



Réflexion sur les enjeux éthiques et
politiques de la relation médecin
généraliste - patient.e à partir de
l'analyse des projets de naissance

Travail de Fin d'Etudes en vue de l'obtention du Master
Complémentaire en Médecine Générale

Perle Gillet

Année académique 2019-2020

Faculté de Médecine

Université de Liège

Résumé

Les projets de naissances sont des outils de communication entre les futurs parents et les soignant·e·s : ils permettent aux futurs parents de réfléchir et de s'exprimer sur leurs envies et leurs droits concernant la naissance pour ensuite en discuter avec l'équipe (para)médicale. Le projet de naissance se fait généralement sous forme écrite vers la fin du deuxième trimestre et peut être proposé par tous les intervenants qui gravitent autour de la maternité.

Ils présentent nombreux avantages, comme l'occasion de réfléchir sur ses attentes et de comprendre la physiologie de la naissance. Ils permettent une meilleure communication et collaboration avec le·a partenaire et les professionnel·le·s de santé.

Les principaux écueils se retrouvent dans le fait que certaines soignant·e·s restent méfiant·e·s, voire méprisant·e·s, à leur égard. Ils voient les projets de naissance comme une remise en question de leur autorité. Cela traduit une relation basée sur le modèle paternaliste, hiérarchique, avec un·e médecin qui détient le savoir et un·e patient·e qui obéit.

Les projets de naissance impliquent un *empowerment* (définition p.19) des patientes, et donc un modèle égalitaire, où les soignant·e·s partagent leurs connaissances et laissent les patient·e·s prendre les décisions quant à leur santé. Cette manière de fonctionner est renforcée par la loi, notamment grâce à la loi relative aux droits des patient·e·s de 2002.

Le·a généraliste a une relation privilégiée avec ses patient·e·s et peut contribuer à répandre l'empowerment à travers, notamment, l'utilisation des projets de naissance.

Mots clés : projet de naissance, grossesse, maternité, communication, paternalisme, empowerment, consentement éclairé, médecin généraliste

Key words : birth plan, pregnancy, maternity, communication, paternalism, empowerment, informed consent, general practitioner

Table des matières

I. Introduction	3
II. Méthode	5
III. Résultats	8
IV. Discussion	9
Les projets de naissance	10
Définitions	10
Projet	10
Projet de naissance	10
Historique	11
Réaliser un projet de naissance	12
À quel moment en parler ?	13
Ressources pour réaliser un projet de naissance	14
Avantages, écueils et limites	15
Enjeux éthiques et politiques	19
Paternalisme versus empowerment	19
Le médecin paternaliste, un modèle ancré	20
Le modèle égalitaire : encapacitons les patient·e·s !	21
Le levier (médico-)légal : droits et chartes	21
Le consentement éclairé	22
Projet de naissance et éducation thérapeutique	24
Dernier recours : le droit de choisir	26
Dépasser l'opposition entre paternalisme et égalitarisme	28
Les différent·e·s intervenant·e·s	30
Le·a sage-femme	30
Le·a doula	31
Le·a Partenaire Enfants-Parents de l'Office de la Naissance et de l'Enfance	32
Le·a gynécologue	32
La place du·de la médecin généraliste et la relation avec ses patient·e·s	34
Le·a médecin généraliste et la grossesse	34
Le·a médecin généraliste et les projets de naissance	36
L'intérêt de proposer un projet de naissance par le·a médecin généraliste	37
V. Conclusion	38
VI. Références	40

I. Introduction

Mon interrogation a commencé suite à une consultation avec une patiente. Madame E a 27 ans. Elle en est à sa quatrième grossesse : elle a un enfant de 4 ans et elle attend son deuxième après une fausse couche et une interruption volontaire de grossesse. Elle vient en rendez-vous avec son mari, elle est alors à 10 jours de sa date prévue d'accouchement (DPA). Ils ont appris qu'elle pouvait refuser l'épisiotomie et se questionnent à ce propos. Elle me parle de sa première naissance qui « s'est bien passée ». En creusant, elle l'a en réalité très mal vécue pour diverses raisons (épisiotomie, contrainte à une péridurale non souhaitée étant à bout de force car à jeun depuis une nuit entière de travail, etc.). Nous discutons du droit des patient·e·s. De là découlent beaucoup de questions de sa part et de celle de son mari, autant sur cette grossesse que sur la précédente, ainsi que sur le post-partum. Je suis un peu interloquée de voir que, après deux grossesses, elle a toujours autant de questions. Je leur propose de réaliser un projet de naissance, ils n'en ont jamais entendu parler. Je la revois un lundi, à 40 semaines d'aménorrhée (SA) + 2 jours / 7, elle est heureuse car elle a osé refuser un déclenchement la semaine précédente, proposé à 39 SA + 5/7 car sa gynécologue faisait le pont lors du week-end du 15 août. Elle revient me voir car on lui a conseillé un traitement pour faire remonter son taux de plaquettes, au cas où elle souhaiterait une péridurale. Elle aimerait avoir tous les éléments en main pour prendre la décision de le faire ou pas. Je suis fière qu'elle prenne le contrôle de sa propre santé. Elle enfantera 3 jours plus tard, d'une naissance eutocique, sans péridurale et sans épisiotomie, son projet tardif ayant été respecté. Elle en ressort satisfaite, si ce n'est qu'on a recousu sa déchirure de degré 1 à vif...

Suite à cette consultation, je m'interroge. Pour ma propre grossesse, je venais de réaliser un projet de naissance proposé par ma sage-femme. Apparemment, ce n'est pas quelque chose de systématique. En en parlant autour de moi, j'ai constaté que peu de personnes semblait connaître les projets de naissance, qui relèvent d'un concept relativement récent. Qui donc propose ces fameux projets de naissance ? En quoi consistent-ils

exactement ? Ont-ils un intérêt significatif ? Quelle est la place du·de la médecin traitant·e en pré-partum ? Pourrait-il·le proposer l'écriture d'un projet de naissance ? Y a-t-il un réel besoin ? Au fil d'entrevues avec des expert·e·s sur le sujet, je réalise que chaque personne interrogée semble penser que le·a généraliste a sa place dans cette affaire. Jusqu'à ce que je discute avec mes deux dernier·e·s interlocuteur·rice·s, qui semblent penser qu'il y a trop d'intervenant·e·s autour de la femme enceinte. Ne serait-ce alors pas plus judicieux de renvoyer chaque parturiente chez un·e sage-femme ? En y réfléchissant, je réalise que quoi qu'il arrive, le·a médecin traitant·e intervient fréquemment lors des grossesses, pour diverses raisons. Certes, renvoyer vers un·e sage-femme et un·e gynécologue semble adéquat. Mais le·a généraliste, en première ligne, n'a-t-il·le pas un rôle à jouer quant à l'*empowerment* de ses patient·e·s ? Quelle est sa relation avec cell·eux-ci ? Ne peut-t-il·le pas y trouver sa place au final ?

Je vais tenter d'apporter des éléments de réflexions éthiques et politiques pour définir la relation du·de la médecin généraliste avec ses patient·e·s grâce à la notion de projet de naissance, qui sera analysée pour permettre de bien en comprendre l'intérêt.

Ce travail aborde les projets de naissance en tant que tels, ce qu'ils représentent, d'où ils viennent, comment les proposer et les réaliser, leurs avantages et les écueils à éviter, en analysant les études qui ont déjà été réalisées sur le sujet. De là se poseront alors des questions éthiques et politiques. Les projets de naissance permettent de s'interroger sur la posture et le rôle des médecins ainsi que sur leur vision des patient·e·s. Nous parlerons du modèle paternaliste et égalitaire, d'*empowerment* des patient·e·s et des textes légaux qui soutiennent cette démarche égalitaire. Ensuite, nous verrons qui aborde les projets de naissance, si le·a médecin généraliste a un rôle à jouer dans la maternité et en particulier en proposant des projets de naissance aux patientes.

J'ai choisi ce type d'étude car la relation médecin-patient·e est quelque chose qui m'interpelle. Cela concerne notre pratique quotidienne et nous avons peu l'occasion d'y

réfléchir. J'ai choisi d'en parler via un sujet que j'affectionne pour sa capacité à donner de l'autonomie aux patient·e·s : les projets de naissance.

II. Méthode

Le type de travail que j'ai choisi de réaliser est une « réflexion éthique », pour penser la relation médecin-patient·e, en discutant des enjeux éthiques et politiques qui accompagnent le concept de projet de naissance, tout en étudiant ce dernier concept, pour en comprendre les tenants et aboutissants.

Il ne s'agit pas ici de recherche qualitative ni quantitative, ni de recherche action ou d'assurance de qualité.

Je n'ai pas eu besoin de soumettre une requête à un comité d'éthique.

