

Entrer dans la danse ? Pour un autre accompagnement de la naissance

Gaëlle Chapoix, chargée de projet au service Éducation permanente de la Fédération de maisons médicales

Apparence, performance, urgence : tel est le triple culte qui imprègne notre société occidentale néolibérale. Il prescrit la quête illusoire de la performance absolue, professionnelle, sociale, familiale... Il impose de parer son plus beau costume de scène pour, à tout le moins, sauver au mieux les apparences. Il met sous pression chaque expérience de la vie car il n'est plus tolérable de laisser le temps au temps... et parce que l'idéologie du risque implique la recherche de la maîtrise et du contrôle à tout prix.

À l'aube même de la vie, parents, soignants et petits d'homme sont eux aussi soumis à cette tyrannie qui est pourtant en totale contradiction avec la nature même de la naissance : incompressibilité du temps de la grossesse et de l'accouchement, imprévisibilité du déroulement et du dénouement, lâcher-prise nécessaire pour mettre au monde un bébé et naître à sa nouvelle identité de parent, c'est-à-dire entrer dans ce « métier » que Freud qualifiait d'« impossible »...

Mots clefs : naissance, précarité, médecine générale, sage-femme, grossesse.

« Plus grand est le besoin de développer les capacités d'agressivité dans une société donnée et plus agressifs sont les rituels et les croyances dans la période qui entoure la naissance ».

(Michel Odent, 2001)¹

Les conséquences de ce décalage sont nombreuses et peuvent déjà se faire sentir bien avant la conception. Le souci de se réaliser professionnellement dans ce contexte de concurrence exacerbée et de course à la performance conduit de plus en plus de femmes et de couples à devenir parents tardivement. Nos modes de production et de consommation révèlent petit à petit leurs impacts sur la santé et la fertilité humaine. La volonté de contrôler le moment de la conception liée à l'urgence à procréer grandit comme rétrécit le temps qui sépare les couples du diagnostic d'infertilité (établi désormais après un an de tentatives infructueuses). Parallèlement, les techniques de procréation médicalement assistée (PMA) se développent. À leur coût financier individuel et collectif peut s'ajouter un coût physique, psychique et émotionnel pour le couple et l'enfant. Si la PMA peut redonner espoir et offrir des pistes pour faire face à la souffrance de certains couples, elle pourrait ouvrir à long terme potentiellement la voie à l'emballage technique voire à la quête de l'enfant parfait. La vigilance éthique est donc cruciale en ce domaine.

« Les effets pourraient être entre autres retard de croissance, risque accru de fausse couche, augmentation

du risque d'hémorragie placentaire et d'accouchement prématuré, cascade de mécanismes neuroendocriniens et immunitaires (Hubinont, 2009)². »

Par ailleurs, les grossesses adolescentes se multiplient également, comme une ultime manière de se créer une identité et un statut social dans une société où il est difficile de se faire une place et de se sentir reconnu.

Ces neuf mois-là

Une fois la conception confirmée, le rythme accéléré de la vie risque de court-circuiter celui de la double grossesse, physique et psychique, qui constitue à elle seule « un travail à temps plein ». Les contractions précoces de plus en plus fréquentes en sont sans doute un symptôme (Szejer, 1994)³. Dans le meilleur des cas, le signal d'alerte est ressenti et respecté, menant à du repos. Souvent, il fait plutôt l'objet d'un traitement médicamenteux qui permet ou non la poursuite de l'activité professionnelle. Dans le pire des cas, cela aboutit à une naissance prématurée, en augmentation ces 20 dernières années (7 à 10% des naissances selon Hubinont, 2009)², avec les probables impacts psychiques sur la famille entière et les 6 à 10% de complications neurologiques pour les nouveau-nés trop tôt.

• Entrer dans la danse ?

