

COLLECTIF INTER ASSOCIATIF DE LA NAISSANCE

A l'origine de ces Etats Généraux, il y a un malaise profond :

- une démographie médicale inquiétante,
- des statistiques nationales trop élevées en matière de morbidité mortalité,
- et une insatisfaction tant des parents que des équipes médicales,
- **alors que le potentiel technique est là !**

En parallèle, on constate qu'il existe des situations plus satisfaisantes dans certaines maternités françaises ou dans des pays européens offrant un réel choix du lieu de naissance.

=> A nos yeux, des changements importants sont donc indispensables

Je suis ici porte parole de parents qui, organisés en associations partout en France, réfléchissent à partir de leur expérience et des multiples témoignages rassemblés et dialoguent avec les équipes médicales afin d'améliorer les conditions de naissance.

Avant de parler de "périnatalité", parlons de la naissance dans ses dimensions humaine, sociale, culturelle, ... N'oublions pas que c'est avant tout un processus naturel, un commencement, une étape structurante :

- une nouvelle vie, une nouvelle personne,
- un bouleversement profond, un nouveau rôle pour nous les parents,
- l'inauguration de nouveaux liens, entre l'enfant et ses parents, puis avec l'entourage.

La nature du lien créé au cours de la grossesse et de la naissance influe sur les relations construites entre le bébé et ses proches. Un facteur-clé s'élabore durant les 9 mois et l'étape "initiatique" de la naissance : la confiance :

- confiance des parents en eux-mêmes : la mère, dans sa capacité à porter et à faire naître son enfant ; le père, dans sa mission d'accompagnement.
- confiance vis-à-vis de l'enfant à naître
- mais aussi confiance dans la collectivité humaine qui l'accueille

Les conditions dans lesquelles le bébé naît sont celles de son arrivée dans la famille, l'entourage, la société. Elles sont capitales.

=> **Aussi, les parents ont des attentes :**

- Etre en sécurité bien sûr, mais sécurités plurielles car cela ne se réduit pas à la sécurité médicale : les sécurités émotionnelle, affective, psychologique... ont une importance cruciale et sont garantes de l'accomplissement de la sécurité physique.

- Etre informés avec honnêteté, clarté, réalisme et de façon appropriée par une équipe dont les membres sont cohérents dans leur information, savent reconnaître les limites de leurs connaissances et passer la main à d'autres sources d'informations.

- Etre en confiance :
 - avec l'équipe, le lieu, les interlocuteurs
 - avec soi-même, dans la capacité réelle à mettre son enfant au monde
 - avec l'enfant.

- Etre confortés et valorisés dans notre capacité à devenir parents et à accompagner notre bébé dans le parcours de la grossesse et de l'accouchement. Cela suppose le respect de ce que la naissance a d'exceptionnel pour nous : c'est tout sauf un acte technique. Et si l'accouchement nécessite des actes médico-chirurgicaux, ils ne doivent pas étouffer l'expérience unique que constitue une naissance. Il faut s'appuyer sur le savoir instinctif des parents et entendre leurs besoins spécifiques.

- Etre écoutés et respectés dans notre individualité et dans l'expression de celle-ci : être sujets et non "objets" du déroulement de la naissance. Un seul modèle de naissance ne peut, bien sûr, pas convenir à tous. Par conséquent, il faudrait cesser de développer un modèle "type" ou "standard" de naissance et admettre et organiser les offres alternatives aussi bien en dehors de l'hôpital (maison de naissance, domicile) que dans l'hôpital (salle nature, baignoire, déambulation...).

- Etre accompagnés et soutenus avant, pendant et après :
 - avoir un interlocuteur référent choisi, avec une relation d'écoute mutuelle.
 - être soutenus et même encouragés dans notre autonomie et nos capacités d'initiative
 - favoriser l'expression de ces besoins, y compris dans les moments de faiblesse et pour les plus vulnérables d'entre nous.

