



HAL
open science

Le suivi en maison de naissance : une liberté de choix pour les femmes ? Une approche sociologique

Laura Charlotte Bruneau

► To cite this version:

Laura Charlotte Bruneau. Le suivi en maison de naissance : une liberté de choix pour les femmes ? Une approche sociologique. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01412808

HAL Id: dumas-01412808

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412808>

Submitted on 8 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

u^spc
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : **28 Juin 2016**

par

Laura Charlotte BRUNEAU

Née le 9 octobre 1989

**Le suivi en maison de naissance : une
liberté de choix pour les femmes ?**

Une approche sociologique

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Madame ARNAL Maud

Sage-femme, Doctorante en sociologie à l'EHESS

JURY :

Madame MORANDEAU Anne
Madame SAUVAGE Catherine
Madame DUQUENOIS Sylvie

Sage-femme, Maison de naissance du CALM
Sage-femme Cadre Supérieure, Hôpital Saint-Joseph
Sage-femme Enseignante, Ecole de Sages-femmes Baudelocque

Mémoire N° 2016PA05MA05

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu ma directrice de mémoire Maud Arnal, pour sa grande disponibilité, son enthousiasme dans ce travail de recherche et son aide précieuse qui ont permis de me guider dans les réflexions sociologiques. Merci de m'avoir fait découvrir la recherche qualitative et le domaine de la sociologie.

Au sein de l'équipe enseignante, je tiens à remercier Madame Chantry et Madame Chuilon pour m'avoir accompagné dans l'émergence du sujet de mémoire, mais aussi Madame Duquenois pour ses conseils méthodologiques.

Je remercie les sages-femmes du CALM et de la maison de naissance de Pontoise qui m'ont accueillie dans leur structure, m'ont permis de prendre contact avec leurs patientes, et m'ont apporté des éléments d'informations essentiels à la rédaction de ce mémoire.

Egalement un grand merci à toutes ces femmes, qui de bonne volonté, m'ont accueillies chez elles et m'ont accordé suffisamment de temps pour échanger avec moi. Des échanges qui furent riches, à la fois pour alimenter les réflexions de ce travail de recherche mais également les réflexions quand à ma future profession de sage-femme. Sans elles, rien de ceci n'aurait été possible.

Je remercie également ma famille. Papa, Maman, Loïc, Laeti, vous avez supporté mon stress durant toutes ces années d'études, bravo ! Maman, Papa merci pour votre relecture de ce mémoire. Surtout, merci pour votre soutien infailible dans tous mes projets dont celui de prolonger mes études pour devenir sage-femme. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui.

Anaïs, Gwen, Lessia, Marion, Pauline... Merci pour ces 4 années et nos « Petits mots du quotidien » qui auront marqué cette dernière année et qui auront été nécessaires pour la traverser. Une petite mention spéciale à ma Paupau, ma coloc' de toujours.

Je remercie Aliénor et Salomé qui ont gentiment mis à contribution leurs compétences pour m'aider sur certains points de ce mémoire.

Enfin un grand merci à tous mes amis, qui m'ont écouté parler de ce mémoire et de mes histoires d'étudiante sage-femme sans jamais se plaindre (quoique...), et surtout pour leur soutien qu'ils m'ont apporté, chacun à leur façon : Marine, Salomé, mes Québécois préférés, Rebecca, Alex, Lia, Valentin, Nicho, Léonore...