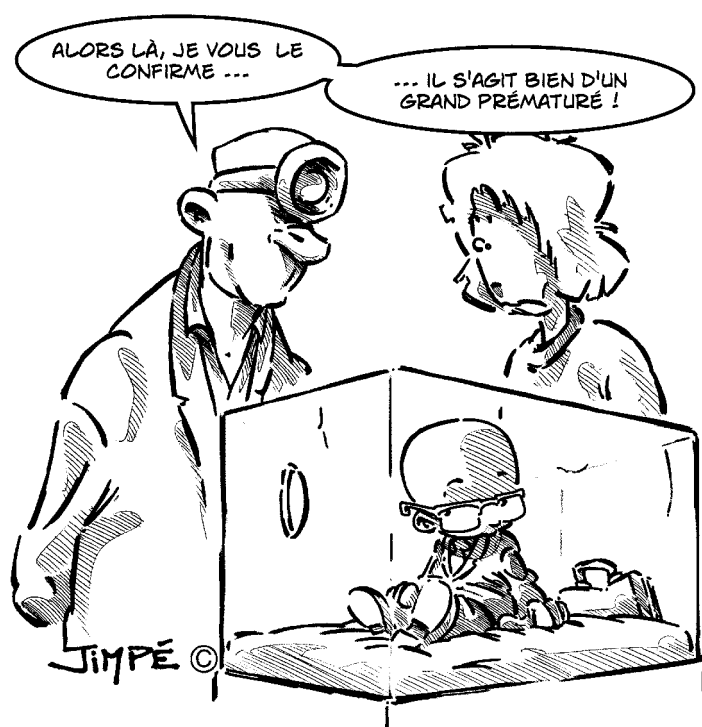
Comme dans le cas d'une relative difficulté à procréer, le sentiment d'incapacité à mener de front grossesse et vie professionnelle et pire encore à mener la grossesse à terme, si elle ne s'accompagne pas de mots justes, pourra influencer négativement la représentation que la femme se fait d'elle-même en tant que mère. Que dit d'elle ce « manque de performance » ? Ces neuf mois sont également jalonnés d'exams divers, d'autant plus nombreux que la femme est âgée : échographies, tests sanguins ou autres, amniosynthèse... Autant de moments qui soulèvent la question de la normalité du bébé à naître et qui peuvent perturber ou interrompre, le temps de l'attente de résultats, le processus de l'enfant rêvé à travers lequel doucement se tisse l'attachement parental.

« Paradoxalement, l'amélioration de la sécurité à la naissance s'accompagne d'une montée en puissance de l'inquiétude des femmes enceintes. La médecine, à un moment ou à un autre de la grossesse, va remettre en cause la capacité spontanée qu'ont les femmes à fabriquer leur bébé, à signifier que tout va bien ou que, au contraire, quelque chose les inquiète. C'est comme si la dimension psychique de la grossesse s'arrêtait ou du moins se mettait entre parenthèses, dans l'attente d'un feu vert médical. » (Szejer, 2006)⁴.

Ainsi, les femmes ne sont plus représentées et ne se représentent plus elles-mêmes comme espace de sécurité et de protection pour leur bébé. Elles font elles-mêmes

partie des risques pour l'enfant. « L'insécurité des femmes prend la forme de l'obsession de la normalité et d'une peur diffuse qui vient à désigner l'indéfini, l'incertain, l'inconnu, même en dehors de tout danger réel. Cette peur diffuse et l'obsession de la normalité les rendent perméables à la technologie. » (Lemay, 1983)⁵. Un cercle vicieux s'enclenche alors, accentué par les exigences techniques grandissantes exprimées par les patients eux-mêmes⁶.

Au-delà du risque d'accouchement prématuré et de perturbation du processus d'attachement in utero, le stress de la femme enceinte induit une stimulation des glandes surrénales fœtales, et une augmentation du cortisol dans le sang et le liquide amniotique. Les effets, encore peu connus, pourraient être entre autres retard de croissance, risque accru de fausse couche, augmentation du risque d'hémorragie placentaire et d'accouchement prématuré, cascade de mécanismes neuroendocriniens et immunitaires (Hubinont, 2009)⁷.



••••• Accoucher...

