

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 103 (2005)
Heft: 10

Artikel: Le choix informé : soin éthique du XXIe siècle
Autor: Braley, Sue
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950071>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 10.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

A l'Ecole de sages-femmes à Lausanne, j'enseigne chaque année la consultation de grossesse avec les différentes étapes importantes concernant les examens cliniques et paracliniques. Nous y abordons aussi le thème du diagnostic prénatal. Mon but d'en parler est de sensibiliser les étudiantes sages-femmes de bien informer les femmes enceintes de la raison et des conséquences du diagnostic prénatal. Malheureusement, dans la pratique de la consultation de la grossesse qui est encore souvent conduite par le médecin, il y a rarement une information de la femme enceinte avant le diagnostic prénatal.



Dans ma pratique de sage-femme et mon expérience de deux grossesses vécues moi-même, je me souviens que le médecin disait au moment même du diagnostic prénatal: «Aujourd'hui on va faire une prise de sang pour voir si votre bébé est en bonne santé.» Quelques fois, cela se dit sans même préciser de quel examen il s'agit. A moi, mon médecin a dit: «On va faire le <What-if> aujourd'hui. Et s'il y a un problème, on fera faire une amniocentèse.» Même en étant sage-femme je n'ai pas réfléchi – à ce moment – aux conséquences de ces examens. Pourtant, je savais que je n'allais pas interrompre ma grossesse.

Je pense que c'est important aujourd'hui d'informer la femme enceinte dès la première consultation des examens de diagnostic prénatal pour donner la possibilité à la femme de réfléchir avec son partenaire jusqu'à la prochaine consultation si elle veut ces examens ou pas. D'autant plus que les examens se font de plus en plus tôt dans la grossesse (par exemple, le PAPP-A et la clarté nucale au premier trimestre.). Il est important que la femme enceinte soit au courant des conséquences des examens prénataux pour décider: «Oui, je veux ces examens parce que je ne veux pas garder un enfant handicapé», ou «Non, je ne veux pas de ces examens car je le garde de toute façon, mon bébé», ou encore «Oui, je veux savoir si mon enfant est handicapé, même si veux le garder».

Informier une femme enceinte pour qu'elle puisse faire un choix éclairé ne concerne pas seulement le diagnostic prénatal en obstétrique, mais aussi d'autres aspects comme la provocation d'un accouchement, l'accouchement prématuré et tant d'autres décisions. Je crois que je ne dois plus sensibiliser les sages-femmes au choix éclairé. Alors bonne lecture de ce dossier et bonne réflexion.

Barbara Jeanrichard

26 Hebamme.ch
10/2005 Sage-femme.ch

«Culture des soins»

Le choix informé:

L'évolution sociologique de ces trente dernières années a conduit les gens à valoriser les concepts d'autodétermination, d'individualité, de droits des personnes et de choix. Ces valeurs influencent maintenant la relation entre le patient traditionnel et le prestataire de soins de santé. De nombreuses femmes ne supportent plus de renoncer à leur responsabilité en ce qui concerne leur personne et leur bébé pour la laisser entre les mains des professionnels de soins de santé. Au contraire, beaucoup d'entre elles souhaitent être actives dans les processus de prise de décision et être informées au sujet des choix de soins qui s'offrent à elles.

Sue Brailey

POUR les professionnel-le-s de la santé, s'occuper de la maternité, c'est d'abord impliquer la femme dans la prise de décisions à propos des soins qui la concernent. Dans de nombreuses études, il a été démontré que les sentiments de contrôler soi-même la situation, d'être écoutée, de prendre un rôle actif dans la prise de décision, ont un impact positif sur l'expérience de l'accouchement des femmes (Greeen 1990, Hadari 2002, Simkin 1991). Pour de nombreuses femmes en effet, le sentiment de contrôler soi-même la situation semble être l'élément central d'une expérience positive de l'accouchement.

Le but de cet article est de souligner les aspects éthiques et juridiques du choix informé et d'étudier comment ceux-ci peuvent être utilisés dans notre pratique quotidienne. Et d'abord, qu'est-ce que j'entends par «choix informé»? Le concept de choix informé est basé sur des valeurs fondamentales, à savoir:

- Les femmes ont droit à l'information au sujet de leurs soins et ont besoin d'être impliquées dans les décisions qui concernent leur propre corps.
- Les femmes sont les premières à devoir prendre les décisions sur des événements qui surgissent durant leur grossesse et leur accouchement.