Table des matières

Liste des annexes	I
Lexique	III
Introduction.....	1
Première partie Exposition du contexte et de la problématique	2
1.1 <i>Conditions de la naissance du XVIIe siècle à nos jours</i>	2
1.1.1 Quelques repères historiques de la naissance	2
1.1.2 Evolution du lieu de la naissance	2
1.1.3 Restructuration des maternités	3
1.2. <i>Les alternatives aux maternités hospitalières</i>	3
1.2.1 L'accouchement à domicile.....	3
1.2.2 Les maisons de naissance.....	4
1.2.3 La situation à l'étranger	4
1.3. <i>La médicalisation remise en cause</i>	5
1.3.1 La médicalisation et l'emprise de la technique	5
1.3.2 Grossesse et accouchement, des évènements personnels.....	7
1.3.3 Le cheminement jusqu'aux maisons de naissance en France	7
Deuxième partie Méthodologie de l'étude	9
2.1 <i>Problématique, objectif et hypothèse</i>	9
2.1.1 Problématique	9
2.1.2 Objectif initial	9
2.1.3 Hypothèses.....	9
2.2 <i>Présentation du terrain et de l'enquête</i>	10
2.2.1 Filière physiologique de l'hôpital de Pontoise	10
2.2.2 Maison de naissance du CALM	11
2.3 <i>Les entretiens</i>	13
2.3.1 Les thèmes de l'enquête, le guide d'entretien et la phase test.....	13
2.3.2 L'enquête	14
2.3.2.1 Recrutement des enquêtées	14
2.3.2.2 Déroulement des entretiens	15
2.3.2.3 Stratégie d'analyse	16
2.3.2.4 Conditions d'anonymat et de confidentialité - Précautions éthiques liées au déroulement de l'étude.....	16
2.4 <i>Présentation du profil des enquêtées</i>	17
2.4.1 Age et nationalité	17
2.4.2 Niveau d'étude et catégorie professionnelle	17
2.4.3 Parité	18

Troisième partie Présentation des résultats et analyse	19
3.3 <i>Désir de retour au naturel et de sortir des protocoles</i>	19
3.3.1 Une représentation simple de la grossesse et de l'accouchement	19
3.3.2 Critique de la systématisation des protocoles médicaux et du système actuel	21
3.3.3 Les femmes ne sont cependant pas réfractaires à toute forme de médicalisation	24
3.4 <i>Relation privilégiée avec la sage-femme.....</i>	26
3.4.1 Relation qui permet de retrouver une individualité	26
3.4.2 La sage-femme comme accompagnante.....	29
3.4.3 Relation fondée sur la confiance	31
3.5 <i>Une histoire de choix</i>	34
3.5.1 Aller en maison de naissance : un choix personnel qui n'est pas disponible pour tous	34
3.5.2 Retrouver la capacité de faire ses propres choix	37
3.5.3 Limites du suivi en maison de naissance : limites au choix ?	40
3.5.4 Des femmes militantes ?	42
Perspectives et Conclusion	47
Bibliographie	50
Annexes.....	52

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien	53
Annexe II : Exemple de lettre d'information pour les femmes de Pontoise.....	53
Annexe III : Exemple de lettre d'information pour les femmes du CALM	55
Annexe IV : Population d'étude	56

Lexique

ARS : Agence Régionale de Santé

CALM : Comme A La Maison

CIANE : Collectif inter associatif autour de la naissance

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

NICE : National Institute for health and Clinical Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PaMaNa : Parents de la Maison de Naissance de Pontoise

VIL : Verloskundige Indicatie List

Introduction

La naissance est un domaine en mutation constante comme en témoigne la légalisation de l'expérimentation des maisons de naissance votée en 2013 en France. En effet, l'arrivée des maisons de naissance est l'expression d'un bouleversement du paysage obstétrical à de multiples niveaux : médical, social, politique... Si de telles structures se pérennisent, conjointement avec le développement des filières physiologiques, la naissance ne sera alors plus concentrée dans les structures hospitalières, et l'approche de la femme enceinte, du couple et de l'enfant en sera peut-être aussi différente.

Durant les études de sages-femmes, nous effectuons des stages divers et variés, mais en majorité concentré dans maternités hospitalières. Cependant, c'est suite à un stage dans un cabinet de sage-femme libérale où nous écoutions le retour des femmes ayant accouché en maternité qu'est né une remise en question sur la façon dont les femmes sont considérées et prises en charge par les sages-femmes, dans les structures hospitalières. De plus, c'est suite à la recherche d'informations sur la pratique de la maïeutique, notamment au Québec, où les sages-femmes exercent principalement en maisons de naissance, que notre intérêt pour ces structures s'est développé.

L'émergence du sujet de mémoire a eu lieu à la période où la légalisation des maisons de naissance en France était au cœur de l'actualité. En ce sens, nous avons suivi l'évolution de cette actualité et nous avons choisi de s'intéresser de plus près au suivi proposé dans de telles structures, ne constituant pas des terrains de stage offerts par les études de sages-femmes.

Finalement, suite à l'intérêt porté sur les maisons de naissance et les diverses lectures effectuées nous avons pu constater que le contexte dans lequel se déroule l'expérimentation des maisons de naissance, soulève des questions sur les attentes des femmes quant à leur suivi au cours de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi nous avons voulu comprendre comment les femmes suivies en maison de naissance en venaient à faire ce choix de suivi particulier ?

