cette situation est fréquente en présence d'une sage-femme qui perçoit leurs propositions comme autant d'injonctions assorties de menaces en cas de refus d'obtempérer. Le *birth plan*, dans cette situation extrême, est le plus sûr moyen d'aller vers une situation conflictuelle.

Au Royaume-Uni, les professionnels de santé ont compris que le contrat les protégeait aussi — et, peut être même plus encore, que les patients. «Ils l'ont demandé, c'était dans le *plan*», donc pas de litige judiciaire possible ultérieurement. De cette manière, ils se sont approprié le *birth plan* comme un moyen d'obtenir à l'avance le consentement des parturientes. On en est arrivé à des formulaires avec cases à cocher — par exemple «Souhaitez-vous une épisiotomie? Oui/non/ne sais pas» — exempts de toute information loyale sur les raisons, bénéfiques et risques des interventions. Les associations comme AIMS luttent contre de telles pratiques. En France, le *birth plan* à choix multiples a commencé à voir le jour dans certains établissements, et les associations devront redoubler de vigilance.

Questions de responsabilité

La signature d'un écrit de précaution — *birth plan* à l'anglaise — sur lequel la patiente donnerait son consentement à une intervention en dehors des circonstances qui pourraient la justifier ne dégage pas la responsabilité des professionnels de santé. La loi française, nous l'avons vu, dispose bien que «le consentement peut être retiré à tout moment». De plus, si la loi Kouchner instaure un régime de responsabilité médicale basé sur la faute, elle pose également le principe de l'autonomie du patient et

⁹ Jones MH et al. Do birth plans adversely affect the outcome of labour? *Br J Midwifery*, 1998; 6: 38.41. <http://www.intermid.co.uk/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=8577&article=BJM_6_1_38_41>

¹⁰ Saunders D et al. *Evaluation of the Edgware Birth Centre. North Thames Perinatal Public Health*, 2000

¹¹ Au Royaume-Uni, la première cause de mort maternelle périnatale (mesurée jusqu'à 12 mois après l'accouchement, selon la CIM 10) est le suicide.

¹² Voir note 6.

prévoit expressément les modalités d'expression et de recueil du consentement. Toute violation de ces règles constitue une faute qui peut conduire sous conditions à la responsabilité du praticien.

Le consentement n'est pas obligatoirement donné par écrit. La loi impose seulement au praticien de consigner dans le dossier médical la décision de refus ou d'arrêt du traitement. En pratique, il appartient au professionnel de rapporter la preuve de ce consentement, mais il sera généralement présumé avoir été obtenu simplement au vu du dossier médical, et il en sera de même pour le contenu de l'information qui aura été délivrée.

Si le projet de naissance ne se présente pas comme un contrat, il n'est pas non plus un simple récapitulatif de souhaits exprimés par les mères/couples, dénué de tout effet juridique. En effet, dans ce cadre, le consentement et parfois même le refus de certains actes est *a priori* clairement exprimé. De sorte que, si le projet n'est pas respecté par l'équipe, il en résultera pour chaque professionnel l'obligation de rapporter la justification de ses actes mais également la preuve qu'il avait obtenu le consentement de la femme et l'avait donc fait changer d'avis.¹³

Le refus du projet : une faute juridique ?

Il est très surprenant de voir certains praticiens refuser purement et simplement un projet de naissance au motif qu'il n'est pas compatible avec les exigences de sécurité de l'établissement. Ce rejet sans autre explication, ou sans respecter la procédure prévue à l'article L 1111-4 (si le projet devait effectivement mettre la vie en péril), constitue la preuve que le praticien ne respecte pas *par principe* l'autonomie du patient. Il est donc utile de rappeler qu'au delà de faire un effort pour prendre en compte les attentes des femmes, les professionnels sont dans l'obligation légale de satisfaire ces attentes, ou de faire changer d'avis leurs patientes sur la base d'une information complète et loyale.

Information et transparence

Il est regrettable que certains parents s'en tiennent à une approche contractuelle en rédigeant un « projet de naissance » copié d'un modèle publié sur Internet, quand il n'est pas expédié par la Poste avec accusé de réception... Face à cette dérive — heureusement de moins en moins fréquente — les associations et les professionnels doivent faire un travail pédagogique pour inciter les équipes et leurs clients à une réflexion concertée sur la base d'une information complète sur l'offre de soins de l'établissement de santé.