Choix et consentement

Le consentement éclairé diffère du choix informé, dans le sens où il im-

plique une attitude passive dans un traitement particulier, habituellement à une seule reprise. Bien que les deux concepts peuvent se chevaucher, le choix informé suppose qu'une variété d'options diverses sont discutées avec les femmes tandis qu'en cas de consentement éclairé, il s'agit de se centrer sur le «pour» ou le «contre» d'une seule procédure. Lorsqu'une femme fait un choix éclairé, elle choisit elle-même, avec l'aide de professionnels, une intervention qui correspond à ses propres besoins et préférences et, ce faisant, elle prend la responsabilité de sa propre décision.

Le concept de choix informé est manifestement une question éthique et elle a été adoptée par les sages-femmes, partout à travers le monde. La Conférence internationale des sages-femmes ICM (International Confederation of Midwives) a rédigé un code éthique concernant le choix informé et la FSSF l'a adopté. Il précise que:

«Les sages-femmes respectent le droit de la femme à choisir en connaissance de cause et l'encouragent à assumer la responsabilité de ses choix» (ICM 1991).

Bases légales

Le choix informé et le consentement éclairé sont aussi des questions juridiques. Au sens légal, nous sommes tenus à pratiquer le choix informé et le consentement éclairé. En effet, l'article



Sue Brailey, sage-femme indépendante agréée, formatrice à l'école de Berne, membre du Conseil rédactionnel de «Hebamme.ch»

soin éthique du XXI^e siècle



Les soins de routine durant l'accouchement et pendant le post-partum immédiat peuvent aussi être discutés durant la grossesse, car il est difficile et malvenu de le faire avec la parturiente au moment du travail. Les femmes peuvent noter leurs choix et préférences, pour que les professionnels de la santé soient rendus attentifs à leurs souhaits.

Photo: Susanna Hufschmid

Lois cantonales suisses

Consentement ou refus de soins

La problématique du consentement – ou du refus – de soins est traitée dans les différentes lois de santé cantonales, de sorte qu'il existe certaines différences d'un endroit à l'autre.

Dans les très grandes lignes, un professionnel de la santé ne peut pas procéder à un traitement avant que son patient, pour autant qu'il soit capable de discernement, ait donné son accord. Le patient doit donner cet accord après avoir reçu une information détaillée sur différents points (diagnostic, pronostic, traitement, risques et inconvénients, alternatives, conduite thérapeutique à respecter, aspects financiers, etc.).

Si le patient n'est pas capable de discernement, il appartient à son représentant légal (parents/tuteur pour les mineurs, tuteur/curateur pour un majeur, pour autant qu'il en ait un...) de se prononcer à sa place. Les proches du patient n'ont en principe pas le droit de prendre des décisions (sauf dans certains cantons), mais seulement de donner leur avis.

Pendant qu'il est capable de discernement, le patient peut aussi nommer un «représentant thérapeutique», c'est-à-dire une personne qui sera chargée de prendre des décisions à sa place s'il devait devenir incapable de discernement. Le patient peut aussi formuler des «directives anticipées», c'est-à-dire préciser à l'avance les soins qu'il souhaiterait recevoir ou non dans l'hypothèse où il deviendrait incapable de discernement (par exemple refus de transfusion sanguine).

Prof. Olivier Guillod, université de Neuchâtel, courriel du 10 août 2005, auteur de l'ouvrage «Le consentement éclairé du patient, autodétermination ou paternalisme?» (Neuchâtel, Ides & Calandes, 1986).

Techniques de présentation

Il existe quelques techniques susceptibles de nous aider à exprimer les risques aux gens de manière claire et objective:

