

INSTITUT NATIONAL POLYTECHNIQUE DE LORRAINE
ECOLE NATIONALE SUPERIEURE EN GENIE DES SYSTEMES INDUSTRIELS

**DE LA NAISSANCE A LA MAISON DE NAISSANCE :
APPROCHE SYSTEMIQUE D'UN PROJET MEDICAL INNOVANT**

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES
EN GENIE DES SYSTEMES INDUSTRIELS

Soutenu le : 27 septembre 2000
Christiane JEANVOINE
Sage-Femme – Interne en Médecine Générale

JURY

Présidente	: Claudine GUIDAT	Professeur	LRGSI/ENSGSI
Membres	: Jean Pierre GRANDHAYE	Maître de Conférences	LRGSI/ENSGSI
	Martine TANI	Maître de Conférences	LRGSI/ENSGSI
	Christian ZANNE	Professeur	ENSGSI/INPL

DE LA NAISSANCE A LA MAISON DE NAISSANCE :

APPROCHE SYSTEMIQUE D'UN PROJET

MEDICAL INNOVANT

"Ce que nous demandons, ce n'est pas moins de science mais plus de science, pour un usage plus raisonné et plus raisonnable de la technologie." [Thomine 93]

À Juliette, Mireille, Mathilde, Marianne, Léo, Élise, Sophie,
Clara, Samuel, Laure, Adrien, Lise, Nicolas, Camille, Basile,
Sophie, Émilie, Lucianne, Mathilde, Adrien, Célestine, Annaëlle,
Florent, Félicien, Magali, Susie, Sarah, Clémence, Louis, Alice,
Emmie, Thibaut, Jordan, Leah, Pauline, Aurian, Silouan, Diotime,
Mathieu, Nina, Nassim, Raphaël, Jean-Baptiste, Clément, Marie,
Mathilde, Agathe, Dimyan, Lessia, Robin, Emma, Paul, Simon,
Thomas, Manon, Léo, Anouk, Maya, Lola, Alban, Benjamin,
Vincent, Stéphane, Olga, Timothé
et tant d'autres nés de 1985 à 1999 avec un Accompagnement
Global de la Maternité.

REMERCIEMENTS

A Jean-Pierre Grandhayé.
Il a permis la gestation de ce mémoire.

A Martine Tani.
Par sa présence, elle a su donner la confiance dans ce regard de femme.

A Christian Zanne.
Sans lui, ce travail n'aurait pu prendre corps, son investissement a permis l'accouchement et la naissance de ce mémoire de D.E.A.

A Françoise Marion.
Alliée à son amitié, la relecture du document, a été la touche finale apportée à ce travail.

A Mathilde et sa maman I.D.
Pour ce regard et cette main ouverte à la vie.

Table des matières

1	LE PROJET ET SON CONTEXTE.....	8
1.1	L'accompagnement global de la maternité et le projet de Maison de Naissance.....	8
1.2	Une représentation différente.....	9
1.3	Un autre paradigme.....	9
1.4	Une vision systémique.....	10
1.5	Une approche constructiviste.....	10
1.6	Une autre organisation de la surveillance de la maternité.....	11
2	MODELISATION DE LA MATERNITE ET DE SA SURVEILLANCE.....	12
2.1	Modélisation de la maternité et de la parentalité.....	12
2.2	Introduction des procédures législatives de surveillance pré et postnatale.....	14
2.3	Détail du suivi médical classique de la maternité.....	15
2.3.1	Le processus prénatal.....	16
2.3.2	Le processus de suivi de l'accouchement et de la naissance.....	16
2.3.3	Le processus de suivi postnatal.....	17
2.4	Modélisation du suivi médical dans une approche globale de la maternité.....	18
2.5	Modélisation du plan d'action du Guide de surveillance de la grossesse.....	21
3	ANALYSE FONCTIONNELLE DU PROJET DE MAISON DE NAISSANCE.....	23
3.1	Les origines du projet.....	23
3.2	Le projet de Maison de Naissance dans son environnement.....	24
3.3	Les milieux extérieurs de l'environnement de la Maison de Naissance.....	26
3.3.1	Le couple et l'enfant.....	27
3.3.2	Milieu culturel.....	27
3.3.3	Les référentiels.....	28
3.3.4	Les institutions médicales.....	29
3.3.5	Les financeurs.....	30
3.3.6	Les acteurs médicaux.....	31
3.4	Analyse fonctionnelle.....	31
3.4.1	Fonctions et arbre fonctionnel à T0.....	32
3.4.2	Arbre fonctionnel à Tc.....	34
4	ETUDE DES DEFAILLANCES LORS DU SUIVI PRENATAL.....	37
4.1	Détail des suivis prénataux dans les deux approches.....	37
4.1.1	Suivi prénatal dans l'approche médicale classique.....	37
4.1.2	Suivi prénatal dans l'approche médicale globale.....	38
4.2	Étude des défaillances des fonctions du suivi prénatal.....	39
4.2.1	Outil utilisé : l'AMDEC.....	39
4.2.2	Étude des défaillances.....	40
5	APPROCHE DES IMPACTS ET DES PERTUBATIONS.....	46
6	ANNEXES.....	49
6.1	Annexe 1 : Définitions.....	49
6.2	Annexe 2 : Accompagnement global de la maternité.....	51
6.3	Annexe 3 : La maison de naissance.....	56
6.4	Annexe 4 : Les réseaux de Petri.....	60
7	BIBLIOGRAPHIE.....	62

INTRODUCTION

"La naissance est un phénomène qui se manifeste de façon soudaine aux autres membres de l'espèce au moment de la mise au monde d'un enfant. C'est l'irruption d'un être, d'un individu, dans un monde fini (au sens de limité) sur les plans géographique et social.

Sur le plan géographique, ce monde, c'est la biosphère terrestre au sens large et la niche écologique dont il peut appréhender les limites physiques au sens plus restreint.

Sur le plan social, le monde où surgit l'individu est l'espèce dont il fait partie, réduite fonctionnellement au groupe dont il sentira et transformera par sa présence les limites et les caractéristiques. Ce monde est organisé, structuré matériellement et socialement. Nous noterons dès l'abord que le matériel et le social de ce monde humanisé sont le fruit de la même évolution, le résultat du même ensemble d'interactions [Tourné 99].

C'est dans les années quatre vingt dix, au cours d'une expérience d'Accompagnement Global de la Maternité, en tant que sage-femme libérale pendant une quinzaine d'années à Nancy, qu'a germé l'idée de créer une Maison de Naissance.

Cette innovation, puisqu'il n'existe pas de structure identique en France, s'est trouvée réactivée en février 1999, par la proposition du Ministre de la Santé de l'époque (B. Kouchner), d'une journée sur ce thème (dans le cadre des Etats Généraux de la Santé), au Ministère de la Santé à Paris. Ce débat a eu lieu à la suite de l'insistance, de la persévérance de parents et de professionnelles (sages-femmes essentiellement), concernés par la naissance et intéressés par une alternative au système classique d'accompagnement et de surveillance médicale de la maternité.

Certaines expériences s'inspirant de réflexions et de pratiques introduites par des médecins tels que F. Lamaze (clinique des Métallurgistes à Paris), (clinique des Lilas à Paris), F. Leboyer et M. Odent, (Pithiviers), M. Ploquin (Châteauroux), S. Bizieau (Villeneuve La Garenne), pour les plus connus et d'autres encore... , ont existé ou existent encore. Cependant, elles ont rencontré ou rencontrent encore des difficultés : menace de fermeture ou fermeture effective.

La seule expérience menée par des sages-femmes, connue en France et qui persiste contre vents et marées, est la clinique d'accouchements de Madame de Béarn (sage-femme libérale âgée de quatre vingt ans) à Sarlat.

Depuis les années quatre vingt, une cinquantaine de sages-femmes libérales en France, propose un Accompagnement Global de la Maternité et plusieurs projets de Maison de Naissance sont en gestation, aujourd'hui.

Localement, la proposition d'Accompagnement Global de la Maternité a rencontré un intérêt croissant, plus de cinq cents bébés sont nés accueillis de cette manière, à Nancy, dans le respect et la tendresse grâce à l'alliance, la confiance réciproque entre des parents et des sages-femmes.

C'est sur l'initiative de mon ami Christian Zanne qu'une rencontre a eu lieu avec Jean-Pierre Grandhaye, Directeur adjoint du Laboratoire de Recherche en Génie des Systèmes Industriels (LRGSI) en juillet 1999. Au cours de cette rencontre, une approche du type systémique du projet de Maison de Naissance a été envisagée, elle a débouché sur le présent travail de DEA.

Le LRGSI, créé en 1984, fait partie de l'École Nationale Supérieure en Génie des Systèmes Industriels (ENSGSI) et veut ouvrir le regard sur le monde en proposant un accès à des enseignements reliant Sciences, Homme, Société et Organisation.

En menant une réflexion, en favorisant une expérimentation dans des contextes réels, la confiance est donnée pour initier et piloter le changement. Par un apprentissage à entreprendre un projet professionnel, par le soutien offert à la conception d'un projet, l'élaboration de ce mémoire de D.E.A., à propos du projet de Maison de Naissance, mené dans ce domaine très particulier de la maternité, se veut un questionnement, une ouverture à l'interface de mondes différents comme sont le domaine médical et celui de l'ingénierie.

Les échanges fructueux avec Jean Pierre Grandhaye, Christian Zanne et Martine Tani, seront peut-être une porte d'accès à un changement de regard, à un changement d'organisation autour de la

maternité, répondant de façon plus adaptée aux besoins des femmes qui accouchent et des enfants qui naissent.

Si l'alternative que constitue l'Accompagnement Global de la Maternité repose sur une réflexion sur le sens de la maternité, de l'accouchement et de la naissance dans notre société, cette proposition ne peut se concevoir que dans des lieux différents, à proximité des institutions existantes, dans une Maison de Naissance, pour pouvoir s'affirmer, être reconnue et validée. Elle ne peut être marginalisée sous peine de dérives.

En conséquence, elle ne peut exister que si elle est intégrée au système de santé périnatale, à travers des échanges, dans un réseau reliant des conceptions différentes mais enrichissantes de l'approche de la maternité.

Le projet de Maison de Naissance à Nancy s'inscrit dans cette problématique autour de la maternité. Le présent travail de DEA est une première approche de la conduite de ce projet en utilisant les méthodes et les outils du Génie des Systèmes Industriels et de l'Innovation. Ce projet s'inscrit dans les innovations de rupture opposées aux innovations incrémentales. En effet, il s'agit d'une rupture organisationnelle et dans ce cas, le degré de rupture est relativement important. Il s'agit ici d'aborder l'innovation organisationnelle comme un phénomène relatif, une innovation est relative à une référence et ici la référence est la maternité de l'hôpital. Nous aborderons également l'innovation comme un phénomène où la solution pose le problème, et c'est bien le cas de la Maison de Naissance, une solution qui pose le problème de la maternité qui n'est pas une maladie.

Nous proposons ainsi de montrer d'abord en quoi ce projet est innovant, puis de caractériser sa pertinence pour ensuite analyser le rapport entre la pertinence du projet, le côté relatif de l'innovation puis la difficulté à intégrer l'innovation en tant que rupture dans un système établi.

Le chapitre 1 rappelle les idées fondatrices de l'Accompagnement Global et de la Maison de Naissance ainsi que du contexte systémique et constructiviste dans lequel nous avons situé notre travail. Le chapitre 2 présente un essai de modélisation du processus de la maternité et de sa surveillance pour les deux approches considérées : le suivi médical classique et l'approche médicale globale. L'analyse fonctionnelle du projet de Maison de Naissance fait l'objet du chapitre 3. L'étude des défaillances des processus de suivi (limitée au suivi prénatal) du chapitre 4 débouche sur une première approche des impacts et des perturbations liées à la mise en place de ce projet innovant dans la structure stable du suivi médical actuel présentée au chapitre 5.

1 LE PROJET ET SON CONTEXTE

1.1 L'accompagnement global de la maternité et le projet de Maison de Naissance

“Notre monde organisé est un archipel de systèmes dans l’océan du désordre. Ainsi, la vie est un système de systèmes de systèmes, non seulement parce que l’organisme est un système d’organes qui sont des systèmes de molécules qui sont des systèmes d’atomes, mais aussi parce que l’être vivant est un système individuel qui participe à un système de reproduction, que l’un et l’autre participent à un écosystème, lequel participe à la biosphère...” [Morin 77]

La maternité est un phénomène naturel, biologique. Cependant elle ne peut échapper à l’environnement dans lequel elle évolue (familial, sociétal, médical). Nos sociétés (les pouvoirs publics) ont développé, depuis plusieurs décennies, des procédures de surveillance de la grossesse, de l’accouchement et de la naissance ainsi que de la période post-natale afin de diminuer la mortalité périnatale et maternelle.

Les professionnels médicaux (médecins, sages-femmes) vont influencer le cours du phénomène biologique de la maternité, par leur approche à l’autre (sujet et non objet), par leur représentation de la maternité (physiologique ou pathologique), par les procédures qu’ils vont utiliser, par les interventions qu’ils vont effectuer. Au mieux, ces procédures vont accompagner le processus physiologique n’intervenant que dans les cas de pathologie, ou, au pire, celles-ci vont induire des effets iatrogènes.

C'est parce que nous nous avons réfléchi sur la maltraitance (familiale, sociale, institutionnelle), sur les carences en soins maternels, sur les notions et la genèse de l'attachement et du détachement (au sens de l'autonomie) dans les relations entre un enfant et ses parents, que nous avons été amenés à considérer l'événement de la naissance comme un événement fondamental. Les idées fondatrices de l'Accompagnement Global de la Maternité (cf. annexe 2) ont pris pour nous leurs racines dans la réflexion au sujet de l'accueil d'un enfant au moment de sa naissance. Ce moment essentiel dans la vie de tout individu contribue, pour nous, à structurer un être vivant dans toutes ses dimensions et à donner le sens humain du respect de l'autre, de la différence, de la liberté.

C'est à partir de ces questions que nous nous sommes interrogés. Comment une femme mais aussi un père pouvaient et désiraient accueillir leur enfant ? Comment, en tant que sage-femme, nous souhaitions accueillir un être humain nouveau-né ? Comment, de cette place de professionnelle, nous pouvions les aider au mieux pour qu'ils soient les acteurs de ces instants et que cet événement ne leur soit pas confisqué ? Quels étaient alors les besoins d'une femme pour qu'elle puisse vivre dans des conditions de sécurité physique et psychique cet accouchement aboutissant à la naissance de son enfant dans le respect de son altérité ? Comment pouvions nous mettre en place un accompagnement pour que puissent advenir des liens permettant des soins maternels favorables à l'épanouissement de l'enfant ? Comment et quelle alliance fallait-il mettre en place pour qu'un homme se sente concerné par cet événement autrement qu'en spectateur ou voyeur et puisse lui aussi accueillir son enfant et nouer des premiers liens avec lui.

Ce sont ces interrogations qui nous ont conduits à proposer un Accompagnement Global de la Maternité. Nous avons donc proposé ce type d'accompagnement pendant plusieurs années en essayant de trouver un lieu accueillant notre pratique alternative. Nous avons trouvé en face de nous des parents fortement intéressés par ce que nous avons décidé d'offrir et c'est ainsi que cette alternative a pu se concrétiser et se développer.

Cependant nous avons généré de nombreuses réactions de la part des professionnels médicaux (d'opposition, de peur etc...). Nous n'avons pas pu continuer notre pratique malgré la demande croissante des parents, faute d'un lieu respectueux d'un autre regard, d'une autre approche de la maternité. C'est alors que nous avons pensé (professionnels et parents) qu'un lieu différent nous permettrait de poursuivre notre démarche et d'accueillir les nouveau-nés humains dans le respect de leur devenir, dans une confiance réciproque entre parents et professionnels, avec la chaleur nécessaire à toute ouverture au monde.

Ce lieu nous l'avons appelé Maison de Naissance (cf. annexe 3).

1.2 Une représentation différente

L'Accompagnement Global de la Maternité se centre sur la physiologie du processus de la maternité et sur la globalité de chaque femme (physique et psychique), en se préoccupant de l'histoire personnelle de chacune, de sa relation de couple, de ses liens familiaux, sociaux, professionnels..., dans la société qui est la nôtre. Dans cette pratique, la maternité n'est pas considérée comme une maladie, mais comme des étapes physiologiques constitutives de la vie d'une femme, d'un couple de parents, de l'histoire d'un être humain en devenir, d'un enfant à naître.

L'approche globale agit en prévention et s'appuie sur une relation de confiance réciproque entre une femme, (des parents) et la sage-femme, où chacun est acteur, partenaire et responsable.

1.3 Un autre paradigme

Avec Thomas Kuhn qui l'employa depuis 1962, ce terme de paradigme signifie un cadre de pensée qui permet d'interpréter la réalité et qui explique des représentations du monde totalement différentes voire opposées.

Il exprime des changements réels dans la perception et la compréhension d'une réalité. Changer de paradigme, c'est penser et voir autrement, avec un œil neuf. Dans le domaine médical cela peut-il expliquer la résistance au changement ?

La santé est-elle l'absence de maladies ou un état de bien-être physique, mental et social ?

"La pratique de la sage-femme reflète en grande partie l'émergence d'un nouveau paradigme de la naissance où s'élabore une autre vision de l'accouchement bien sûr, mais aussi de la santé, du progrès, du savoir, du pouvoir, du professionnel, de l'humain et de son rapport au monde.

Une vision holistique de la réalité est au centre du "nouveau" paradigme.

Avoir une vision holistique de la réalité, ce n'est pas seulement voir tous les éléments du réel pour en cerner la complexité, mais comprendre que chaque élément du réel est en relation avec la totalité, qu'il exprime de façon particulière." [Desjardins 93].

Dans un ouvrage antérieur, une synthèse simplifiée est proposée montrant les différences entre le paradigme de la médecine et le paradigme de la santé.

La pratique des sages-femmes s'inscrit sans doute plus dans le paradigme de la santé, d'autant plus que celles-ci jouent un rôle important en matière de prévention et de l'éducation, en matière de santé.

"Le nouveau paradigme de la santé et de la médecine élargit le cadre de l'ancien en incorporant de brillants progrès technologiques tout en réhabilitant de vieilles intuitions humanistes." [Ferguson 81].

1.4 Une vision systémique

"Les lois d'additivité des propriétés élémentaires ne jouent plus dans le cas des systèmes de haute complexité, constitués par une grande diversité d'éléments liés par des interactions fortes. De tels systèmes doivent être abordés par des méthodes nouvelles comme celle que regroupe l'approche systémique. Leur but : considérer un système dans sa totalité, sa complexité et sa dynamique propre. L'approche analytique isole, se concentre sur les éléments, elle considère la nature des interactions, s'appuie sur la précision des détails, modifie une variable à la fois... tandis que l'approche systémique relie, se concentre sur les interactions entre les éléments, considère les effets des interactions, s'appuie sur la perception globale, modifie des groupes de variables simultanément...; l'approche analytique et l'approche systémique sont plus complémentaires qu'opposées. Mais pourtant, elles sont irréductibles l'une à l'autre." [De Rosnay 75].

Par son approche globale, l'accompagnement que nous proposons, ne réduit pas une femme à un utérus qu'il faut délivrer de quelques kilos de chair...

En tenant compte pour chaque femme, de sa totalité biologique (physique, psychique, affective, émotionnelle), de son histoire personnelle (petite fille, adolescente, femme, amante et mère), de son vécu relationnel aux autres (notamment dans sa relation à un homme), en la situant dans son contexte culturel et social, dans son environnement professionnel, notre regard s'ouvre sur la complexité de chacune d'entre elles.

C'est en considérant ce qui la relie à elle-même, à ce qui l'entoure dans la proximité mais aussi dans la distance, que notre démarche d'Accompagnement Global se situe à court et à long terme dans ce va et vient entre le présent, le passé et le futur, pour accueillir un nouveau, né humain.

1.5 Une approche constructiviste

"Le constructivisme serait une approche pour comprendre les changements issus de la naissance d'organisations temporaires basées sur un partenariat, qui lui-même s'appuierait sur les techniques de communication multimédia, les structures en réseau et la méthodologie d'ingénierie de projet.

