
PROJET DE NAISSANCE

Petit disclaimer

Par souci de facilité, nous allons parler de la situation la plus fréquente. Car, pour rappel, à Femmes de Droit, nous pratiquons la règle de « la majorité l'emporte ». En l'occurrence, la situation la plus fréquente, en ce qui concerne une grossesse, est le cas d'une femme enceinte d'un.e bébé. Pour autant, le texte vise à inclure toutes les situations de vie possible, dans le respect de la réalité de vie de chacun.e.

1 Qu'est-ce qu'un projet de naissance ?

Il s'agit d'un document que la femme enceinte peut écrire. Il contient ses volontés pour avant, pendant et après l'accouchement¹. L'autre parent peut également y participer, ou aider à sa rédaction.

Par ailleurs, on l'appelle parfois « plan de naissance ». Cela rejoint la notion de naissance respectée².

2 Comment préparer un projet de naissance ?

2.1 Une information de qualité

Pour s'assurer d'avoir un projet de naissance complet qui lui correspond, il faut que la femme ait d'abord accès à une information de qualité. Pour cela, le dialogue avec le personnel soignant reste essentiel.

En effet, pendant le suivi de la grossesse, la femme peut poser autant de questions qu'elle le veut. Si elle ne le fait pas, ou si elle n'ose pas, la sage-femme ou gynécologue doit lui expliquer les options qui s'offrent à elle.

Il est important qu'elle comprenne ce que son corps traverse pour trouver les solutions les plus adaptées à son bien-être.

¹ M. BEN JATTOU, *Accouchement*, Abécédaire, Namur, Femmes de Droit, 2 août 2019, disponible sur <https://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/accouchement/>.

² M. BEN JATTOU, *Naissance respectée*, Abécédaire, Namur, Femmes de Droit, 2018, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/naissance-respectee/>.

Ainsi, en ayant connaissance des informations principales sur sa grossesse et des options qui s'offrent à elle, la femme peut choisir ce dont elle a besoin.

2.2 La rédaction du plan de naissance

La rédaction doit idéalement se faire en contact avec les professionnel.les de santé présent.es lors de la grossesse et de l'accouchement.

En effet, cela permet de vérifier que les volontés de la mère sont réalisables. Les soignant.es peuvent ainsi adapter leurs conseils selon la rédaction progressive du projet.

Cela permet également à la femme de s'assurer que l'équipe choisie correspond bien à ses besoins. Et, si nécessaire, cela lui laisse le temps de changer de structure, si elle découvre que ce n'est pas le cas.

De plus, la femme peut adapter ses souhaits selon les retours de son/sa médecin. Cela lui permet ainsi d'avoir une idée plus précise du jour de son accouchement. Elle sera plus apaisée, plus confiante grâce à cette préparation. Cela montre aussi qu'elle garde le contrôle de son corps et de ses décisions.

2.3 Le dossier médical et l'affichage le jour J

Le projet de naissance peut se placer ensuite dans le dossier médical de la femme enceinte. Ainsi, chaque soignant.e peut y avoir accès. En effet, la personne qui assure le suivi pendant la grossesse n'est pas forcément celle qui sera présente pour la naissance.

Et le jour J, la femme peut décider d'afficher son projet de naissance dans la salle d'accouchement. Certaines choisissent de l'afficher plutôt sur la porte d'entrée de la salle d'accouchement. D'autres enfin choisissent de donner une version papier à chaque intervenant.e.

3 Que mettre dans son projet de naissance ?

Il n'y a pas d'exigences particulières pour le contenu du projet de naissance, ni de modèle unique.

Actuellement, peu de femmes en rédigent un. Cependant, les structures d'accouchement observent une augmentation des projets de naissance.

Le projet de naissance doit surtout contenir les éléments qui semblent essentiels à l'accouchement, ainsi que ceux que la femme refuse absolument.

Cela permet aux personnes qui l'accompagnent lors de la naissance de savoir les actes médicaux auxquels elle consent ou non.

Cependant, le projet de naissance ne dispense pas les professionnel.les de demander le consentement de la patiente.

En effet, la rédaction du projet se fait souvent plusieurs semaines ou mois avant la naissance. Or, la patiente peut changer d'avis. Le consentement doit être libre et éclairé, et donné sur le moment.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) donne 4 grandes recommandations³ à respecter lors du travail et de l'accouchement :

- des soins maternels respectueux
- une communication effective
- un accompagnement durant le travail et l'accouchement
- la continuité des soins

Il y a trois parties essentielles à prendre en compte dans son projet de naissance.

3.1 Avant l'accouchement

Tout d'abord, cette partie du projet de naissance sert à préparer les conditions de l'accouchement. Cela permet l'ouverture d'un dialogue avec les soignant.es pour savoir ce qui est possible de faire ou non.

Par exemple, la patiente peut demander à accoucher dans différents lieux : à domicile⁴, à l'hôpital, dans un lit, dans l'eau...

Elle peut aussi demander une position particulière comme allongée, sur le côté, à quatre pattes, debout.