- Si possible, évitez d'utiliser des termes descriptifs comme «risque faible» ou «risque élevé». Des études ont montré que les termes descriptifs reflètent souvent l'avis de celui ou celle qui les diffuse et conduit à des fausses interprétations de la magnitude du risque (Merz JF et al. 1991).
- Utilisez un dénominateur constant, par exemple 40 pour 1000 et 5 pour 1000 au lieu de 1 sur 200 et 1 sur 25. Les gens estiment parfois que 1 sur 200 est un risque plus grand que 1 sur 25, probablement parce qu'il met en avant un chiffre plus grand (200 est plus grand que 25). Mais cela dépend aussi du niveau d'études des personnes concernées.
- Présentez les risques à la fois dans leurs formes négatives et positives. Par exemple, pour une femme de 39 ans, le risque d'avoir un bébé avec un syndrome de Down est de 1 sur 90, ce qui signifie que 89 femmes sur 90 n'auront pas de bébé avec un syndrome de Down.
- Si possible, utilisez des graphiques (en camemberts) pour aider à bien visualiser le risque encouru (Paling 2003).
- Comparez aussi le risque avec un autre risque connu dans la vie quotidienne. Par exemple, le risque de déficit de la vitamine K en l'absence d'une administration prophylactique est approximativement de 1 sur 10 000 (Hey 2003), soit une probabilité de gagner cinq bons numéros au loto qui serait de 1 sur 11 098 (Sedgewick, Hall 2004).
- En fin de compte, exprimer un risque c'est estimer la probabilité qu'un événement survienne. Pour cela, il faut tenir compte de chiffres importants, ce qui fait oublier le niveau individuel qui, lui, intéresse plus particulièrement les gens. Personne ne peut dire avec certitude qu'un risque n'apparaîtra pas, mais il est important de rappeler que, si le risque existe, cela ne signifie pas qu'il surviendra nécessairement.

40 de la Loi bernoise de 2001 sur la santé publique stipule:

«1. Les professionnels de la santé ne peuvent effectuer une mesure diagnostique, préventive ou thérapeutique que si le patient ou la patiente a donné son consentement après avoir été informé(e).

2. En cas d'urgence, le consentement est présumé si la mesure s'impose immédiatement pour préserver la vie ou la santé du patient ou de la patiente et si personne n'a connaissance d'une manifestation d'opinion contraire. Le consentement doit être demandé dès que les circonstances le permettent.»

Or, il est important de se rappeler que la loi s'étend aussi aux bébés. Les nouveau-nés sont considérés comme «incapables de discernement» et, par conséquent, avant toute intervention médicale, nous devons solliciter l'autorisation du parent le plus proche, dans la majorité des cas les parents, par exemple avant l'administration de vitamine K ou avant de procéder à un test comme celui de Guthrie.

Les sages-femmes et les obstétriciens ont affaire à trois situations-limites où les choix informés et les consentements éclairés sont nombreux:

1. les examens cliniques (ultrasons)
2. les screenings (CTG)
3. les traitements médicaux et les interventions chirurgicales (administration de médicament ou rupture artificielle des membranes)

En tant que sages-femmes, nous sommes appelées à prendre des responsabilités en informant nos clients sur les choix possibles dans les soins liés à la maternité. Cela signifie:

- Aménagement d'une plage suffisante pour les rendez-vous;
- Discussion préalable des risques et des avantages des procédures et de toute autre alternative;
- Mesure de l'incertitude quand les procédures n'ont pas encore été clairement éprouvées;
- Encouragement des femmes dans la prise de décisions en accord avec leurs besoins et leurs valeurs;
- Soutien de leurs décisions;
- Mise à jour régulière des résultats de la recherche et de l'évolution de la pratique.

Où se situe le débat?

Il doit être mis en relation avec la législation actuelle (Loi bernoise 2001, article 39):

«Les professionnels de la santé sont tenus de fournir à leurs patients et

patientes des informations complètes en termes appropriés et compréhensibles dans le domaine relevant de leurs compétences.

Les informations doivent porter en particulier:

- a. sur l'état de santé du patient ou de la patiente et, dans le domaine relevant de la compétence du professionnel ou de la professionnelle de la santé sur le diagnostic posé,
- b. sur l'objet, les modalités, le but, les avantages et inconvénients et les coûts des mesures prévues à titre préventif, diagnostique ou thérapeutique,
- c. sur les autres traitements envisageables.»

Prenons l'exemple de la conduite de la troisième phase de l'accouchement, la délivrance. Si nous voulons être en accord avec cet article 39, nous devons poser la problématique comme suit:

- 2a. Pour prévenir une hémorragie post-partum, il faut tenir compte de l'état général de santé de la femme, y compris de son taux d'hémoglobine le plus récent et de tout facteur de risque préexistant.
- 2b. Que faut-il entendre par conduite active et passive de la délivrance? Quels sont les avantages et les inconvénients de chaque prise en charge?

Pourquoi utiliser le Syntocinon et quels en sont les risques?