Dans un premier temps nous allons donc exposer les apports théoriques qui ont nourri notre réflexion et nous ont menés à l'émergence de ce sujet de mémoire. Dans un second temps nous détaillerons les méthodologies d'étude et d'analyse de notre étude fondée sur des entretiens. Les résultats seront alors ensuite présentés et analysés dans le même temps pour finir sur les réflexions qu'ouvrent notre étude. Nous verrons que le choix des femmes d'être suivies en maison de naissance fait écho à leur désir d'autonomie et de respect de leurs désirs, mais que celui-ci peut être limité car, dans certaines situations, ce dernier peut être fait par dépit.

Première partie

Exposition du contexte et de la problématique

1.1 Conditions de la naissance du XVIIe siècle à nos jours

1.1.1 Quelques repères historiques de la naissance

Au cours de l'histoire, nous avons pu assister à des modifications des conditions entourant le domaine de la naissance. Nous n'allons en exposer ici qu'une partie restreinte.

En effet, jusqu'au XVIIe siècle, l'accouchement se déroulait exclusivement au sein des foyers. Les femmes accouchaient à la maison, dans la pièce commune, et entourées de femmes de l'entourage (mère, amies) et d'une « matrone ». Cette dernière était une femme ayant déjà eu l'expérience de la grossesse et l'accouchement, qui avait appris son métier sur le tas, sans faire d'études. Sa compétence était reconnue dans tout le village. L'accouchement était un événement fortement féminin, familial et collectif.¹ Les hommes n'intervenaient alors qu'en cas de complications.

C'est ensuite à partir des XVIIe et XVIIIe siècle que les changements ont commencé à opérer. Tout d'abord, les hommes commencent à s'intégrer dans un domaine jusqu'alors très féminin, ce qui entraîne une modification des pratiques. C'est à cette époque qu'est instaurée la position gynécologique pour l'accouchement, dans le but d'améliorer le confort du praticien. Apparaissent également les premiers instruments obstétricaux qui bien qu'ils constituent un réel progrès dans la pratique de l'obstétrique, sont le premier signe de la médicalisation de la naissance : l'accouchement n'apparaît plus comme un acte « naturel » puisqu'il nécessite l'intervention d'un homme spécialiste, savant. C'est ainsi qu'au milieu du XVIIIe, les matrones reçoivent alors une formation médicale, institutionnalisée à travers les écoles de sages-femmes, pour devenir sage-femme. Au XIXe siècle cette formation se spécialise et s'approfondit avec un allongement de la durée des études.¹

1.1.2 Evolution du lieu de la naissance

Les conditions d'accueil dans les hôpitaux ont également évolué. En effet, jusqu'au XIXe siècle l'hôpital était l'endroit où accouchaient les mères célibataires ou les pauvres. Les morts maternelles ou néonatales étaient beaucoup plus fréquentes à l'hôpital qu'à la maison. Ceci est dû principalement aux épidémies de fièvre puerpérale. C'est après les travaux de Semmelweis et de Pasteur que sont mises en place, et respectées, les règles d'asepsie, et qui permettent alors de réduire le taux de mortalité à l'hôpital. Celui-ci devient alors un lieu beaucoup plus sûr. Cependant il reste le lieu de prédilection pour les filles mères et les pauvres jusqu'à la fin du XIXe siècle, début du XX e siècle. C'est avec l'apparition des anesthésiques en médecine et la volonté des femmes à abolir la douleur durant l'accouchement, que celui-ci se déplace de la maison vers l'hôpital. De plus, au

début du XXe siècle, l'Etat met en place des aides sociales pour les patientes qui décident d'accoucher à l'hôpital et leur rembourse intégralement les frais de l'accouchement. C'est donc à partir de la deuxième partie du XXe siècle (années 1950) que la majorité des accouchements ont lieu à l'hôpital.¹