« Accoucher à l'hôpital, c'est accepter de se soumettre aux traitements standards imposés par l'institution dans ce cas. Ainsi, la jaquette de l'hôpital, le rasage de la vulve et parfois du pubis, le soluté intraveineux, la position couchée, l'interdiction de boire et manger, la rupture artificielle des membranes, le transfert à la salle d'accouchement équipée d'étriers surélevés, l'anesthésie locale, l'épisiotomie et les points de suture ainsi que l'injection d'ocytociques dans le soluté après

l'accouchement font partie de la routine que subissent la majorité des femmes qui accouchent. Et il s'agit d'un minimum ! ». (Laurendeau, 1983)⁸.

Trente ans plus tard, la « jaquette » est devenue de plus en plus rare ; maternités et gynécologues allègent cette liste à laquelle on peut pourtant encore ajouter entre autres le monitoring en continu pendant le travail, le déclenchement de l'accouchement ou induction, l'anesthésie péridurale, les forceps et la césarienne. Or, une intervention en entraîne souvent une autre dans un effet domino (deThysebaert, 2011)⁹. Ainsi par exemple l'induction du travail, pour raisons médicales mais aussi par convenance pour le couple ou le gynécologue concernerait 30 à 40% des naissances chez nous (Hubinont, 2009)². Or, elle est associée à un risque plus élevé d'accouchement instrumenté par forceps et ventouse et de césarienne. Celle-ci, qui concernerait aujourd'hui près d'1 naissance sur 5 en Belgique¹⁰, en plus des coûts qu'elle implique¹¹, est loin d'être anodine : 4 fois plus de risque de décès maternel, thromboses, hémorragies, infections, moindre stimulation des centres émotionnels responsables de l'attachement et risque plus élevé de dépression post-partum, plus de problèmes respiratoires pour les bébés, ainsi que de complications allergiques, et risque majoré de diabète dans l'enfance. Le manque de mobilité pendant le travail et, à l'expulsion, la position couchée sur le dos, nommée à juste titre « position gynéco », augmente également le risque de complications.

••••

Accompagner ?

Selon Nicole Aubert (2003)¹², « les 'cultures de l'urgence' se caractérisent par une survalorisation de l'action conçue comme un antidote à l'incertitude ». Autour de la naissance, ce climat conduit à intervenir là où il serait souvent plus juste d'écouter et d'accompagner. Poizat (2004)¹³ prend l'exemple de la demande de péridurale. Celle-ci ne constituerait pas une réponse adaptée à l'expression de la peur de la douleur. Cette peur serait selon elle une peur de la séparation, de la mort, pour l'enfant, pour la mère, une peur de ne pas être à la hauteur. Les angoisses plus profondes sont ainsi colmatées, réduites au silence par voie chimique, avec tous les effets secondaires possibles au niveau psychique pour le bébé et ses parents. À cela s'ajoutent des effets secondaires possibles au niveau physiologique pour la mère et le bébé et les risques de complication à l'accouchement. Elle fait la distinction entre « souffrir » et « être en souffrance », le premier invitant à une réponse médicale pour faire céder la souffrance réduite à la douleur et le deuxième nécessitant d'offrir une présence attentive, comme témoin de la naissance, de ce passage.

Cette invitation à entendre autrement la demande de péridurale ne remet bien sûr pas en question l'intérêt de celle-ci dans certaines circonstances.

Plus largement, les protocoles tendent à « normaliser » un processus unique, niant les individualités, les ressources et les besoins de chacun. Ainsi, l'injection d'ocytociques risque d'empêcher le travail de le ralentir quand le bébé et sa mère en

ont peut-être besoin pour récupérer physiquement ou celle-ci pour naître mère. « *Les logiques du risque et de l'urgence sont trop fortes et ne sont pas compatibles avec le temps de la physiologie* » (Jacques, 2007)¹⁴.

••••

Et après...