Comment utiliser le Syntocinon? Si une femme souhaite recevoir du Syntocinon, le veut-elle par cathéter intraveineux?

Ou le veut-elle en injection intraveineuse unique? Ou encore par injection intramusculaire?

- 2c. Quelles sont les alternatives, par exemple un compromis entre conduite active et conduite passive? Le modèle élaboré par la sage-femme anglaise Lesley Page – un modèle en 5 étapes basé sur la recherche des preuves – peut constituer un outil précieux pour les sages-femmes dans leurs discussions avec les femmes. Il s'agit de:

- Trouver ce qui est important pour la femme et sa famille
- Utiliser les informations recueillies pendant l'examen clinique
- Informer en recherchant des preuves et argumenter par celles-ci
- En discuter en détails
- Verbaliser les sentiments, les résultats des recherches et les conséquences

Ce faisant, la professionnelle et la femme sont des partenaires. La femme peut faire de véritables choix concernant les

L'idée d'un personnel soignant omnipotent face à une clientèle de patientes «objets de soins» est dépassée. Dans les réalités quotidiennes, elle doit faire place à plus de transparence et à un réel partage des pouvoirs. Pour une femme qui enfante, le sentiment de plénitude et de satisfaction lié à son vécu est intimement lié à l'extension de son pouvoir et du contrôle d'elle-même.

Photo: Susanna Hufschmid



soins qu'elle désire. La professionnelle ajoutera son savoir et ses connaissances tandis que la femme apportera aussi son propre savoir, ses valeurs et ses appréciations.

Le temps pris pour la discussion et le moment choisi est d'une grande importance. La grossesse est le temps des choix et des prises de décisions. Les femmes enceintes peuvent collecter toutes sortes d'informations et considérer que ceci ou cela est bon pour elles. Par exemple, le choix du soignant, le lieu de naissance, les tests de screening, l'utilisation ou non des ultrasons, etc.

Créer une atmosphère

La manière de discuter est aussi un facteur important. Il faut «tailler» la discussion à la mesure d'une personne individuelle qui nous fait face, en tenant compte par exemple de son expérience antérieure, de son niveau d'éducation, de sa situation sociale. Que la femme soit elle-même sage-femme et, de ce fait, possède des connaissances solides ou qu'elle soit une adolescente peu éduquée, le niveau de la discussion sera évidemment différent. Que la femme soit multipare ou primipare, la discussion prendra un tout autre sens. Il est toutefois dangereux de juger hâtivement le niveau de la discussion à prendre et, pour cela, il convient de poser simplement quelques questions afin de mesurer l'état réel de leurs connaissances.

Le vocabulaire utilisé joue aussi un rôle très important dans la manière

dont nous réagissons avec les gens: une utilisation judicieuse des mots peut faciliter une atmosphère de responsabilité partagée. L'utilisation des mots et expressions comme «permis/pas permis», «doit/ne doit pas» ou «ne peut pas» n'a pas de place dans la pratique de la sage-femme d'aujourd'hui. Ils sont incorrects, puisque nous ne pouvons forcer un adulte compétent à faire telle ou telle chose ou lui interdire de faire telle ou telle chose. S'il existe des barrières linguistiques, un traducteur efficace sera recherché, si possible une professionnelle formée. On cherchera aussi à placer ces discussions dans une atmosphère calme, ce qui suscitera chez la femme une envie de poser des questions.

Discuter des risques

C'est le fondement même du consentement éclairé et du choix informé. Sans compréhension des risques encourus, la femme et son partenaire ne seront pas capables de prendre une décision informée. Mais, d'abord, qu'en-tend-t-on par «risque»? Le risque est lié à la fois à un hasard et à un danger. Son niveau indique la probabilité du danger encouru face au hasard. Discuter des risques avec les femmes enceintes fait partie intégrante du choix informé.