1.1.3 Restructuration des maternités

Parallèlement à ces changements, la médecine et donc le domaine de la périnatalité compris, connaît des progrès importants dans les techniques médicales. Ceci a contribué à positionner l'hôpital comme le haut-lieu de la technicité médicale. Durant les années 1970-1980, de nouvelles techniques voient le jour (échographies, monitoring, péridurale), qui participent au déplacement de l'accouchement du domicile à l'hôpital. A la fin des années 90 a lieu une restructuration des maternités suite au plan de périnatalité de 1998. Selon des arguments sécuritaires, où de nombreuses petites structures de proximité sont destinées à fermer, les soins périnataux sont organisés dans des maternités de trois niveaux : maternités de type I, II ou III qui permettent une prise en charge adaptée au niveau de risque. Ainsi, il est exigé au minimum la présence permanente d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste sur place, et selon le niveau il peut être exigé la présence du pédiatre de façon permanente, et la présence d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale². Finalement, les femmes n'ont aujourd'hui la possibilité que d'accoucher en structure hospitalière : maternités publiques (type I, II ou III), maternités semi-privées, ou cliniques privées³, à l'exception de certaines alternatives.

1.2. Les alternatives aux maternités hospitalières

1.2.1 L'accouchement à domicile

En France l'accouchement à domicile reste une pratique marginalisée puisqu'elle ne concerne que 2000 accouchements environ par an en France selon l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales sur les 800000 qui ont lieu par an^{4,5}. Cependant les femmes désirant un accouchement à domicile sont confrontées à certaines difficultés. En effet, l'accouchement à domicile est pratiqué par des sages-femmes exerçant une activité libérale. Comme le préconise la loi, elles doivent donc souscrire à une assurance responsabilité civile, sous peine de sanctions disciplinaires, d'une amende et d'une interdiction d'exercer. Malheureusement à ce jour, une grande partie des compagnies d'assurance ne propose pas d'assurance pour les accouchements à domicile, ou bien à des tarifs non compatibles avec les revenus des sages-femmes. Celles-ci ne peuvent donc s'assurer pour la pratique de l'accouchement à domicile⁶. Une sage-femme pratiquant les

accouchements à domicile s'expose alors au risque d'interdiction d'exercer. Ainsi les femmes désirant faire appel à une telle pratique sont confrontées à la difficulté de trouver une sage-femme acceptant de prendre ce risque.

1.2.2 Les maisons de naissance

Une autre pratique alternative à l'accouchement en structure hospitalière est la maison de naissance. Elle a d'abord été définie en France par le groupe national de travail sur les maisons de naissance comme étant « *un lieu d'accueil des femmes enceintes et de 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 accessible à tous. [...] Une maison de naissance est un établissement sans autre équipement médical que celui utilisé par les sages-femmes. C'est une structure autonome, située en dehors des établissements hospitaliers.* »⁷. De plus, une maison de naissance permet de bénéficier d'un suivi global, c'est-à-dire qu'une femme est suivie par la même sage-femme durant la grossesse, à l'accouchement et pendant la période du post-partum. Le groupe de travail susmentionné s'est formé en 1999 après que le ministre de la santé, Bernard Kouchner ait évoqué l'intérêt de l'expérimentation des maisons de naissance en France, voulant alors diversifier l'offre de soins en France. Cela a permis l'émergence de deux projets en Ile-de-France : la maison de naissance de la maternité des Bluets à Paris, et la maison de naissance de la maternité de Pontoise. Ces projets se sont partiellement concrétisés au cours des dix dernières années, mais les maisons de naissance en France n'ont jamais pu voir le jour officiellement. Cette expérimentation n'a cessé d'être débattue par les professionnels de santé, les politiques et les associations depuis les années 90 jusqu'à nos jours. Elle était prévue dans le plan de périnatalité de 2005-2007, mais faute d'accord entre les différentes parties prenantes du groupe de travail, elle n'a pas été légalisée. Ce n'est qu'en 2013, sous l'impulsion de la sénatrice Bérangère Poletti, qu'est votée la loi n°2013-1118 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Ce vote est suivi de la publication du cahier des charges de l'expérimentation par la HAS, en septembre 2014⁸. Le décret fixant les conditions de l'expérimentation fut publié le 30 juillet 2015 au journal officiel, 9 projets de maison de naissance ont été autorisés à faire partie de l'expérimentation (dont la maison de naissance de la maternité des Bluets). Les premières maisons de naissance en France ont ouvert leurs portes en 2016. Ainsi, il aura fallu attendre 16 ans pour qu'une alternative aux maternités hospitalières soit proposée en France.