Au-delà des impacts déjà évoqués, une naissance surmédicalisée peut ainsi laisser un sentiment de dépossession, voire d'infantilisation. Beaucoup de femmes partagent ensuite l'impression de s'être fait voler leur accouchement, de ne pas avoir su mettre le bébé au monde, ce qui porte d'emblée atteinte au sentiment de compétence parentale et teinte la relation parent-enfant. Même dans le cas d'une médicalisation justifiée, il est important que les gestes posés soient expliqués et qu'un espace de parole soit ouvert aux parents pour mettre des mots sur leurs vécus. Or il est souvent fermé, faute de temps ou de cadre adapté voire par crainte de la remise en question des choix posés par les soignants.

Par ailleurs, le souci de réduire la note pour l'INAMI a conduit à raccourcir la durée du séjour en maternité qui s'achève désormais au troisième jour, aux balbutiements de l'allaitement et à l'émergence d'un éventuel baby-blues.

Enfin, en remplaçant petit à petit les rites familiaux d'autrefois par des protocoles, la médicalisation de la naissance a laissé de nombreux vides, notamment en termes de sens, de contenant et d'accompagnement de la période postnatale.

• Entrer dans la danse ?

« Même si la mère et le bébé vont bien, on fait une épisiotomie, alors qu'un peu plus de temps l'aurait souvent évitée ; on accélère les contractions, alors qu'un espace de huit minutes entre elles leur laisse à tous les deux le temps de se reposer et de reprendre des forces. Il en va ainsi également de la surveillance continue du rythme cardiaque fœtal. On ne peut jamais évaluer à quel prix, plus tard, une famille paiera une intervention intempestive et sans explications suffisantes au cours de la naissance d'un enfant. On rencontre assez souvent des femmes effondrées qui, des années après, évoquent une césarienne mal acceptée ou un forceps vécu comme une blessure narcissique jamais cicatrisée. Les

psychanalystes, les pédiatres, qui reçoivent certains des bébés nés dans ces conditions témoignent de leur souffrance. Pour eux, la naissance aura fait traumatisme. Non pas le fameux 'traumatisme de la naissance' freudien, mais celui dû aux circonstances de la mise au monde, et qui, chez certains, laissera des traces parfois indélébiles dans le psychisme. » (Szejer 2006)⁴.

•••• Vers une médicalisation raisonnée ?

Dans cette culture dominante de la naissance surmédicalisée, l'identité des soignants comme des parents est

en jeu. Largement diffusés, à travers la presse de vulgarisation, les cours de préparation à la naissance en maternité, et dans les cabinets de consultations, les conseils de prévention sont intériorisés. Selon Jacques¹⁴, ils visent à ce que les comportements subjectifs correspondent aux normes biomédicales, jusqu'à l'émergence d'une demande croissante d'intervention de la part des parents eux-mêmes. Ce renversement dans la relation de soin prend place dans un contexte de désacralisation du médecin dont l'erreur individuelle est jugée inacceptable en raison de la croyance en une technique toute-puissante. Les pratiques et l'identité-même des soignants sont donc elles aussi influencées par une surmédicalisation à effet boule de neige, qui peut notamment rapporter gros et protéger d'un éventuel procès.

Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1997)¹⁵ ou la plus récente étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE, 2010)¹⁶ qui mettent en lumière les risques de dérives de la technologie et pointent l'importance d'informer les futurs-parents afin de permettre des choix conscients et de respecter ces choix dans la mesure du possible ne suffisent pas à enrayer cet effet boule de neige, même si elles y contribuent.

L'incitant financier est utilisé par certaines mutuelles qui ont choisi d'encourager l'accouchement à domicile ou en maison de naissance par l'octroi d'une prime. La rémunération du médecin au « non-acte » plutôt qu'à l'acte et une revalorisation financière de l'accouchement par voie basse par rapport à la césarienne permettrait peut-être de réduire les



risques d'intervention non nécessaire. Pour Bel (2005)¹⁷, « *La 'démédicalisation' de l'accouchement ne se limite pas à l'eutocie ou refus d'actes médicaux dont la nécessité n'est pas prouvée. Elle implique un retournement de point de vue qui resitue cet événement au centre de la vie familiale, alors qu'il a tendance aujourd'hui à se désintégrer dans un univers techno-médical gouverné par des pratiques et protocoles sur lesquels les usagers n'ont aucune prise.* ».