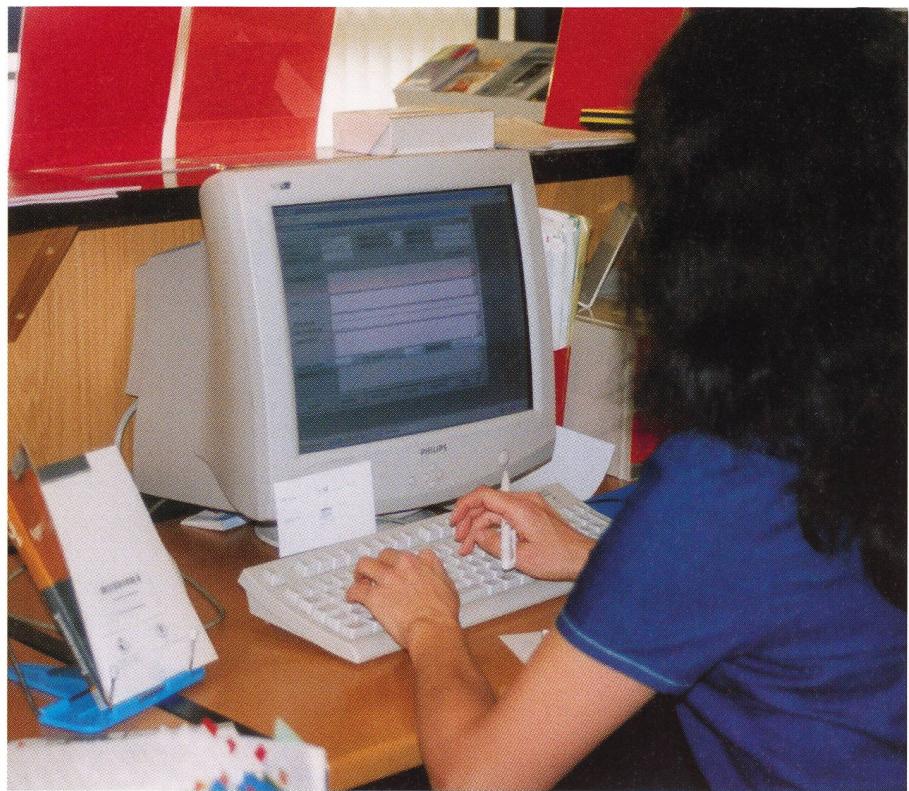
Mais, communiquer les risques n'est pas aussi simple qu'il y paraît. Chez beaucoup d'entre nous, la prise en compte des risques n'est pas une question de faits mais d'émotions. Ainsi, la

plupart des personnes pensent qu'acoucher à la maison est plus risqué qu'à l'hôpital, bien que les recherches prouvent qu'il n'en est rien. Il est important que les risques soient exprimés de manière neutre et réaliste. Effrayer les gens n'est pas acceptable. En tous cas, cela n'amène pas les gens à prendre des décisions ou à faire des choix.

Le refus informé

C'est en quelque sorte l'envers du consentement éclairé. Des adultes compétents ont le droit de refuser un traitement ou de faire des choix que nous, professionnelles, n'approuvons pas. Sauf lorsque ces personnes ne sont pas considérées comme capables de décider ou bien parce qu'elles souffrent de maladie mentale ou d'un handicap qui limite leur faculté de juger. Lorsqu'une femme a été bien informée, sa décision doit être respectée et il n'est pas légitime de faire pression sur elle pour lui faire changer d'avis. Pour éviter un recours, il est important de mettre par écrit le fruit de nos discussions. La justice a en effet tendance à considérer que quelque chose n'a jamais existé s'il n'y a pas de documents ou de traces tangibles.

Les sages-femmes sont concernées quand une femme refuse de suivre un protocole et donne, par exemple, sa préférence à un monitoring intermittent durant le travail alors que le règlement hospitalier prévoit un monitoring continu. Nous devons nous rappeler que les protocoles et règlements sont



L'accès toujours plus grand à Internet constitue une ouverture au monde des journaux médicaux ainsi qu'à des discussions juridiques. Les gens ont à présent accès à une information qui n'était jusqu'ici accessible qu'aux professionnels de la santé. Une majorité de femmes est ainsi maintenant bien informées.

faits pour guider l'équipe de santé mais qu'ils n'obligent pas la femme à s'y conformer.

Pouvoir et contrôle de soi

Pour intégrer les principes du choix informé, nous avons à changer la «culture de soins» actuelle. L'idée d'un personnel soignant omnipotent et d'une clientèle de patientes «objets de soins» est dépassée. Dans les réalités quotidiennes, elle doit faire place à plus de transparence, un réel partage des pouvoirs, de véritables soins et des choix éprouvés par des recherches fiables. Travailler avec le souci d'un choix informé nous offre une occasion de modifier des relations démodées et de trouver une nouvelle «culture de soins» basée sur la maîtrise et le contrôle de la situation. Pour une femme qui enfante, le sentiment de plénitude et de satisfaction éprouvé dans son vécu est intimement lié à l'extension de son pouvoir et du contrôle d'elle-même. Et, pour cela, il faut avant tout qu'il y ait un partage de pouvoir entre la femme et la professionnelle.