1.2.3 La situation à l'étranger

La légalisation des maisons de naissance fut donc longue en France, cependant ces structures existent déjà depuis les années 70, et sont intégrées au système de santé dans plusieurs autres pays

occidentaux : Etats-Unis/Canada, Angleterre, Pays-Bas, Suisse, Allemagne où une grande partie des suivis de grossesses et des accouchements à bas risque se font exclusivement dans des maisons de naissance ou structures similaires⁹. En effet, les Etats-Unis sont parmi les premiers à ouvrir de telles structures dans les années 1975 suite aux revendications des femmes souhaitant une démedicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Il en est de même pour le Québec, où les maisons de naissance voient le jour suite aux revendications de groupes féministes cherchant à se réapproprier leur corps et à humaniser les soins, face à l'emprise médicale dans le domaine de la périnatalité. C'est donc suite aux colloques « Accoucher ou se faire accoucher » organisés en 1981 dans différentes régions du Québec qu'ont été créées les premières maisons de naissance¹⁰. S'ensuivent la création de maisons de naissance en Europe à la fin des années 80. La première à ouvrir en Europe fut à Berlin en 1987⁹.

D'autre part, en Angleterre, selon les recommandations récentes (décembre 2014) du NICE (National Institute for Health and Care Excellence), les patientes doivent être informées des différents lieux qui s'offrent à elles pour le suivi de grossesse et l'accouchement : il est approprié pour les multipares et les nullipares à bas risque, d'accoucher à domicile ou en maisons de naissance car le taux d'interventions est diminué en comparaison avec une structure hospitalière et la morbidité néonatale n'est pas augmentée¹¹.

1.3. La médicalisation remise en cause

1.3.1 La médicalisation et l'emprise de la technique

Initialement, le terme de « médicalisation » a été défini par I. Zola en 1972 comme étant un phénomène d'expansion du pouvoir médical sur la vie de la société, pour comprendre et traiter des phénomènes de la vie courante comme des comportements jugés comme déviants (homosexualité, alcoolisme, addiction...) ou des processus naturels (la naissance, le vieillissement, la sexualité...). I. Zola et d'autres auteurs parlent alors de « contrôle social exercé par la médecine »^{12, 13, 14}. En effet, le phénomène naturel qu'est la naissance a subi ce processus de médicalisation puisque de nos jours, l'obstétrique est devenue une spécialité prestigieuse de la médecine, et qu'elle s'est entourée d'une technicisation plus forte notamment avec l'arrivée de l'analgésie péridurale. Ceci a entraîné alors la présence des médecins anesthésistes dans les salles de naissance et la mise en place d'une surveillance clinique et para-clinique renforcée (monitorage de la tension artérielle toutes les heures, enregistrement cardiotocographique continu...)¹⁵.

Contrairement à d'autres pays comme les Pays-Bas où grossesse et accouchement sont des évènements physiologiques à priori, la France considère grossesse et accouchement comme

potentiellement à risque et peuvent à tout moment évoluer vers une pathologie. En effet, selon un rapport du Haut Comité de la Santé Publique « l'obstétrique est une activité d'urgence, les accouchements ne sont pas programmés et les complications obstétricales encore moins. »¹⁶. C'est une des raisons pour laquelle la grossesse et l'accouchement se sont accompagnés au fil du temps d'une médicalisation croissante¹⁶ avec la fermeture des petites structures et la concentration des patientes dans des structures de type II ou III et de plus grande taille¹⁷. Cette médicalisation croissante peut aujourd'hui être qualifiée d'hyper médicalisation. En effet, par exemple le taux de césarienne est de 21% tandis que l'OMS recommande un taux de 10%^{5,18}. Il en est de même pour le taux de péridurale en France qui est extrêmement élevé, à plus de 80% comme l'indique l'enquête périnatale de 2010⁵, un des plus forts taux en Europe puisqu'en Angleterre, en Allemagne ou dans les pays scandinaves par exemple, les taux s'échelonnent entre 15% et 40%¹⁹.