Pour approfondir mes connaissances et étayer mes idées, j'ai mené des entrevues avec des expert·e·s dans ce domaine. J'ai choisi de réaliser des entretiens sous la forme de discussions libres et non sous forme de questionnaires types. Ont accepté d'échanger sur le sujet :

- Corinne d'ARIES, doula et coordinatrice de l'Association pour les Formations à l'Accompagnement
- Marie BOUGELET, doula
- Murielle CONRADT, sage-femme libérale
- Professeur Patrick EMONTS, gynécologue-obstétricien et professeur d'obstétrique à l'université de Liège
- S., sage-femme libérale et hospitalière, enseignante pour les sage-femmes à la Haute Ecole Libre Mosane (HELMo)
- Docteur Alexandra SOUSA, médecin généraliste
- Docteur Colombe SCHOFFENIELS, médecin généraliste
- Docteur Gautier VANDENBOSSCHE, gynécologue-obstétricien

J'ai également fait des recherches dans la littérature pour mieux comprendre les questions qui ont déjà été soulevées par la pratique des projets de naissance.

J'ai commencé ma recherche par le haut de la pyramide proposée par la Cebam Digital Library for Health (CDLH). Mes « MeSH terms » étaient toujours « projet de naissance » ou « birth plan » en anglais. Vu le peu d'études sur le sujet, je n'ai pas eu l'occasion d'affiner mes termes, et comme les projets de naissance concernent de toute façon toujours la grossesse et donc les femmes enceintes et leur conjoint-e ou le personnel de santé, je n'ai pas ajouté ces termes. À part dans PubMed où j'ai tenté le « MeSH term » « General Practice » associé à « Birth Plan », sans succès.

- Dans les guides de bonne pratique :
 - Evidence Based Practice (EBP) : en analysant les résultats du point de vue du·de la médecin généraliste et du·de la sage-femme,
 - DynaMed : en affinant la recherche dans « Specialties », « Obstetric Medicine », « Pregnancy »,
 - Nursing Reference Center Plus,
 - Up To Date,
 - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE),
 - Choosing Wisely : en affinant dans « Recommendations », « Obstetrics and Gynaecology », « 9 things physicians and patients should question »,
 - Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG),
 - World Health Organization (WHO ou Organisation mondiale de la Santé, OMS),
 - Agency for Healthcare Research and Quality - US department of Health and Human Services (AHRQ),
 - Haute Autorité de Santé (HAS),
 - Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF),

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE),
 - Practice Based Information,
 - Guidance and Policy,
 - Primary research
 - Information for the public,
 - Pour des raisons évidentes, je n'ai pas fait de recherche sur le site de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), ni sur celui de la Commission Belge de Coordination de la Politique Antibiotique (BAPCOC).
- Dans les résumés de revue systématique :
- Evidence Based Nursing,
 - Cochrane France,
 - Minerva,
 - American College of Physicians (ACP).
 - Je n'ai pas fait de recherche dans Farmaka et dans les Folia du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP).
- Dans les revues systématiques :
- Cochrane Library : dans les « reviews » et les « trials »,
 - Joanna Briggs Collaboration par Ovid.
- Dans les études cliniques : j'ai recherché dans les « big five » :
- *Journal of the American Medical Association (JAMA)*,
 - *New England Journal of Medicine (NEJM)*,
 - *Annals of Internal Medicine (AIM)*,
 - *British Medical Journal (BMJ)*
 - *Lancet*.
- Et enfin, dans les bases de données bibliographiques : Medline (via Pubmed).

J'ai aussi vérifié ce qui se trouvait sur les sites pour les patient·e·s : Info Santé, Mon Généraliste et CiSMEF patients.

Au final, ayant trouvé peu d'études sur le sujet, j'ai lu tous les articles pour ainsi recueillir tous les résultats existant déjà et en faire un bref résumé.

J'ai également cherché dans la littérature française les livres qui existaient sur le sujet, ainsi que des sources diverses issues de champs disciplinaires plus proches des questions éthiques et politiques.

J'ai obtenu des informations, qui se trouvent en annexe, grâce aux folders de la Plateforme pour une Naissance Respectée, et grâce à des documents partagés par mes interlocuteur·rice·s.

Pour bien comprendre le rôle du·de la médecin généraliste dans la sphère de la natalité, j'ai fait une recherche dans ce sens. Sur EBP, en écrivant « projet de naissance », j'ai été renvoyée vers un article sur les consultations prénatales. Sur le KCE, j'ai fait une recherche en tapant « grossesse » comme mot clé. Sur la SSMG, en tapant « projet de naissance », j'ai trouvé un article sur le suivi de la grossesse, et un autre sur le site de la HAS.

III. Résultats

Ayant choisi de présenter le travail sous la forme d'une « réflexion éthique », je n'ai aucun résultat à présenter. Je n'ai pas réalisé d'étude, j'ai plutôt tenté de réfléchir et d'analyser ce qui existait déjà.

Je n'ai pas retranscrit les discussions que j'ai eues avec les expert·e·s. Elles n'ont pas eu lieu sur base de questionnaires pré-établis. J'ai préféré noter les idées-clés et les utiliser dans ma discussion pour donner divers points de vue.

Pour ce qui est des résultats trouvés dans mes recherches décrites ci-dessus, ils étaient très peu nombreux. Sur les 27 références explorées de la CDLH, seulement 7 sites

proposent du contenu sur les projets de naissance comme sujet principal. D'autres sites le mentionnent dans certains articles, mais sans en être le sujet principal. Tous les articles lus et analysés sont cités dans la discussion et se retrouvent dans les références. Les documents intéressants pour mieux comprendre comment réaliser un projet de naissance et des exemples de projets de naissances se trouvent dans les annexes.

IV. Discussion

La discussion que je vais présenter s'est développée au fur et à mesure de mes questionnements et de mes recherches sur les projets de naissance. Je présenterai les projets de naissance : ce qu'ils incarnent, d'où ils viennent comment les réaliser, leurs avantages et les écueils qu'ils mettent en jeu. De là découle une réflexion sur l'*empowerment*, le paternalisme et l'égalitarisme dans les soins de santé, comment la loi se positionne par rapport à cela et ce que nous pouvons en tirer. Je reviendrai sur les projets de naissance, en décrivant les intervenant·e·s qui l'abordent. Pour finir, j'analyserai la place du·de la médecin généraliste lors de la maternité et ce qu'il·le peut apporter en rapport avec la relation particulière qu'il·le entretient avec ses patient·e·s.

Il existe un premier biais dans ce qui suit, car il s'agit d'une réflexion subjective, bien que des professionnel·le·s expérimenté·e·s aient été interrogé·e·s sur la question afin d'avoir un panel de réflexions plus large. Le nombre d'expert·e·s interrogé·e·s n'étant pas très élevé, je n'ai qu'une mince idée des pratiques qui peuvent exister chez d'autres expert·e·s. J'ai cependant tenté d'élargir ma vision un maximum en consultant des praticien·ne·s issu·e·s de différents champs professionnels (gynécologues-obstétriciens, sage-femmes, doulas et médecins généralistes).

Un autre biais notoire est qu'il existe peu d'études sur le projet de naissance ; les rares études existantes portent principalement sur des petites populations, et fournissent des résultats très peu fiables.

Et puisque mon travail porte sur les enjeux éthiques et politiques des projets de naissance, j'ai également consulté des articles qui ne viennent pas des sources habituelles en médecine générale.

Le travail qui suit est donc mixte : il tient compte à la fois de la littérature médicale, d'articles historiques et/ou politiques, de ce que disent les praticien·ne·s que j'ai interrogé·e·s, et repose sur mes propres réflexions à partir de tout ça.

1. Les projets de naissance

1.1. Définitions

1.1.1. *Projet*

Selon le Larousse, un projet est une « idée de quelque chose à faire, que l'on présente dans ses grandes lignes⁴ » ou encore une « première ébauche, première rédaction destinée à être étudiée et corrigée⁴ ».

Le projet permet l'expression d'une pensée et favorise le dialogue entre les protagonistes²⁰.

1.1.2. *Projet de naissance*

Un projet de naissance est un outil de dialogue qui permet aux futurs parents de réfléchir à leurs droits, leurs envies et de s'exprimer quant à leurs souhaits concernant les conditions de naissance et quant aux pratiques médicales qui seront mises en œuvre lors de la naissance et de ses suites. Il permet de poser ses questions aux professionnel·le·s et d'en apprendre plus sur le déroulement d'une naissance. C'est un outil qui invite les patient·e·s à participer activement à la prise de décision quant à leurs soins. Une naissance étant

imprédictible, c'est aussi un outil qui, grâce aux discussions menées, permet de se préparer aux imprévus (par exemple la césarienne). Il est évolutif et non figé dans le temps. En effet, il est fréquemment modifié suite aux discussions tenues avec les soignant·e·s.

C'est un document qui n'a aucune valeur légale. Il peut cependant être annexé au dossier médical de la patiente.

Il peut se faire sous différentes formes. Certain·e·s expert·e·s pensent que ce qui est important c'est de discuter du projet, et non nécessairement de l'écrire⁵. Selon moi, le mettre sur papier semble plus intéressant pour avoir l'opportunité de bien y réfléchir en approfondissant la réflexion, de prendre du recul, d'en discuter sans oublier certains éléments, et une fois terminé de le mettre dans le dossier médical pour que toute l'équipe soignante au jour de la naissance puisse être tenue informée des envies de la maman et de son·a compagnon·e.

Corinne d'Aries, doula, me raconte que ses clientes le présentent sous forme de texte court ou long, de tirets, à la main, à l'ordinateur, en dessin, avec humour... C'est un outil malléable, que l'on façonne à sa façon. Elle m'explique qu'on a tou·te·s notre propre vécu et qu'il y a une raison derrière chaque demande ou envie, et qu'il est possible d'entamer son projet de naissance en parlant de l'expérience vécue, pour que l'équipe soignante perçoive mieux les raisons des attentes de la patiente.