Consultante en périnatalité et auteure d'un ouvrage sur le projet de naissance¹⁴,
Sophie Gamelin-Lavois écrit :

En matière de santé, et surtout de naissance, il reste difficile de mettre en pratique la loi (dite) Kouchner sur le droit du patient (voir art. L 1111-4, par exemple) mais ce n'est pas impossible. Alors, sans attendre, il revient à chaque femme, chaque couple en attente d'enfant, de s'informer et de demander éventuellement autre chose que le pack-naissance classique et systématique. En cela le projet de naissance est un outil novateur...

Le projet est le fruit de la réflexion et du cheminement de la femme, des parents, qui sera négocié avec l'équipe médicale, le professionnel qui accompagne l'accouchement. Il reste personnel et ne concerne que la *personne qui est soignée* et la *personne qui soigne* : c'est le contrat de soins. Le projet permet qu'il ne reste pas tacite mais soit librement négocié par les deux parties. Il ne peut concerner une doula présente lors de l'accouchement, sauf s'il s'agit seulement de rappeler un geste déjà négocié. Il revient à la femme, aux parents de « défendre »

¹³ Bernard Séguy souligne que l'absence de trace écrite est une cause fréquente de condamnation des professionnels en cas de litige. Séguy, B. *Prévenir le risque juridique en obstétrique*. Masson, 2006.

¹⁴ Gamelin-Lavois, Sophie. *Préparer son accouchement. Faire un projet de naissance*. Jouvence, 2006.

leur projet, étayé d'informations adéquates (ressources scientifiques, juridiques et politiques) au besoin.¹⁵

Il ne sert à rien, par exemple, de demander une péridurale déambulatoire si le matériel n'est pas disponible ou le personnel pas formé à cette pratique. Plutôt que de signifier un refus catégorique sans aucune justification, les professionnels peuvent aider la future mère à mieux formuler sa demande — « qui peut se révéler être celle d'un accouchement sans péridurale » — ou le cas échéant aider les parents à s'orienter vers un autre établissement, sans exclure un autre mode de prise en charge : accouchement à domicile, pôle physiologique, maison de naissance dans le futur...

Le CIANE (2007) demande pour cela¹⁶ que les informations sur l'offre de soins et les indicateurs de résultats soient publiés pour tous les établissements, comme c'est déjà le cas au Royaume-Uni.¹⁷ Seule une information transparente permettra, en effet, de réaliser l'adéquation nécessaire entre les demandes des usagers et l'offre de soins, à un stade de la grossesse qui laisse encore une marge de manœuvre à tous les acteurs.

Conclusion

Ce rappel sur la responsabilité des soignants et l'autonomie du patient ne devrait pas occulter le fait qu'un projet de naissance est avant tout un *outil de communication* entre les usagers et l'équipe obstétricale. Le contenu du projet est sans doute important, mais sa formulation l'est tout autant pour que l'équipe ne se sente pas violemment dépossédée de la confiance du couple. Comme le démontrent l'expérience anglaise et de nombreux témoignages reçus par les associations, le choix du langage peut induire des conséquences inverses de ce qui est recherché.

Les associations ont beaucoup à faire pour informer, mais aussi « éduquer » les parents-citoyens afin que leurs projets s'inscrivent dans la continuité d'un échange déjà engagé avec les professionnels de la maternité. Il s'agit de tout mettre en œuvre pour permettre un dialogue constructif basé sur l'écoute, l'initiative, l'autonomie, le partenariat et la responsabilité de chacun.

Remerciements

Des points juridiques essentiels de cet article ont été clarifiés avec l'aide de Stéphanie Falzone-Soler et Martine Herzog-Evans, juristes. Merci aussi à Sophie Gamelin-Lavois et à toute l'équipe du CIANE.

Bernard Bel

Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) <<http://ciane.info>>

Secrétaire de l'AFAR <<http://afar.info>>

Webmaster du portail « Naissance » <<http://naissance.ws>>

Ingénieur de recherche au CNRS <<http://www.lpl.univ-aix.fr/~belbernard/>>

Page perso <<http://fr.ekopedia.org/Utilisateur:Belbernard>>

¹⁵ Voir <<http://projetdenaissance.com>>.

¹⁶ CIANE. *Systèmes d'information de santé - synthèse*. Groupe de travail N°8, janvier 2007. <<http://www.ciane.info/article-5114264.html>>

¹⁷ Voir <<http://www.birthchoiceuk.com/>> et les statistiques globales publiées par le gouvernement britannique <<http://www.statistics.gov.uk/statbase/Product.asp?vlnk=5768>>.