³ *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*, Organisation Mondiale de la Santé, 2021, disponible sur <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339794/9789290313366-fre.pdf?sequence=1>.

⁴ A. LAURENT, *Accouchement à domicile*, Abécédaire, Namur, Femmes de Droit, 22 avril 2021, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/accouchement-a-domicile/>.

De plus, elle peut préciser si elle a envie de bouger pendant le travail ou l'accouchement. Car la liberté de mouvement permet de réduire la douleur.

Cela assure le confort de la future maman. De plus, elle peut demander à avoir différents objets qui lui permettent de se sentir à l'aise comme un ballon ou des livres.

Il peut aussi y avoir de la musique, ou au contraire du silence.

En outre, elle peut demander la présence de proches dont son conjoint ou sa conjointe, ou un membre de sa famille.

Et c'est également l'occasion de préciser si elle est d'accord pour la prise de photos ou de vidéos.

3.2 Pendant l'accouchement

Lors de sa grossesse, la patiente peut déjà décider des procédures médicales qu'elle ne veut absolument pas que l'on pratique sur elle.

Cela peut être le cas de l'épisiotomie⁵ ou de la césarienne⁶ par exemple. Le préciser par écrit donne une indication à l'équipe médicale des procédures à suivre.

D'un autre côté, si une femme refuse l'accouchement par voie basse, elle peut le préciser pour que cela soit pris en charge dès le début du travail.

Plus un projet de naissance sera précis, plus l'équipe médicale saura comment agir.

Ainsi, il est utile de préciser certaines conditions. Par exemple, une femme peut refuser la césarienne sauf si il y a une urgence foetale. Ce sera donc à l'équipe médicale de lui signaler quand il y a une urgence foetale pour changer le projet de naissance.

Il est important de rappeler que le consentement doit être respecté à chaque étape de l'accouchement. Il n'y a que la femme qui accouche qui peut le donner.

⁵ M. BEN JATTOU, *Episiotomie*, Abécédaire, Namur, Femmes de Droit, 2019, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/episiotomie/>.

⁶ M. BEN JATTOU, *Césarienne*, Abécédaire, Namur, Femmes de Droit, 13 juillet 2021, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/cesarienne/>.

Toutefois, il est possible de désigner un.e mandataire ou une personne de confiance en cas de problème. Ces personnes ne servent néanmoins que de conseillères tant que la femme reste consciente.

La femme qui accouche peut aussi leur donner le droit de décider à sa place en cas d'urgence vitale, seulement si elle n'est pas consciente pour faire le choix. Ce mandat est encadré par la loi, je l'explique dans la partie "le cadre légal".

3.3 Après l'accouchement

Le projet de naissance peut inclure les moments qui suivent l'accouchement, le post-partum immédiat.

Dans les choix à prendre au début du post-partum, il y a, par exemple, l'allaitement et le peau à peau.

En effet, une mère peut choisir d'allaiter ou non. Elle peut également choisir de faire du peau à peau, elle-même ou par le biais de la personne qui l'accompagne.

De la même manière, la mère et l'autre parent peuvent décider de couper le cordon ombilical eux/elles-mêmes, tout de suite ou non. La femme peut aussi choisir de voir et/ou garder son placenta ou non.

Par ailleurs, une autre décision importante concerne le premier bain du bébé. L'accouchement par voie basse apporte plein de bactéries au bébé. Et ces bactéries aident à renforcer son système immunitaire. Le laver de suite les enlève. Or, cela revient à supprimer une grande partie des avantages que donne l'accouchement vaginal.

Enfin, la mère peut demander à rester plus ou moins longtemps à la maternité. L'équipe médicale reste présente pour la conseiller sur une durée mais elle peut et doit faire entendre ses demandes. Dans son projet, elle peut écrire si elle veut un accompagnement particulier par des professionnel.les.

4 Le cadre légal

Les droits des patient.es sont définis par la loi du 22 août 2002⁷. Elle écrit ce qu'est un.e patient.e, ce que sont des soins de qualité et les praticien.nes professionnel.les.

Elle est très importante parce qu'elle met, au centre du droit, les patient.es et le consentement.

L'article 8 de cette loi détaille le consentement⁸. La patiente doit donner son consentement de façon libre et éclairée, après avoir reçu les informations adaptées sur l'acte médical.

La patiente peut aussi retirer son consentement à tout moment et le/la médecin doit le respecter. Sans indication contraire, le personnel médical doit continuer selon le consentement qui a été donné par les patient.es.

Le code de déontologie médicale⁹ a repris cette notion et l'a intégrée dans les articles 18 à 24.

Grâce à cette loi et à ce code, le consentement est devenu une notion concrète. Il ne fait plus partie seulement d'une doctrine ou de la jurisprudence.

La loi reconnaît aussi les personnes de confiance et les personnes mandataires. Lorsqu'une personne est désignée comme mandataire par la patiente, par écrit ou par enregistrement audio ou vidéo, elle a des droits lors du soin.

Ainsi, elle peut servir de conseillère, ou encore entendre les droits de la patiente à sa place lorsque cette dernière ne le veut pas. Elle sert aussi à assister la patiente en cas d'incapacité à choisir.