Plusieurs aspects peuvent être envisagés : le·a professionnel·le qui suivra la grossesse, le lieu de la naissance (à l'hôpital, en maison de naissance, à domicile), les conditions de naissance possibles (dans quelle position donner naissance, dans l'eau ou pas, en acceptant ou refusant l'épisiotomie, etc.), la place du·de la partenaire, les conditions d'accueil pour le bébé (le peau à peau, la tétée d'accueil, quels types de soins à quel moment, etc.), les conditions du retour à domicile (sortie précoce, soutien à l'allaitement, etc.).

1.2. [Historique](#)

Les projets de naissance (ou « birth plans ») ont fait leur apparition dans les années 70 au sein des cours de préparation à la naissance initiés dans les années 60. En 1980, Simkin et Reinke popularisent la pratique en écrivant « Planning Your Baby's Birth⁶ ». L'idée séduit, puisque leur brochure se vend à plusieurs milliers de copies, répandant les projets de naissance aux quatre coins des États-Unis²⁹. Le public a réservé à cette idée un accueil favorable, mais Simkin fait état, 25 ans plus tard, de nombreuses réticences dans le corps médical, y compris chez des collègues dont elle attendait du soutien. Cela lui fait dire, en 2007, que les voix des femmes ne sont toujours pas entendues.

Dès les années 80, suite aux critiques d'une approche surmédicalisée de la grossesse et d'une approche laissant peu de place au choix des patientes, l'OMS recommande les cours de préparation à la naissance mais également les projets de naissance.

Les projets de naissance ne sont pourtant toujours pas la norme en Belgique, contrairement à la situation de l'Écosse et de l'Angleterre, où ils sont approuvés depuis 30 ans par le National Health Service (NHS)⁵.

En France, en 2012, 18% des femmes interrogées par le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE)²⁸ disent avoir fait un projet de naissance (naissances 2009-2012) et plus de 50% disent avoir eu et exprimé des souhaits particuliers pour leur enfantement.

1.3. [Réaliser un projet de naissance](#)

Les patientes et leur partenaire ont l'occasion de suivre des cours de préparation à la naissance ou d'être suivi-e-s par un-e sage-femme, doula, et/ou autre-s, pour recevoir les informations nécessaires afin de comprendre tous les enjeux d'une naissance.

Murielle Conrardt, sage-femme, et Marie Bougelet, doula, favorisent le rôle actif de la patiente. Elles préfèrent que les patientes se renseignent d'elles-mêmes avant de relire avec elles le projet qu'elles auront établi. Elles ne leur donnent pas de documentation pour aider à la réalisation de projets, contrairement à Corinne d'Aries, doula, qui distribue des outils d'aide à la confection d'un projet de naissance.

Il faut rester attentif·ve, d'après S., sage-femme, car certaines femmes copient des projets d'Internet sans en comprendre le sens.

Elle me raconte que certaines femmes souhaitent des naissances physiologiques alors que d'autres, par exemple, refusent le peau à peau. Dans ces cas-là, elle sensibilise les patientes pour les informer et qu'elles puissent faire un choix éclairé.

Elle m'explique aussi que certains hôpitaux, comme celui de Libramont, proposent des modèles de projets à compléter.

Un écueil de ces projets « tout faits » est leur non-exhaustivité. Le projet est rédigé par le corps médical, en fonction des possibilités de l'équipe et de son mode de fonctionnement, sans parler des autres options possibles. On ne peut donc pas s'assurer que le consentement de la patiente soit éclairé sur tous les points repris, ni sur la forme finale²⁰.

Dans l'idéal, la patiente propose son projet qui est relu par les professionnel·le·s de la santé. Il doit être clarifié et adapté si nécessaire, ou modifié si de nouveaux événements se produisent. Si le·a gynécologue-obstétricien·ne risque de ne pas être présent·e lors de la naissance, il est important de discuter de ce qui pourrait différer pour les protocoles avec un·e autre soignant·e¹⁰.

Le professeur Emonts, gynécologue-obstétricien, pense qu'il est nécessaire de réaliser un débriefing après la naissance. Le·a professionnel·le est parfois loin d'imaginer comment un·e patient·e a vécu un événement : en parler peut être bénéfique pour les deux parties. Ainsi, la patiente se sait entendue et le·a soignant·e reçoit un retour qui lui permet de s'évaluer.

1.3.1. À quel moment en parler ?

La recherche doit encore se pencher sur la question de savoir quel est le moment et le contexte le plus opportun pour aborder les projets de naissance et discuter des options pour la naissance⁸.

Il n'y a donc pas de date définie mais les expert·e·s interrogé·e·s semblent d'accord sur le fait d'en parler vers la fin du deuxième trimestre, quand la future maman commence à se projeter dans l'enfantement à venir, sans qu'il n'y ait de date limite. Il faut néanmoins garder en mémoire que c'est un outil malléable qui est modifiable tout au long de la grossesse.

Murielle Conradt, sage-femme, Marie Bougelet, doula, et le docteur Vandebossche, gynécologue-obstétricien, en parlent tou·te·s à la première consultation, lorsqu'il·les expliquent leur prise en charge. Marie Bougelet me précise qu'elle ne l'impose jamais.

Murielle Conradt et Marie Bougelet en reparlent vers 25 SA, si les patientes n'ont pas encore commencé à le rédiger, pour qu'elle aient le temps de faire leur recherches et puis d'en discuter ensemble et éventuellement les aider à reformuler certaines demandes. Ainsi, le projet sera établi lors de la rencontre avec le·a sage-femme hospitalier·e entre 34 et 36 SA et avec le·a gynécologue. Le professeur Emonts et le docteur Vandebossche, gynécologues-obstétriciens, trouvent idéal que la patiente en parle préalablement avec un·e sage-femme, pour que le projet soit cohérent.

1.3.2. Ressources pour réaliser un projet de naissance

Il existe énormément de références pour expliquer la physiologie du travail et de la naissance. Je ne les aborderai pas ici. Il existe également de nombreuses références pour aider à l'écriture d'un projet de naissance.

Mieux vaut pourtant rester prudent·e car certains écrits, comme le livre de Sophie Gamelin-Lavois, « Préparer son accouchement, faire un projet de naissance », qui est très revendicatif, parlent de pratiques à éviter absolument, alors que celles-ci ne reflètent pas du tout la réalité du terrain (comme les lavements, le toucher rectal, le rasage de la vulve, le refus de musique, etc.).

Marie Bougelet, doula, me dit à ce propos que la réalisation d'un projet à l'aide d'un·e professionnel·le permet de rassurer les mamans qui ont entendu parler de ces protocoles désuets.

Il est très facile de trouver sur Internet des projets de naissances existants. Vous en trouverez 5 exemples, sous différents formats, dans les annexes 3, 4, 5, 6 et 7.

La Plateforme pour une Naissance Respectée a réalisé un folder pour les patient·e·s leur expliquant leurs droits pendant la grossesse, la naissance et le post-partum (voir annexe 8, page 12 à 15). C'est selon moi un outil intéressant pour se questionner sur ce que l'on souhaite mettre dans son projet de naissance en étant au fait de quelques notions médico-légales.

Il existe également des outils d'aide à la rédaction d'un projet de naissance, avec les questions que l'on peut poser à son·a gynécologue (voir annexe 9) ou les différentes options qui se présentent lors d'une naissance (voie médicale versus physiologique, voir annexe 10).

Il existe aussi des modèles de projets de naissance « tout faits » (« templates » en anglais), où il faut cocher ses propres envies (voir annexes 11, 12 et 13). Ces « templates » peuvent être intéressants à condition de s'en inspirer plutôt que de les reprendre tels quels.

1.4. Avantages, écueils et limites

Contrairement aux effets des cours de préparation à la naissance, l'impact des projets de naissance reste flou, et mal documenté^{5,8}. Selon une revue systématique du NICE, il n'y aurait pas assez de preuves pour savoir si les projets de naissance pourraient améliorer l'expérience de la naissance ou la satisfaction ressentie¹⁴.

On peut toutefois dresser, à partir des témoignages recueillis et des entretiens que j'ai menés avec des professionnel-le-s familier-e-s de la pratique, une liste de quelques avantages probables.

Les projets de naissance permettent à la patiente :

- de réfléchir et de clarifier ses demandes et ses attentes ;
- d'avoir une meilleure compréhension de la physiologie de la naissance et d'en comprendre les mécanismes ;
- d'être familière avec les options de la naissance.

Leur principal effet sur elle, au-travers de ces différents avantages, serait donc d'accroître son sentiment de contrôle^{6,9,17}.

En plus des avantages individuels pour la patiente, ce sont des outils qui permettent une meilleure communication entre la femme et son-a partenaire, mais aussi avec l'équipe soignante. Ainsi, ils amènent un cadre pour développer une relation de collaboration entre le-a professionnel-le de santé et la patiente. Ils peuvent contribuer à réduire les conflits et les incompréhensions en se mettant d'accord à l'avance sur ce qui se fera ou pas lors de la naissance et sur ce qui pourrait être nécessaire en cas d'urgence. Ils instaurent un climat de confiance et de respect mutuel^{9,17,19}.