Le constructivisme souligne l'influence des intentions et projets des acteurs.

Le sujet et son projet sont indissociables, de sorte que ce qu'ils représentent, ce sont moins des objets que des opérations, c'est-à-dire des interactions et que l'on est dans l'obligation de prendre en compte et l'histoire des savoirs et leur insertion sociale.

Pour les nouveaux esprits scientifiques "le réel existant et connaissable peut être constitué par les observateurs qui sont dès lors, ses constructeurs modélisateurs".

Le constructivisme ne serait-il pas tout simplement une attitude, un regard sur l'inconnu...? Mais comment passer du simple au complexe, de l'intelligence individuelle à l'intelligence collective, comment introduire le terme de reliance qui consiste à mettre en réseau les expériences, les savoirs, les vœux d'individualités non homogènes.

En raison de la complexification... les choses ne sont plus prévisibles.

Personne ne peut entrer dans un projet collectif s'il n'a pas construit préalablement son propre projet, analysé ses forces et ses faiblesses, les atouts et les handicaps de son projet et s'il ne s'est pas fixé un objectif réalisable.

Les modes de management, issus des théories tayloriennes partout décriées et pourtant plus répandues qu'on ne l'imagine ne permettent plus de maîtriser les organisations immergées dans un monde complexe.

Les responsables qui se réclament du constructivisme dans l'entreprise et dans la société sont avant tout des constructeurs rassemblés autour de valeurs et sont partie prenante à la dynamique d'auto-organisation qui dessinera le monde de demain..." [Joras 96].

1.6 Une autre organisation de la surveillance de la maternité

Avec la personnalisation de cette approche globale, chacun est un acteur différent et contribue au cheminement vers l'accouchement d'une femme et la naissance d'un enfant.

Le projet de naissance et d'accueil de l'enfant par les parents, se construit au fur et à mesure des rencontres, (consultations prénatales, préparation à la naissance de l'enfant), avec une sage-femme.

Il existe une continuité et une cohérence vraisemblablement favorables à la physiologie. Les ruptures sont élaborées et intégrées. Nous sommes loin d'une conception s'apparentant au taylorisme et qui découpe les femmes selon les différents moments de la maternité et en fonction des spécialités des professionnels de santé.

"Les réponses organisationnelles doivent être envisagées comme un construit des acteurs intégrant les contraintes comme des éléments de stratégie" [Schmitt 99]

"... pour qu'il y ait organisation, il faut qu'il y ait interaction : pour qu'il y ait interaction, il faut qu'il y ait rencontre, pour qu'il y ait rencontre, il faut qu'il y ait désordre" [Morin 77].

2 MODELISATION DE LA MATERNITE ET DE SA SURVEILLANCE

L'intervention des différents acteurs, autres que la mère, le père et l'enfant, modifient profondément le contexte dans lequel se développe le phénomène biologique de la maternité. Nous avons donc été conduits à considérer la maternité et sa surveillance comme un système complexe. La Maison de Naissance est une structure destinée à proposer une surveillance et un accueil alternatif aux pratiques classiques existantes.

Dans le but de bien situer le projet de Maison de Naissance par rapport à l'environnement existant et d'identifier clairement les différences structurelles et fonctionnelles entre l'approche médicalisée classique et l'approche médicale globale proposée, il nous a paru indispensable de commencer ce travail en modélisant le processus de la maternité et son environnement.

Selon la norme ISO 8402, un processus "est un ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants. Ce sont les moyens à l'aide desquels une organisation met en œuvre les compétences du personnel pour produire des résultats. L'enchaînement logique de ces activités et moyens reliés entre eux en étapes successives aboutit à la réalisation d'une tâche ou d'un service et à l'obtention d'un résultat. Il est destiné à répondre à un besoin d'un client (ou utilisateur)" [Leclet 2000].

2.1 Modélisation de la maternité et de la parentalité

A l'évidence, nous admettons que la maternité est un processus invariant, quelque soit l'époque et la société. Il est question avant tout d'une rencontre d'une femme et d'un homme, aboutissant à la venue au monde d'un humain, nouveau-né.

Les différents changements d'état d'une femme, (mais aussi d'un homme), s'effectuent à la suite de l'occurrence d'événements, si certaines conditions sont satisfaites. Ils transforment la femme, par étapes successives, en femme enceinte, en femme enceinte déclarée... puis enfin en mère.

Les réseaux de Petri interprétés (Cf. annexe 4) sont un formalisme classiquement utilisé dans la spécification des automatismes industriels. Leur capacité à décrire les changements d'état d'un système et leur facilité de lecture nous les ont fait choisir comme base de description du processus de la maternité, évoqué ci-dessus.

Ce processus invariant peut être modélisé par le réseau de Petri interprété de la figure 1.

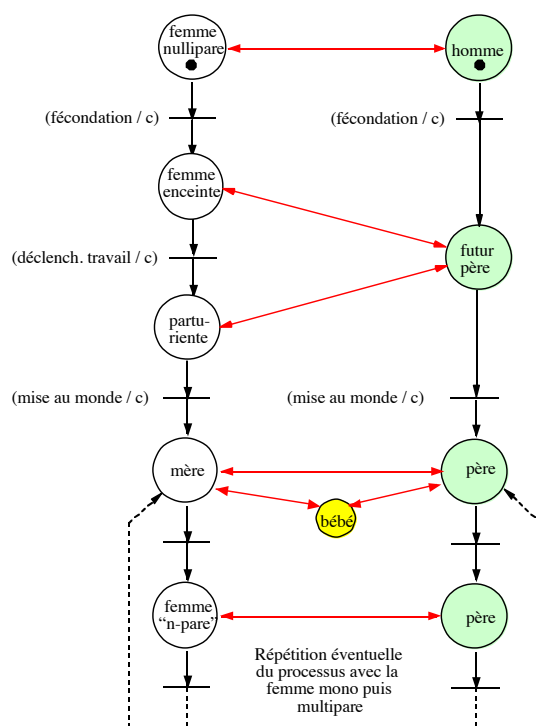


Figure 1 : la maternité, la parentalité

Sur cette figure, ainsi que sur les suivantes, nous avons représenté les relations et les échanges d'informations entre les différents acteurs par des flèches rouges (->), et en cas de pathologies, par des flèches noires (->).

De tout temps, dans toutes les sociétés, des femmes accompagnent d'autres femmes dans l'accouchement. Ce sont les groupes de femmes solidaires entre elles, puis les ventrières, les matrones, et les sages-femmes qui sont présentes lors de l'accouchement et de la naissance.

Ainsi, Jacques Gélis écrit en 1984 : "Depuis quelques dizaines, la généralisation de l'accouchement à la maternité (l'institution) a profondément transformé les conditions de la naissance... et les techniques sans cesse affinées ont remplacé l'attention d'un entourage familial.

Cette rupture avec les lieux et l'ancienne société de la naissance constitue le point d'aboutissement d'une évolution commencée, il y a plusieurs siècles ; elle coïncide avec la disparition de valeurs séculaires, d'une manière de penser, d'un système de références que la révolution industrielle a ébranlé puis fait disparaître, sans pour autant les remplacer... Le cercle des femmes autour de la parturiente constitue l'une des constantes. Ordinairement, les parentes, les voisines ou les amies entourent celle qui accouche : l'accouchement est un acte public. Dès que les premiers symptômes du travail se manifestent, les femmes s'empressent d'accourir. L'enfantement requiert le secours...

Les liens tissés jour après jour, au puis commun ou au lavoir, autour du four banal où l'on attend son tour pour cuire, créent une solidarité féminine qui s'exprime dans les moments difficiles de l'existence. Tout s'organise autour de celle qui va être mère...

Parmi toutes ces femmes qui entourent leur compagne et qui sont accourues dès que prévenues, il en est une souvent qui fait preuve de plus de patience et de doigté, dont les conseils sont suivis plus volontiers. Ayant eu l'occasion de prodiguer des soins avec succès lors de couches difficiles, elle est adoptée par les femmes et reconnue comme matrone ; elle est désormais la bonne mère. La confiance se gagne lors des premières couches où elle accorde son secours... Les femmes de la communauté estiment que pour être efficace, la matrone doit être libre. En Lorraine, par exemple,

l'accoucheuse est élue par les femmes de la communauté... La bonne matrone rassure, met à l'aise... Elle est la femme sage qui accompagne et qui délivre.

Au XVIII^e siècle, des changements notables interviennent ici et là dans le comportement des matrones. Le développement des cours d'accouchement organisé par l'intendant ou l'évêque dans la seconde moitié du siècle, y a vraisemblablement contribué ; puisque les sages-femmes formées entendent être rémunérées en argent et vivre de leur état, pourquoi certaines matrones n'auraient-elles pas tentées d'emboîter le pas...

Dans la communauté, tous révèrent la matrone... Tous la connaissent et elle les connaît tous... C'est la bonne mère, la sage-femme, la mère-sage, ou encore mère-matrone...". [Gélis 84]

De tout temps, le processus biologique de la maternité a toujours évolué (ou presque toujours) dans un contexte social de reconnaissance, d'aide, d'assistance et, ou d'accompagnement de l'accouchement. Ce processus d'accompagnement peut être vu comme un opérateur au sens des réseaux de Petri interprétés (encore que ce concept demanderait une étude plus détaillée comme nous le signalerons dans la conclusion de ce travail). Sa prise en compte dans la modélisation permet de compléter le réseau précédent.

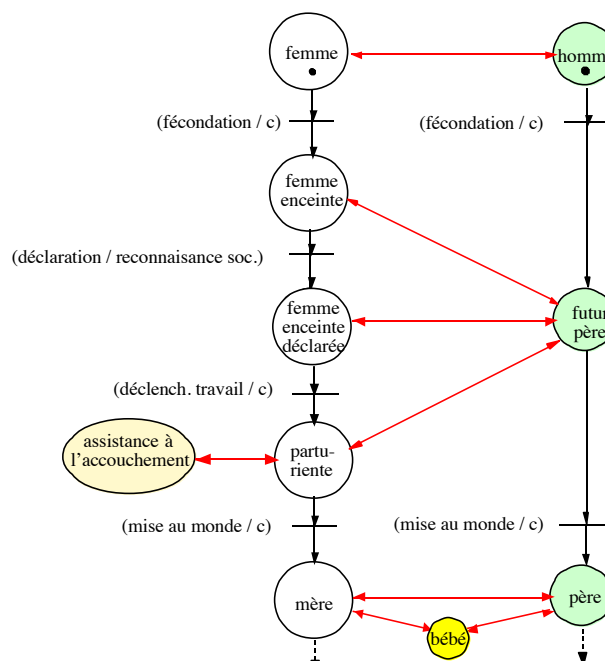


Figure 2 : la maternité, la parentalité, la société

2.2 Introduction des procédures législatives de surveillance pré et postnatale

Ce n'est qu'au début du XIX^e siècle que "l'enseignement de l'obstétrique prend un essor important parmi les médecins sous l'impulsion du Professeur A. Pinard". [Coulon 82]

Aujourd'hui, la reconnaissance de la grossesse est le plus fréquemment évidente pour une femme, cela se traduisant par l'absence de règles, par des signes "sympathiques". Ces signes conduisent souvent à l'auto prescription d'un test de grossesse. L'annonce est faite ensuite, au père, aux parents et amis proches.

Ce n'est qu'après, que la confirmation de la grossesse faite par un professionnel médical (médecin ou sage-femme) intervient. En France, la reconnaissance sociale conduit à la déclaration de la grossesse dans le cadre d'une législation précise (nous n'avons pas distingué la déclaration sociale de la déclaration médicale dans le modèle relatif au projet). Celle-ci conduit à une déclaration administrative, quand la femme consulte pour la première fois quel que soit le terme.

Cet examen prénatal doit être effectué dans les quatorze premières semaines de la grossesse et la déclaration légale doit s'effectuer sur les feuillets "Vous attendez un enfant" destinés à la Caisse d'Allocations Familiales et à la Caisse de Sécurité sociale, ou Mutualité Sociale Agricole ou régimes spéciaux. Les droits sociaux sont acquis dès cet instant.

Cette déclaration de la grossesse précède l'intervention de spécialistes médicaux dans le cadre de processus (suivant des "procédures" recommandées par les pouvoirs publics) du suivi, prénatal, de l'accouchement et de la naissance, et post-natal. La prise en compte de ces notions conduit à la modélisation donnée figure 3.

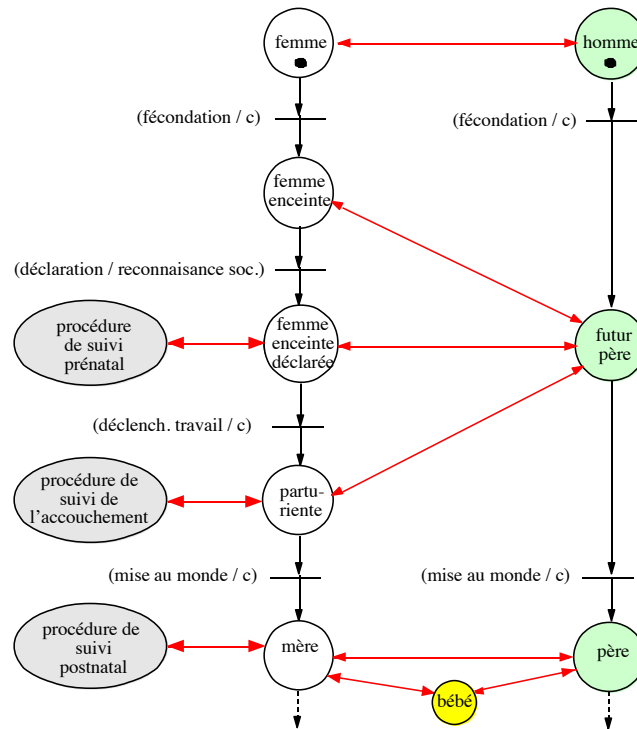


Figure 3 : de l'assistance à la maternité à la surveillance médicale

2.3 Détail du suivi médical classique de la maternité.

Dans ce processus de la maternité nous pouvons distinguer trois périodes, où opèrent les processus de surveillance de la maternité : le processus prénatal, le processus de l'accouchement et de la naissance et le processus postnatal. (Nous centrerons notre propos sur le système public, puisque c'est avec lui que nous avons essentiellement travaillé. Le système privé présente quelques différences).

2.3.1 Le processus prénatal

2.3.1.1 *La déclaration de grossesse*

La période prénatale, nous l'avons précisé précédemment commence avec la déclaration de la grossesse. Les médecins généralistes, les gynécologues et les gynécologues obstétriciens sont habilités à faire cette déclaration de grossesse. Un examen général obligatoire, prévu au troisième mois de la grossesse, lui est souvent associé. Les sages-femmes, si elles peuvent faire le constat de la grossesse, n'ont pas la compétence pour faire et remplir les formulaires de la déclaration de grossesse.

2.3.1.2 *Les consultations prénatales*

Dans quatre vingt à quatre-vingt dix pour cent des cas la grossesse est normale. À partir du quatrième mois et chaque mois, jusqu'au septième mois tous les professionnels médicaux (médecins et sages-femmes) peuvent effectuer les consultations prénatales. Les dernières consultations du huitième et neuvième mois sont en principe réalisées par l'équipe obstétricale du lieu d'accouchement et de naissance. Cela nécessite une prise de relais à ce moment.

Les sages-femmes ont la compétence pour effectuer toutes ces consultations, mais dans la réalité les femmes sont orientées vers les gynécologues obstétriciens (les sages-femmes n'ayant pas de lieux, dans la majorité des cas, pour accompagner les accouchements).

Les femmes consultent, à priori la même personne durant toute cette période prénatale.

2.3.1.3 *Les séances de préparation à la naissance de l'enfant*

Elles sont proposées par les sages-femmes (par des sages-femmes salariées de l'institution ou par des sages-femmes libérales à l'extérieur de celle-ci). Elles se font le plus fréquemment en groupe, au plus tôt à partir du sixième mois de la grossesse.

Il n'existe pratiquement pas d'échanges d'informations à propos des femmes, entre les professionnels s'occupant des consultations prénatales et des séances de préparation à la naissance de l'enfant.

2.3.2 Le processus de suivi de l'accouchement et de la naissance

Quand une femme arrive au terme de sa grossesse, elle a généralement au moins une fois pris contact avec l'équipe du lieu de naissance choisi, et un dossier médical a été établi.

Même si elle a rencontré, lors de la visite des lieux, quelques sages-femmes avec qui elle a pu éventuellement établir une relation, même si elle le souhaite, il y a peu de chances qu'au moment de l'accouchement, cette femme trouve, le jour où le travail se déclenche, une de ces sages-femmes.

Si l'accouchement est normal une sage-femme assure (cela relève de sa compétence) totalement la surveillance médicale concernant la mère et l'enfant (sauf si l'accouchement s'étend sur le moment de la relève de garde des sages-femmes, à huit heures et vingt heures, elle sont alors deux à se succéder). Les sages-femmes de salle de naissance ne sont pas les mêmes que celles qui travaillent en consultations prénatales.

En cas de pathologies, un gynécologue obstétricien ou un pédiatre (parfois les deux) est sollicité et présent à la naissance. Il est rare qu'une femme retrouve le professionnel vu en consultation prénatale (cela dépend du médecin responsable de la garde). En aucun cas il n'y a eu de rencontre avec le pédiatre.

2.3.3 Le processus de suivi postnatal

Nous distinguons une période postnatale immédiate et une plus tardive.

2.3.3.1 *La période de suites de couches immédiates*

Elle correspond généralement au séjour en maternité. Il existe une durée de séjour précise, prise en charge par la Sécurité Sociale. Actuellement les femmes souhaitent rentrer chez elles rapidement et la durée de séjour est de cinq jours environ.

Les sages-femmes (avec les auxiliaires de puériculture) effectuent les soins et les thérapeutiques prescrites, dépistent des pathologies éventuelles. Ce sont également ici, d'autres sages-femmes qui interviennent.

Pendant cette période, les médecins font chaque jour une visite médicale, ce sont généralement les internes de spécialité ou de médecine générale (accompagnés des externes, ceux-ci ont en charge la bonne tenue des dossiers) qui effectuent ce travail, sous la responsabilité de praticiens hospitaliers et du chef de service.

Les nouveau-nés sont vus au moins deux fois (au deuxième jour de vie et avant la sortie) au cours du séjour par l'équipe obstétrico-pédiatrique (si une pathologie est dépistée chez un enfant, le pédiatre en a la responsabilité). Une consultation obligatoire est faite au huitième jour de l'enfant, cet examen est généralement réalisé avant la sortie de la maternité.

2.3.3.2 *À la sortie de la maternité et dans la période plus tardive*

Lorsqu'une mère rentre à son domicile avec son nouveau-né, elle se retrouve brusquement sans le cocon médical particulier de l'institution "maternité", sans que quelque chose d'autre se soit instauré au niveau de l'entourage.

Seuls, les "cas sociaux" sont "signalés" aux services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Une infirmière puéricultrice (sous la responsabilité du médecin de PMI) est déléguée auprès de cette mère et de cet enfant pour observer qu'il n'existe pas de difficultés et prodiguer des conseils.

Ensuite la femme doit, au bout de huit semaines, rencontrer, soit le médecin gynécologue obstétricien, ou le gynécologue, plus rarement le généraliste, pour la consultation postnatale. Le nourrisson peut être surveillé par un pédiatre ou un généraliste (des visites sont prévues chaque mois, seules deux sont obligatoires au neuvième et vingt quatrième mois de l'enfant).

En se limitant aux transformations qui concernent la femme, le détail des intervenants du processus de suivi prénatal dans la modélisation du système de surveillance prénatale classique conduit à la figure 4.

Dans cette approche classique, l'ensemble des personnes agit en interactions, avec des ruptures évidentes dans l'accompagnement de la maternité. En effet, la modélisation de la figure 4 met bien en évidence l'existence de nombreux intervenants. Ceux-ci n'échangent pas forcément les informations concernant chaque femme dans son histoire singulière. Certes, des informations médicales sont transmises dans un dossier, mais est-ce suffisant ? En fonction de leurs compétences spécifiques, les différents professionnels de santé, interviennent dans la maternité en transmettant de manière plus ou moins complète ces informations.