••••

Un mouvement collectif

Il s'agirait donc plus largement d'opérer un changement culturel vers une réappropriation de la naissance. Dans l'esprit initié par Frédéric Leboyer, le mouvement pour l'humanisation des naissances qui s'est développé parallèlement à la médicalisation participe à la construction d'une contre-culture. Des associations de parents, sages-femmes, médecins, sociologues et autres ont contribué chacun à leur manière à éclairer les effets de la surmédicalisation, à développer de nouveaux possibles notamment en termes de lieux de naissance, à susciter le débat et la réflexion sur les orientations prises et soutenir le dialogue parents-soignants. Une certaine prise de conscience est ainsi en route dans le secteur hospitalier, où les pratiques évoluent petit-à-petit vers plus de respect des parents, du bébé et de la physiologie, avec par exemple la formation de l'équipe à la mobilité de la femme pendant le travail, la possibilité d'accoucher dans d'autres positions, l'ouverture de « salles nature », voire de « pôles

physiologiques » pour les couples qui souhaitent le moins de médicalisation possible...

Le soutien du changement à partir des parents peut prendre bien des formes : réunion d'échanges d'expérience et d'information entre parents, comme les propose Alter-NativeS¹⁸ en plus d'une large diffusion d'informations en la matière ; préparation à la naissance dans une optique émancipatrice qui soutient entre autres l'élaboration d'un projet de naissance parental et éclaire le contexte sociétal ; accompagnement personnalisé qui tient compte du caractère unique de chaque grossesse dans ses multiples dimensions, physique mais aussi psychique, relationnelle, sociale et sociétale...

••••

La place de la première ligne

Sortir de la logique de pathologisation de cette étape de la vie, c'est aussi appliquer l'échelonnement des soins de santé à ce secteur. L'obstétrique retrouverait sa juste place de suivi et traitement des pathologies, laissant aux sages-femmes, médecins généralistes et autres intervenants de première ligne, l'accompagnement de plus de 90% des grossesses. Certaines maternités évoluent en ce sens en accordant une place grandissante aux sages-femmes, à travers la prise en charge des suivis de grossesse par celles-ci (totalement ou en alternance avec un gynécologue) ou l'accès aux plateaux techniques pour permettre aux couples qui le souhaitent d'accoucher en maternité avec leur sage-femme. Les sages-femmes libérales offrent également des alternatives en termes d'accompagnement – le gynécologue

peut n'être consulté que pour les trois échographies recommandées et en cas de dépistage de pathologie – comme de lieux de naissance avec les accouchements à domicile ou en maisons de naissance.

Dans cette logique, certaines maisons médicales ont fait le choix d'offrir un suivi de grossesse par une sage-femme ou un médecin généraliste, parfois en collaboration avec un(e) kinésithérapeute pour la préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale postnatale. Sous l'éclairage du contexte sociétal croisé avec les valeurs et les critères de qualité des soins du mouvement, le développement d'un projet d'accompagnement périnatal en maison médicale semble prendre tout son sens. Il peut en effet être précieux pour la femme enceinte et le couple de pouvoir vivre cette période de transformation intense en lien avec un lieu et une équipe connus, avec lesquels une relation de confiance est déjà tissée. L'approche globale et intégrée des maisons médicales permet alors à l'équipe de jouer un rôle contenant, adapté à chaque situation particulière, au contraire des protocoles normalisants. Ce qui sera d'autant plus important pour des publics fragilisés par l'exil¹⁹, la toxicomanie...