Les optiques de soins centrées sur le-a patient-e n'ont pas pour seul avantage d'améliorer son confort : nous savons que cela est un indice de qualité de soin⁶.

Les projets de naissance permettent à l'équipe de soignant-e-s de savoir ce qui est important pour la femme et ce dont elle a besoin pour se sentir en sécurité, encouragée et

en confiance pendant le travail, ce qui permet aux soignant·e·s de proposer un suivi plus adapté. Ils servent de documentation sur l'accord entre la femme et le·a soignant·e¹⁷.

De plus, dans certains cas, les projets ouvrent l'esprit des soignant·e·s qui non seulement doivent se tenir informé·e·s des dernières pratiques basées sur des preuves mais également sortir de leur zone de confort.

Une étude montre que les femmes ayant un projet de naissance peuvent aussi se sentir moins en contrôle et moins satisfaites que celles qui n'en ont pas préparé⁵, car le contexte de la naissance est imprédictible⁹. On voit donc que le fait de se projeter dans un scénario particulier a ses inconvénients si les imprévus n'ont pas été envisagés.

A contrario, d'autres études suggèrent que même si les préférences des patientes n'ont pas été respectées, celles-ci expriment une satisfaction car elles pensent que la discussion permise par le projet est bénéfique^{5,6}. D'après une étude sur 81 femmes, 84% des patientes disent qu'elles voudraient refaire un projet de naissance pour une future grossesse¹⁹. Il semblerait que plus les demandes sont respectées, plus il y a de satisfaction⁵. Cependant, des attentes irréalistes sont une cause de non satisfaction^{5,18}.

Certaines études tentent de dégager des constantes dans les naissances précédées d'un projet. Par exemple, une étude montre qu'il y a des taux identiques d'inductions, d'utilisation d'ocytocine, d'instrumentalisation, d'épisiotomies du troisième et quatrième degrés et de césariennes chez les patientes ayant réalisé un projet de naissance ou non^{6,7}. Par contre il y aurait moins d'utilisation de la péridurale chez celles qui ont pensé un projet de naissance⁶. Les femmes ayant un projet formalisé seraient plus satisfaites de la méthode choisie pour contrôler la douleur de la naissance⁶.

Dans la même ligne, une enquête réalisée sur 14 630 patientes montre que les femmes ayant un projet de naissance ont une plus grande chance de donner naissance par voie basse, même chez les nullipares^{5,16}. Pourtant, une autre étude de la même équipe de chercheur·se·s a montré qu'il n'y avait pas de différence sur le mode de naissance selon qu'il y ait un projet ou non⁵. Cette contradiction pourrait s'expliquer par la pluralité des

projets de naissance possibles : chaque femme, chaque projet, est singulier, ce qui rend délicat de formuler une conclusion générale à leur propos.

Bien qu'il existe de nombreux avantages aux projets de naissance, et qu'on ait montré qu'il est encore difficile de produire des résultats de recherche clairs, le monde médical continue d'être méfiant, voire méprisant, à leur égard. Certain·e·s soignant·e·s ont une perception négative des projets de naissance, ils pensent que ce n'est pas quelque chose d'essentiel ou que certains projets sont irréalistes ou que certaines demandes sont inappropriées^{5,10}. Selon une étude, 65% du staff médical pense que les patientes avec un projet de naissance auront plus de complications, par exemple via un taux plus élevé de césariennes futures^{6,10}. D'autres pensent qu'une fois que le projet de naissance est écrit, il faut le suivre à la lettre⁶. Il a été décrit comme un outil qui bloque la communication, qui ennuie les soignant·e·s et qui remet en question l'expertise et l'expérience des professionnel·le·s. Ainsi, « les crispations sont liées notamment à la question de la relation patient-soignant, à celle de la responsabilité médico-légale, et à celle de la légitimité des parents à émettre des préférences ou des demandes fermes concernant des actes et pratiques médicales²⁸ ».

De leur côté, les patientes avec un projet de naissance ne sont pas toutes contentes de leur expérience. Selon une étude, les femmes non satisfaites reprochaient aux professionnel·le·s ne pas les lire, d'y être indifférent·e·s ou de ne pas les respecter^{6,9}. Les patientes rapportent parfois une communication inefficace, autoritaire et paternaliste¹⁰. De plus rares patientes rapportent que des soignant·e·s les avaient menacées en déclarant qu'elles ou leurs bébés risquaient de mourir si elles refusaient certaines interventions de routine¹⁰. Il arrive aussi que certain·e·s soignant·e·s pratiquent des interventions non nécessaires et non demandées par la patiente, comme une épisiotomie pour éviter une déchirure, dans un but médico-légal¹⁰. Les intentions des soignant·e·s sont parfois moins avouables encore : certaines patientes qui avaient comme projet de ne pas avoir de péridurale et qui changeaient d'avis pendant le travail, ont vu leurs anesthésistes refuser

une administration d'antalgiques. Il·les se défendent en disant qu'il·les suivent le projet, mais en réalité il·les punissent les patientes⁶.

Il existe des avantages et des écueils aux projets de naissance, mais il existe également certaines limites fermes qui s'y appliquent. Par exemple, proposer de créer un projet de naissance avec une patiente présentant un déficit mental est un exercice qui peut s'avérer compliqué. La barrière de la langue et les différences culturelles pourraient également rendre sa réalisation plus ardue.

2. Enjeux éthiques et politiques

Si les projets de naissance créent des tensions, c'est que cette pratique est tout sauf innocente. Les avantages évoqués ci-dessus sont principalement en faveur de la patiente, et les intervenant·e·s ne se sentent plus reconnu·e·s comme légitimes. C'est leur autorité de savant·e·s qui est mise en cause, et le bien-fondé des décisions qu'il·le·s prennent dans des situations d'urgence, où le danger est bien réel.

2.1. Paternalisme versus empowerment

L'*empowerment* est un processus de (re)prise de pouvoir, comme individus ou comme groupes, pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques, ou encore écologiques, auxquelles on se trouve confronté·e·s. Traduit en français sous les noms d'« empouvoirement », d'« autonomisation » ou encore d'« encapacitation », c'est un terme relativement récent dans le langage familier francophone. Son origine remonte pourtant au début du XX^{ème} siècle : on attribue sa paternité à Saul Alinsky, qui travaillait à la resocialisation des banlieues de Chicago. Reprise dans les années 80 dans la lutte pour la reconnaissance des droits des femmes, la notion s'est étendue dans de nombreux domaines.

Le domaine médical est lui aussi concerné, puisque l'empowerment y a fait son apparition afin de justifier le travail des intervenant·e·s paramédicaux, qui visent par exemple à maintenir le « pouvoir » des patient·e·s en assurant leur autonomie ou leur volonté d'être actif·ve·s. Même si le terme n'est pas fréquemment employé, l'idée sous-tend la pratique de tous les soignant·e·s.

Les docteurs Sousa et Schoffeniels, médecins généralistes, sont d'accord de dire que l'empowerment des patient·e·s est primordial. Elles me disent que la médecine générale peut avoir un rôle pour renforcer cet aspect chez les patient·e·s.

2.1.1. Le médecin paternaliste, un modèle ancré

L'empowerment tel qu'il a été compris jusqu'ici, en donnant notamment le droit « pour la parturiente de décider conjointement avec le médecin, après avoir reçu une information détaillée à ce sujet, des thérapies et des traitements²⁴ », suppose l'acceptation d'une perte de contrôle de la part du monde médical, et donc d'abandonner le modèle paternaliste, qui a longtemps été le modèle dominant.

Dans le modèle paternaliste, il y a un rapport de pouvoir basé sur une inégalité de savoir : le·a médecin est en possession de la connaissance, c'est el·lui qui prend les décisions et le·a patient·e, ignorant·e, obéit sans que son consentement ne soit requis, et sans que l'on cherche à l'éclairer sur ce qui va lui arriver, ou les implications de ce qu'on lui demande de faire. La relation est asymétrique, hiérarchique. Le·a médecin transmet une information, mais il n'y a pas de dialogue, le·a patient·e ne donne pas son avis et ne participe pas à sa prise en charge, sa parole n'est pas prise en compte. C'est probablement pour cette raison que certaines femmes avouent avoir parfois plus facile de parler à leur sage-femme qu'à leur médecin.

Certain·e·s professionnel·le·s de la santé pensent que leur éducation, leurs connaissances et opinions devraient être respecté·e·s et il·les considèrent que l'utilisation d'un projet de naissance défie leur statut⁶. Il·les ont l'impression que les projets de naissance sont une menace quant à leur autorité, et pour s'en défendre il arrive qu'il·les ripostent ; les patientes peuvent alors devenir un objet de moqueries, de condescendance et d'hostilité⁶. Ainsi, un projet de naissance devient dangereux pour le statut de pouvoir du médecin. C'est une des raisons pour lesquelles il a encore du mal à s'imposer dans les pratiques.

2.1.2. Le modèle égalitaire : encapacitons les patient·e·s !

La relation médecin-patient·e paternaliste est de moins en moins la norme, grâce notamment à la législation et aux changements de mentalité, et probablement grâce à l'accès plus aisé aux connaissances. Le mouvement féministe, en encourageant les femmes à s'informer sur le fonctionnement de leur propre corps, a très largement montré la voie aux pratiques d'empowerment collectif des patientes²³.