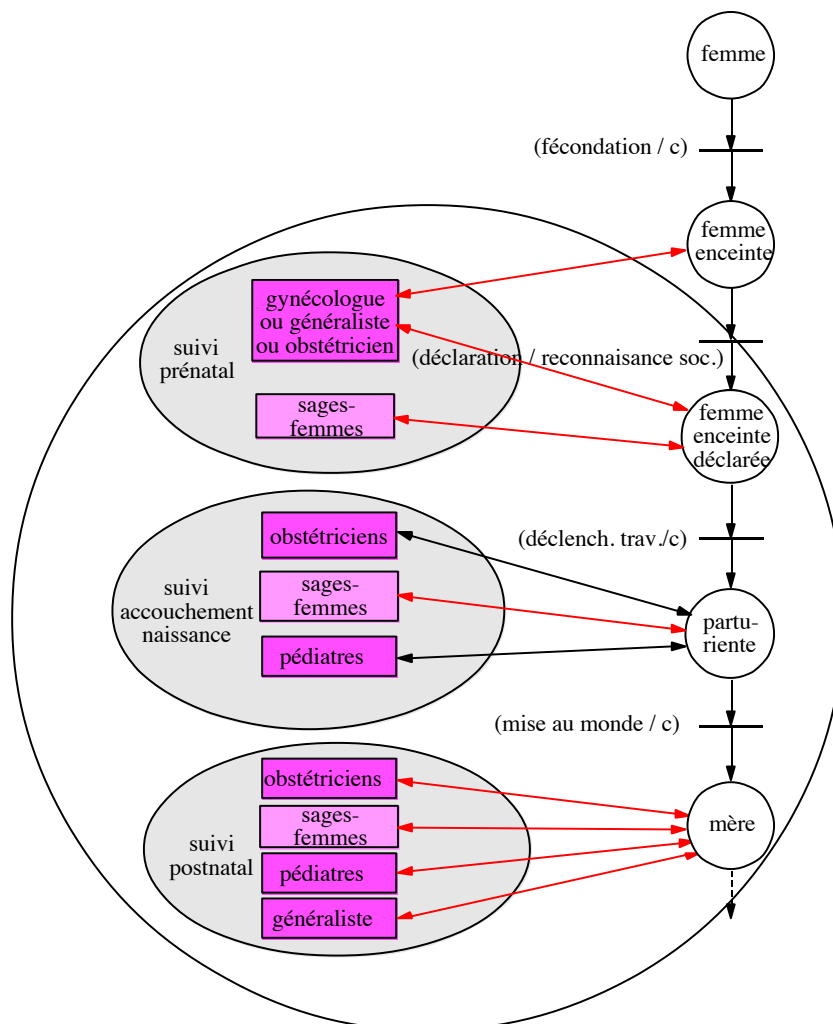


Figure 4 : la surveillance classique de la maternité

Cette multiplicité est forcément source de dysfonctionnements dus aussi bien aux risques d'erreur inhérents à chaque transmission d'informations qu'aux insuffisances des informations transmises évoquées ci-dessus.

De plus, l'existence permanente, de ruptures, dans les relations qui s'ébauchent, n'est-elle pas préjudiciable à une bonne connaissance (co-connaissance) et une confiance réciproque entre une femme, un couple et les professionnels ?

Comme nous allons le voir dans ce qui suit, dans l'Accompagnement Global de la Maternité proposé, les seules ruptures proviennent des changements d'état d'une femme (d'un couple) du fait de l'évolution de sa maternité.

2.4 Modélisation du suivi médical dans une approche globale de la maternité.

La grossesse n'est pas une maladie (80 à 90 % des grossesses sont normales), c'est la philosophie de l'approche particulière de certaines sages-femmes qui ont choisi, dans un souci de qualité, cette pratique originale d'Accompagnement Global de la Maternité.

Dans cette approche, un seul praticien, en l'occurrence une sage-femme, (dans la limite de ses compétences médicales), suit médicalement la grossesse lors des consultations prénatales. Elle propose également des séances de préparation à la naissance de l'enfant. Elle surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, elle prend les décisions thérapeutiques estimées nécessaires. Elle prodigue les soins postnataux à la mère et à l'enfant et prescrit les examens, les médications adaptées, jusque la fin du premier mois.

L'approche globale tient compte des compétences, de la mère et du père, de l'enfant, dans un projet d'accueil de celui-ci. Les parents sont acteurs et partenaires de ces événements tout au long de la maternité. C'est en chemin que s'élabore l'accueil de cet enfant, dans un partage de connaissances, de compétences et de responsabilités.

L'approche globale est centrée sur la physiologie, en la respectant. Elle axe son action sur la prévention, en étant attentive à la parole, au vécu de chaque femme, en dépistant, par des signes subtils apparaissant, les pathologies qui peuvent survenir.

La préparation à la naissance de l'enfant, en invitant le père à participer activement aux consultations et aux séances de préparation permet de donner les éléments d'informations nécessaires à chacun.

Ces informations concernent les connaissances sur la grossesse et les soins afférents à cette période pour que celle-ci demeure physiologique pour le bénéfice de la mère et de l'enfant in utero. Celles-ci portent sur le déroulement de l'accouchement et de la naissance en aidant les femmes à connaître leur corps et en développant leur capacité à se faire confiance par une approche corporelle adaptée et sécurisante.

Elles incitent à une réflexion sur l'accueil postnatal du nouveau-né en mettant l'accent sur la genèse des liens entre le père, une mère et son bébé (par l'apprentissage des soins de maternage et par le soutien à l'allaitement maternel).

En cas de pathologies, pendant la grossesse, un avis est pris auprès d'un médecin obstétricien ou si besoin, la femme lui est adressée. Pendant l'accouchement et la naissance, selon qu'il s'agit d'une pathologie concernant la mère ou l'enfant, la sage-femme présente requiert l'aide d'un médecin obstétricien ou d'un pédiatre (ou des deux).

Dans la période postnatale, la sage-femme peut solliciter l'avis des médecins si une pathologie survient, dépassant le cadre de sa compétence.

La prise en compte du détail des intervenants de leurs relations et de leurs échanges d'information dans modélisation se traduit par la figure 5 :

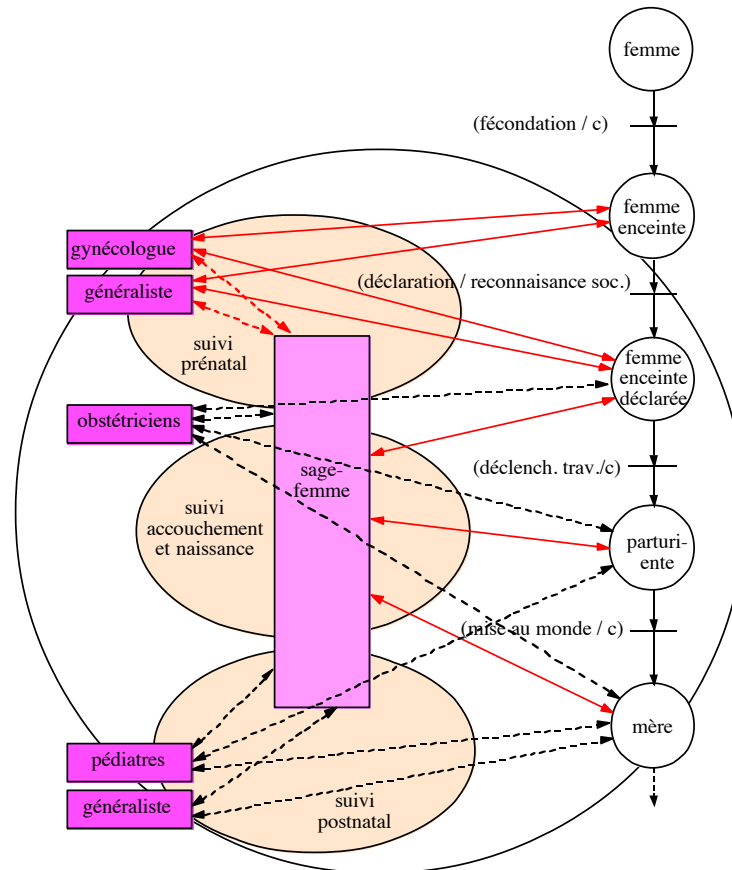


Figure 5 : la surveillance de la maternité avec un accompagnement global

Dans cet accompagnement, une seule sage-femme effectue la surveillance de la grossesse, a la responsabilité de l'accouchement et de la naissance, et continue le suivi de la période postnatale pour la mère et le nourrisson, pendant le premier mois de l'enfant.

Un travail continu et cohérent s'élabore tout au long des consultations prénatales et au cours des séances de préparation à la naissance de l'enfant. Le père est convié à ces différents moments de la surveillance prénatale, il est un soutien évident pour sa compagne et se prépare, lui aussi à la naissance et à l'accueil de l'enfant.

Le projet de l'accueil de l'enfant est défini avec les parents ; lors de l'accouchement et de la naissance, la sage-femme respecte dans les actes, le désir de ceux-ci tant que le processus reste physiologique.

Après la naissance, les soins sont donnés à la mère et au nouveau-né en respectant les compétences de la mère en apportant une confirmation de ses capacités. Le père est, là encore, associé à ce maternage. S'il existe des frères et sœurs, ceux-ci sont introduits naturellement auprès de ce nouveau venu. Si le lieu d'accouchement est une institution publique ou privée, le retour à la maison est également accompagné. La mère peut continuer à s'appuyer avec confiance sur les liens qui ont été établis. Cela permet une plus grande sécurité et moins d'inquiétude. Le père est impliqué dans ce retour et apporte son aide et un soutien logistique important pour permettre à la mère d'être dans son cocon avec le nouveau né.

Une connaissance réciproque se développe tout au long de cet accompagnement. Une relation de confiance s'établit entre la femme et la sage-femme, entre le couple et la professionnelle.

Les ruptures sont seulement dues à l'évolution de la maternité et sont intégrées.

La compétence de la sage-femme étant limitée à la physiologie, elle demande en cas de pathologies, l'avis des autres professionnels médecins (gynécologues obstétriciens et/ou pédiatres) et au besoin elle établit et favorise le lien si une consultation ou une intervention est nécessaire pour la femme ou pour l'enfant.

C'est dans cet état d'esprit que nous avons souhaité travailler de 1985 à 1991. Cependant les difficultés d'échanges face à des représentations différentes et de compréhension de ces relations plus personnalisées, ont généré des conflits difficiles à résoudre et nous a conduit à imaginer d'autres solutions.

2.5 Modélisation du plan d'action du Guide de surveillance de la grossesse

Dans ce travail, nous avons de plus utilisé le plan d'action du Guide de surveillance de la grossesse, avec les neuf points qu'il convient de suivre, notamment lors de la première consultation de la surveillance prénatale, avant 14 semaines d'aménorrhée, définis dans [J.O. 92].

Ce décret n° 92-143 du 14 février 1992 définit les procédures concernant l'examen clinique prénatal et les examens complémentaires biologiques à effectuer obligatoirement au cours de la grossesse aux différentes consultations.

Ces neuf points sont les suivants :

- 1 Confirmer l'état de grossesse
- 2 La grossesse est-elle normale ou anormale ?
- 3 La détermination du terme de la grossesse
- 4 L'évaluation des facteurs de risque
- 5 L'examen clinique
- 6 La déclaration de grossesse
- 7 Les examens complémentaires
- 8 Le plan de surveillance de la grossesse
- 9 Les conseils à la patiente

Ce plan d'action peut être considéré comme un opérateur aux sens des réseaux de Petri interprétés (cf. § 2.1) et peut donc être modélisé lui-même par un réseau de Petri interprété [Zanne 90] :

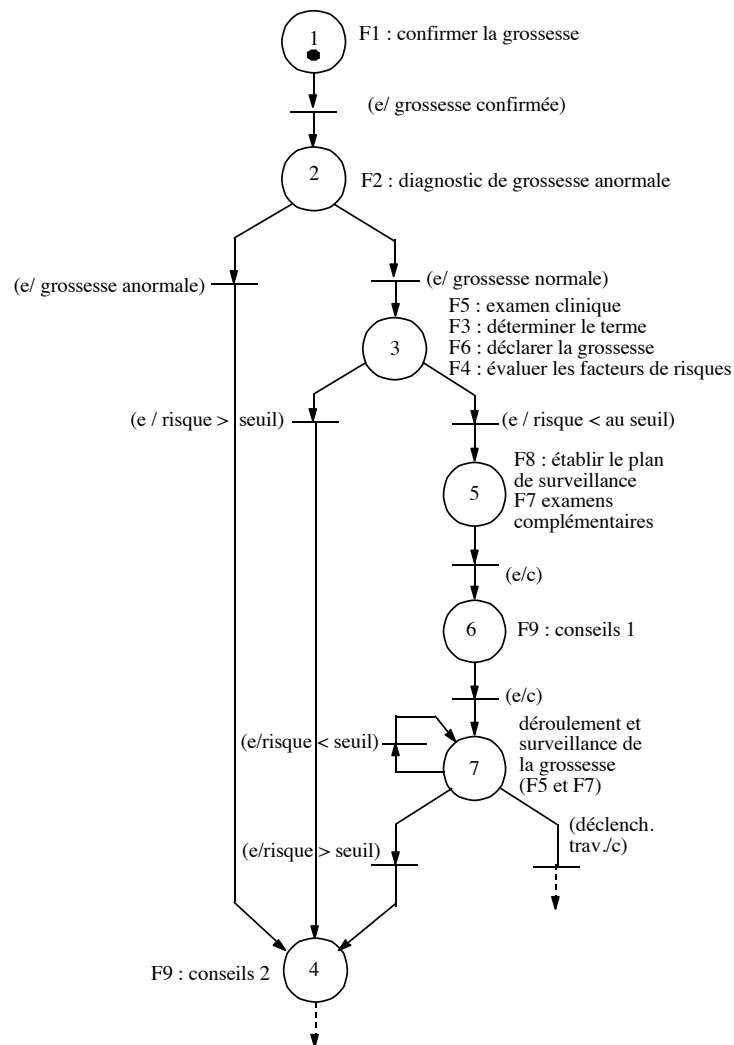


Figure 6 : Réseau de Petri des différentes fonctions à la première consultation prénatale.

Cette modélisation nous permet de décrire les changements d'état et facilite la lecture des étapes de la surveillance de la maternité. Cela nous permet d'avoir une vue d'ensemble du processus de la surveillance prénatale.

Dans le cas où la grossesse est anormale ou si les risques estimés sont supérieurs au seuil (compétence de la sage-femme), la femme est orientée vers un gynécologue obstétricien et des conseils lui sont donnés.

Nous verrons au chapitre 4 comment cette modélisation précise et facilite l'étude des défaillances [Aubry 91]

3 ANALYSE FONCTIONNELLE DU PROJET DE MAISON DE NAISSANCE

3.1 Les origines du projet

"Marcheur, il n'y a pas de chemin, seulement des sillages sur la mer". (Antonio Machado cité par Edgar Morin et Jean Louis Lemoigne).

Notre expérience d'une quinzaine d'années nous a fait prendre conscience de la difficulté des échanges entre les professionnels de la santé, de la réalité des résistances aux changements, de l'intolérance face à des représentations et des modes différents d'organisation, notamment en matière de maternité.

De plus, nous avons constaté que ces processus de surveillance ont conduit à des organisations complexes, institutionnelles, très hiérarchisées autour de la maternité, qui en leur temps, ont été nécessaires à l'évolution des mentalités et des pratiques.

Nous nous sommes alors interrogés sur la complexité de ces organisations autour de la maternité, mises en évidence par les différentes modélisations que nous avons réalisées. Aujourd'hui, la complexité de ce système permet-elle encore d'apporter aux femmes ce dont elles ont besoin et ce qu'elles attendent pour vivre pleinement leur maternité ? Les femmes, les couples sont-ils satisfaits de ce qui leur est proposé ?

Pour aller plus loin dans l'analyse, les modélisations proposées au chapitre 1 montrent bien que les processus de surveillance ne sont pas différents dans les deux approches. Mais, comme nous le verrons plus loin, les représentations de la maternité (phénomène physiologique ou pathologique à risque) influencent fortement les modalités de surveillance médicale. On peut aujourd'hui se demander si, dans l'approche médicale classique, les processus d'accompagnement ne font que prévenir les risques ou s'ils induisent des pathologies iatrogènes ?

En outre, l'organisation du système de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale permet-elle d'être réellement dans une prévention qui donnerait aux femmes et aux hommes la possibilité d'être les acteurs de ces instants de vie ?

Après avoir expérimenté notre approche globale de la maternité au sein d'une institution publique (maternité) et devant les difficultés et les impossibilités d'exercice rencontrées, l'idée de créer un lieu de naissance a peu à peu émergé. Cette structure autonome, gérée uniquement par les sages-femmes, liée à mais non immergée dans l'institution, offre une alternative à l'accompagnement classique, propose de développer des moyens pour respecter la physiologie de l'accouchement et de la naissance et préserve la qualité de l'accompagnement offerte par l'approche globale évoquée précédemment.

Dans les situations pathologiques, les femmes seront bien sûr orientées vers un autre lieu avec lesquelles des conventions seront passées. Cela nécessite la constitution d'un réseau de santé périnatal dans lequel la Maison de Naissance doit s'inscrire.

Tout au long des années de gestation de ce projet et au cours de cette année de D.E.A., nous avons découvert la nécessité de prendre en compte la complexité du système envisagé et les différentes dimensions de sa réalité (technique, organisationnelle, comportementale, cognitive, etc...).

Des liens existent entre les différents acteurs de la maternité dans et en dehors des institutions. Ceux-ci s'intègrent et s'articulent avec un environnement. La conduite du projet de Maison de Naissance doit donc intégrer cet environnement.

... "L'appréhension de cet objet d'étude, d'un projet dans son rapport avec l'environnement ne peut se faire qu'avec un changement de paradigme (paradigmes fondateurs : regard systémique au sens de l'étude des liens, entrer dans la complexité en élargissant le cadre du problème posé et le poser dans toutes ses dimensions, approche constructiviste)". [Guidat 98].

Dans ce qui suit, nous allons étudier et considérer le projet dans son environnement. Il nous a semblé indispensable de mettre en évidence les liens qui vont le relier à celui-ci. Il apparaît clairement que le projet de Maison de Naissance, où un Accompagnement Global de la Maternité

pourrait prendre son essor, s'expérimenter et s'épanouir, ne peut exister sans cet environnement. Nous allons essayer de l'appréhender, dans toute sa complexité.

3.2 Le projet de Maison de Naissance dans son environnement.

"Si la différence sexuelle est le symbole premier de la fécondité, elle ne suffit pas pour se reproduire. Pour avoir un enfant, il faut plus qu'un homme et une femme : il faut que l'être, les démons, les ancêtres, les médecins, les techniques, les hasards, les destins y mettent leur grain de sel, et ce grain de sel doit avoir un goût d'amour". [Sibony 99]

La Maison de Naissance constitue actuellement une cible idéale, cette cible permet de définir totalement un projet et de s'en faire une représentation avec les différents acteurs. Pour avoir une représentation globale du projet nous nous projeterons à un instant Tc à plusieurs années en avant en utilisant nécessairement un contexte sur lequel il y a de nombreuses incertitudes : par exemple il est impossible de prévoir (à trois ans) l'évolution du cadre législatif qui peut devenir favorable ou défavorable. C'est ainsi que, pour se rapprocher de la réalité actuelle, on peut envisager des déclinaisons de la cible aux instants Tn, T1, T0 de plus en plus proches de la situation existante (cf. figure 7).

Cette maison serait un lieu où les femmes choisiraient (par un choix éclairé) de consulter et d'être accompagnées médicalement par des professionnelles de santé (des sages-femmes), avec comme objectif principal : celui de respecter ou de développer le processus physiologique de la maternité, pour accueillir leur enfant, avec leur conjoint ou compagnon, ou ceux qu'elles auraient choisis, dans la sécurité et l'affectivité.