Cela peut être une bonne addition au projet de naissance. Ecrire à l'avance qui sont les personnes qui peuvent assister la femme lors de l'accouchement, c'est se protéger légalement.

⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B., 26 septembre 2002.

⁸ L. AJBAÏLOU et M. BEN JATTOU, *Consentement*, Abécédaire, Namur, Femmes de Droit, 11 juillet 2022, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/consentement-2/>.

⁹ Code de déontologie médicale 2018, M.B., 3 mai 2018, disponible sur <https://ordomedic.be/fr/code-2018>.

5 Les limites de la loi

Cependant, certaines zones d'ombre subsistent. La loi ne prend pas en compte tous les aspects du droit des patient.es.

Par exemple, il n'y a aucune définition de la charge de la preuve du consentement. Cela signifie qu'en cas de recours judiciaire, la loi ne dit pas qui doit prouver le consentement ou l'absence de consentement lors de l'acte médical.

En effet, le consentement et la demande de consentement sont souvent faits à l'oral. Cela signifie que, lorsqu'il faut prouver sa présence ou son absence, c'est souvent parole contre parole. Même lorsque le consentement est écrit, il peut arriver qu'il ne soit pas respecté.

Dans le cas de l'épisiotomie, par exemple, les femmes peuvent dire qu'elles n'y consentent que lorsque qu'il y a une urgence foetale. Il peut arriver que l'équipe médicale en pratique une. La femme peut estimer qu'elle n'était pas nécessaire. Il lui revient alors de prouver qu'il n'y avait pas d'urgence foetale ou que l'épisiotomie n'était pas la solution adaptée. Cette preuve est très compliquée à obtenir, voire quasiment impossible.

Le manque de considération légale sur le sujet montre le retard des gouvernements dans la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales.

6 Les violences obstétricales

Les violences obstétricales¹⁰ sont celles vécues par les parturient.es (personnes qui donnent naissance) lors de l'accouchement. Elles sont souvent associées aux violences gynécologiques qui surviennent lors de soins et examens de gynécologie.

7 Une étude statistique

Plusieurs études ont été faites sur le sujet des violences obstétricales.

¹⁰ M. BEN JATTOU, *Violences gynécologiques et obstétricales*, Abécédaire, Namur, Femmes de Droit, 30 septembre 2020, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/violences-gynecologiques-et-obstetricales/>.

En 2021, Marianne Jacques dirige l'Enquête Périnatale Nationale¹¹, en France. Cette enquête est demandée par les services publics et six éditions ont eu lieu depuis 1995.

Selon les résultats de cette enquête, on ne recherche pas le consentement pour :

- 60% des épisiotomies ;
- 6% des césariennes d'urgence ;
- 45% des injections d'ocytocine.

Cela montre ainsi le manque de consentement et l'ampleur des violences obstétricales.

De la même manière, le CIANE ¹² (collectif interassociatif autour de la naissance) a fait plusieurs enquêtes sur différents aspects de la naissance. Elles nous montrent que :

- 75% des épisiotomies se pratiquent sans demande de consentement de la part des professionnel.les de l'accouchement, entre 2010 et 2013 ;
- 40% des patientes déclenchées n'ont pas donné leur consentement pour les actes médicaux durant l'accouchement (enquête de 2014).

Les différentes enquêtes s'étalent de 2012 à 2015. Cela fait que leurs statistiques ne sont plus forcément les mêmes que celles qu'ils pourraient mesurer aujourd'hui.

Cependant, très peu d'autres enquêtes existent sur le sujet.

Les différents rapports montrent que les méthodes de collecte des données sont compliquées. En effet, elles reposent surtout sur le remplissage de formulaires par les femmes. Or, beaucoup n'y répondent pas ou mal. Les chiffres publiés ne constituent qu'un ordre d'idée à partir des témoignages recueillis.

¹¹ H. CINELLI, N. LELONG et C. LE RAY, *Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021*, France, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) pour Santé publique France, octobre 2022, pp. 1-297, disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-l-edition-2021>.

¹² <https://ciane.net/>

Cela illustre donc un problème structurel de manque de données fiables et de suivi statistique. Et c'est un frein énorme à la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales.

Finalement, le projet de naissance permet de réduire ces violences. C'est un outil précieux de défense des droits des patientes. S'il ne remplace pas le consentement actif, il constitue un premier socle de protection contre les interventions non consenties.

Lili Baccou

Le présent article a été rédigé avec le soutien de :

Safe.Brussels



La Région wallonne



L'Institut pour l'égalité entre les femmes et les hommes

Avec le soutien financier de :
Financierd ondersteuning door:



Femmes de Droit, asbl

Siège social : 62 Rue Walter Sœur – 5590 Ciney
Bureau : 82B Avenue Cardinal Mercier – 5000 Namur
Tel : 0494/24.95.38

Site : www.femmesdedroit.be
Compte : BE50 7320 4704 1718
Mail : info@femmesdedroit.be