Venu des patient·e·s ell·eux·mêmes, et conçu comme pratique collective d'émancipation et d'accroissement du pouvoir par l'information, l'empowerment suppose un changement du modèle de la posture du·de la médecin.

Le·a médecin deviendrait alors égal·e à son·a patient·e. Même si le·a professionnel·le a plus de connaissances sur la santé, ce n'est pas à el·lui de décider pour le·a patient·e. Il·le informe son·a patient·e, et c'est à ce·tte dernier·e de prendre la décision médicale. Une décision pourrait être idéale pour la patiente sans être la meilleure option pour le·a soignant·e. Par exemple, la position gynécologique pour enfanter est adéquate pour le·a professionnel·le car il·le sera bien placé·e pour visualiser la sortie du bébé et pour agir en cas de nécessité, alors que cette position n'est pas physiologique pour enfanter et ne sera donc pas la plus confortable pour une patiente non anesthésiée, ni la plus efficace pour la sortie du bébé.

2.2. Le levier (médico-)légal : droits et chartes

Ce glissement du modèle paternaliste vers un modèle égalitariste est encouragé par les innovations légales des derniers quarante ans.

Ainsi, en 1988, dans la résolution votée par le Parlement européen et visant la création d'une « Charte des droits de la parturiente », parue au Journal officiel des Communautés européennes, on pouvait lire : « il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée²⁴. »

En Belgique, le droit des patient·e·s de 2002 tient compte de l'esprit de ces dispositions, en les traduisant précisément dans une loi qui vise à promouvoir la confiance et la qualité de la relation patient·e-soignant·e. En organisant juridiquement les obligations, sanctions et procédures légales qui s'y rapportent, la Belgique se dote ainsi de recours efficaces, poussant au changement des pratiques.

Mais pour que les patient·e·s puissent faire respecter leurs droits, il faut encore qu'il·le·s puissent les connaître. Les campagnes de sensibilisation, comme celle de la Plateforme d'une Naissance Respectée, sont nécessaires. Mais les médecins généralistes ont certainement un rôle à jouer avec leur patientèle, sur lequel je reviendrai.

2.3. Le consentement éclairé

Les textes de loi évoqués introduisent dans le champ médical la notion de « consentement éclairé » : le·a médecin doit donner toutes les informations nécessaires à son·a patient·e avant chaque intervention, et le consentement peut être ajouté par écrit au dossier. Par le fait que son consentement éclairé est requis, la patiente peut prendre des décisions pour elle-même et détient alors un rôle actif.

Certaines patientes insistent sur ce point dans leurs projets de naissance en inscrivant qu'elles souhaitent que le consentement soit bien respecté, au cas où certains actes urgents devraient être pratiqués. Plus généralement, un projet de naissance est un outil qui va de pair avec le consentement éclairé : la patiente soumet ses demandes après avoir pris ses renseignements et en discute avec le·a professionnel·le de santé, qui peut alors insister sur les intérêts, les risques, les alternatives, etc.

Le consentement éclairé est pointé dans l'article 8 de la loi relative aux droits du patient, 22 août 2002 :

- *§ 1er. Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention. A la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord du praticien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.*
- *§ 2. Les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement visé au § 1er, concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives*

possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention.

- *§ 4. Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au § 1er, pour une intervention. A la demande du patient ou du praticien professionnel, le refus ou le retrait du consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.*
- *§ 5. Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant visé au chapitre IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents.*

Le patient-e doit donc consentir librement à toute intervention. Mais existe-t-il des cas où il-le ne pourrait pas dire qu'on a extorqué son consentement ? « L'anesthésiste ne sera plus disponible tout à l'heure, si vous hésitez pour la péridurale, il faut choisir maintenant », « on n'a pas le choix madame, il en va de la vie du bébé »... Et, puisqu'il s'agit d'une obligation légale, du côté des médecins, demande-t-on le consentement pour autre chose que pour se donner bonne conscience, ou pour éviter les poursuites judiciaires en pouvant dire « mais vous l'avez accepté » ?

Quant au caractère éclairé du consentement, Corinne d'Aries, doula, propose cette métaphore : « c'est comme au restaurant, si on nous propose juste le menu du jour, on va prendre le menu. Alors que si on nous propose la carte, peut être qu'on prendra le menu, ou alors on prendra autre chose ».

Mais tendre simplement la carte à la patiente ne suffit pas à ce que son choix soit « éclairé ». Encore faut-il un serveur prêt à expliquer et à décrire ce qu'il y est indiqué.

2.3.1. *Projet de naissance et éducation thérapeutique*

En santé, les praticien·ne·s qui visent l'empowerment de leurs patient·e·s se sont ainsi tournées vers l'« éducation thérapeutique du patient ». L'OMS en donne cette définition : « L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans la démarche de soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées. Ce processus éducatif vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie et le traitement, à mieux coopérer avec les soignants et à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie²⁵ ».

Les patient·e·s ont besoin d'informations et de connaissances pour prendre des décisions⁶. Mais ce n'est pas parce qu'une femme assiste à un cours de préparation à la naissance qu'elle est nécessairement engagée dans sa santé : qu'en retiendra-t-elle ? A-t-elle été invitée à y prendre une part active ? Quels prolongements lui ont été suggérés ? Quel suivi lui est proposé ?

Par l'éducation, les patientes peuvent mieux comprendre le processus du travail et de la naissance, elles développent une confiance en leur capacité à enfanter et apprennent à prendre des décisions et à négocier⁶. Les patientes deviennent ainsi plus motivées, impliquées et autonomes. Elles auront les ressources nécessaires pour se renseigner activement sur ce qu'elles voudraient vivre pour la naissance de leur enfant.

Marie Bougelet, doula, me raconte qu'elle explique à ses patientes qu'elles sont actrices de leur naissance, ce qui est parfois une découverte pour les mamans qui partent pour « se faire accoucher ».

Quand les soignant·e·s gagnent la confiance de leurs patientes et que ces dernières parlent de leurs désirs, de leurs envies et de leurs peurs, il y a plus de chances d'avoir de bons résultats lors de la naissance et de la satisfaction émanant de la patiente et du·de la soignant·e¹⁰. Et quand la communication est efficace, la patiente sait qu'elle va être traitée avec respect, peu importe qui est de garde le jour de la naissance¹⁰.

Il faut rester attentif·ve à la population ciblée par la réalisation d'un projet de naissance, car une étude a montré que les projets étaient de plus en plus utilisés, mais principalement chez les femmes plus âgées et plus éduquées⁷.

Sans guidance et sans structure, beaucoup de projets de naissances laissent les parents vulnérables. Il est important d'avoir un suivi continu par un·e soignant·e¹². Il existe donc un obstacle majeur à l'empowerment de la patiente, c'est le manque de temps des soignant·e·s, donc de disponibilité pour « éduquer ». C'est là que les disciplines complémentaires sont un atout. Certain·e·s professionnel·le·s, comme les doulas par exemple, auront plus de temps à consacrer à la parturiente.

2.3.2. Dernier recours : le droit de choisir

Le·a patient·e a droit à des soins de qualité, c'est ce qui fait que la plupart des médecins acceptent tous ces changements dans leurs pratiques et leur posture. S'il n'était pas question d'améliorer la qualité des soins, ou au moins le confort psychologique des patientes, l'administratif médico-légal et le temps passé à éduquer et à requérir le consentement paraîtraient vains.

Néanmoins, si le·a patient·e n'est pas satisfait·e des soins reçus, il·le a le droit choisir le·a professionnel·le qui assurera son suivi médical.

Ceci est inscrit dans la loi relative aux droits du patient, datant du 22 août 2002 :

- *Art. 5. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.*
- *Art. 6. Le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi.*

Ce « dernier recours » permet de sortir des difficultés relationnelles, déjà décrites, qu'entraîne un désaccord entre patient·e et médecin concernant la posture que chacun·e adopte, et la légitimité des souhaits formulés de part et d'autre. Si la patiente ne parvient pas à se faire entendre, libre à elle de trouver quelqu'un·e qui acceptera de l'informer et de tenir compte de ses décisions.

L'inverse est vrai également : si le·a patient·e a le droit de choisir son·a professionnel·le de la santé, le·a praticien·ne a le droit d'arrêter le suivi d'un·e patient·e, mais avec une obligation de continuité de soins, c'est à dire que le·a professionnel·le doit référer le·a patient·e avec tout son dossier à un·e collègue.

Le professeur Emonts, gynécologue-obstétricien, me donne cet exemple : un·e obstétricien·ne doit référer à un·e collègue qui l'acceptera une patiente qui voudrait une naissance par voie basse avec un fœtus en siège si il·le ne se sent pas à l'aise avec ce type de naissance et qu'il·le ne pratique dès lors que les césariennes dans ce genre de situation.