Les dérives

Quelles sont les principales critiques exprimées par les parents, au-delà du « tout va bien » (qui veut juste dire qu'il n'y a pas eu de problème sérieux) :

- Une insatisfaction profonde très répandue, surtout quand "tout s'est bien passé" (80% des naissances) et qu'il est d'autant plus difficile d'exprimer quelque chose de négatif sur le vif.
- Le sentiment de ne pas avoir d'interlocuteur attentif, de ne pas pouvoir s'exprimer, de ne pas être écouté, ce qui suscite une grande angoisse.
- Une frustration, déception, voire souffrance, d'avoir "manqué" la rencontre avec leur bébé, d'avoir été dépossédés de cette naissance, d'avoir été mal accompagnés.
- L'impression d'être pris au dépourvu par le déroulement de la naissance et ses suites, par la prédominance de la technicité sur l'affectif et l'humain.
- Le développement d'une culture de l'absolue dépendance vis-à-vis du corps médical ("eux savent"), d'une croyance dans le "risque zéro", fruits de messages tronqués, d'une information indigente et d'une profonde angoisse qui ne trouve ni lieu d'expression ni lieu d'apaisement.
- Une déresponsabilisation, pouvant aller jusqu'à une démission des parents, issues d'un fort sentiment d'incompétence découlant directement ce qui est cité précédemment, qui va pousser tout au long de la vie de l'enfant à se tourner vers des spécialistes pour tout et le reste, plutôt que commencer par se faire confiance et faire confiance à son enfant.

Constats sur les pratiques et sur les lieux de naissance :

- Un maillage du territoire par les maternités totalement inégal, aggravé par la fermeture de nombreuses structures, l'absence de maisons de naissance et la quasi impossibilité d'accoucher à domicile, entraînant une perte avérée de chance pour des centaines de femmes à plus d'une heure de route de soins pouvant être nécessités par leur état. Contrairement à certains de nos plus proches voisins, notre pays s'oriente vers une "exception à la française", en offrant qu'un schéma unique de lieu de naissance : la maternité avec plateau technique, ce qui restreint les droits les plus fondamentaux des couples.
- Des établissements de plus en plus éloignés, de plus en plus surchargés : d'où incertitudes et angoisses, dysfonctionnements et difficultés à instaurer la confiance.
- "Mieux vaut guérir que prévenir" pourrait être la devise des usages les plus répandus : on impose aux parents l'idée du risque omniprésent ; toute femme est potentiellement "à risque", risques que seul le spécialiste est à même de maîtriser, avec des réponses de même nature. La technique va tout résoudre, de façon uniforme et impersonnelle !
- Médicalisation systématique et excessive, protocoles stricts et figés, uniformisés : déclenchement et/ou accélération du travail, perfusion, monitoring continu, immobilité de la mère, positions de travail et d'accouchement imposées, intimité perturbée, pas de respect du temps de rencontre parents-bébé. Et cela trop souvent corrélé à des actes invasifs sur la femme et le bébé : décollement des membranes, épisiotomie de routine, "aspiration" des bébés, grand examen dans la précipitation, mise en couveuse systématique.
- Face à l'inconfort et à l'accroissement de la douleur induite et consécutive à ces actes, la péridurale s'impose comme le seul recours, tant pour la femme que pour l'équipe (avec pour conséquence directe la perte de savoir-faires alternatifs).
- Entre hantise du médico-légal, pressions exercées par les conditions de travail et routines installées, les pratiques semblent de moins en moins liées à une légitimité scientifique avérée :
 - *"On le fait pour qu'on ne nous reproche pas de ne pas l'avoir fait"*, et parfois, on fait croire aux parents que c'est obligatoire, voire légal !
 - *"On le fait parce que tout le monde le fait, et même les parents le demandent !"*
 - *"On le fait parce que l'on ne sait pas faire autrement"...*

La technique actuelle permet une sécurité de base élevée, et pourtant le système obstétrical est construit autour des cas les plus difficiles.

En ce sens, il ne répond pas aux attentes de tous les parents ni aux besoins de la majorité des naissances, ce qui induit une forte distorsion dans la relation professionnels/parents, avec une communication réciproque biaisée, chacun s'enfermant dans sa propre vision, et donc une grande insatisfaction des deux côtés. Le mouvement en cours de concentration des maternités (avec ce qu'il génère d'anonymat, de standardisation, de surcharge...) conduit inévitablement à dégrader les relations soignants/patients. Il faut y prendre garde !

En parallèle, les statistiques sur la périnatalité suscitent de plus en plus d'interrogations chez les parents. Au regard des résultats affichés par d'autres pays européens qui ont une conception du "risque", une organisation et une politique périnatale différentes, nous ne pouvons que douter de la pertinence des choix français.

Ces choix reposent sur une concentration des personnes et des moyens dans des "superstructures" avec l'application des mêmes protocoles pour les grossesses normales et celles à risque, la fermeture de petites et moyennes structures, la suppression de l'accouchement à domicile, l'obstruction envers les maisons de naissance... Tout cela coûte cher à la société et pour des résultats décevants en matière de morbidité et mortalité fœto-maternelle. Ces choix créent un malaise profond au sein des équipes médicales et un mal-être croissant pour nous les parents...