D'autre part, depuis les années 1990, on assiste à une vulgarisation médicale des progrès techniques entourant le domaine de la périnatalité. Par exemple, le fœtus est mis en image dans la presse et les livres à travers le développement des échographies. Par cette vulgarisation médicale, l'accent est alors mis sur les risques médicaux encourus au cours de la grossesse et de l'accouchement puisque ceux-ci peuvent être dépistés et pris en charge par les progrès techniques : la surveillance régulière, l'imagerie sensible, les soins pré et post-nataux... Dès le début de la grossesse la responsabilité de la femme est engagée, puisqu'elle devient responsable du fœtus qu'elle porte. Ainsi il lui est demandé d'adapter ses comportements pour garantir une bonne « qualité » du fœtus comme l'analyse Béatrice Jacques dans son ouvrage²⁰. Ceci alimente alors les angoisses déjà présentes chez toute femme enceinte concernant la normalité du fœtus, le risque de fausse couche, le risque de pathologie... De nos jours, l'attitude de la société face à ces angoisses est alors médicalisée puisqu'elle multiplie les examens médicaux (les échographies, le dépistage du risque de trisomie 21...) ²⁰ comme réponse ou comme conséquence à ces angoisses.. Cependant, il semblerait que les examens médicaux et l'excès de la médicalisation peuvent avoir un effet iatrogène sur la grossesse et l'accouchement en créant notamment un stress chez les femmes²⁰. De cette façon les femmes et les couples deviennent acteurs de ce phénomène de médicalisation, qui est un processus interactif comme le souligne Peter Conrad dans son essai ¹³, puisqu'ils sont en demande de la technique (les examens complémentaires, l'analgésie péridurale...). Ainsi, on peut dire que la médicalisation autour de la grossesse et de l'accouchement (que l'on peut qualifier en France d'hyper-médicalisation comme vu plus haut) est une construction sociale qui s'est faite en même temps que le développement des techniques médicales.

1.3.2 Grossesse et accouchement, des évènements personnels

La naissance, la grossesse et l'accouchement sont, de nos jours, toujours considérés comme des événements incontournables pour construire une identité féminine et pour se réaliser totalement en tant que personne²⁰. La multiplication des intervenants lors du parcours de suivi de grossesse et d'accouchement, et la systématisation des examens médicaux participent, de plus, à une « normalisation » des naissances, qui ne semble pas en cohérence avec le choix des couples, pour lesquels il s'agit d'un événement hors du commun²¹. C'est pourquoi, depuis quelques années, on peut noter l'apparition d'un désir fort des patientes d'avoir accès à un accompagnement et des choix personnalisés comme en témoigne l'émergence des projets de naissance notamment²², qui s'ajoute à la volonté de se réappropriier leur grossesse et leur accouchement qui anime les femmes françaises depuis les années 70.

D'autre part de nos jours on assiste à ce qui semble être au premier abord un paradoxe social. En effet, à l'heure où l'intérêt de la préparation à la naissance et à la parentalité est mis en avant, la place des pères se veut être renforcée et le rapport intime à cet événement dans la vie d'un couple est accentué. Il est alors contradictoire que la naissance de l'enfant, son entrée dans la vie sociale se fasse dans des structures hospitalières, hauts lieux de la technicité et de la médicalisation²¹. Cependant il est intéressant de noter que, par exemple, les cours donnés lors de la préparation à la naissance et à la parentalité ont finalement grandement participé à la médicalisation de la naissance puisqu'ils permettent d'instaurer des pratiques systématisées, et compatibles avec l'organisation des services hospitaliers²³. Mais ces services hospitaliers régis par une organisation stricte et des protocoles systématiques sont-ils toujours les plus adéquats pour la prise en charge de grossesses et accouchements à bas risque ?

1.3.3 Le cheminement jusqu'aux maisons de naissance en France

Tout d'abord, il est important de préciser que les maisons de naissance n'ont pu être envisagées qu'une fois l'aspect sécurité assuré et leur bénéfice médical et économique démontré. Plusieurs études, principalement à l'étranger, ont déjà montré, depuis les années 90, une diminution de la morbidité maternelle et néonatale dans les grossesses et accouchements à bas risque, en comparaison avec une prise en charge en structure hospitalière^{24,25,26} (nous citons ici quelques-unes des plus récentes). Plusieurs travaux (mémoires d'étudiantes sages-femmes, étude cas-témoin à Strasbourg), sur des échantillons plus réduits, ont obtenus des résultats semblables aux études mentionnées précédemment^{27,28}. Tous ces travaux démontrent une diminution de

l'interventionnisme en maison de naissance. En effet, il semblerait que les femmes accouchant en maisons de naissance ont une probabilité plus forte d'accoucher par voie basse, qu'en structure hospitalière où les femmes sont plus à risque d'avoir une extraction instrumentale ou d'accoucher par césarienne¹¹. De plus, dans ces pays européens où les maisons de naissance sont légalisées et répandues, il est observé que leur taux de mortalité périnatale n'est pas augmenté et est voire meilleur que celui de la France. Ainsi, il semblerait que la tardive légalisation de l'expérimentation des maisons de naissance en France ne soit pas due à un manque de données quantitatives quant à l'efficacité et la sécurité des maisons de naissance, puisque celles-ci ont été démontrées depuis plusieurs années. Il semblerait que d'autres enjeux soient impliqués.