Cela est énoncé dans la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé, du 22 avril 2019 :

- *Art. 17. Le professionnel des soins de santé n'est pas autorisé à interrompre un traitement en cours auprès d'un patient sans avoir pris au préalable toutes les dispositions visant à garantir la continuité des soins. En vue d'assurer cette continuité, le professionnel des soins de santé, lorsque lui-même n'est pas disponible pour sa pratique, informe son patient du professionnel des soins de santé appartenant à la même profession des soins de santé et disposant de la même compétence, à qui le patient peut s'adresser pour le suivi de son traitement.*
- *Art. 19. Le professionnel des soins de santé communique, moyennant le consentement du patient visé à l'article 36, à un autre professionnel des soins de santé traitant, désigné par le patient pour poursuivre ou compléter soit le diagnostic, soit le traitement, toutes les informations utiles ou nécessaires les concernant.*

En effet, il est important que le·a médecin puisse trouver sa place dans la relation qui se crée avec son·a patient·e et qu'il·le puisse travailler dans des conditions qui lui sont sécurisantes.

2.4. Dépasser l'opposition entre paternalisme et égalitarisme

En donnant la parole aux patientes, et une parole sûre d'elle parce qu'appuyée sur des connaissances solides, le projet de naissance rejoue les rapports de force. Le pouvoir symbolique incarné par les médecins est mis à mal. Si les patient·e·s y gagnent, les médecins ont l'impression d'y perdre. Comme dans la lutte féministe, on accuse les patient·e·s de vouloir rabaisser les médecins, là où il·les cherchent simplement à faire entendre leur propre voix. Et avec l'appui progressif du droit, le sentiment d'une fragilité

croissante vis-à-vis de la justice se répand chez les soignant·e·s, lié à l'impression qu'on peut être mis en cause très facilement et qu'un avocat aurait raison du·de la médecin.

Si les patientes gagnent du pouvoir grâce aux projets de naissance, parce qu'elles comprennent et décident de ce que d'autres avant elles subissaient, les médecins ne l'entendent pas toujours de cette oreille. En effet, les professionnel·le·s gardent une légitimité quant au savoir, et ce sont eux·lles qui assumeront de la responsabilité des actes posés, et de leurs conséquences. Les patientes ne peuvent donc pas être exactement les égales de médecins qui n'ont pas seulement plus de connaissances qu'elles, mais ont également plus de responsabilités. Leur « égalité » ne serait qu'une illusion.

Ainsi, il est essentiel de créer les conditions dans lesquelles les patientes possèdent toutes les informations nécessaires pour se forger un avis solide. Il est important d'organiser des lieux où elles seront en mesure de s'exprimer (des espaces de dialogue avec les représentant·e·s du corps médical concerné·e·s par leur cas, par exemple). Il faut également s'arranger pour qu'elles se sentent légitimes à dire « non » quand elles pensent que c'est « non » qu'elles doivent dire...

Mais il faut relativiser la rigidité du programme que les patientes cherchent à fixer pour la naissance : leurs choix doivent être suffisamment souples pour prendre en compte les variations qui se produiront, et elles doivent être bien conscientes que selon les circonstances, les interventions pourront être différentes que celles qu'elles ont imaginées¹⁷.

À ce propos, certain·e·s expert·e·s pensent qu'il serait opportun de renommer les projets de naissance⁸. Car un projet, par définition, c'est une ébauche de quelque chose, et certaines femmes s'y accrochent tellement qu'elles oublient que la naissance est imprévisible, et finissent déçues de leur enfantement.

Une chercheuse propose le terme de « birth partnership¹⁰ », ou « partenariat de naissance ». Selon elle, cela mettrait en exergue le dialogue qui se crée entre les patient·e·s et les soignant·e·s. Ainsi, chacun·e pourrait trouver sa place et se sentir impliqué·e.

Sur un autre plan, il faut pouvoir rassurer le corps médical concernant la perte de ses privilèges symboliques. Grâce au ressort légal du consentement éclairé nécessaire, la pratique des projets de naissance s'impose petit à petit. Cela ne doit pas effrayer les médecins, mais leur apparaître comme une occasion de trouver une posture, certes plus modeste, mais plus juste ; et d'entretenir des relations plus riches avec leurs patient·e·s.

Quelle relations voulons-nous nouer ? Quel rôle voulons-nous avoir ? Dans quelle mesure sommes-nous au service des patient·e·s ? Que mettre à la disposition de nos patient·e·s pour les accompagner au mieux ?

Je vais commencer par passer en revue les différent·e·s intervenant·e·s qui assurent ou peuvent assurer le suivi périnatal, avant de m'intéresser plus précisément au rôle des médecins généralistes.

3. Les différent·e·s intervenant·e·s

Il existe différent·e·s intervenant·e·s qui s'occupent de la maternité et qui proposent la réalisation d'un projet de naissance, que ce soit en première ou seconde ligne.

3.1. Le·a sage-femme

Si l'intervention d'un·e sage-femme est obligatoire en post-partum à domicile, il ne l'est pas en pré-natal. Pour celles qui le souhaitent, le suivi pré-natal est toutefois possible en hôpital, par exemple grâce aux consultations ONE, où malheureusement il est difficile de

tisser des liens car les intervenant·e·s ne sont pas les mêmes tout au long du suivi, ou alors avec une sage-femme indépendante, grâce aux 12 séances pré-natales remboursées.

La plupart des patientes choisit de rencontrer un·e sage-femme hospitalier·e vers 24 semaines d'aménorrhée (SA) et entre la 34ème et la 36ème SA. Mais ces consultations servent principalement à présenter la maternité et à vérifier que le dossier médical est bien complet. Certain·e·s sage-femmes dans certains hôpitaux parlent du projet de naissance lors de ces consultations.

S., sage-femme et enseignante pour les sage-femmes à l'HELMo, m'informe que la notion de projet de naissance n'est pas étudiée comme matière spécifique lors des études. Cependant, selon la sensibilité des étudiant·e·s, le sujet est parfois abordé en cours, comme lors du cours de préparation à la naissance.

Murielle Conradt, sage-femme libérale, a découvert le concept des projets de naissance par l'intermédiaire de parents. Ça lui paraissait logique que cell·eux-ci aient des demandes et naturellement, elle s'est mise à le proposer. Depuis un an ou deux, elle a vu des sage-femmes hospitalier·e·s, lors de la consultation d'inscription à la maternité, demander aux patientes si elles en avaient préparé un. Elle pense que c'est important d'en parler aux sage-femmes lors de l'inscription car ce sont ell·eux qui sont présent·e·s tout au long du travail.

3.2. [Le·a doula](#)

Un·e doula est une personne qui propose un accompagnement non médical avant, pendant et après avoir donné naissance, en apportant un support physique, émotionnel et informatif pour la patiente et sa famille. Son rôle est complémentaire aux clinicien·ne·s²¹. Le travail des doulas est encore peu connu en Belgique, contrairement aux pays Anglo-Saxons où il·les sont plus souvent sollicité·e·s.

Le détail de leur rôle et les avantages à être accompagnée par un·e doula peuvent être retrouvés respectivement en annexe 1 et 2.

Corinne d'Aries, doula et formatrice de doulas, m'explique qu'une journée entière de formation est consacrée aux projets de naissance. Elle trouve que c'est un outil de communication merveilleux. Certaines de ses clientes y réfléchissent sans aller plus loin, alors que d'autres le posent par écrit. Elle insiste sur le fait que le·a doula est là pour informer, sans jamais influencer le choix des femmes.

Marie Bougelet, doula, trouve que les projets de naissance sont utiles pour être bien accompagnée à l'hôpital. Son but n'est pas de créer un conflit mais d'ouvrir des portes. Par exemple, si la maman ne veut pas de péridurale et qu'il y a plusieurs sage-femmes sur place, si l'un·e d'ell·eux est plus rassuré·e quand il y a une anesthésie, il·le pourra laisser son·a collègue s'occuper de la patiente, ce qui permet un meilleur accompagnement. De son point de vue, les projets de naissance sont souvent bien accueillis par le corps médical, les mamans arrivant préparées. Certain·e·s gynécologues cependant restent fermé·e·s à cela. Elle raconte que parfois les femmes changent de médecin suite à leur projet, car elles se rendent compte qu'il·le ne leur convient plus.

Elle pense qu'une naissance est mieux vécue quand la femme se sent respectée, alors que si on lui impose des interventions, cela peut devenir traumatisant. Par exemple, si une maman a décidé de ne pas allaiter, c'est intéressant de le mettre dans le projet de naissance, pour ne pas avoir à batailler et de subir de la culpabilisation. L'écriture du projet est aussi l'occasion d'ouvrir la discussion en couple, car dans ce dernier exemple, peut-être que le·a partenaire souhaite un allaitement pour son enfant, et cela permet de prendre une décision ensemble.

3.3. [Le-a Partenaire Enfants-Parents de l'Office de la Naissance et de l'Enfance](#)

Certain·e·s Pep's, ou Partenaires Enfants-Parents (anciennement appelé·e·s Travailleur·se·s Médico-Social ou TMS) de l'ONE, parleraient parfois des projets de naissance en consultation prénatale. Je n'en ai toutefois pas rencontré.

3.4. [Le-a gynécologue](#)

Le professeur Emonts, gynécologue-obstétricien et professeur d'obstétrique, trouve que les projets de naissance forment un outil important, pour les patientes mais également pour le-a praticien·ne. Il est impératif d'en discuter avec la patiente bien avant la période de la naissance. Il m'explique que les projets de naissance permettent de faire coïncider les demandes des patientes avec le déroulement de la naissance mais aussi de faire comprendre aux patientes que certaines demandes sont irréalistes, dangereuses, et que, d'autre part, certains imprévus dans le décours de la naissance pourraient arriver, nécessitant un acte médical plus invasif, pour permettre la naissance du bébé, qui n'est pas de la maltraitance. Selon lui, il est toujours possible de trouver un compromis entre les exigences du·des futur·s parent·s et la réalité de terrain.