*Traduction libre:
Josianne Bodart Senn*

Bonnes pratiques

Pour un meilleur choix informé

Continuité des soins

C'est un des meilleurs moyens pour favoriser le choix informé. Lorsque les femmes ont l'occasion de construire une relation de confiance avec leur sage-femme durant la grossesse, il est possible de développer un véritable partenariat. Ce temps de la grossesse peut alors être utilisé pour discuter toutes les options possibles et le choix peut être facilité par un conseil et des informations «sur mesure». Ainsi, un groupe de sages-femmes travaillant dans des quartiers pauvres à Londres avait affaire à un groupe de population ne choisissant pas spontanément le domicile comme lieu d'accouchement: 45% étaient originaires d'Afrique ou Caraïbes, majoritairement des classes populaires, et pourtant leur taux d'accouchement à domicile s'élevait à 43% (Reed 2002). Ces sages-femmes privilégiaient l'information non biaisée et la présentation de choix réels au sujet du lieu et de la manière d'accoucher.

Prise de notes

Dans de nombreux pays, il est habituel pour les femmes de prendre note de ce qui leur arrive. Il ne s'agit pas simplement de remplir un «passeport de grossesse» en style télégraphique, mais d'accumuler au jour le jour de véritables notes. Des enquêtes ont montré que le fait de prendre avec soi de telles notes augmente le sentiment de contrôler soi-même ce qui arrive durant la grossesse et d'élever les taux de satisfaction (Brown HC 2004). Ces femmes créent un climat de transparence et de partenariat. Elles sont capables d'exprimer leurs souhaits même si elles n'accouche pas à l'endroit prévu, avec un personnel inattendu. Elles conservent un memento de leurs grossesses et de leurs accouchements précédents.

Informations écrites

Il est nécessaire que les femmes aient accès à une «bonne» information. Celle-ci ne doit cependant pas

être biaisée, elle doit être compréhensible et elle doit se baser sur des études randomisées. Cette information peut être transmise oralement mais nous savons toutes – et tous – qu'une information orale est rapidement oubliée. Pour les femmes et leur partenaire, l'avantage d'une information écrite réside dans le fait qu'elle peut être reprise quand ils le désirent et qu'elle peut amener de nouvelles questions, de plus en plus précises. En outre, elle permet de gagner du temps, d'éviter d'avoir à répéter des éléments mieux connus et de se centrer sur des besoins plus spécifiques. La documentation réalisée par les sages-femmes anglaises en est un bon exemple (voir rubrique Mosaïque ci-après)

Plans de naissance

Encourager les femmes à composer un plan de naissance peut aussi avoir des bénéfices non négligeables. Il permet d'alerter les professionnels de la santé sur tous les souhaits particuliers

Bibliographie:

Brown HC; Smith HJ. Giving women their own case notes to carry during pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 2 (2004).

Green et al: Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. Birth (1990) 17: 15-24.

Hadari G: The impact of medical and nursing interventions during labour on women's sense of control and satisfaction from the birth. International Confederation of Midwives. Midwives and women working together for the family of the world: ICM proceedings CD-ROM Vienna 2002. The Hague: ICM (2002) 14 pages

Merz JF Druzzel MS et al. Verbal expressions of probability in informed consent litigation. Med Decis Making 1991 vol 11 pp 273-81.

Page L. Informed choice has become a hollow phrase. MIDIRS Midwifery Digest. Vol 10, no. 4 December (2000) pp 523-52.

Page L. Informed choice initiative, information pack, MIDIRS and The NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999).

Paling J. Strategies to help patients understand risks. British Medical Journal. Vol 327 September (2003) pp 745-748.

Reed B: The Albany Midwifery Practice. MIDIRS Midwifery Digest, vol 14, no1, Mar (2002) pp118-121.

Sedgewick, Hall, Table of everyday risk. bmj-journals.com/cgi/content/full.