D'autre part, suite à la lecture de différents témoignages de patientes^{29,30} totalement ou pour partie insatisfaites de leur suivi en structure hospitalière, on peut se demander si l'organisation actuelle des soins en France, avec les maternités des trois types, répond réellement aux attentes de toutes les femmes. En effet, selon l'étude de Hodnett et al., il semblerait que la satisfaction des femmes concernant l'accouchement, soit meilleure lorsque celles-ci sont prises en charge par des soignants qu'elles connaissent, lorsqu'elles peuvent communiquer avec eux et lorsqu'elles sont dans un environnement familial et des lieux accueillants³¹. Ainsi, face à ces constats, mais aussi face à une inaction de la part des pouvoirs politiques malgré l'annonce de légalisation de l'expérimentation par Bernard Kouchner à la fin des années 90, le collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), défendant les intérêts des usagers, s'est formé en 2003. Ce collectif regroupe diverses associations d'usagers dont les associations des deux maisons de naissance d'Ile-de-France (PaMaNa et le CALM), et contribue à améliorer les conditions de la naissance en France, et intervient entre autre auprès des instances gouvernementales (HAS, Ministère de la santé), des maternités, pour faire entendre les voix des usagers. Le CIANE milite donc depuis les années 2000 pour l'expérimentation en France des maisons de naissance³².

Avant de présenter notre recherche et ses résultats, nous allons détailler dans la partie qui suit la problématique, les hypothèses et la méthodologie qui nous ont guidés tout au long de l'étude.

Deuxième partie

Méthodologie de l'étude

Afin de répondre à la problématique de notre étude à perspective sociologique, nous avons choisi de mener une enquête qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs auprès de femmes suivies dans les deux maisons de naissance d'Ile-de-France.

2.1 Problématique, objectif et hypothèse

2.1.1 Problématique

Nous avons vu dans l'introduction que la légalisation des maisons de naissance fut difficile. C'est donc dans ce contexte qu'est venue notre interrogation. En effet, il semblerait que l'enjeu de la légalisation des maisons de naissance ne soit pas uniquement médical. Nous nous sommes donc interrogés sur la possibilité d'un enjeu social. C'est pourquoi nous sommes allés à la rencontre des femmes pour comprendre comment elles en venaient à faire ce choix de suivi particulier ?

2.1.2 Objectif initial

Notre étude s'inscrit dans une approche sociologique puisque qu'elle s'intéresse à la construction sociale de la grossesse³³ et l'accouchement comme des événements médicalisés, qui est remise en cause par l'ouverture des maisons de naissance. Ainsi notre unique objectif était de déterminer les motivations poussant les femmes à choisir un suivi en maison de naissance et de comprendre leur choix.

2.1.3 Hypothèses

Pour répondre à notre problématique, nous avons émis plusieurs hypothèses suite à l'analyse de sources bibliographiques et à des questionnements personnels :

- Les femmes s'inscrivant en maison de naissance sont à la recherche d'un suivi moins médicalisé, respectant la physiologie et permettant un accouchement plus « naturel ».
- Les femmes choisissant un tel suivi sont à la recherche d'un accompagnement global, par une sage-femme avec qui se construit une relation privilégiée.
- Les femmes s'inscrivent en maison de naissance pour des motivations personnelles comme une peur de l'hôpital ou un mauvais vécu d'un accouchement précédent

2.2 Présentation du terrain et de l'enquête

Pour le choix du terrain, nous nous sommes intéressés aux deux structures présentes en Ile-de-France, seules structures de la région : la maison de naissance de Pontoise en banlieue parisienne, et la maison de naissance du CALM (Comme A La Maison) à Paris.