Il m'explique qu'il travaille beaucoup sur la communication dans l'enseignement des assistant·e·s en obstétrique. Il leur enseigne qu'il·les doivent garder un contact visuel avec la parturiente. Il faut impliquer cette dernière dans la naissance de son enfant, lui expliquer ce qui est en train de se passer, s'assurer qu'elle a bien compris les gestes et les actions qui sont faites et leurs raisons. Il estime qu'avec une bonne communication, les problèmes seraient moins fréquents. Par exemple, aucune femme ne veut qu'on utilise des instruments comme les forceps, les ventouses, ou vivre des traumatismes comme une épisiotomie, mais parfois, cela est nécessaire, et si on l'explique clairement à la patiente, en disant que son bébé est en grande difficulté, qu'une césarienne n'est plus possible, et qu'il n'y a plus de temps à perdre, alors elle sera toujours d'accord avec la manoeuvre, elle ne se sentira pas comme « un morceau de chair qu'on travaille » (sic).

Selon lui, il existe un problème limitant qui réside dans le timing des consultations, car des impératifs de rentabilité sont malheureusement présents et prendre largement le temps pour un projet de naissance est compliqué. Une autre difficulté réside dans le clivage entre le fait de vouloir garder le côté magique de la naissance et la nécessité médico-légale d'utiliser tous les moyens médicaux pour garantir la sécurité. En effet, les patientes viennent pour vivre « un heureux événement, un bonheur total » et elles ne s'attendent pas du tout à ce qu'un incident se produise. Si bien que dans leur évaluation, s'il y a un incident, c'est que le·a praticien·ne n'a pas été assez vigilant·e et n'a pas fait ce qu'il fallait. D'où ce conflit pour l'obstétricien·ne entre « laisser faire la nature » et « hyper-médicaliser l'accouchement ».

Le docteur Vandebossche, gynécologue-obstétricien en cabinet privé, a l'habitude d'utiliser les projets de naissance dans sa pratique. Il en parlait déjà aux patientes lors de son assistantat, et celles-ci sont d'ailleurs de plus en plus demandeuses. Il leur propose d'en parler et d'en écrire un avec leur sage-femme, si elles en ont un·e, et puis de le lui envoyer par email pour avoir le temps de le lire, avant d'en discuter en consultation. Toutes ses patientes ne ressentent pas le besoin d'en faire un.

4. La place du·de la médecin généraliste et la relation avec ses patient·e·s

4.1. Le·a médecin généraliste et la grossesse

Les médecins généralistes, grâce à leur rôle de première ligne, sont en contact avec les personnes en désir d'enfant. Que ce soit en consultation pré-conceptionnelle, pour annoncer un β HCG positif, pour les pathologies aiguës survenant pendant la grossesse, pour les questions et/ou les doutes des futurs parents, mais également pour les suivis de grossesse, qui sont plus rarement réalisés par les généralistes dans notre pays.

Il existe des recommandations de bonnes pratiques pour le suivi de la grossesse, notamment mis à disposition par la SSMG². Des recommandations de bonnes pratiques pour l'accouchement à bas risque sont disponibles sur le site du KCE³. L'OMS a également publié des recommandations sur les soins intra-partum pour une expérience positive de la naissance²⁷.

Le professeur Emonts, gynécologue-obstétricien, insiste sur le fait que les généralistes peuvent suivre les grossesses. Il estime qu'un-e médecin traitant-e « peut tout faire tant qu'il-le le fait bien et qu'il-le connaît ses limites ». Le-a généraliste est un-e bel-le interlocuteur-trice selon lui, qui peut aussi servir de relais entre la gestante et le-a gynécologue.

Murielle Conradt, sage-femme, estime que la grossesse à bas risque devrait être suivie en première ligne. Elle a d'ailleurs régulièrement des contacts avec les médecins traitant-e-s de ses patientes.

Nous savons donc que le-a médecin généraliste peut suivre des grossesses. Mais le fait-il-le réellement en pratique ? Le-a médecin de famille croise-t-il-le des femmes enceintes dans sa pratique ?

S., sage-femme, trouve que le-a médecin généraliste n'a actuellement pas une grande place lors de la maternité. Elle a tendance à référer les patientes au-a la médecin traitant-e mais trouve qu'elles vont plus facilement chez le-a gynécologue, même pour une pathologie aiguë, comme un rhume.

C'est une habitude sociale et culturelle en Belgique de se rendre chez son-a gynécologue plutôt que d'aller chez son-a généraliste Ce n'est pas le cas partout, comme en Australie, où les généralistes ont l'habitude de suivre les grossesses physiologiques¹. Pour qu'un-e généraliste trouve sa place, il-le doit donc la prendre de manière active.

J'en ai discuté avec deux médecins traitantes, les docteurs Sousa et Schoffeniels, qui ont lancé avec leurs collègues un projet de suivi périnatal pluridisciplinaire dans leur maison médicale. Elles s'occupent par exemple des retours précoces à domicile, ou proposent un rendez-vous chez un·e infirmier·e de la maison médicale pour le vaccin contre la coqueluche pendant la grossesse, car les gynécologues ne le proposent pas systématiquement. Elles racontent que même en étant pro-actives, les femmes restent gynéco-centrées, sauf certaines qui sont multipares, qui sont d'origine étrangère ou plus rarement qui cherchent à se démedicaliser. Elles n'évoquent jamais les projets de naissance, n'ayant pas les connaissances suffisantes nécessaires pour le proposer, mais il arrive que certaines patientes amènent des interrogations en consultation auxquelles leurs médecins tentent bien entendu de répondre.

4.2. Le·a médecin généraliste et les projets de naissance

Le·a généraliste pourrait-il·le proposer la réalisation d'un projet de naissance ? Plusieurs de mes interlocuteurs semblent tout à fait d'accord avec cette idée.

Le professeur Emont, gynécologue-obstétricien, pense qu'il est souvent plus facile de parler avec son·a médecin traitant·e. Marie Bougelet, doula, est du même avis, et pense que certain·e·s généralistes peuvent être plus à l'écoute qu'un·e gynécologue. Effectivement, l'avantage du·de la généraliste est qu'il·le connaît mieux la situation globale de sa patiente, la suivant éventuellement de longue date, et il·le dispose probablement de plus de temps de consultation.

Pourtant, d'autres expert·e·s interrogé·e·s ne partagent pas le même avis. S., sage-femme, et le docteur Vandebossche, gynécologue-obstétricien, pensent qu'il y a déjà beaucoup d'intervenant·e·s autour de la femme enceinte, surtout si la patiente a déjà un·e sage-femme.

Les docteurs Sousa et Schoffeniels, médecins traitantes, me disent qu'elles encouragent leurs patientes à se faire suivre par une sage-femme.

Est-ce que ça voudrait dire que le·a généraliste aurait un rôle superflu par rapport aux projets de naissance ? Ne serait-ce pas mieux d'envoyer directement la patiente chez un·e sage-femme ? Quand je repense à ma patiente qui approchait de son terme et qui avait la tête remplie d'interrogations, peut-être aurais-je pu débloquer la situation plus rapidement en lui proposant le numéro d'un·e sage-femme en début de grossesse ?

4.3. L'intérêt de proposer un projet de naissance par le·a médecin généraliste

En effet, il semble opportun de recommander un·e sage-femme pour un suivi global de qualité. Mais chaque professionnel·le de la santé a un rôle qui lui est propre. Ces différents rôles sont complémentaires. Pour un meilleur accompagnement, il peut être utile de s'entourer de différent·e·s soignant·e·s. Et c'est à la patiente de choisir par qui elle souhaite être suivie, selon ses besoins, ses envies et ses affinités. Celle-ci pourrait choisir un suivi de grossesse par son·a médecin traitant·e, et dans ce cas, parler d'un projet de naissance avec elle semble important. Quand bien même la patiente souhaiterait le suivi classique chez un·e gynécologue, et éventuellement chez un·e sage-femme, rien n'empêche au·à la médecin généraliste d'évoquer les projets de naissance. Chaque interlocuteur·trice peut amener un élément de réponse ou une information avec la sensibilité qui lui est propre. Et la médecine n'étant pas une science dure, chaque soignant·e orientera sa réponse et ses explications différemment selon sa pratique et son vécu.

De plus, le·a médecin généraliste peut prendre le temps avec les patient·e·s. Il·le les connaît potentiellement de longue date et connaît leur capacité à comprendre, il·le connaît les conditions économique-psycho-sociales dans lesquelles la femme évolue, si son entourage est présent ou est moins soutenant, il·le sait ce que le·a patient·e a comme

ressources à la maison... Ainsi, il·le peut mener ses explications en utilisant un vocabulaire adapté, en ciblant les informations nécessaires. Il·le connaît parfois les préférences de la gestante en matière de soins ; si une femme préférera un suivi plus médicalisé par exemple. Cela lui permet d'orienter son suivi de manière optimale.