La période périnatale est propice à une approche préventive, en termes de santé physique et psychique pour les parents comme pour le bébé. Une équipe pluridisciplinaire qui accorde de l'importance à l'autonomie du patient et le reçoit dans son individualité peut également aider les parents à contacter et mobiliser leurs propres ressources et soutenir ainsi l'émergence du sentiment de

Autres regards

Selon le philosophe Jean-Michel Longneaux²⁰, la grossesse implique un deuil dans le sens d'un changement radical, deuil qui vient se heurter à nos désirs fondamentaux. Désir de toute-puissance : être à la hauteur dans le rôle de mère/père (et aussi en tant que soignants). Désir de fusion avec l'être aimé, avec le bébé... Désir que tout nous soit dû : l'enfant désiré est dû, il doit arriver en bonne santé... et si tel n'est pas le cas, cela est alors vécu comme une injustice. Toute naissance confronte donc la société et l'individu, soignant comme parent, à la finitude, la solitude et l'incertitude, insupportable dans notre société en quête de contrôle. La peur de l'accouchement et la focalisation sur les risques périnataux ne constitueraient-elles pas une réaction à cette confrontation à la réalité ?

Selon Annie Poizat (2004)¹³, la naissance est un moment intense, un passage physique et psychique, par l'amplitude des émotions vécues par les parents et les soignants, un événement social qui touche chacun dans son expérience et son histoire personnelle. Elle soulève le lien avec la peur et la douleur de la séparation réveillée chez les soignants par la violence de l'accouchement – pas destructrice mais bien porteuse de vie – pour qui il est donc plus facile et tolérable de répondre par l'action afin de faire taire leurs propres angoisses.

compétence parentale, en évitant les dégâts causés entre autres par une surmédicalisation infantilisante. Cette approche peut d'ailleurs se prolonger dans un projet de soutien à la parentalité. Il ne s'agit pas bien entendu de confiner l'accompagnement à l'intérieur de la maison médicale mais plutôt de

construire un projet qui peut aussi s'appuyer sur le réseau local. Offrir une préparation à la naissance ou du soutien à la parentalité à la maison médicale ou en lien avec celle-ci peut contribuer à la rendre plus largement accessible et à soutenir ainsi un processus d'émancipation individuelle et collective.



Pour un changement de paradigme

Comme dans le domaine de l'agriculture si l'on suit l'image de Michel Odent dans son ouvrage intitulé *Le fermier et l'accoucheur*²¹, c'est un changement de paradigme qui est nécessaire dans le domaine de la périnatalité. Il est en chantier, à différents niveaux et par différentes portes d'entrée. Il peut se construire entre autres à travers l'action des parents et futurs parents et dans la formation des soignants. Et il est bien entendu indissociable d'un changement de société plus global afin d'agir sur les causes mêmes de la pathologisation de la venue au monde où la réduction de la mortalité a été remplacée par un taux plus important de morbidité (Hubinont, 2009)². Offrir des cours de yoga ou des consultations psychologiques ou même des groupes de parole aux parents et futurs parents constitue seulement un moyen de réduire les dégâts du système actuel voire une voie pour mobiliser parents et soignants afin qu'ils contribuent à la nécessaire transformation en profondeur de nos conceptions de la santé et de notre système de soins, de nos modes de production et de consommation, de nos modes de gouvernance et de nos façons d'être en lien.

Partage d'expériences

Merci à Agathe Perrod, Michel Roland, Lieve Vandeputte, Sandra Fernandez

Agathe Perrod est sage-femme dans la jeune équipe de la **maison médicale Les Balances à Namur**. Sa fonction a été intégrée au projet initial de la maison dans un souci de continuité des soins durant la période périnatale et d'accessibilité des consultations auprès d'une sage-femme pour une plus large population. La grande majorité des prestations de sage-femme étant prises en charge à 100% par les mutuelles, il s'agit surtout d'améliorer l'accessibilité géographique et culturelle. Le projet vise ainsi à offrir un suivi global, de la consultation préconceptionnelle au suivi postnatal en passant par le suivi médical de grossesse et la préparation à la naissance, dans l'optique de l'approche globale en équipe pluridisciplinaire intégrée.