Le contexte de cette maison n'est pas figé, il est soumis aux évolutions affectant la société, les connaissances scientifiques et médicales. Le mouvement est permanent du fait des relations et des interférences entre les uns et les autres, des connaissances mises à jour dans tous les domaines (biologique, psychologique, cognitif, etc...). Les interactions sont incontournables et nécessaires entre les différents acteurs pour l'aboutissement de ce projet.

"Les ajustements pour y parvenir doivent développer les synergies et maintenir les antagonismes dans des limites acceptables.

Le futur serait ainsi doublement construit : collectivement (dans la progression d'un groupe pour la réalisation d'un "objet") et individuellement (le développement de la complexification des niveaux de conscience de l'être au travers de la construction de son propre projet de vie)... Ceci en créant, pour et par l'ensemble des acteurs, un nouvel univers, générateur de nouveaux sens collectifs qui laissent la possibilité à chacun de faire évoluer son propre monde.

Cette transformation ne se fera que si tous les acteurs individuels et collectifs se mobilisent" [Milonas 96].

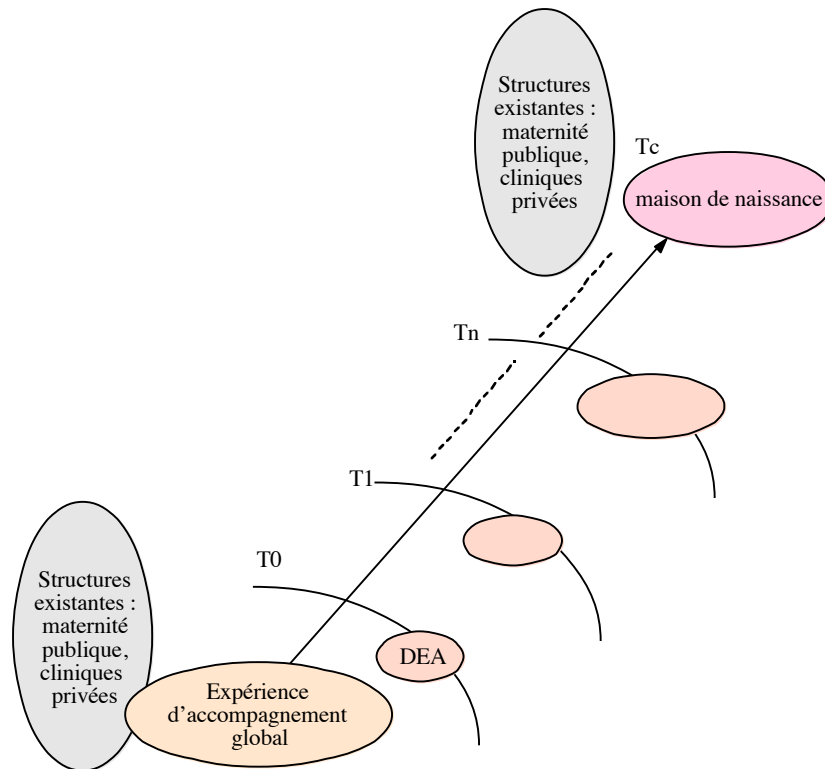


Figure 7 : la maison de naissance, une cible

À T0 : réaliser une première analyse avec le L.R.G.S.I.

À T1 : développer la confiance dans le projet en respectant le cadre institutionnel

À Tn : susciter des expériences et faire la démonstration par les résultats

À Tc : concrétiser le projet et intégrer le système de santé périnatal (ouverture de la Maison de Naissance).

Nous nous situons aujourd'hui à T0. Nous souhaitons ensuite que ce travail soit poursuivi (T1) pour développer une confiance certaine dans ce projet tout en respectant le cadre institutionnel actuel (tout en pensant que celui-ci est également évolutif). Cela nous oblige à nous pencher sur ce système institutionnel et exige une connaissance de ce cadre institutionnel. L'étape ou les étapes suivante (Tn) permettront de développer des expériences, ici et/ou ailleurs en proposant que celles-ci soient évaluées de manière scientifique pour permettre ensuite la réalisation concrète du projet de Maison de Naissance (Tc).

Ce projet innovant à Nancy, s'ancre dans l'histoire de l'Accompagnement Global [Jeanvoine 93], [Jeanvoine 98]. Il se soucie du contexte évolutif au niveau médical ainsi que du contexte social et économique. Il s'inscrit dans un environnement existant local, régional, national et international [Jeanvoine 99], avec lequel il se produit des rencontres, des échanges, des conflits et des alliances.

3.3 Les milieux extérieurs de l'environnement de la Maison de Naissance

D'une manière générale, l'environnement d'un projet peut se représenter de la manière suivante [Schmitt 98] :

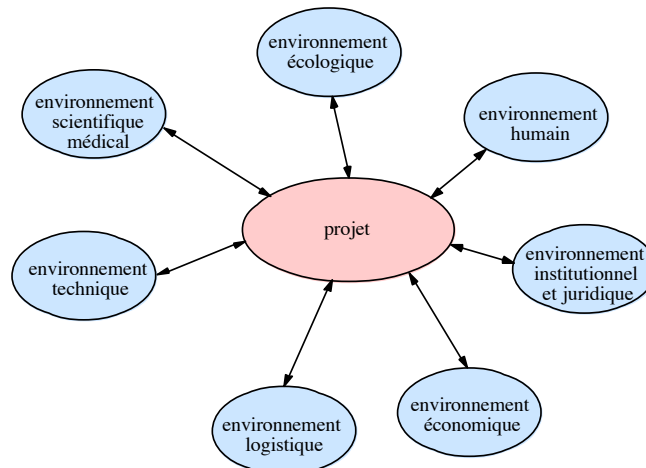


Figure 8 : Un projet et son environnement.

"L'environnement humain englobant autant la notion d'individu que la notion de groupe. Il représente tous les acteurs qui sont liés directement ou indirectement à l'organisation. Cet environnement prend en compte les relations hiérarchiques, mais aussi les relations informelles.

L'environnement écologique comprenant tous les aspects négatifs liés à la production ou à la prestation de service. Ces aspects peuvent se mesurer par la non qualité, par la non satisfaction, par un prix non concurrentiel ...

L'environnement scientifique correspondant aux connaissances établies et confirmées dans différents domaines et nécessaires dans le processus de production ou dans la prestation de service, il représente la mémoire à long terme ...

L'environnement institutionnel regroupant les lois édictées par l'état et ses représentants ainsi que les règlements nécessaires à leur exécution. Dans cet environnement sont incluses des institutions telles que la Sécurité Sociale, l'Agence de l'environnement ...

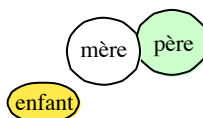
L'environnement technique se définissant comme une application des connaissances à des outils ; ces outils peuvent être purement intellectuels ou non. Pour être maniés avec efficacité, et avec un maximum de sécurité, ces outils demandent un apprentissage préalable.

L'environnement économique regroupant tous les acteurs liés au produit ou à la prestation de service, il comprend donc les concurrents et les produits concurrents, les partenaires, les fournisseurs internes et externes, les clients internes et externes.

L'environnement logistique fournissant à l'environnement scientifique et technique les conditions idéales pour remplir leurs différentes fonctions, c'est l'environnement de l'action". [Schmitt 98].

Nous avons donc caractérisés les différents milieux extérieurs à la Maison de Naissance avant d'établir les liens qui existent entre les uns et les autres au travers de ce projet.

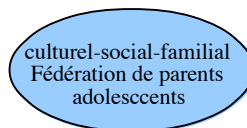
3.3.1 Le couple et l'enfant



La mère et par elle, le père et l'enfant, sont les premiers intéressés par ce projet. Ils sont les clients potentiels de la Maison de Naissance. Mais ils ne sont pas seulement les clients, ils sont aussi les partenaires de ce lieu. Nous avons le souci d'impliquer les parents dans ce projet afin que celui-ci soit avant tout un lieu répondant à leurs besoins fondamentaux en matière d'accouchement et de naissance. Nous souhaitons qu'ils participent à l'élaboration, à la fondation, à la vie de cette maison afin d'approcher au plus près de ce qui est essentiel pour leur permettre d'accueillir leur enfant dans des conditions de sécurité physique et psychique.

Ainsi nous espérons contribuer à l'épanouissement de chaque être humain dans toutes ses dimensions.

3.3.2 Milieu culturel



Si "chaque société a la naissance qu'elle mérite" comme le disait, l'historien Jacques Gélis, lors d'une conférence, "quelle que soit sa culture, un enfant a besoin d'une nourriture affective pour exprimer son programme génétique. On est dans l'universalité quasi biologique. Mais on peut constater, à un autre niveau, que certaines organisations socioculturelles facilitent ces carences affectives". [Cyrułnik 95]

Dans chaque société, la représentation de la maternité est différente. De l'accouchement vécu traditionnellement à la maison, à la médicalisation et l'hyper médicalisation impliquant la nécessité de l'accouchement et la naissance dans des institutions, (permettant une sécurité physique, pour la mère et l'enfant, incontestable), des liens se sont peu à peu perdus avec l'environnement.

"Les rites qui entourent la naissance, le type de prise en charge des femmes enceintes, des parturientes, le type d'accueil des nouveaux-nés sont des produits socioculturels et comme tels, ils participent des valeurs et des normes admises au sein de la société. Schématiquement, l'accouchement est défini, aux Etats-Unis comme un processus médical, au Yucatan comme une étape stressante mais normale de la vie familiale, en Hollande comme un processus naturel, en Suède comme un accomplissement personnel.

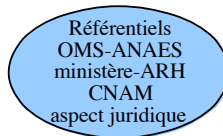
Les structures médico-organisationnelles découlent des choix culturels, ce qui signifie qu'elles peuvent être modifiées, voire abandonnées au profit d'autres configurations. Les transformations sont lentes et leur aboutissement en partie incertain, mais ce qui est sûr c'est qu'elles n'obéissent à aucune loi naturelle, elles dépendent au contraire de l'action des êtres humains, de leur volonté, de leurs choix, de leurs valeurs mises en acte et aussi des conflits qui les opposent les uns aux autres." [Vuille 99].

La diffusion des représentations de la maternité, de l'accouchement et de la naissance par les médias jouent un rôle important et véhiculent certaines images plus que d'autres. Quel est le sens de la maternité pour une société ? Les liens affectifs familiaux, culturels et sociaux peuvent-ils encore s'exprimer dans ces instants particuliers quand la naissance et la mort sont reléguées dans des lieux aseptisés, anesthésiants et coupés de la vie de chaque individu ?

Aujourd'hui, certains parents font entendre leur opinion en matière de maternité sans que celle-ci soit réellement prise en compte, parce qu'elle n'est pas l'expression de la majorité. La Fédération Nationale de Parents "Naissance et Libertés" par exemple, défend la liberté des femmes pendant l'accouchement (choix de la personne qui accompagne, choix de la position, liberté de mouvement), le droit pour les femmes d'accoucher sur leur lieu de vie (domicile, maison de naissance ou maternité de proximité...), le suivi de la femme par la sage-femme de son choix pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, les sages-femmes et les médecins qui proposent un accompagnement global de la naissance. Elle demande une nouvelle politique de la naissance permettant un véritable choix pour les parents.

Nous pensons que les adolescents ont le droit à une information leur permettant d'appréhender la maternité de manière sereine, et que celle-ci pourrait leur être donnée dans la Maison de Naissance par des parents ou des professionnelles.

3.3.3 Les référentiels



En matière de maternité, d'accouchement et de naissance, nous nous appuyons sur des références qui ont été diffusées depuis plusieurs décennies.

3.3.3.1 *Déclaration des Droits de l'homme*

Déclaration universelle des droits de l'Homme

Art.16 La famille est l'élément naturel et fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'État.

Art.25/2 La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spécialisées.

Art.26/3 Les parents ont, par priorité, le droit de choisir le genre d'éducation à donner à leurs enfants [C.E. 92].

Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes.

Art.5 Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour :

b. Faire en sorte que l'éducation familiale contribue à faire bien comprendre que la maternité est une fonction sociale et à faire reconnaître la responsabilité commune de l'homme et de la femme dans le soin d'élever et d'assurer leur développement, étant entendu que l'intérêt des enfants est la condition primordiale dans tous les cas.

Art.12/2 ... Les Etats parties fournissent aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement des services appropriés... [C.E. 92].

3.3.3.2 *L'Organisation Mondiale de la Santé*

L'O.M.S. définit la grossesse et l'accouchement comme des processus naturels [OMS 85]: "Grossesse et accouchement ne sont pas des maladies".

Les recommandations formulées lors de la conférence interrégionale conjointe sur la naissance (en avril 1985 sous l'égide des bureaux régionaux de l'Europe et des Amériques de l'O.M.S, revendiquent pour la femme le droit à des soins et à une préparation à la naissance dans des conditions favorables. La femme a un rôle central à jouer dans tous les aspects de cette préparation [OMS 85].

3.3.3.3 *Le Parlement Européen*

Le Parlement Européen a élaboré une Charte de la Parturiente [P.E. 88] même si la France ne l'a pas ratifiée à ce jour.

3.3.3.4 *L'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale*

L'ANDEM, qui s'appelle aujourd'hui l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), a été chargée d'élaborer, dans le cadre du plan gouvernemental sur la périnatalité, un guide de surveillance de la grossesse. Pour se faire, l'ANDEM a sollicité le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, la Société Française de Médecine Périnatale, la Fédération des Associations de Sages-Femmes, la Fédération Nationale des Groupes d'Études en Néonatalogie et Urgences Pédiatriques et des représentants de médecins généralistes.

Ce guide commence au premier chapitre par "La grossesse n'est pas une maladie". [ANDEM 96]

Ces références nous servent de base dans les réflexions que nous menons et nous font penser que nous ne sommes pas très éloignées de certaines conceptions se préoccupant d'un mieux naître.

3.3.3.5 *Le Ministère de la Santé*

Par les positions qu'il prend et les actions qu'il mène, en acceptant par exemple le dialogue avec les parents et les professionnels de la maternité lors de journée comme celle de février 1999, il donne des impulsions pouvant laisser entrevoir une ouverture en faveur des Maisons de Naissance. Il établit les lois concernant chaque profession. C'est lui qui subventionne les établissements et qui définit la politique de santé.

3.3.3.6 *L'Agence Régionale Hospitalière (A.R.H.)*

C'est elle qui évalue et accrédite localement, les établissements hospitaliers en fonction de critères de qualité notamment.

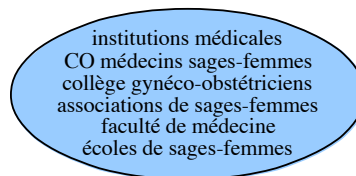
3.3.3.7 *La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (C.N.A.M.)*

C'est avec elle que les conventions sont établies et elle régleme par ailleurs la profession des sages-femmes. Actuellement les R.M.O. (recommandations médicales opposables) ne sont pas définies avec les sages-femmes.

3.3.3.8 *Le code de la Santé*

Il précise clairement par la loi de 1982 les compétences des sages-femmes. Il définit le cadre juridique et la responsabilité des sages-femmes.

3.3.4 Les institutions médicales



Comment ces institutions se positionnent-elles. Pouvons-nous, considérer, qu'elles seraient susceptibles d'être ou non des alliés pour notre projet ?

3.3.4.1 *Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, et celui des Médecins*

Dans son bulletin de 1999 rapportant les discours du Président et des membres du bureau il fait, pour la première fois, mention de la Création des Maisons de Naissances [BONSF 99]. Le Conseil de l'Ordre se réfère au code de déontologie qui est le garant de la profession de sage-femme. Il précise les règles de bonne conduite ainsi que l'indépendance de la profession.

Mais nous ne pouvons que nous interroger sur la position du Conseil de l'Ordre des Médecins car nous n'avons pas connaissance des réactions de celui-ci sur le sujet qui nous occupe.

3.3.4.2 *L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) et les deux syndicats de Sages-Femmes (ONSSF et UNSSF)*

Ils soutiennent depuis plusieurs années cette idée de création de Maison de Naissance et nous pouvons espérer que leurs interventions permettront que les idées fassent leur chemin, au niveau des professionnelles elles-mêmes et au niveau du Ministère de la Santé par exemple.

3.3.4.3 *Le Collège des Gynécologues Obstétriciens*

Même si le Président de ce dernier, est intervenu sur le thème "Accoucher et Naître en l'an 2000" à Nancy en octobre 1999, lors d'un colloque à propos de l'humanisation de la naissance, où il faisait part d'essais montrant que la prise en charge par un service de sages-femmes entraîne une moindre médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, nous nous demandons quelle sera la réaction de ce Collège face aux Maisons de Naissance ? Comment la réalisation concrète de ce projet sera-t-elle accueillie ? Pouvons nous compter sur une alliance ou sur une opposition ?

3.3.4.4 *Les Écoles de Sages-Femmes et de Cadres Sages-Femmes.*

Elles ont la responsabilité de la formation des sages-femmes et des cadres. Même si localement, elles ont proposé, au cours de l'année 2000, des débats sur le thème des Maisons de Naissances,

comment vont-elles se situer dans cette élaboration ? Il nous semble évident que nous attendons une coopération avec elles.

3.3.4.5 La Faculté de Médecine

Les Écoles de sages-femmes sont rattachées aux facultés de médecine. C'est la faculté qui est responsable de l'enseignement dispensé aux sages-femmes et aux étudiants en médecine. Les publications et les recherches médicales axées sur les processus physiologiques concernant la grossesse, l'accouchement, la naissance sont à répertorier (notamment les recherches effectuées par les sages-femmes).

3.3.4.6 La Commission Régionale de la Naissance.

Elle a été mise en place récemment par l'arrêté du 8 janvier 1999. Placée auprès de la DRASS, elle contribue à la mise en œuvre de la politique périnatale de la région avec les établissements de santé, l'ensemble des professionnels et des institutions concernés. Nous ne pouvons que constater que ni les parents, ni les professionnel(le)s, travaillant pour une autre approche de la maternité n'ont été sollicités.

3.3.5 Les financeurs



3.3.5.1 La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (C.N.A.M.)

C'est elle qui codifie les actes et les remboursements des prestations médicales. Localement à Nancy en 1999, lors des commissions paritaires des sages-femmes libérales avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.), les membres de celles-ci se sont intéressés aux Maisons de Naissance et ont demandé une information dans ce sens.

Mais la Sécurité Sociale est-elle prête à s'investir dans ce type de projet ? C'est sans doute en développant nos arguments en faveur de la prévention à court et à long terme que nous pouvons espérer les convaincre de l'intérêt de l'Accompagnement Global et d'une Maison de Naissance.

C'est avec la caisse d'Assurance Maladie que la commission de la nomenclature fixe la tarification des sages-femmes.

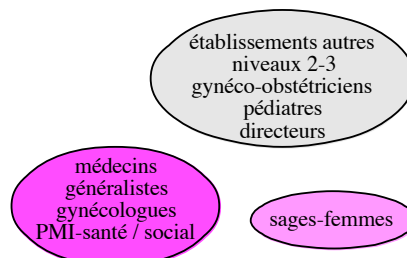
3.3.5.2 L'Agence Régionale Hospitalière

C'est en fonction de son accréditation que les budgets sont alloués. Des négociations seront à entreprendre après avoir présenté le projet de Maison de Naissance.

3.3.5.3 Les autres financeurs

Nous souhaitons que des mécénats contribuent au financement de notre Maison de Naissance. En outre, nous pensons que l'implication des parents et des professionnelles serait souhaitable même symboliquement.

3.3.6 Les acteurs médicaux



L'ensemble des acteurs médicaux (médecins sages-femmes notamment) participent au système de santé. Les différentes structures se connaissent mal dans la plupart des cas et se situent le plus souvent en opposition, défensive des intérêts de chacun sans s'interroger sur leurs différences et sur leurs points communs. Nous pensons que chaque structure a sa place et permet aux autres d'exister. Dans l'intérêt de ceux qui se confient à nous, des rencontres, des échanges d'expériences seraient sans doute profitables aux uns et aux autres pour réfléchir, pour évoluer.

C'est dans l'idée de partager notre expérience que nous avons donc ensuite étudié les relations des milieux extérieurs constitutifs de la Maison de Naissance au travers du projet de celle-ci.