Il me semble intéressant d'aborder le sujet de l'autorité du·de la médecin et de la relation médecin-patient·e qui en découle pendant les études de médecine ou lors des formations continues des médecins. Prendre le temps de réfléchir au statut des médecins pour améliorer notre pratique et notre prise en charge et ainsi repenser la médecine de demain.

En effet, le·a médecin généraliste, en plus d'être un·e interlocuteur·trice régulière pour le·a patiente qui le·a consulte comme médecin « traitant·e », ou « de famille », et donc une personne de confiance pour aborder des thématiques sensibles liées au suivi de la grossesse et à la naissance, est un·e médecin. Ce titre l'inscrit plus haut dans la hiérarchie professionnelle et symbolique que ne le sont les doulas et les sages-femmes, qui assurent par ailleurs ces fonctions éducatives et de suivi personnalisé. Le·a médecin généraliste peut donc assumer un rôle d'« allié » dans la lutte contre la hiérarchisation des statuts, similaire à celui que la lutte anti-raciste engage les blanc·he·s sympathisant·e·s à tenir auprès des blanc·he·s : ne pas rire aux moqueries, les relever pour les déconstruire, soutenir le changement par des explications à contre-courant, avoir le courage de dénoncer les siens...

V. Conclusion

Nous savons donc que le projet de naissance est un outil de communication aux multiples avantages, bien que ceux-ci n'aient pas encore été étudiés suffisamment pour conclure de ses réels impacts.

Quoi qu'il en soit, le projet de naissance permet un empowerment de la patiente : il lui permet de reprendre le pouvoir sur son propre corps et de prendre confiance en sa

capacité d'enfanter. Cet empowerment n'est possible que dans une relation égalitaire entre le·a soignant·e et la patiente, où le système de soins est centré sur le·a patient·e. Cela suppose donc d'abandonner le modèle paternaliste. Des tensions peuvent alors faire surface avec le corps médical, qui doit accepter d'incarner une posture plus modeste, tout en conservant une part de responsabilité.

Ces changements de mentalité sont soutenus par des mesures légales, notamment grâce aux droits des patient·e·s qui sont devenus officiels en 2002.

Le·a médecin généraliste a un rôle à jouer dans ce changement de paradigme. Étant proche de ses patient·e·s, il·le peut aisément se mettre au même niveau que ses patient·e·s pour enrichir leurs connaissances et leur redonner du pouvoir, notamment grâce à des outils comme les projets de naissance.

Il existe encore des défis quant à l'empowerment des patient·e·s, malgré tout ce qui est déjà mis en place pour favoriser l'autonomie de la population. Un changement de mentalité est en cours. Néanmoins, il est nécessaire d'en parler et d'en débattre pour accélérer le processus. En discuter lors de la formation des professionnel·le·s me semble être une pièce manquante au puzzle, pour ainsi ouvrir les esprits et ne pas négliger cette partie importante de la pratique médicale. Les relations établies avec les patient·e·s ne sont-elles pas aussi fondamentales que le savoir médical ? Les soins centrés sur le·a patient·e montrent des résultats positifs. Ainsi, un·e patient·e entendu·e et informé·e obtient de meilleurs résultats thérapeutiques. Mais dans quelles mesures cela pourrait-il être réalisable ? Sous quelle forme ? Qui pourrait initier ces changements dans la manière d'enseigner ? Beaucoup de réflexions et d'actes doivent encore se profiler...

VI. Références

1. Wong C, Gordon J, Pan Y, Henderson J, Britt H. **Antenatal care in Australian general practice**. *Aust Fam Physician*. 2016;45(8):538-541.
2. Lieve Seuntjens, Jasna Neirinckx, Anne Van Mackelenbergh, Paul Van Royen, Niek Vervaeck, Yves Jacquemyn, et al. **Suivi de la grossesse** [Web page]. 2008. Available from : https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/rbp_suivigrossesse.pdf (01 septembre 2019).
3. Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. **Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque**. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 139B. D/2010/10.273/63.
4. Larousse, dictionnaire français. Available from : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/projet/64232#definition> (20 juin 2020).
5. Afshar Y, Mei J, Fahey J, Gregory KD. **Birth Plans and Childbirth Education: What Are Provider Attitudes, Beliefs, and Practices?**. *J Perinat Educ*. 2019;28(1):10-18. doi:10.1891/1058-1243.28.1.10.

6. Waller-Wise R. **Birth Plans: Encouraging Patient Engagement.** J Perinat Educ. 2016;25(4):215-222. doi: 10.1891/1058-1243.25.4.215. PMID: 30643368; PMCID: PMC6310908.

7. Naomi Burke, Jennifer C. Donnelly, Gerry Burke et al. : **Do birth plans improve obstetric outcome for first time mothers: results from the multi-center Genesis Study.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2016, Volume 214, Issue 1, Supplement, s276.

8. Divall B, Spiby H, Nolan M, Slade P. **Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans.** *Midwifery.* 2017;54:29-34. doi:10.1016/j.midw.2017.07.020.

9. Biescas H, Benet M, Pueyo MJ, et al. **A critical review of the birth plan use in Catalonia.** *Sex Reprod Healthc.* 2017;13:41-50. doi:10.1016/j.srhc.2017.05.006.

10. DeBaets AM. **From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth.** *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(1):31.e1-31.e4. doi:10.1016/j.ajog.2016.09.087.

11. Rossignol L. : **Le projet de naissance, informations, connaissances et limites d'application.** 2019, Université de Montpellier.

12. Catherine Bell : **Rethinking birth plans – facilitating communication and informed decision making to create advanced care directives for birth.** Women and Birth, Volume 32, Supplement 1, September 2019, Page S38.
13. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. **Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes.** *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25:e2953. Published 2017 Dec 11. doi:10.1590/1518-8345.2007.2953.
14. Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Jahangiry L, Nahae J, Hadian T. **Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review.** *Int J Nurs Pract.* 2019;25(4):e12722. doi:10.1111/ijn.12722.
15. Beth Davis, Steven Clark, Katherine McDonald et al. : **The impact of a birth plan on maternal and neonatal delivery outcomes.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2019, s217.
16. Yalda Afshar, Erica Wang, Jenny Mei et al. : **Higher odds of vaginal deliveries in women who have attended childbirth education class or have a birth plan.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2016, s162.
17. Lothian J.A.. **Writing a birth plan [Web page]. March 2020. Available from :** <https://www.uptodate.com/contents/preparation-for-childbirth?search=birth%20plan>

[&source=search_result&selectedTitle=1~52&usage_type=default&display_rank=1#H961229121](#) (15 mai 2020).

18. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ÁCP, Barbieri M. **Repercussions of using the birth plan in the parturition process. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição.** *Rev Gaucha Enferm.* 2019;40:e20180233. Published 2019 Jun 6. doi:10.1590/1983-1447.2019.20180233.

19. Anderson CM, Monardo R, Soon R, Lum J, Tschann M, Kaneshiro B. **Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan.** *Hawaii J Med Public Health.* 2017;76(11):305-309.

20. Sophie Gamelin-Lavois. **Préparer son accouchement, faire un projet de naissance.** Editions Jouvence, 2009.

21. Stuebe A. **Continuous labor support by a doula** [Web page]. May 2020. Available from : https://www.uptodate.com/contents/continuous-labor-support-by-a-doula?search=birth%20plan&source=search_result&selectedTitle=2~60&usage_type=default&display_rank=2#H2465073307 (21 juin 2020).

22. Johanson R., Newburn M., Macfarlane A. : **Has the medicalisation of childbirth gone too far?** , *The British Medical Journal*, 2002, 324:892-895.

23. Boston Women's Health Book Collective. **Our Bodies, Ourselves**. Editions Simon & Schuster, 2011 (1971). Available from : <https://www.ourbodiesourselves.org> (19 juillet 2020).
24. Point J, Journal officiel des Communautés européennes, 12 septembre 1988. Doc.A2-38/88, Journal officiel n° C 235 du 12/09/1988, p. 183. Available from : https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=OJ:JOC_1988_235_R_0164_01&from=EN (19 juillet 2020).
25. Organisation Mondiale de la Santé : **Therapeutic patient education: Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases**. Copenhagen: WHO Editions. 1998.
26. Institut de Recherche, d'Etude et de Formation sur le Syndicalisme et les Mouvements sociaux. **Empowerment du ou de la patiente : comment faire respecter son consentement libre et éclairé ?** [Web page]. 18. janvier 2020. Available from : <https://iresmo.jimdofree.com/2020/01/18/empowerment-du-ou-de-la-patiente-comment-faire-respecter-son-consentement-libre-et-éclairé/> (26 juin 2020).
27. Organisation mondiale de la santé : **Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement - Transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être** [Web page]. Available from :

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1> (02 juillet 2020).

28.E. Phane. **Projet de naissance et données scientifiques, le rôle des associations d'usagers.** [Web page]. Table ronde sur le Projet de naissance au Congrès de la Société française de médecine périnatale à Lyon, 20 octobre 2014. Available from : https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/SFMPLYon2014_Texte.Ciane_PdN_.pdf

29.P. Simkin. **Birth plans : After 25 Years, Women Still Want To Be Heard.** Birth Issues in Perinatal Care. 2007; volume 34, issue 1, pages 49-51. Published 2007 February 26. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00126.x