À la **maison médicale Santé Plurielle à Saint-Gilles**, les médecins généralistes prennent en charge des suivis de grossesse. Ils ont depuis toujours pratiqué les suivis de « petite gynéco ». Dans la foulée d'une recherche interuniversitaire (départements de gynécologie-obstétrique et de médecine générale de l'université libre de Bruxelles et de l'université de Liège) visant à faire redescendre en première ligne la prise en charge de cette petite gynéco, ils ont commencé il y a plusieurs années à reprendre des suivis de grossesse à la demande des patientes et en accompagnent ainsi quatre ou cinq par an, en limitant les gestes médicaux au minimum nécessaire, selon les recommandations validées du KCE. La collaboration se fait de préférence avec l'hôpital Saint-Pierre, l'hôpital de proximité à vocation sociale, où les patientes peuvent accoucher avec une sage-femme, sans gynécologue. Les généralistes essaient dans la mesure du possible d'assister à l'accouchement. Ils suivent également des patientes à risques, comme des toxicomanes, mais dans ces cas, en collaboration plus étroite avec un gynécologue. Enfin, comme maîtres de stage, ils contribuent à la formation des futurs médecins généralistes à ce niveau en les encourageant à oser prendre en charge le suivi des grossesses non compliquées qui sont encore perçues comme le fait d'une spécialité.

Le projet périnatal de la **maison médicale Le 35 à Bruxelles** existe depuis de nombreuses années et a évolué au fil du temps. Lieve Vandeputte, médecin généraliste, y réalise des suivis de grossesse depuis 1995. Elle ne pratique plus les accouchements aujourd'hui. Les consultations sont de préférence sur rendez-vous, excepté une matinée par semaine. Une kinésithérapeute haptologue propose une fois par semaine une séance prénatale et une postnatale et une fois par mois des séances de massage-bébé. Les séances prénatales combinent information sur le déroulement de la grossesse et l'accouchement, exercices pratiques et temps de relaxation. Ces séances collectives permettent de transmettre plus d'informations que lors de la consultation médicale, qui ne dure que 20 minutes. Dans la continuité de ces activités, il est proposé aux femmes de participer avec leur bébé aux séances de psychomotricité organisées par la ville de Bruxelles. Toutes ces activités sont à 1 € afin d'en garantir l'accessibilité financière. Il n'est pas facile de mobiliser les femmes pour les séances de préparation à la naissance. Celles-ci sont présentées comme faisant un tout avec le suivi de grossesse à la maison médicale. Un contact personnalisé est pris avec les femmes enceintes afin de leur proposer cet accompagnement. La maison médicale collabore avec plusieurs maternités. Les femmes réalisent leurs échographies là où elles iront accoucher. Le carnet de grossesse est complété avec soin, car il sert de dossier médical. Pour Lieve, l'intérêt du projet réside notamment dans la continuité offerte de la période prénatale à la petite enfance (les femmes qui ont besoin d'un suivi pour grossesse à risque auprès d'un gynécologue gardent le lien en venant aux séances de kinésithérapie) ainsi que dans le temps consacré à l'information et à l'écoute des mères et des couples, notamment dans des situations difficiles à vivre telles que les diagnostics de malformation. Le temps et la qualité de l'écoute accordés sont alors essentiels pour permettre au couple de prendre sa décision, en connaissance de cause.

Le projet « **Seconde Peau** » organise également des « mises en réseau formatives » bimestrielles qui visent à soutenir le travail de réseau au sein du secteur de la périnatalité liégeoise. Dans de nombreuses situations autour de la grossesse, de l'accouchement et de la prime enfance, les professionnels se côtoient, se coordonnent, sont confrontés aux dynamiques des personnes et des familles bénéficiaires de leurs interventions. Ces moments de concertation sont particulièrement riches et interpellants, par leur potentiel, leur complexité et les enjeux qui les sous-tendent. Ils sont importants dans le suivi des situations, mais aussi porteurs de tensions ou d'incohérences pouvant se répercuter sur les bénéficiaires des suivis. Décoder les enjeux multiples de cette coordination, analyser les rapports entre professionnels ainsi que les interactions entre bénéficiaires et professionnels, tels sont les objectifs des mises en réseau formatives. Elles réunissent à la fois les acteurs d'une situation (professionnels et éventuellement bénéficiaires) et des professionnels de la périnatalité. Partant d'un échange d'expériences à partir d'une situation, elles vont jusqu'à l'analyse des dynamiques de réseau d'un point de vue « méta ».