3.4 Analyse fonctionnelle

L'étude des milieux extérieurs et les différents liens relatifs à la maison de naissance permettent d'aborder fonctionnellement le projet qui constitue la base de la cible à l'instant Tc. Nous les avons représentés figure 8. Les liens sont les relations réunissant les différents éléments entre eux, au travers du projet. Il convient d'exprimer chacun de ces liens, de façon précise. Cette expression sera la fonction à remplir par le projet.

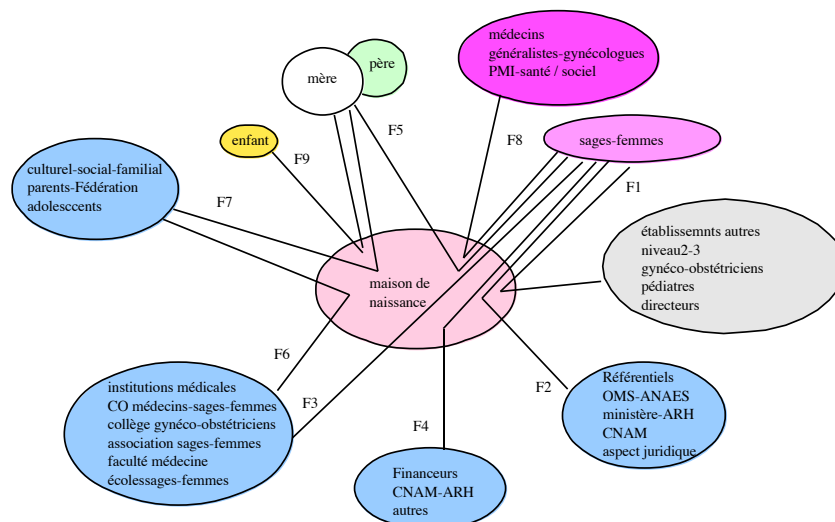


Figure 9 : la maison de naissance et son environnement

Le projet de Maison de Naissance repose sur des valeurs différentes dans l'approche de la maternité, au niveau familial et affectif, social et culturel, biologique et psychologique, médical. Ces idées fondatrices et ces valeurs sont développées dans un document, en cours d'élaboration "Projet de Maison de Naissance à Nancy" et écrit par un groupe de sages-femmes et de parents. Il s'appuie sur notre expérience et nos réflexions.

Ces valeurs vont fortement influencer les fonctions identifiées. Ainsi nous pensons que même si l'objectif de prévention que nous poursuivons peut permettre de réaliser des économies de santé à court et à long terme, le sens des fonctions identifiées serait profondément modifié si notre objectif premier était de réaliser des économies.

Nous avons donc étudié les fonctions aux différents temps évolutifs du projet (nous n'avons détaillé ici que les temps T0 et Tc).

3.4.1 Fonctions et arbre fonctionnel à T0

À T0, (réalisation d'une première analyse dans le cadre d'un DEA au L.R.G.S.I.), les différentes fonctions identifiées sont les suivantes :

F1 : connaître le système

Cette fonction représente le lien entre les sages-femmes (intéressées par le projet) et les établissements (directeurs, médecins, sages-femmes etc...). Ceux-ci seront susceptibles d'accueillir les femmes et leurs enfants en cas de pathologies. Il convient de connaître les établissements avec lesquels il sera nécessaire de définir des conventions et de réunir des sages-femmes intéressées et impliquées dans le projet de la Maison de Naissance. Nous pensons que des rencontres sont indispensables pour une connaissance et une compréhension réciproques.

F2 : se procurer les référentiels (s'appuyer sur les référentiels)

Cette fonction entre les sages-femmes et les instances définissant les références en matière de maternité met en évidence la nécessité de connaître les textes, pour s'y référer, pour s'appuyer sur eux, pour les comparer avec la réalité des pratiques autour de la maternité.

F3 : publier les résultats d'une pratique alternative

La pratique, de l'Accompagnement Global par des sages-femmes libérales est peu connue. La publication des résultats de la pratique des sages-femmes libérales notamment peut faire prendre conscience de la crédibilité d'une telle approche. Si nous portons leur connaissance au niveau des milieux responsables, nous pensons que cela peut permettre de développer un certain intérêt et de rassurer sur les objectifs défendus par les professionnelles ayant une pratique différente.

F4 : faire connaître le projet

Si nous voulons obtenir une accréditation de la part des pouvoirs publics (notamment si nous pensons que celui-ci doit être financé), il paraît nécessaire de leur faire connaître le contenu de ce projet.

F5 : informer les parents d'une alternative

C'est aux sages-femmes d'informer les parents de la possibilité d'une alternative pour l'accompagnement de la maternité. Ce sont elles qui peuvent proposer et amener à une réflexion sur cette pratique différente (qui pourrait se développer dans la Maison de Naissance).

F6 : préciser et définir les besoins (des femmes et des enfants)

La société dans son ensemble par l'intermédiaire de ses actions peut influencer le monde médical dans les réflexions et les attitudes face à l'accompagnement de la maternité. C'est elle qui peut faire prendre en compte des besoins fondamentaux qui semblent moins importants au niveau médical. C'est au monde médical de développer la recherche dans le domaine de la physiologie (en respectant les aspects physique et psychique de la maternité).

F7 : développer un autre regard (sur la maternité et la naissance)

Ce sont les groupes de parents qui ont fait le choix d'une alternative pour l'accompagnement de la naissance de leur enfant qui peuvent exprimer au sein de la société une conception et une approche différentes pour l'accouchement et la naissance de leur enfant.

F8 : créer un réseau

La nécessité de trouver des alliés ne peut se faire qu'au travers d'échanges entre les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues ainsi que les services de Protection maternelle et Infantile qui ont le souci de la prévention. Ces différentes professions médicales s'ignorent et ne connaissent pas leurs compétences souvent complémentaires et se situent parfois en rivalité. Les sages-femmes auraient intérêt à établir et développer des relations avec les autres professionnels de la santé.

F9 : accueillir un enfant

Cette fonction entre les parents et l'enfant précise la relation fondamentale et le souci dans lequel peuvent se situer les parents. Les parents qui ont vécu un autre accompagnement de la maternité développent une autre relation à leur enfant. Ils sont plus responsables, défendent leur choix en ce qui concerne l'éducation, la santé etc... Ils sont à l'écoute et attentifs à l'enfant.

Parmi les fonctions établies, entre les différents milieux extérieurs au travers du projet, il y a lieu de découvrir la fonction principale ou besoin. Cette fonction est soutenue par l'ensemble des autres fonctions. L'ensemble de ces fonctions s'organise en une arborescence appelée arbre fonctionnel.

L'arbre fonctionnel permet d'ordonner les fonctions, c'est à dire de leur donner du sens. Le sens est donné en mettant les fonctions les plus stratégiques à gauche (ici F1) pour aller vers des fonctions plus opérationnelles à droite (F6). Donc cet arbre fonctionnel fait référence à un axe orienté à gauche avec le "pourquoi" et à droite le "comment".

Nous pourrions donc donner une vision de la stratégie à l'instant T0 mais également à Tc dans cette étude nous ne donnerons pas de représentation intermédiaires à T1 ou Tn, celles-ci se construisant pendant le pilotage du projet. Il est en effet facile d'avoir une représentation collective de la stratégie au départ du projet (la réalité) et dans une phase finale d'intégration de l'innovation (le rêve).

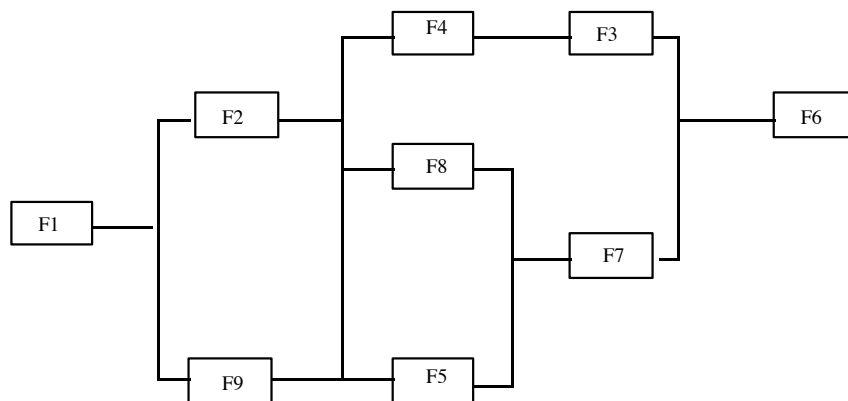


Figure 10 : arbre fonctionnel à T0

Ainsi au temps T0, la fonction principale nous semble être celle de la connaissance du système (F1), autour de la maternité. Elle s'appuie sur les fonctions suivantes permettant de tenir compte des exigences médicales (les référentiels) (F2) mais aussi à l'objectif qui sous tend notre projet (l'accueil de l'enfant à naître) (F9). Celles-ci s'articulent dans une même dynamique temporelle avec la diffusion du projet (notamment auprès des financeurs potentiels) (F4), auprès des professionnels médicaux médecins et les services de PMI (F8), auprès des parents qui pourraient y trouver un intérêt (F5). La connaissance de cette alternative s'appuie sur des résultats antérieurs (F3). L'information des parents (F7) et la constitution d'un réseau soutenant cette alternative contribuent à un changement de regard autour de la maternité tout en précisant les besoins des femmes et des enfants en matière d'accouchement et de naissance (F6).

3.4.2 Arbre fonctionnel à Tc

À Tc, (concrétiser le projet et intégrer le système de santé périnatal avec l'ouverture de la Maison de Naissance), les différentes fonctions identifiées sont les suivantes :

F1 : définir et développer la coopération

Il semble fondamental de préciser les modalités (surtout dans les situations de transfert d'une femme) et la place de chacun des intervenants dans ces situations où il est indispensable de mettre nos connaissances, nos compétences en commun plutôt que de les opposer.

F2 : rechercher la qualité, sécurité

À partir des référentiels et dans le souci que nous avons de préserver la sécurité physique et psychique des femmes et des enfants, nous ne pouvons que contribuer à la qualité et la sécurité. Nous pensons même que nous pouvons faire évoluer les référentiels dans le sens de la qualité souhaitée par les parents et les professionnels.

F3 : développer la prévention et la recherche sur la physiologie (maternité)

Notre intérêt et notre préoccupation de la physiologie ne peuvent que nous porter à développer les connaissances dans ce domaine et à centrer notre attention vers la prévention des pathologies physiques et psychiques.

F4 : faire des économies de santé

Le développement de la prévention ne peut que contribuer à faire des économies de santé dans le court et le long terme.

F5 : accompagner la physiologie

C'est l'essence même du travail des sages-femmes. Notre philosophie étant de considérer la grossesse comme un processus physiologique, nous souhaitons développer toutes les thérapeutiques accessibles à notre compétence afin de préserver cette physiologie.

F6 : développer la responsabilité et le partenariat (maternité, petite enfance)

La responsabilité des parents mais aussi des professionnels médicaux est engagée dans la manière de considérer la maternité. Nous pensons que c'est ensemble, les uns avec les autres que nous pouvons développer cette responsabilité face à la maternité et à la petite enfance.

F7 : soutenir une alternative (accouchement et naissance)

La société dans son ensemble ne peut qu'être partie prenante d'alternative contribuant à un mieux naître et elle peut et doit contribuer à soutenir ce type de pratique auprès des parents.

F8 : respecter les choix

L'ensemble du corps médical doit permettre et faciliter un choix en matière d'accouchement et de naissance. Ce sont les médecins qui peuvent contribuer à diffuser les informations concernant ces alternatives.

F9 : être les acteurs de la naissance (parentalité)

Les parents ont à participer activement pour trouver la liberté et les possibilités différentes qui leur conviennent le mieux en matière d'accouchement et de naissance, et de soins postnatals. Nous ne pouvons que les conforter dans leurs compétences de parents.

Parmi les fonctions établies, à Tc entre les différents milieux extérieurs au travers du projet, nous avons découvert deux fonctions principales. Ces fonctions sont soutenues par l'ensemble des autres fonctions. L'ensemble de ces fonctions s'organise en une arborescence appelée arbre fonctionnel.

Nous avons donc hiérarchisé les fonctions selon les valeurs qui nous semblent importantes, au temps Tc. C'est ce qui définit le sens de l'action à ce temps.

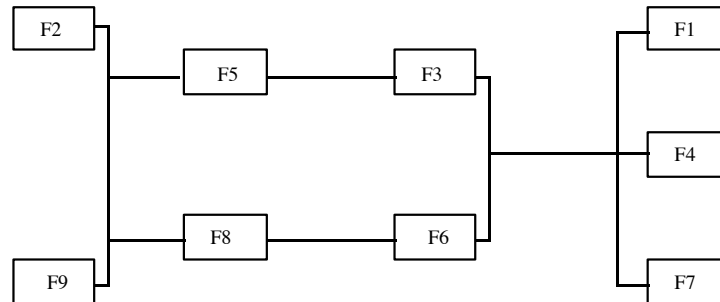


Figure 11 : arbre fonctionnel à Tc

Ainsi à Tc, les fonctions principales nous semblent être celle de la recherche de la qualité et de la sécurité (F2) ainsi que, dans le même temps la confirmation des capacités des parents à être les acteurs de ces moments essentiels de leur vie (F9). Ces deux fonctions s'appuient sur la compétence des sages-femmes à respecter et accompagner la physiologie (F5) et sur la possibilité laissée aux parents dans le choix de la manière dont ils souhaitent vivre la maternité, l'accouchement et la naissance ainsi que les soins postnataux (F8). Ces fonctions sont soutenues par les suivantes qui sont axées sur la recherche de la physiologie et de la prévention (F3) et sur le développement de la responsabilisation de tous les acteurs et de leur partenariat (F6). Celles-ci s'articulent dans une même dynamique temporelle avec la définition et le désir de coopération entre les différents professionnels (F1) avec le soutien de la société dans son ensemble (F7) et peuvent contribuer à faire des économies dans le domaine de la santé à court et à long terme (F4).

4 ETUDE DES DEFAILLANCES LORS DU SUIVI PRENATAL

Les impacts et les perturbations conséquences de la mise en place du projet de Maison de Naissance, seront en grande partie liés aux défaillances des processus de suivi. Une première approche de ces impacts peut donc s'envisager à partir de l'étude de ces défaillances

A la lumière des modélisations précédentes qui nous ont permis de préciser notre connaissance des deux visions de la maternité "qui à la fois se nourrissent l'une de l'autre, se concurrencent, se parasitent mutuellement, s'opposent et se combattent à mort" [Morin 77] et après la mise en évidence de la complexité de l'environnement du projet, nous présentons dans ce chapitre une étude des défaillances des processus de suivi.

Nous nous sommes volontairement limités au processus de suivi prénatal tel qu'il a été modélisé au paragraphes 2.3 pour l'approche médicale classique (figure 4) et 2.4 pour l'approche globale (figure 5).

4.1 Détail des suivis prénataux dans les deux approches

La déclaration de la grossesse ne peut être faite par les sages-femmes malgré le texte de la loi n° 82-413 du 19 mai 1982 qui leur reconnaît la compétence pour diagnostiquer la grossesse. Elles n'interviennent donc qu'à partir du quatrième mois de la grossesse, lors des consultations prénatales et dans les séances de préparation à la naissance de l'enfant.

Nous avons donc considéré le moment juste après cette déclaration de grossesse. Si les femmes sont informées, elles ont le choix du professionnel qui effectue le suivi. Nous sommes entrés dans le détail de ce processus prénatal.

4.1.1 Suivi prénatal dans l'approche médicale classique

Les textes officiels stipulent que toutes les consultations du suivi prénatal peuvent être effectuées par un obstétricien ou par une sage-femme. Il faut noter que l'intervention des sages-femmes reste très rare malgré leur compétence professionnelle et le pourcentage des grossesses qui sont à priori physiologiques. Les gynécologues et les généralistes peuvent effectuer les consultations jusqu'au 7^{ème} mois.

Les séances de préparation à la naissance de l'enfant sont proposées, assez tardivement dans le déroulement de la grossesse (il n'est pas rare que cela commence au 6^{ème} ou 7^{ème} mois), par les sages-femmes mais il s'agit toujours de sages-femmes différentes de celles rencontrées en consultation et qui n'interviendront pas lors de l'accouchement et de la naissance.

Ce type d'organisation nécessite une grande cohérence et une continuité dans les discours et les actes proposés, dans les dialogues instaurés entre les femmes (les parents) et les professionnels.

D'autre part, le père rarement intégré aux consultations prénatales et aux séances de préparation à la naissance est juste toléré.

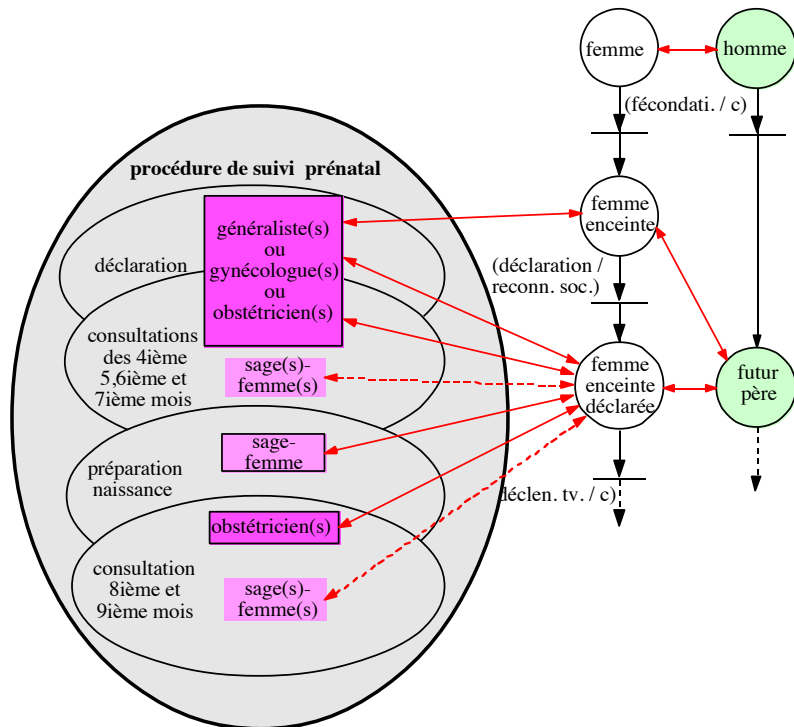


Figure 12 : Détail des intervenants dans le processus de suivi prénatal classique

4.1.2 Suivi prénatal dans l'approche médicale globale

Dans l'Accompagnement Global de la Maternité, la déclaration de la grossesse est effectuée par un médecin (généraliste, gynécologue ou gynécologue obstétricien). Si une femme choisit cette alternative à la surveillance classique, la même sage-femme effectue les consultations prénatales à partir du 4^{ème} mois et jusqu'au 9^{ème} mois de la grossesse. En cas de dépistage d'une pathologie, elle se réfère à l'avis d'un médecin, le plus souvent gynécologue obstétricien (du moins en ce qui concerne la grossesse). Cette même sage-femme propose les séances de préparation à la naissance de l'enfant (au nombre de huit), souvent dès le début de la grossesse (dès le 4^{ème} mois). Le père convié aux consultations et aux séances de préparation, participe activement. Il est un allié informé apportant un réel soutien à sa compagne et un père prêt à accueillir son enfant.