Simkin P: Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience: part I Birth, vol 18, no 4, (1991) pp 203-210.

que les femmes pourraient avoir. Lorsqu'il ne peut y avoir de continuité dans les soins, ou trop peu, il donne à la sage-femme des renseignements sur les désirs de la femme, évite de poser un tas de questions durant le travail et sert de référence. Il invite aussi les femmes à se demander ce qu'elles souhaitent vraiment. Il indique ce que les femmes refusent ou permettent et constitue un document légal. Discuter du plan de naissance avec la femme durant la période anténatale esquisse un scénario idéal, comprenant le choix du professionnel, le lieu de naissance, l'utilisation ou non du monitoring, les positions de travail et de naissance, l'attitude devant une rupture de membranes, un soulagement de la douleur, une épisiotomie, la gestion de la 3ème phase, les touchers vaginaux, la vitamine K, etc. L'existence de plans de naissance porte un message lourd de sens aux femmes: «elles peuvent choisir, elles sont des partenaires actives dans leurs propres soins».

Entretien

Des naissances «sur mesure»

Le choix est à la mode. Mais, de quel choix parle-t-on? Anne-Marie Mettraux-Berthelin l'envisage bien avant le jour J de la naissance au sein d'une véritable préparation et d'une «maturation». Il s'agit d'accompagner, étape par étape, la future mère et son partenaire. En partant de leur propre vécu, de leurs questions et de leurs craintes, il est possible de renforcer leur capacité à formuler des projets et de les aider à affronter les imprévus.

Anne-Marie Mettraux-Berthelin

- Nos grand-mères, et même nos mères, avaient peu ou pas de choix. Que s'est-il passé entre-temps ?
- Nos grand-mères ne choisissaient pas: elles avaient l'habitude d'accoucher à la maison. Puis, on a dit à nos mères qu'il valait mieux accoucher à l'hôpital et elles l'ont fait. Et puis, dans les années 70 – plus exactement après 68 et ses slogans «Un enfant quand je veux, si je veux» – on a commencé à réclamer le droit à la contraception, le droit à la périnatale, etc. Il est vrai que c'est une espèce de mode que les femmes suivent, pour se rassurer sans doute.

Mais, certaines sortent du lot. Elles disent: «Nous, on voudrait choisir!» Ce n'est pas le cas de la majorité du «flot humain». Seules, quelques-unes sortent de ce flot et disent: «Cela s'est mal passé la dernière fois. Qu'est-ce que je pourrais faire pour que cela aille mieux cette fois-ci?»

- N'est-on là devant une sorte d'élite?
- Non, absolument pas. Il n'y a d'ailleurs pas de profil type de la femme qui décide d'accoucher en maison de naissance. Depuis 1999, notre maison accueille environ un tiers de primipares, de tous âges et de tous horizons, peut-être une clientèle «plus nature». Et des multipares qui n'ont pas envie de surmédicalisation. En fait, les gens réfléchissent, un peu partout dans la société, quelle que



Anne-Marie Mettraux-Berthelin:
Sage-femme, mariée et mère de cinq enfants, cofondatrice de la maison de naissance «Le Petit Prince» à Givisiez (Fribourg).

soit leur origine sociale: des charpentiers, des médecins, des architectes, des enseignantes, mais aussi des chômeurs, des étudiants, des paysans. D'abord, les couples viennent ici pour se préparer à la naissance (250 couples par année). Puis, durant cette préparation, des questions se posent les unes après les autres. Certains couples optent pour la naissance à domicile ou au «Petit Prince» (80 à 90 par année). D'autres sont orientés vers l'hôpital de par leur profil médical. D'autres encore pendant le travail, quand un transfert à l'hôpital se révèle indispensable en raison de complications. Mais, une majorité éprouve un très grand besoin de la sécurité hospitalière et donne la préférence, parfois à la dernière minute, aux structures hospitalières jugées «plus sûres».

- Ce qui est important c'est la démarche que font les couples avant la naissance. Ici, à Givisiez, vous proposez de les initier à l'haptonomie. Quand et comment les femmes et leur partenaire y viennent-ils?
- Environ 20% des couples viennent à l'initiative de l'homme: ils ont tout simplement entendu leurs collègues parler des bienfaits de l'haptonomie et veulent l'expérimenter. Pour les autres, c'est la femme qui les entraîne.

Tous peuvent commencer entre la 9^e et la 14^e semaine de grossesse. Il y a très peu d'abandon (moins de 1%): ce sont généralement des hommes étrangers