Au delà du souci de sécurité affiché, ces choix de concentration interpellent car ils amènent à un schéma productiviste, qui est aux antipodes d'une dimension plus humaine de la naissance (nous pourrions parler d'"écologie" de la naissance, au sens scientifique du terme).

3. Les voies d'évolution possibles

Avec un regard changé sur la naissance, et en tenant compte des contraintes qui s'imposent à nous tous (notamment en matière de démographie médicale).

=> Il faut optimiser l'utilisation des moyens autour :

- Du dialogue, pour instaurer la confiance et faire reculer le médico-juridique (qui agresse les professionnels et qui n'offre qu'un palliatif aux parents sans régler leurs problèmes essentiels).

Nous proposons pour cela de renouer les liens entre les professionnels et les parents, en développant par exemple, le projet de naissance qui peut être un "accord" passé entre les parents et toute l'équipe médicale, support de dialogue, créateur de confiance, prévenant les malentendus, accord qui permettrait à la fois d'explorer les attentes et possibilités de part et d'autre, et de convenir de modalités susceptibles de satisfaire les attentes des parents comme les impératifs médicaux.

- Du respect du processus naturel et physiologique de l'accouchement, qui trouve, dans la majorité des cas, en lui-même les solutions de son bon déroulement et du respect de l'instauration du lien entre les parents et l'enfant puis entre eux et l'entourage. Il s'agit d'être dans une vision globale et qualitative plutôt que technique et quantitative et donc de développer les capacités d'adaptation dans les réponses à apporter aux demandes et aux situations rencontrées. En bref : garder ce qu'il y a de bon dans les techniques et les mettre au service des enfants et des parents, en les utilisant à bon escient.
- De l'accompagnement des cas difficiles : le mari, le compagnon, la famille, la femme dont la grossesse est pathologique, ou dont la situation est précaire, ont encore plus besoin d'être écoutés, pris en compte dans leur singularité propre, leur histoire unique. Permettre à ce moment à la future mère de se réapproprier sa grossesse et son accouchement est le meilleur garant de l'instauration d'un lien de qualité entre elle et son bébé.

Mettre les pratiques en cohérence avec les principes, tel est le grand défi que les parents et les équipes médicales doivent relever.

Cela requiert :

- Une conception du risque raisonnée, basée sur la normalité de la grossesse et de l'accouchement, et non sur le risque et la pathologie omniprésente.

- Une valorisation des "bonnes pratiques" correspondant à ces principes et recommandations de l'OMS. Faire le choix des concepts décrits précédemment se traduit dans des pratiques, des comportements précis, avec une transparence et une bonne traçabilité (taux d'épisiotomie, position de travail et d'accouchement ...).
- Une meilleure approche des ressources humaines (en matière de démographie, d'organisation, de formation initiale et continue ...)

C'est-à-dire :

- moins de médicalisation et plus d'accompagnement (y compris de la part des médecins), attitude compatible avec les enjeux démographiques et de sécurité.
- une répartition différente des rôles entre gynécologues obstétriciens et sages-femmes, ce qui permettrait une meilleure gestion des ressources humaines, les obstétriciens se "recentrant" sur la pathologie comme le veut leur formation, et les sages-femmes sur l'eutocie.
- Une autre prise en compte des parents, de leur rôle, du bébé qui naît, de ses aptitudes et de sa sensibilité particulière, de leurs besoins différents, intrinsèques et complémentaires.

Pour finir, nous demandons la mise en place d'une véritable démocratie sanitaire telle que celle prévue par la loi du 4 mars 2002.

C'est-à-dire :

- l'association des usagers aux choix qui président à l'organisation de la périnatalité,
- la participation des usagers à la marche des maternités afin de faire entendre l'avis des premiers concernés, dans une perspective de dialogue constructif avec le corps médical et l'administration.

En guise de conclusion, la naissance étant par nature un lien entre les générations, nous devons garder à l'esprit une question déterminante :

Quelle expérience de la naissance voulons-nous faire vivre à nos enfants ?

- une naissance marquée par la technique ?
- ou bien une naissance marquée par la confiance entre les personnes, envers le "nouvel humain" qui arrive ?

Pour notre part, nous avons fait notre choix !

Nous vous informons qu'un ensemble de documents complémentaires à ces propositions est disponible auprès des représentants du CIAN :

- la présentation du CIAN
- la plate-forme de propositions élargies et détaillées :

<http://naissance.ws/etats-gen/plateforme.pdf>