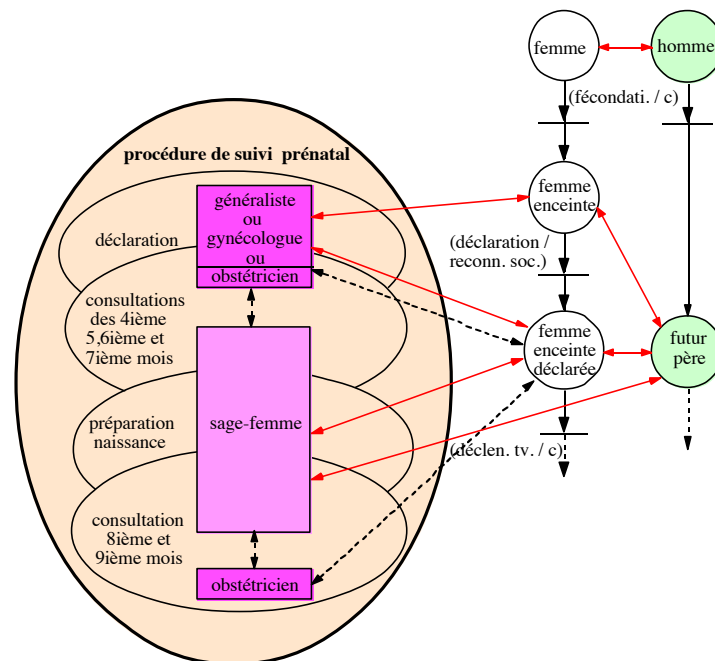


Figure 13 : Détail des intervenants dans le processus de suivi prénatal de l'approche globale

4.2 Étude des défaillances des fonctions du suivi prénatal

Le plan gouvernemental sur la périnatalité de 1994 visait à atteindre quatre objectifs et comprenait une série de seize mesures devant permettre d'atteindre ces objectifs. Notamment, parmi ces mesures, l'une d'elles consiste à améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse. "L'amélioration des techniques de soins ne peut seule promouvoir une prévention des causes. Il faut également, promouvoir une politique d'amélioration des soins primaires". [ANDEM 96].

Nous avons puisé dans le guide de surveillance de la grossesse, quelques-unes des règles et des recommandations (dont notre pratique s'inspire), décrivant ce qu'il convient de faire, les précautions à prendre, les tâches à accomplir, pour définir la gravité réelle d'une action non faite. "La tâche indique ce qui est à faire, l'activité, ce qui se fait. La notion de tâche véhicule, avec elle l'idée de prescription, sinon d'obligation. La notion d'activité renvoie elle, à ce qui est mis en jeu par le (professionnel) pour exécuter ces prescriptions, pour remplir ces obligations". [Baylac 99].

C'est à partir de ces références (ce qui devrait être fait) que nous déterminerons la gravité potentielle d'une tâche non effectuée liée à ses effets, du point de vue des femmes et des professionnels. En effet, au cours de la maternité, la gravité d'une situation, est perçue différemment par les deux acteurs.

4.2.1 Outil utilisé : l'AMDEC

Pour cette analyse, nous nous sommes servi de l'AMDEC (Analyse des Modes de Défaillances de leurs Effets et Criticité). Son utilité est de déterminer les points faibles d'un système pour y apporter des remèdes ; de préciser les moyens de se prémunir contre certaines défaillances ; (de faire dialoguer les personnes concernées par un projet) ; de mieux connaître le système ; de classer les défaillances selon certains critères (criticité, gravité...).

4.2.1.1 Évaluation qualitative des défaillances

L'évaluation qualitative est constituée de quatre facteurs : le mode, la cause, l'effet et la détection :

* Le mode de défaillance

Le mode de défaillance est la manière dont cette dernière se manifeste dans le système : arrêt du système, emballement du système, fonctionnement du système en performances dégradées, etc...

* La ou les causes

La cause est liée au mode de défaillance. C'est l'origine de l'apparition du mode de défaillance.

* Les effets

Les effets sont liés aux modes de défaillance. Plusieurs modes de défaillance peuvent entraîner les mêmes effets ou des effets différents. C'est l'effet du mode de défaillance qui provoque la gravité perçue par l'utilisateur (ici la femme et le professionnel).

* La détection

La défaillance peut ou non être, détectée.

4.2.1.2 *Évaluation quantitative des défaillances*

Trois facteurs permettent l'évaluation quantitative : la gravité, la fréquence, la criticité.

* La gravité

La gravité est l'évaluation de la manière dont l'utilisateur perçoit l'effet. L'effet permet donc d'apprécier la gravité perçue par les utilisateurs. Nous avons noté avec les graduations précédemment citées, la gravité perçue par la femme et par le professionnel.

* La fréquence

La fréquence est la probabilité que la cause se produise et entraîne l'apparition du mode. Dans cette étude, nous n'aborderons pas la fréquence des modes de défaillances car nous n'avons pas de système existant (une maison de la naissance) qui puisse servir de terrain pour recueillir des données sur la fréquence.

* La criticité

La criticité résulte de la combinaison de la probabilité d'occurrence d'une défaillance et de la gravité des effets de cette défaillance.

4.2.2 *Étude des défaillances*

Dans les tableaux qui suivent nous avons mis en évidence les modes qui interviennent lors de la défaillance de chaque fonction reprise du référentiel utilisé. Nous avons précisé les causes possibles de chaque mode de défaillance ainsi que les effets possibles. Plusieurs modes de défaillance peuvent entraîner les mêmes effets ou des effets différents. De plus nous avons indiqué par qui pouvait être assuré la détection de la cause ou du mode. Enfin, nous avons estimé la gravité perçue par les professionnels (médecins ou sages-femmes) et par les femmes elles-mêmes comme étant :

- 1 sans conséquence ou gêne légère / effet mineur
- 2 indispose ou met mal à l'aise / effet significatif
- 3 inquiétude ou mécontentement / effet critique
- 4 angoisse ou grand mécontentement / effet catastrophique
- 5 danger de mort / problèmes de sécurité

La gravité perçue par les utilisateurs a été estimée à partir des effets. Nous avons en outre ajouté quelques "notes personnelles" reflétant notre démarche professionnelle.

Fonction	Défaillance				Gravité perçue "femme"	Gravité perçue "professionnel"
	Mode	Cause	Effet	Détection		
1 Confirmer la grossesse (par des résultats et des documents objectifs : *absence de règles ou signes sympathiques de grossesse * courbe thermique : ovulation rapport sexuel * HCG urinaire (auto-prescription) * HCG sanguin (prescription médicale) * échographie	* Grossesse non confirmée par des résultats écrits avant 14 SA	* Pas de consultation médicale	* Pas de déclenchement du processus de suivi prénatal	Par la femme, la sage-femme, ou le médecin	Entre 1 et 4	5
		* examens non prescrits	* Pas de déclaration de la grossesse		Entre 1 et 4	1
		* erreurs de résultats	*Non versement des allo-cations prénatales		Entre 1 et 4	1

Fonction	Défaillance				Gravité perçue "femme"	Gravité perçue "professionnel"
	Mode	Cause	Effet	Détection		
2 Diagnostic d'une grossesse anormale * grossesse non évolutive * grossesse extra-utérine * grossesse molaire * fibromyomatose * autres pathologies (fièvre, diabète...)	* Grossesse anormale non diagnostiquée	* Diagnostic erroné	* Accentuation de la symptomatologie	* Par la femme : douleur, métrorragies, signes flous, fièvre, etc... * Sage-femme et médecin (mise en garde face à la symptomatologie et / ou à sa persistance)	Entre 2 et 5	Entre 4 et 5
		* Pas de consultation	* mise en danger de la santé de la mère		Entre 2 et 5	Entre 4 et 5

Nous avons volontairement retiré des grossesses anormales, les grossesses multiples, nous n'avons pas considéré qu'elles étaient anormales. Cela pose toute l'ambiguïté de la frontière entre une grossesse anormale et une grossesse à risque.

Fonction	Défaillance				Gravité perçue "femme"	Gravité perçue "professionnel"
	Mode	Cause	Effet	Détection		
3 Déterminer le terme de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> * Pas date de terme théorique * Date de terme théorique erronée 	<ul style="list-style-type: none"> *Ignorance de la date des dernières règles ou de l'ovulation *Ignorance de la date exacte des dernières règles ou de l'ovulation *Echographie entre 6 et 12 SA non faite * Erreur dans le calcul de la date 	<ul style="list-style-type: none"> * Prématurité * Post-maturité * Conduites inadaptées 	Par sage-femme ou le médecin	<ul style="list-style-type: none"> Entre 1 et 5 Entre 1 et 4 Entre 1 et 2 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 3 et 5 Entre 3 et 5 Entre 3 et 5

Il n'y a pas de date théorique dans le cas par exemple d'une grossesse succédant à la précédente, sans qu'il y ait eu de retour de couches.

Fonction	Défaillance				Gravité perçue "femme"	Gravité perçue "professionnel"
	Mode	Cause	Effet	Détection		
4 Evaluer les facteurs de risque (facteurs gynécologiques, obstétricaux, héréditaires, maternels, individuels et sociaux)	<ul style="list-style-type: none"> * Méconnaissance totale ou partielle des risques * Mauvaise évaluation des risques 	<ul style="list-style-type: none"> * Manque de disponibilité * Ecoute sommaire * Erreur médicale (médecin ou sage-femme) * Comportement de la femme 	<ul style="list-style-type: none"> * Accentuation de la symptomatologie * Défaillance de la fonction 2 * Mise en danger du fœtus * Risque de conduite inadaptée face à une grossesse pathologique (avortement, prématurité, retard de croissance, etc...) 	<ul style="list-style-type: none"> * Par la femme (très éventuellement !) * Médecin ou sage-femme Observation: "point dur" 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 2 et 5 Entre 2 et 5 Entre 2 et 5 Entre 2 et 5 	<ul style="list-style-type: none"> 5 5 5 5

"Les facteurs individuels et sociaux (notamment) jouent un rôle important dans la genèse des l'accouchement prématuré ; certains sont connus, d'autres le sont moins car moins bien étudiés, notamment les facteurs psychologiques." [ANDEM 96]

Fonction	Défaillance				Gravité perçue "femme "	Gravité perçue "professionnel"
	Mode	Cause	Effet	Détection		
5 réaliser l'examen clinique général et obstétrical impression clinique physique psychique * examen clinique - général poids/taille albuminurie/ glucosurie - obstétrical Hauteur Utérine palpation Bruits Du Coeur Toucher Vaginal	* Examen non fait * Examen mal fait * Examen non expliqué	* Manque de disponibilité * Manque de dialogues * Erreur médicale (médecin ou sage-femme)	* Insécurité * Risque de conduite inadaptée : physique, psychique * Risque de défaillance de la fonction 3	* La femme (éventuelle-ment)	Entre 2 et 5 Entre 2 et 5 Entre 1 et 5	1 1 Entre 3 et 5

Fonction	Défaillance				Gravité perçue "femme"	Gravité perçue "professionnel"
	Mode	Cause	Effet	Détection		
6 Faire la déclaration de grossesse	* Déclaration non faite à temps	* Défaillance de la fonction 1 * Erreur médicale (médecin)	* Feuillet "Vous attendez un enfant" non rempli * Pas de droits sociaux * Pas de suivi prénatal	* la femme l'entourage * la sage-femme ou le médecin	Entre 1 et 4 Entre 1 et 4 Entre 1 et 4	Entre 1 et 5 1 5

Fonction	Défaillance				Gravité perçue " femme "	Gravité perçue "professionnel"
	Mode	Cause	Effet	Détection		
7 Effectuer les examens complémentaires : biologiques et échographiques	* Examens non faits * Examens non prescrits * Résultats erronés	* Refus de la femme * Erreur médicale (médecin ou sage-femme) * Erreur médicale (laboratoire)	* pas de résultats * mauvaise surveillance * décision inadaptée	* La femme * le médecin ou la sage-femme	Entre 1 et 4 Entre 1 et 4 Entre 1 et 4	5 4 4

Fonction	Défaillance				Gravité perçue "femme"	Gravité perçue "professionnel"
	Mode	Cause	Effet	Détection		
8 Etablir le plan de surveillance de la grossesse	* Pas de plan de consultations prénatales et de préparation à la naissance de l'enfant	* Oubli médical (médecin ou sage-femme)	* Pas de rendez-vous précis	* La femme	Entre 2 et 4	5
			* Pas de préparation à la naissance de l'enfant	* Le médecin ou la sage-femme	Entre 2 et 4	1

Fonction	Défaillance				Gravité perçue "femme "	Gravité perçue « professionnel »
	Mode	Cause	Effet	Détection		
9 Donner des informations et des conseils à la femme	* Pas d'informations de la femme	* Manque de disponibilité médicale (médecin ou sage-femme)	* Insécurité et peur	* La femme	Entre 1 et 4	1
			<p>Echanges verbaux et réflexions : examens, alimentation, drogues, médicaments, activités : physiques (sport-voyage), sexuelle, professionnelle, choix du lieu d'accouchement et naissance</p> <p>modalités d'accouchement et naissance</p> <p>documents remis</p> <p>lectures proposées,</p> <p>contact téléphonique possible 7j/7j</p> <p>Définir le projet d'accueil de l'enfant (familial et social)</p>			

5 APPROCHE DES IMPACTS ET DES PERTURBATIONS

Au cours de ce travail de D.E.A., nous avons réalisé à quel point l'Accompagnement Global se situait dans une représentation différente de la maternité (physiologie, prévention, accompagnement plus relationnel, etc...), et s'inscrivait dans un changement de paradigme et dans une vision systémique de la maternité, processus physiologique certes, mais aussi psychologique, affectif, familial, social, juridique, etc...

Les modélisations proposées nous ont permis de structurer nos connaissances et de prendre conscience de la complexité de ce système et de mettre en évidence les liens reliant les différents acteurs de celui-ci autour de la même problématique. Cela nous fait appréhender toute la difficulté des changements et prendre la mesure des évolutions nécessaires.

Dans notre étude, le réseau de Petri de la figure 6 (§ 2.5), réalisé à partir des différentes fonctions définies dans le "Guide de surveillance de la grossesse" [ANDEM 96], permet de donner une idée plus claire du positionnement des différentes fonctions de surveillance et structure logiquement leur déroulement. L'étude dysfonctionnelle présentée au chapitre 4 donne une représentation des dysfonctionnements potentiels de la Maison de Naissance.

Cette modélisation de la figure 6 met clairement en évidence l'importance [Aubry 91] des fonctions 2 (diagnostic de grossesse anormale) et 4 (évaluer les facteurs de risques). Elles débouchent en effet sur des alternatives orientant la femme, soit vers une surveillance "normale" de sa grossesse, soit vers l'intervention de spécialistes obstétriciens dans le cas de grossesses anormales ou à risques.

De plus, les tableaux AMDEC 2 et 4 du chapitre 4 font apparaître des difficultés de détection de la défaillance dans ces deux cas précis puisque seule la femme peut éventuellement l'assurer. En outre, la fonction 4 (évaluer les facteurs de risques) débouche, bien sûr, sur une évaluation des risques, puis sur une comparaison de cette évaluation à un seuil. Ces grandeurs (risques évalués et seuil) ne sont pas quantifiables mais restent dans le domaine de l'appréciation, parfois personnelle et presque subjective, du praticien. Or, une défaillance à ces niveaux peut avoir des effets catastrophiques et sur la mère et sur l'enfant.

Dans la Maison de Naissance, la prise en compte de cette réalité peut conduire à l'instauration de procédures visant à détecter les défaillances éventuelles de ces fonctions. Ces procédures peuvent être des vérifications ou, pour les fonctions les plus importantes, l'introduction d'une redondance.

Les dysfonctionnements potentiels évoqués ci-dessus conduisent à l'apparition de modes de défaillances dont nous avons choisi d'analyser la gravité sans aborder ici la fréquence. Dans l'élaboration des différents tableaux et pour chaque fonction du référentiel, nous avons choisi de distinguer les gravités perçues par la femme d'une part et par le professionnel d'autre part. Elles sont différentes et peuvent même être totalement opposés.

Nous notons de plus, une grande variabilité dans la gravité perçue par la femme. L'éventail de gravités perçues par le professionnel est beaucoup plus restreint car souvent empreint d'une certitude peu contestable. Il existe donc deux discours différents : celui de la femme (dans un registre plus émotionnel) et celui du professionnel.

Nous pensons que la Maison de Naissance doit se situer à l'interface de ces deux discours de manière à limiter les impacts sur l'institution existante. En bref, la Maison de Naissance doit clairement revendiquer son appartenance au système médical et coopérer avec lui en même temps qu'elle se situe dans un relationnel moins technique et plus intime avec les femmes. Une sage-femme de la Maison de Naissance assure alors la continuité relationnelle entre la femme et l'obstétricien lorsqu'une pathologie est détectée, limitant ainsi les effets iatrogènes ou les effets boomerang entre le pathologiste et la femme.

Cela conduit peut-être à réfléchir à la pratique des sages-femmes dans une Maison de Naissance, au discours tenu et à la manière de présenter ce projet, afin que les impacts produits sur le système existant soient les plus acceptables possible augmentant ainsi les probabilités d'aboutissement de celui-ci, tout en veillant à préserver l'âme de notre démarche. De plus les tableaux AMDEC présentés au chapitre 4 permettent d'identifier les points où les impacts seront les plus forts et donc

de réfléchir à la manière d'aborder ces points pour minimiser les perturbations produites et par conséquent, limiter les réactions de rejet du projet.

Par ailleurs, notre démarche nous fait donc prendre conscience combien l'approche globale et la structure d'accueil proposées facilitent les détections d'éventuelles défaillances. Ainsi, la proximité entre la femme, le couple et la sage-femme rend le dialogue plus libre, plus intime. Il est ainsi plus facile de parler de ce qui touche ou de ce qui est tabou, par exemple des rapports sexuels pour déterminer la date éventuelle d'une fécondation.

D'autre part, l'importance des facteurs psychologiques plus personnels, plus affectifs, peut être prise en compte grâce à cette relation plus proche. Ainsi, une femme présente beaucoup plus de contractions utérines lors de l'absence de son conjoint ou compagnon et, dans une relation d'écoute, elle pourra prendre le temps nécessaire d'en parler afin de dédramatiser la situation et d'être rassurée.

De plus, le plus petit nombre d'intervenants de l'approche globale diminue de manière évidente les besoins en communication entre eux et la femme enceinte. Or, dans [Aubry 91] il est souligné l'importance du nombre d'informations transmises et de leur nature sur la sûreté de fonctionnement d'un système de contrôle. Il est donc raisonnable d'espérer que l'approche globale implantée dans une Maison de Naissance sera plus performante au regard de la sûreté de fonctionnement puisqu'elle minimise le nombre de transmission d'informations.

En outre, [Aubry 91] insiste également sur l'avantage des systèmes distribués par rapport aux systèmes centralisés car ils permettent d'envisager l'implantation de procédures de pseudo redondance dans le cas de la défaillance d'un processeur.

L'approche globale s'apparente de manière évidente à un système centralisé où la sage-femme occupe la position du processeur de contrôle. Une défaillance de celle-ci peut se révéler catastrophique. L'implantation de cette approche de la maternité dans une structure telle que la Maison de Naissance permet d'envisager des procédures de détection de défaillance entre les sages-femmes comme il l'a été évoqué ci-dessus. La Maison de naissance apparaît alors comme la coexistence de plusieurs systèmes centralisés échangeant des informations destinées à la sûreté de fonctionnement. Les procédures de reprise prévues s'apparentent alors aux procédures de pseudo redondance décrites dans [Aubry 91].

Enfin, l'analyse fonctionnelle que nous avons réalisée met en évidence les nombreux liens entre la Maison de Naissance et les différents milieux extérieurs. Il nous faudra donc poursuivre ce travail pour préciser les différents impacts entre le projet et ces milieux afin d'aborder les nombreuses questions suivantes :

- Comment la Maison de Naissance peut-elle être une impulsion donnée pour une approche plus physiologique, dans un regard autre, avec une surveillance différente de la maternité qui prendrait en compte ce processus physiologique et respecterait la compétence des femmes et des parents, dans l'accueil de leur enfant ?
- Comment transformer les impacts perçus comme des provocations ou au mieux des perturbations, en des impulsions enclenchant un processus d'innovation ?
- Quelles sont les entrées possibles ? Au niveau des institutions (maternité publique, cliniques privées) ? Au niveau du système de santé (ministère, faculté de médecine, écoles...) ? Au niveau politique (ministère, CNAM, ARH...) ?
- Comment transformer les réactions de rejet en invitation à l'ouverture, à la discussion et à l'apprentissage ?
- Comment créer des alliances, des partenariats et avec qui ?
- Comment intégrer ce projet innovant de la Maison de Naissance ? Comment le développer ?
- etc...