● Entrer dans la danse ?

Références

1. Odent Michel, *L'amour scientifique*. Editions Jouvence, 2001.
2. Hubinont Corine, *Le baby défi. Les grossesses difficiles au XXI^e siècle*. Éditions Anthémis, 2009.
3. Szejer Myriam et Stewart Richard, *Ces Neuf mois-là*. Editions Robert Laffont, 1994..
4. Szejer Myriam, *Pour une médicalisation raisonnée de la maternité. Protéger l'environnement de la naissance*, paru dans Caisse nationale des allocations familiales - Informations sociales, 2006/4 - N° 132 : En ligne : www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-4-page-54.htm
5. Lemay Céline. *L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maître ès science en anthropologie Université de Montréal, juin 1997. En ligne : <http://portail.naissance.asso.fr/docs/clemay/memoire.pdf>
6. Demande d'échographies supplémentaires pour les images, pour se rassurer, de césarienne pour éviter la douleurs et les suites de l'accouchement par voie basse, de déclenchement de convenance pour mieux s'organiser, parce que la grossesse commence à peser...
7. Pour en savoir plus : Molénat Françoise et Roegiers Luc, *Stress et grossesse, quelle prévention pour quel risque ?* Editions Erès, 2011.
8. Laurendeau France. *La médicalisation de l'accouchement*. Recherches sociographiques, vol. 24, n° 2, 1983, p. 235-243.
9. de Thysebaert Bénédicte, « Sage-femme, une fonction qui existe depuis la nuit des temps », *Santé conjugulée* n°55, janvier 2011.
10. Agence intermutualiste (2006). *Recours à la césarienne en Belgique : évolution générale et disparités*. En ligne : http://www.nic-ima.be/library/documents/health_monitoring/CK%20C%C3%A9sariennes_AIM_rapport_20060424.pdf
11. Une étude réalisée en Belgique en 2006 par l'Agence intermutualiste note que « du point de vue économique, le recours massif à la césarienne implique de plus des conséquences importantes en termes de dépenses de santé ».
12. Aubert Nicole, *Le Culte de l'urgence. La société malade du temps*. Flammarion, 2003. compte rendu par Michel-André Beauvolks. Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire, vol.9, n°2, 2003, p287-290. www.erudit.org/revue/ref/2003/v9/n2/011103ar.pdf
13. Poizat Annie, « Quels rites pour le devenir mère, le devenir père ? » paru dans *les Cahiers de l'AFREE*, n°19, déc 2004.
14. Jacques, Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*. Éditions PUF Le Monde du savoir, 2007.
15. OMS, *Les soins liés à l'accouchement normal. Guide pratique*. 1997. En ligne : www.who.int
16. KCE, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (octobre 2010). *Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque*. En ligne : <https://kce.fgov.be/>
17. Bel Bernard. *Se réapproprié la naissance*. VI^e Congrès de Maternologie et Périnatalogie Versailles, 19-20 mai 2005. Cahiers de Maternologie, 23-24, p. 114-125. En ligne :
18. Comme Alter-NativeS en Belgique (voir "Pour une naissance à visage humain, en toute simplicité", *Santé conjugulée* n°57), qui a fêté ses dix ans en novembre 2012 sur le thème de la naissance respectée (voir www.alternatives.be).
19. La naissance en situation d'exil est d'autant plus délicate que la grossesse amène les parents à se reconnecter consciemment et inconsciemment à leur lignée et à réactiver ou accentuer ainsi la souffrance liée au déracinement et à la séparation vis-à-vis de la communauté et de la famille d'origine. À cela s'ajoute parfois un choc culturel spécifique aux pratiques périnatales qui rend d'autant plus importante une approche respectueuse basée sur une écoute empathique.
20. Lors d'une conférence organisée par Alter-NativeS le 3 décembre 2009 autour de la peur de souffrir et de la médicalisation de la naissance « Je me réjouis de mettre mon enfant au monde ».
21. Odent Michel, *Le fermier et l'accoucheur*. Editions Médicis, 2004.