Cette liste n'est bien entendu pas exhaustive !

6 ANNEXES

6.1 Annexe 1 : Définitions

Client(e) (Lecllet 2000)

Selon la norme ISO 8402 : destinataire d'un produit par le fournisseur. Le terme client doit être considéré dans un sens large. Le client peut-être le consommateur et/ou l'utilisateur et/ou le bénéficiaire et/ou l'acheteur du produit ou du service. En santé, le client n'est pas seulement le consommateur des prestations de soins. Un établissement de santé a plusieurs types de clients à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

Établissement de santé (Lecllet 2000)

Organisme du dispositif hospitalier, public ou privé, responsable de la prise en charge des patients et organisé pour assurer cette mission. C'est un fournisseur de services de santé. Il peut être considéré dans sa globalité, ou en partie (services ou départements). C'est une organisation complexe d'unités de soins et de services logistiques, médico-techniques et administratifs de supports où de nombreux processus interagissent dans un cadre organisationnel commun.

Iatrogène (Petit Robert)

Qui est provoqué par le médecin.

Impact (Petit Robert)

De heurter ; collision, heurt endroit où le projectile vient frapper et par extension, trace qu'il laisse. Effet d'une action forte, brutale.

Maison de Naissance (annexe 2)

Pathologie (Petit Robert)

Science qui a pour objet l'étude des maladies, des effets qu'elles provoquent.

Patient(e) (Lecllet 2000)

La déclaration OMS * sur la promotion des droits des patients en Europe (Amsterdam 30 mars 1994) définit le patient comme une personne malade ou non, qui s'adresse au système de santé pour bénéficier de ses prestations. Le texte final de la 5^e conférence des ministres de la santé des pays membres de l'Europe à Varsovie en 1996 précise que le patient doit être considéré comme étant à la fois un consommateur, un client, un usager et un citoyen. Au sens qualitatif du terme, le patient est un client bénéficiaire de soins.

Parturiente (Petit Robert)

Femme qui accouche.

Perturbation (Petit Robert)

(1295 trouble angoisse).

Irrégularité dans le fonctionnement d'un système ; dérangement, dérèglement, déséquilibre, trouble, bouleversement (dans la vie sociale), crise.

Perturber (Petit Robert)

Empêcher de fonctionner normalement, déranger.

Perturbateur (Petit Robert)

Qui trouble, met du désordre.

Physiologie (Petit Robert)

"Étude de la nature". Science qui étudie les fonctions normales des organes et des tissus des êtres vivants. Physiologie humaine qui étudie les fonctions (généralement les fonctions normales) de l'organisme humain (nutrition, motricité, régulations etc).

Procédure (Lecllet 2000)

Selon la norme ISO 8402 : manière spécifiée d'accomplir une activité. C'est un ensemble de règles écrites propres à une activité. C'est également un document qualité intégré dans le système documentaire.

Processus (Lecllet 2000)

Selon la norme ISO 8402 : ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants.

Selon l'EFQM * ce sont les moyens à l'aide desquels l'organisation met en œuvre les compétences de son personnel pour produire des résultats.

On peut également le définir comme l'organisation rationnelle de personnes, matières, énergie, équipements et procédés d'activités conçues pour produire un résultat spécifique. L'enchaînement logique de ces activités et moyens reliés entre eux en étape successives aboutit à la réalisation d'une tâche ou d'un service et à l'obtention d'un résultat. Le processus peut être l'objet de contrôles. Il est

destiné à répondre à un besoin d'un client (ou utilisateur). Un processus nécessite des ressources (en personnel, équipements, techniques, financières).

Santé (Lecllet 2000)

Selon l'OMS : état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Système qualité (Lecllet 2000)

Selon la norme ISO 8402 : ensemble de l'organisation, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité.

C'est l'ensemble des moyens mis en œuvre et utilisés par l'établissement de santé pour fournir des produits et des services conformes aux exigences spécifiées et pour obtenir la satisfaction de ses clients. La nature des éléments qui composent le système qualité est variable : politique et planification de la qualité, descriptions des responsabilités, définitions de fonctions, documents qualité, indicateurs, ...

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EFQM : European Foundation for Quality Management

6.2 Annexe 2 : Accompagnement global de la maternité

Communication faite lors des Entretiens de Bichat - Entretiens des Sages-Femmes [Jeanvoine 93].

Si le thème de ces entretiens reflète surtout le rôle de la sage-femme aux différentes étapes de la grossesse, je souhaite vous parler de mon expérience de sage-femme libérale, dans ce qu'elle a de particulier.

En commençant mon travail par la surveillance de la grossesse et la préparation à la naissance de l'enfant, je peux en mesurer l'importance et le résultat au travers de l'accouchement et de la naissance, puis également lors de la surveillance de la maman et du bébé dans les jours suivants. J'interviens donc surtout pour mettre l'accent sur cette globalité autour de la maternité. La formation de sage-femme confère une compétence et une capacité professionnelle médicale, dans la surveillance physiologique de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et dans les jours suivants.

J'ai choisi d'être sage-femme libérale pour pouvoir proposer aux femmes, aux hommes, aux enfants, lors de la maternité, un accompagnement médical et relationnel différent, un accompagnement global de la maternité, parce que je suis convaincue de l'incidence des conditions de naissance sur la vie en devenir. Mon expérience de sage-femme libérale a commencé en 1985 et se poursuit encore actuellement, à Nancy.

Dans l'accompagnement global de la maternité, un seul praticien, en l'occurrence une sage-femme surveille médicalement la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance de l'enfant, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux à la mère et à l'enfant, cela dans la limite de ses compétences médicales.

Je reçois dans un premier temps les parents, en début de grossesse afin de définir leurs attentes et pour préciser ce que je peux leur proposer. Ensuite nous nous rencontrons lors des consultations prénatales et pendant les séances de préparation à la naissance.

Les consultations prénatales.

Il s'agit pour moi d'effectuer la surveillance médicale de différents paramètres indispensables dans le suivi de la grossesse. L'âge de la grossesse étant défini, les antécédents personnels et familiaux étant précisés, se succèdent la pesée, la prise de tension artérielle, la recherche de l'albumine et du sucre dans les urines, puis un examen général global (état et couleur des téguments, présence ou non de varices, d'œdèmes, consistance des seins, état des mamelons, paroi abdominale, statique vertébrale...) permet de préciser l'état physique de cette femme.

Je demande si le bébé bouge bien, si il existe des sensations particulières évoquant des contractions utérines. Ensuite j'effectue l'examen obstétrical comportant, la mesure de la hauteur utérine, le palper, toujours réalisé dans un respect de la maman et du bébé, l'écoute des bruits du cœur de l'enfant. Puis je procède si nécessaire à un toucher vaginal avec beaucoup de prudence et de délicatesse, toujours dans un contact chaleureux avec cette femme et cet enfant. Je commente la nécessité de certains examens et je les prescris si cela est utile.

Je n'oublie jamais le père si il est présent et je l'invite à être auprès de la maman et du bébé. A travers ces différents examens, une relation s'élabore avec la mère et le père, l'enfant in utero. Pendant tous ces instants, je prends le temps d'écouter ce qui est à dire, je réponds aux questions si elles surviennent, je permets la réflexion sur ce qui intervient durant la grossesse, pour la mère et pour l'enfant, mais également pour le père.

A travers les mots, "quelque chose" passe. Une communication, permettant de nous connaître comme êtres humains, s'établit. Il existe des critères objectifs certes mais des critères subjectifs ont une grande importance et sont beaucoup plus subtils.

La préparation à la naissance de l'enfant.

Les échanges ont lieu par la parole et le corps, (c'est le temps d'expression des désirs, des rêves, des sentiments de peur, de joie, des sensations corporelles, c'est la recherche d'un bien-être pour la mère et le père, d'un bien naître pour l'enfant ...).

Une information concernant l'alimentation, la nécessité d'apports quotidiens (fer, protéines, calcium..) et sur les précautions à prendre dans certaines circonstances (non immunisation contre la toxoplasmose..) est dispensée et permet de rectifier des habitudes alimentaires, de diminuer ou d'arrêter certaines "drogues" comme l'alcool et le tabac.

Et puis c'est le moment de la prise de conscience corporelle (mouvements du bébé différents des contractions utérines, position du bassin osseux, muscles périnéaux..), de la respiration et du souffle.

Nous évoquons la possibilité des différentes positions pendant le travail et pendant l'accouchement. J'incite à la réflexion sur la place de chacun dans la naissance, sur la responsabilité de la mère, du père, de la sage-femme, autour de cet enfant à venir. Nous préparons l'accueil de l'enfant, afin qu'il soit le plus chaleureux et respectueux d'un être humain arrivant au monde (gestes nécessaires ou pas, bain..). Nous parlons de l'allaitement maternel et des jours succédant la naissance, (le sevrage est évoqué).

Nous n'évudons jamais les risques d'interventions (perfusion d'ocytocique, péridurale, forceps, césarienne, autres...) et ils sont expliqués succinctement, en gardant toujours à l'esprit un objectif d'eutocie.

L'accouchement et la naissance.

C'est l'instant d'un passage, d'un devenir mère et père de cet enfant qui naît, unique au monde. La relation humaine de la sage-femme accompagne et rend possible la mise au monde et l'accueil de l'enfant, au travers de gestes techniques éventuels mais surtout dans cet espace de connaissance établie au cours de la grossesse. La surveillance médicale de la mère et de l'enfant est indispensable, mais les interventions techniques sont réduites au minimum et expliquées.

Les soins post-natals.

Toute cette période contribue à l'élaboration des liens, dans le maternage et le paternel. Outre la surveillance médicale de la mère et de l'enfant et des soins, l'attention de la sage-femme est là encore très subtile pour permettre à chacun de prendre sa place. Le temps consacré à la mise en route de l'allaitement maternel notamment, ne se compte pas.

Cette pratique de sage-femme libérale, dans sa forme, n'est pas morcelée. Elle est cohérente et continue. Elle s'établit dans une relation d'échanges et de confiance. Elle évite la systématisation de l'utilisation des techniques médicales (perfusion de syntocinon, épisiotomie.. etc). Elle respecte réellement le caractère physiologique de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance.

Cohérence, continuité, s'allient avec le respect de la mère, du père, de l'enfant.

Depuis 1985, j'exerce l'art d'être sage-femme.

L'art des sages-femmes, c'est l'ensemble des moyens (re)donnant à la maternité et à la naissance, une dynamique créatrice et porteuse d'un sens humain essentiel.

Balzac dit que "la mission de l'art n'est pas de copier la nature mais de l'exprimer".

Dans le métier de sage-femme, il est question d'un savoir faire, d'un savoir être, d'une éthique professionnelle, permettant à une femme, à un homme de devenir parents, de mettre au monde leur enfant lors de la naissance et de nouer les premiers liens nécessaires à la vie, dans une sécurité physique et psychique.

Le rôle de sage-femme ne peut se résumer à une accumulation de connaissances scientifiques et techniques certes importantes, ni à une application de protocoles définis et systématiques. La dimension humaine de l'accouchement, de la naissance nécessite la reconnaissance d'un aspect plus sensible ne pouvant se réduire à des actes techniques.

En tant que sages-femmes, nous avons une autonomie, une responsabilité dans notre manière d'accompagner la maternité. Notre activité professionnelle nécessite réflexions et interrogations [Jeanvoine 96]. Nous sommes confrontées à la vie, à la mort, à la joie, à la souffrance, à la simplicité et la complexité de tout individu, dans son histoire et dans sa relation avec les autres.

Tout au long de la grossesse, une relation s'établit avec une femme, un homme (des parents), et avec l'enfant. Nous sommes dans une communication, dans un échange, un partage, à la fois familial et social. Et cela prend fin quelque temps après la naissance avec une séparation qui intervient nécessairement... jusqu'à la prochaine maternité... peut-être.

Le vécu des femmes, des hommes, des enfants accompagnés dans ces moments, ce qu'ils en disent quelques soient les situations, est important. Accompagner c'est être avec, suivre, cheminer, aller de concert. A nous sages-femmes, d'écouter, de sentir, d'être dans le plaisir aussi, plutôt que dans la peur. A nous d'être présentes, attentives, vigilantes et gardiennes de la physiologie.

Dans la relation entre sage-femme et femme n'est-ce pas sans cesse, ce mouvement oscillant entre l'empathie et la distanciation ? L'empathie, étant la faculté de ressentir ce que l'autre ressent, la faculté de s'identifier à quelqu'un, pour accompagner avec respect le vécu de chacune, de chacun. La distanciation étant le recul pris par rapport à quelqu'un, nécessaire dans la prise de décision indispensable dans notre métier de sage-femme.

Alors pour que la naissance (re)trouve une dimension de vrai, de beau, de fête, ne devons-nous pas, sages-femmes, nous situer dans une autre écoute des femmes, des hommes, des enfants, rencontrés, dans une autre écoute de nous-mêmes également ?

Récemment une jeune étudiante sage-femme, présente lors d'une naissance que j'accompagnais, me fit cette réflexion : " Quelles méthodes utilisez-vous, la sophrologie.. l'accouchement naturel ? C'est la première fois que je vois une naissance aussi belle." Est-il question de méthode ? N'est-ce pas une manière d'être différente ?

Sans doute est-il possible de trouver dans la relation, cette dimension appelant notre sensibilité, pour que l'accouchement ne soit pas un sale moment à vivre par lequel il est inévitable de passer, pour la naissance d'un être humain.

Résultats d'une pratique d'Accompagnement Global de la Maternité.

Je vais maintenant vous communiquer quelques chiffres donnant un aperçu d'une pratique d'accompagnement global de la naissance de 1985 à 1992 à Nancy.

Au cours de ces sept années, j'ai accompagné 375 accouchements. Ces 375 naissances ont eu lieu, soit à la maternité publique de Nancy, soit à domicile. 347 accouchements se sont déroulés sans problèmes soit 92,53 % accouchements physiologiques, 12 ont nécessité une césarienne soit 3,2 % et 16 un forceps soit 4,27 %.

Les enfants nés se portent bien, 26 ont eu besoin d'un transfert en service de néonatalogie soit dans l'immédiat, mais surtout pour des ictères néonataux demandant une photothérapie dans les jours suivants la naissance. Une petite fille est décédée à quatre jours d'une listériose. Deux petites filles ont présenté une détresse respiratoire due à une inhalation de liquide amniotique. Deux petits garçons étaient porteurs d'une malformation cardiaque importante, (l'une associée à une trisomie 21) non dépistées à l'échographie, mais sur la clinique dans les 24 heures de vie. Ces quatre enfants sont actuellement en bonne santé.

Ma présence dans ces moments difficiles a été un soutien pour les parents.

Sur les 375 accouchements, 314 ont eu lieu à la maternité soit 83,73 % et 61 ont eu lieu à domicile soit 16,27 % (à noter que depuis la fermeture de la maternité publique aux praticiens libéraux, donc aux sages-femmes libérales, le pourcentage d'accouchement à domicile est passé de 13 % à 50 %).

Ces chiffres demandent quelques commentaires :

A partir d'une soixantaine de naissance par an, je m'impose une limite pour conserver la qualité de cette pratique, mais également pour permettre un équilibre de vie (cela est personnel). La population n'est pas triée mais les couples font le choix d'un accompagnement global de la maternité. Il y a un équilibre quand à la parité des femmes (primipare et multipare). De 1985 à 1991 (octobre), les parents intéressés ont la possibilité de choisir le lieu d'accouchement (structure institutionnelle ou domicile).

Il est nécessaire que les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global de la naissance, soient en lien étroit avec des médecins obstétriciens et pédiatres d'abord mais aussi, avec des psychanalystes, sociologues, historiens, philosophes, pour que des échanges et des partages existent, pour que d'autres approches soient bénéfiques, pour que les conflits soient créateurs, pour qu'il n'y ait pas de dérives dangereuses.

Les liens avec et dans des structures accueillantes, bienveillantes, respectueuses de la différence sont indispensables aux sages-femmes libérales. Cela nécessite peut-être une reconnaissance de cette pratique différente au sein des institutions et de notre société, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Bilan d'un accompagnement global de la maternité de 1985 à 1992

mortalité maternelle : 0

mortalité néonatale : 0,26 %

En conclusion

J'aimerais vous lire le témoignage de Frédéric et Claire, parents de deux enfants nés en 1991 à la maternité et 1993 à domicile à Nancy.

“Il nous importait que la venue au monde de nos enfants, ne se réduise pas à une opération technique. Nous y voulions de l'humanité, une dimension qui soit à la mesure de nos profonds espoirs, de nos profonds désirs. Nous ne voulions pas que la peur recouvre de sa marque toute la signification de ce moment. La naissance ne se situe pas pour nous hors de la vie, alors pourquoi la reléguer dans un lieu spécialisé ? Pourquoi l'abandonner à d'autres dont les soucis sont étrangers et qui feront de nous des étrangers à la naissance des nôtres ?

La sage-femme n'est pas une simple technicienne. Elle ne vend pas la sécurité. Elle est l'initiatrice de la vie. Récemment, nous avons mis au monde notre deuxième enfant. Je dis nous, mon mari, moi et notre sage-femme.

C'était extraordinaire !

Celle-ci nous a suivis et épaulés tout au long des deux grossesses. C'est elle qui prescrivait les examens à faire, qui écoutait le bébé et nous aussi. Elle répondait à toutes nos questions, tant sur le plan physiologique que psychologique. Elle a su partager nos joies et dissiper nos angoisses et je crois qu'à travers notre relation d'échange, nous l'avons aussi aidée dans ce sens.

Pour la première naissance, nous avons opté pour la clinique ouverte de la maternité régionale (à Nancy). Tout s'y est très bien passé car la sage-femme a été là tout le temps, avant, pendant et après, nous aidant à vivre le moment de la naissance le plus naturellement possible et à imposer nos choix (allaitement en particulier) au reste du personnel médical (le bébé ayant été hospitalisé pendant vingt-quatre heures en néonatalogie pour ictère).

Pour la seconde naissance, nous avons décidé d'accoucher à domicile, ayant bien pesé le pour et le contre, et ayant envisagé et résolu (dans la théorie) les problèmes pouvant se poser.

Et là, ça a été fantastique !

Chacun de nous trois savait ce qu'il avait à faire et était là, bien à sa place, en toute confiance. Le bébé est arrivé tout seul et nous évoquons encore ce moment avec joie et fierté. Pour nous, l'important était que la sage-femme soit là, qu'elle nous accompagne tout le long de notre chemin.

Grâce à elle, nous étions sûrs que tout irait bien !

6.3 Annexe 3 : La maison de naissance

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le point de vue de la médicalisation croissante de la Naissance, liée à une vision centrée sur la pathologie, perd de sa vigueur dans notre pays. Des femmes de plus en plus nombreuses souhaitent une approche plus humaine de la Naissance, soutenues par des sages-femmes et quelques obstétriciens pour qui la grossesse et l'accouchement sont, avant tout, des phénomènes physiologiques.

C'est dans cet esprit que ce sont regroupés les deux syndicats de sages-femmes (l'O.N.S.S.F. et l'U.N.S.S.F.), l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales, la Fédération Nationale de Parents Naissance et Libertés, et l'antenne française du Netzwerk réseau européen des Maisons de Naissance, pour étudier et proposer la création de "Maisons de Naissance" en France. Ce document, qui est une synthèse des travaux veut être un trait d'union entre les différents projets qui voient le jour un peu partout en France.

CONSTATS PREALABLES

La volonté d'améliorer les conditions de la Naissance, en particulier les taux de mortalité périnatale et maternelle, a entraîné en France une surmédicalisation, seule solution envisagée par nos dirigeants pour assurer une meilleure sécurité.

Les premiers résultats sont décevants.

L'Express du 27/11/98 donnait les estimations suivantes sur huit pays européens :

5^{ième} rang pour la France quant à la mortalité périnatale avec un taux de 7,6 pour 1000 contre 4,1 en Islande ;

7^{ième} rang pour la France quant à la mortalité maternelle avec un taux de 15 pour 100 000 contre 6 en Norvège.

Le nouveau plan de périnatalité s'articule autour de la mise en réseau des structures liées à la périnatalité pour une meilleure organisation des soins. Si l'on peut se réjouir d'une telle mesure, elle s'accompagne malheureusement de la fermeture de nombreuses petites maternités, ce qui va entraîner une concentration des naissances dans des structures de plus en plus grandes, imposant un modèle unique de prise en charge des femmes enceintes. Cette situation risque de s'aggraver avec la diminution du nombre des obstétriciens qui paraît inévitable pour le Professeur Emile Papiernik-Berkhauer.

Voici quelques extraits de son intervention à la conférence de consensus des Gynécologues Obstétriciens qui a eu lieu à Paris en décembre 1998 : "On peut envisager, dans l'hypothèse la moins pessimiste, un déficit de 100 spécialistes par an, ce qui fait passer de 3800 spécialistes de l'Obstétrique en 1997 à 2600 en 2009.

Les nouveaux professionnels jugent inacceptables les modes de vie imposés par la présence de seulement deux ou trois professionnels dans une maternité (...). Ils jugent que le nombre minimal de spécialistes par équipe à laquelle ils sont prêts à s'intégrer est de 6 au moins et de 8 si possible (...). L'adjonction de cette contrainte de la pratique professionnelle dans le modèle va entraîner une réduction très importante du nombre des maternités capables de fonctionner en respectant cette exigence." A ceci vient s'ajouter le fait que les sages-femmes sont de par leur formation, de moins en moins capables d'assurer les accouchements d'une manière autonome. Devant une telle situation, notre démarche s'inscrit dans un double but :

créer des structures qui soient une alternative à l'accouchement en structure hospitalière, afin de garantir le libre choix des femmes du lieu et des conditions de la Naissance de leur enfant, comme le recommandent l'O.M.S. et le Parlement Européen dans sa résolution pour une charte des Droits de la Parturiente (cf. annexe) ;

répondre à la diminution des praticiens en revalorisant la pratique et l'autonomie des sages-femmes qui sont, avant tout, les spécialistes de l'accouchement physiologique.

DEFINITION

La définition d'une Maison de Naissance s'articule autour de cinq grands principes que nous allons développer :

Une Maison de Naissance est un lieu d'accueil des femmes enceintes.

Elles y sont accueillies ainsi que leur famille, dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. Les sages-femmes en assurent la responsabilité médicale, en toute autonomie et conformément à leur compétence légale.

La Maison de naissance doit être un service accessible à tous.

L'article L. 374 du Code de la Santé Publique définit les compétences de la sage-femme : "L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi que la surveillance et la pratique de l'accouchement et des soins post-natals en ce qui concerne la mère et l'enfant". Pour l'autonomie, nous pouvons rappeler l'article 7 du Code de Déontologie : "La sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit".

La Maison de Naissance veut être un choix différent du domicile et de la structure hospitalière offrant une très grande qualité d'accueil et une sécurité optimale. Cette dernière est garantie par un travail rigoureux des sages-femmes, en particulier au niveau de la prévention, afin de rester dans le cadre de la physiologie.

Dans la Maison de Naissance, les sages-femmes pratiquent l'accouchement eutocique des femmes en bonne santé c'est à dire sans perfusion d'ocytocique (syntocinon) et sans rupture artificielle des membranes. Le suivi des femmes répond à la notion d'accompagnement global de la maternité qui associe une femme et une sage-sage-femme référent, pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'après naissance.

Dans le système actuel, de nombreuses femmes se plaignent d'avoir affaire à de nombreux praticiens, sans qu'une véritable relation de continuité puisse s'établir. C'est pourquoi, nous tenons à l'accompagnement global qui permet à une femme et une sage-femme d'établir une solide relation, basée sur l'écoute et la confiance mutuelle. Cette relation qui se développe tout au long de la grossesse, permet à la sage-femme de tenir compte de chaque femme (aspects physique, psychologique, familial, social..) et d'assurer un suivi de qualité où prime la prévention ; elle permet à la femme de préparer réellement la naissance et l'accueil de son enfant et d'acquiescer un sentiment de sécurité. La sage-femme référent fonctionnera avec une autre sage-femme, qui pourra, le cas échéant, la remplacer pour l'accouchement, en accord avec la parturiente.

Une Maison de naissance est un établissement sans autre équipement médical que celui utilisé par les sages-femmes. Les sages-femmes y apportent leur propre équipement.

C'est une structure autonome située en dehors des établissements hospitaliers.

Une Maison de Naissance n'est pas un établissement hospitalier. Tant que l'accouchement reste dans le cadre de la physiologie, c'est un acte naturel qui ne nécessite aucun équipement spécifique, si ce n'est l'équipement dont la sage-femme a besoin pour exercer son art.

Une maison de Naissance travaille en réseau avec l'ensemble du système et des praticiens de santé.

Le travail en réseau est l'un des garants de la sécurité. Il est de la compétence de la sage-femme de dépister une pathologie éventuelle pendant la grossesse ou en cours de travail et d'orienter la parturiente vers le professionnel le plus adapté.

La Maison de Naissance doit conclure des accords avec les structures hospitalières pour les modalités de transfert.

Une Maison de Naissance est un lieu convivial qui respecte la liberté et le besoin d'intimité des parents.

Ce dernier point est une des bases et la spécificité des Maisons de Naissance. C'est avant tout une Maison, c'est-à-dire que la femme et sa famille doivent être accueillies dans une ambiance chaleureuse qui replace vraiment la Naissance et l'accueil de l'enfant dans sa dimension humaine. En dehors du respect de certaines règles collectives qui feront l'objet d'un règlement intérieur, chaque femme doit être écoutée et respectée.

Il est fondamental que les parents participent au fonctionnement de la Maison.

LE POINT SUR LES EXPERIENCES EXISTANTES

La situation par rapport à la Naissance varie suivant les pays, et notre démarche s'appuie sur les considérations suivantes :

Aux Pays-Bas, l'organisation des soins permet à un peu plus de 30% des femmes d'accoucher à domicile avec des résultats équivalents à ceux de la France. Cet exemple montre que la sécurité s'envisage différemment en réalisant une bonne correspondance entre une femme enceinte et un lieu d'accouchement.

Tout lieu est sécuritaire à partir du moment où il reçoit des femmes qui lui correspondent et qu'il fait partie d'un réseau qui fonctionne.

L'idée des Maisons de Naissance n'est pas neuve ; elles ont vu le jour aux Etats -Unis depuis trente ans, et les Maisons de Naissance fonctionnent en Allemagne (environ 50) et en Suisse (10 avec de nouveaux projets en cours), au Canada (8 projets pilotes ont été expérimentés depuis 1990, 7 ont été évaluées et donnent toute satisfaction. Au vu des résultats, la profession de sage-femme vient d'être légalisée en juin 1999).

CONCLUSION

Dans les résultats de la Conférence de Consensus que nous avons évoquée précédemment, une des voies de recherche proposée est la suivante :

“Etudier à titre expérimental la création de Maisons de Naissance sous la responsabilité de Sages-Femmes sous deux conditions de sécurité : leur appartenance à un réseau et leur proximité d’un centre d’obstétrique.”

Dans cette optique, nous voulons engager une concertation avec le Ministère de la Santé et les partenaires des réseaux, afin d’étudier les modalités de mise en place de “projets pilotes”. Certains projets existent déjà et n’attendent que l’agrément des autorités pour démarrer.

Dans un contexte où la naissance tend vers l’uniformisation, nous pensons que la diversité est la garantie d’une démocratie véritable et que les Maisons de Naissance ont un rôle à jouer dans l’organisation périnatale en France.

Elles permettraient, en particulier :

d’offrir une alternative à l’accouchement en structure hospitalière, pour les femmes qui désirent un accompagnement global et un lieu pour un accouchement physiologique ;

d’offrir une alternative pour des maternités de proximité et de maintenir ainsi un choix réel pour de nombreuses femmes ;

de créer des lieux de formation pour les sages-femmes ;

de réaliser des économies financières, car il semble évident qu’un accouchement en Maison de Naissance sera bien moins coûteux que dans une structure hospitalière.

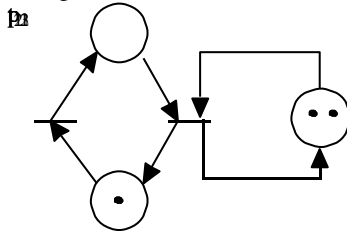
Maison de Naissance – Groupe National de réflexion sur les Maisons de Naissance – Paris juin 1999

6.4 Annexe 4 : Les réseaux de Petri

DEFINITION

Un réseau de Petri est un graphe orienté défini par un quadruplet $\{P, T, A, M_0\}$ où :

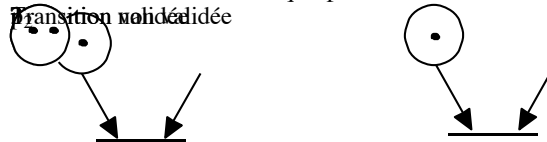
- P est un ensemble fini de places représentées par des cercles
- T est un ensemble fini de transition représentée par des traits
- A est un ensemble d'arcs orientés assurant la liaison entre une place et une transition ou une transition et une place. Les arcs peuvent être valués.
- M_0 ($P \cong \mathbb{N}^+$) C'est le marquage initial du réseau précisé par la présence (ou l'absence) de une ou plusieurs marques à l'intérieur des places.



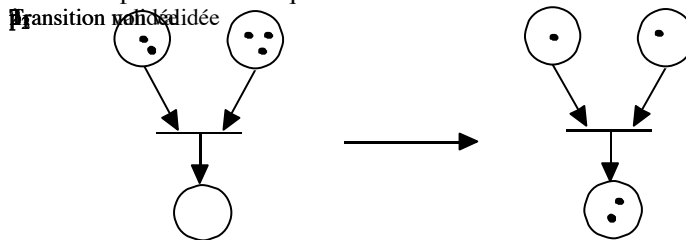
p_1 est la place d'entrée de la transition t_1 et place de sortie de la transition t_2 . p_2 est à la fois place d'entrée et de sortie de t_1 .

REGLES DE FONCTIONNEMENT

Pour qu'une transition soit validée il faut que chaque place d'entrée contienne au moins autant de marques que la valuation de l'arc reliant chaque place à la transition :



Une transition validée peut être tirée. Le tir d'une transition consiste à retirer autant de marques dans chaque place d'entrée que la valuation de l'arc reliant la place à la transition et à ajouter autant de marques dans la place de sortie que la somme des valuations des arcs concernés.



Lorsque plusieurs transitions d'un graphe sont simultanément validées, elles sont simultanément tirées (franchies).

GRAPHE D'ETAT

C'est un réseau dans lequel une place au plus est marquée par une seule marque quel que soit le marquage atteint. Les arcs sont alors tous de valuation 1 et toute transition a une et une seule place d'entrée et une et une seule place de sortie.

RESEAUX DE PETRI INTERPRETES

Ces réseaux font partie de la classe des réseaux non autonomes dont l'évolution ne dépend plus uniquement de l'état du réseau mais aussi d'un environnement qui lui est associé.

Définition

Un Réseau de Petri Interprété est un réseau de Petri $\{P, T, A, M_0\}$ auquel on adjoint

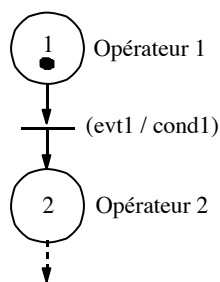
- un sous système opératif $\{V, Op, C, E\}$ où,
 - * V est un ensemble de variables,
 - * E est un ensemble d'événements externes contenant l'événement e toujours présent
 - * Op est un ensemble d'opérateurs sur les variables de V
 - * C un ensemble de conditions sur les variables de V y compris la condition c toujours vraie
- une application de $P \cong Op$ qui associe un opérateur à chaque place du réseau
- une application de $P \cong R$ définissant un temps pendant lequel la marque sera indisponible dans la place et donc ne pourra pas valider les transitions en aval. Cela représente "physiquement" le temps d'exécution de l'opérateur associé à une place,
- une application de $T \cong E$ qui associe un événement à chaque transition,
- une application de $T \cong C$ qui associe une condition à chaque transition.

Règles de fonctionnement

Ce sont les mêmes règles de fonctionnement que les réseaux autonomes avec en plus :

- une transition est validée si toutes les places amont sont marquées et si toutes les marques sont disponibles,
- une transition n'est réceptive à son événement associé que si elle est validée,
- pour qu'une transition soit franchie il faut qu'elle soit validée, et que la condition associée soit vraie et que l'événement associé soit présent.

La figure suivante montre comment le sous système opératif est introduit dans le formalisme des réseaux de Petri.



7 BIBLIOGRAPHIE

- [ANDEM 96] Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
"Guide de surveillance de la grossesse" – (page 9) - ANDEM 1996
- [Aubry 91] Jean François Aubry Christian Zanne
"Intégration de la sûreté de fonctionnement dans la conception des systèmes de commande des processus électromécaniques" - Revue APII (p.297 - 324) - 0296 - 1598 / 1991 / 04
- [Baylac 99] François Baylac
"De la qualité à l'accréditation des établissements hospitaliers : contribution à la définition de procédures dans un service d'anatomie et de cytologie pathologiques"
Mémoire DEA GSI – Nancy Septembre 1999
- [Bergeret 00] Bergeret-Amselek Catherine
"Devenir parents en l'an 2000" - Éditions Desclée de Brouwer 2000
- [Bergeret 98] Bergeret-Amselek Catherine
"Le mystère des mères" - Éditions Desclée de Brouwer 1998
- [BONSF 99] Bulletin de l'Ordre National des Sages-Femmes
Conseil National - Paris - N° 47 page 10 – 1999.
- [Breas 92] Marielle Breas
"La logique de la complexité : Introduction à la systémique". Document transmis par l'auteur non publié.
- [Bui 98] Bui Minh Duc
"Conception et modélisation objet des systèmes temps réel/principes de base en modélisation objet" - Editions Eyrolles 1998.
- [Coulon 82] Coulon-Arpin Madeleine
"La maternité et les sages-femmes de la préhistoire au XXème siècle" Tome II
page 95 - Les éditions Dagosta 1982
- [CNGOF 96] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
Société Française de Médecine Périnatale
La Fédération Nationale des Associations de Sages-Femmes
La Fédération Nationale des Groupes d'Études en Néonatalogie et Urgences Pédiatriques
avec la participation de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.
" Guide de surveillance de la grossesse" Service Communication et Diffusion de l'ANDEM 1996
- [C Europe 92] Droits de l'Homme. Déclaration universelle des droits de l'Homme – déc. 1948
Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes - décembre 1979
- [Cyrulnik 95] Cyrulnik Boris
"De la parole comme d'une molécule. Entretiens avec Émile Noël" - page 47 - Essais 299 Points - Éditions Eshel 1991, 1995
- [Daloz 75] "Codes de la Santé Publique de la famille et de l'aide sociale".
Edition Daloz 1975
- [Desjardins 93] Sergine Desjardins
"Médecins et Sages-femmes" (pages 18 à 19) Éditions Québec/Amérique inc. 1993

- [De Rosnay 75] De Rosnay Joël
"Le microscope. Vers une vision globale" - Points 80 - Éditions du Seuil 1975
- [De Rosnay 88] De Rosnay Joël
"L'aventure du vivant" - Sciences S73 Points - Éditions du Seuil 1988
- [De Rosnay 95] De Rosnay Joël
"L'homme symbiotique" - Points P 357 - Éditions du Seuil 1995
- [Ferguson 81] Marilyn Ferguson
"Les enfants du Verseau pour un nouveau paradigme" – (pages 181 à 183)
Éditions Calmann-Lévy 1981
- [Gélis 84] Jacques Gelis
"L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne XIVE-XIXe siècle"
(pages 169 à 187), Editions Fayard, Paris 1984
- [Gélis 88] Jacques Gelis
"La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie", Editions
Fayard, Paris 1988.
- [Guidat 98] Claudine Guidat
"Épistémologie de la recherche" Cours dispensé à l'ENSGSI (DEA). Non publié
- [Jaulent 94] Patrick Jaulent
"Génie logiciel les méthodes- SADT..." Editions Armand Colin 1990,1992,1994
- [Jeanvoine 93] Christiane Jeanvoine
"L'accompagnement global de la maternité".
Entretiens des Sages-Femmes - Entretiens de Bichat - Paris septembre 1993
- [Jeanvoine 94] Christiane Jeanvoine
"Accouchement à domicile en Lorraine".
XXIVèmes journées de la société française de médecine périnatale - Vittel 1994.
- [Jeanvoine 98] Christiane Jeanvoine
"Réflexions éthiques à propos de la mise au monde d'un être humain" - Diplôme
d'Éthique Médicale - Facultés de Médecine de Nancy (UHP) et Strasbourg (ULP).
- [Jeanvoine 98] Christiane Jeanvoine et Collectif "Naissance et Accueil"
"Pour de nouveaux lieux de naissance" - Non publié.
- [Jeanvoine 99] Christiane Jeanvoine
"Reportages sur les Maisons de Naissance en Suisse (Wald - Zurich) et au Canada
(Québec - Montréal)" – Lettre aux adhérentes – Association Nationale des Sages-
Femmes Libérales. Décembre 99 / Mars et juin 2000
- [J.O. 92] Journal Officiel de la République Française
Décret n° 92-143 relatif aux examens obligatoires prénuptial, prénatal et
postnatal - 14 février 1992
- [Jodelet 93] Denise Jodelet – Michel Vovelle
"Les représentations images trompeuses du réel" - Sciences humaines N° 27 avril
1993
- [Joras 96] Michel Joras
"Le constructivisme en quête de sens" page 12-13
Management France n° 97 1996

- [Lecllet 00] Lecllet Hervé - Vilcot Claude
"Construire le système qualité d'un établissement de santé". Fascicule de documentation AFNOR : FD S 99 130 inclus - 2000
- [Milonas 96] Nicole Milonas - Régis Ribette
"Le constructivisme -Le nouvel art des constructions managériales".
Management France n° 97 1996
- [Morin 77] Edgar Morin
"La méthode 1. La Nature de la Nature" - Essais 123 Points - Éditions du Seuil 1977
- [Morin 90] Edgar Morin
"Science avec conscience" - Nouvelle édition Sciences Points S 64 - Éditions du Seuil 1990
- [OMS 85] Organisation Mondiale de la Santé
"Rapport sommaire" Conférence interrégionale conjointe sur la technologie appropriée à la naissance - Fortaleza Brésil 1985
- [P.E. 88] Parlement Européen
"Droits de la parturiente. Résolution sur une Charte des droits de la parturiente"
Doc. A2-38/88 - 1988.
- [Sibony] Daniel Sibony
cité dans [Bergeret 00]
- [Schmitt 99] Christophe Schmitt
"La dynamique de la valeur : contribution à la création de valeur en P.M.E. par la notion de désordre" - Thèse de Docteur de INPL / ENSGSI – Nancy Décembre 1999
- [Schmitt 98] Christophe Schmitt
"Traitement Qualitatif de l'Information" Cours dispensé à l'ENSGSI (DEA). Non publié
- [Thomine 93] Philippe Thomine
(animateur du Collectif de parents "Naissance et Accueil" à Nancy)
"Oser la Vie" : Actes du Forum Européen "Naissances et Libertés" - page 26
Toulouse 1993 – Editeur : Fédération Nationale de Parents "Naissance et Liberté".
- [Tourné 99] Claude-Émile Tourné
"Le Naître Humain. Cette naissance qui vient à l'homme"
Editions L'Harmattan 1999.
- [Vuille 99] Marilène Vuille
"Changer la Naissance pour changer la société ?" pages 3 à 6
Dossiers de l'Obstétrique - Vol "Les Maisons de Naissance" n° 271 - avril 1999
- [Weinberg 94] A. Weinberg
"La fausse querelle des méthodes" – Sciences Humaines N° 35 janvier 1994
- [Zanne 90] Christian Zanne Jean François Aubry
"Une méthode de conception des systèmes de commande numérique pour une classe de processus rapides - Revue APII (p.435 - 456) - 0296 - 1598 / 1990 / 05.
- [Zannin 97] J.P. Zannin
"Cahier des charges fonctionnel" Techniques de l'Ingénieur, traité Génie industriel
A 5 090 –1 à 6