2.2.1 Filière physiologique de l'hôpital de Pontoise

La maison de naissance de Pontoise est en réalité une filière physiologique de la maternité. La filière physiologique est définie comme un « *parcours de santé spécifique, identifié et intégré aux établissements de santé, destiné aux femmes enceintes qui présentent une grossesse reconnue à bas risque et qui font la demande d'un accompagnement personnalisé et d'une surveillance médicale moins technicisée du travail et de l'accouchement, dans le respect de la physiologie* »³⁴. C'est donc le cas de celle de Pontoise, qui est située au 4^e étage de la maternité de niveau III de l'hôpital René Dubos à Pontoise. Bien que cette filière ne réponde pas strictement à la définition d'une maison de naissance, tout le long de notre étude, nous parlerons malgré tout de la « maison de naissance » de Pontoise, en raison de son fonctionnement similaire à une telle structure.

Le projet a vu le jour suite à la réflexion nationale sur la création des maisons de naissances dans les années 2000. La création de cette filière fut impulsée par les sages-femmes pour répondre à une demande locale des sages-femmes et des femmes. Ce projet fut soutenu par le chef de service et la direction de la maternité du centre hospitalier. Cela a permis sa création en novembre 2006, lors de l'ouverture du bâtiment Femme-Enfant de l'hôpital. Les sages-femmes qui y travaillent, au nombre de deux, sont salariées de l'hôpital. Elles assurent le suivi de grossesse de leurs patientes et effectuent leur accouchement. De par leur faible effectif, les sages-femmes ne peuvent assurer un suivi post-partum à domicile de leurs patientes, mais elles organisent tout de même une consultation post-natale. Les patientes n'ont pas de frais supplémentaires, elles ne payent pas puisque c'est un service de l'hôpital.

Bien que Pontoise ne soit pas officiellement une maison de naissance et ne fasse pas partie de l'expérimentation autorisée par la loi de décembre 2013, il y a une forte demande pour le suivi dans cette structure, puisque les sages-femmes refusent 100 à 150 demandes par an, faute de moyens humains, puisqu'elles ne sont que deux à y travailler.

Une sage-femme travaille à temps plein et effectue 50 suivis par an, et la deuxième sage-femme étant à temps partiel (80%), effectue 40 suivis par an. Elles suivent donc en moyenne 90 à 100 femmes par an.

Les femmes sont recrutées selon les critères suivants

- Elles ne doivent pas présenter d'antécédents particuliers.
- Ce sont principalement des multipares. En 2010 les primipares représentaient 40% de la patientèle, mais ce taux est en constante diminution et leur recrutement devient exceptionnel du fait de la sélection qui s'est imposée aux deux seules sages-femmes travaillant dans la filière afin de limiter leur surcharge de travail.
- Les femmes ayant un utérus cicatriciel sont acceptées si elles ont déjà eu un accouchement voie basse par la suite.

Les patientes réalisent toutes leurs consultations prénatales dans les locaux de la maison de naissance, les échographies étant réalisées à l'extérieur.

Les cours de préparation classique à la naissance et à la parentalité sont effectués par les sages-femmes, mais les patientes peuvent choisir de les faire par une autre sage-femme, libérale, si de plus elles choisissent une préparation particulière (haptonomie, Bonapace...).

Les patientes accouchent sans péridurale, et peuvent accoucher dans les chambres de la maison de naissance. Pour les suites de couches, elles peuvent choisir entre un retour à domicile 12h après leur accouchement ou de rester hospitalisée dans le service de suites de couches de l'hôpital pendant 2 ou 3 jours.

Une activité associative permet de soutenir l'existence de ce pôle. L'association PaMaNa, tenue par des parents ayant accouché dans ces lieux, a pour objectif de soutenir le projet de cette filière physiologique en promouvant son activité, le suivi global et l'accouchement physiologique. Elle organise des activités annexes (petits déjeuners, ateliers...) et est présente au niveau des instances gouvernementales et associatives (réunions avec l'ARS notamment, adhésion au CIANE)

2.2.2 Maison de naissance du CALM

La maison de naissance du CALM est une structure située au rez-de-chaussée de l'hôpital Pierre Rouquès, la « célèbre » maternité des Bluets. Elle possède un accès direct à la salle de naissance de la maternité avec laquelle un accord a été passé. Le projet du CALM a vu le jour en 2008, à l'initiative de sages-femmes travaillant à la maternité des Bluets. L'émergence du projet fut concomitante avec le regroupement des petites maternités qui avait lieu en France. Ceci a engendré le déménagement de la maternité des Bluets vers le site de l'hôpital Trousseau, entraînant une augmentation de l'activité faisant entrave à l'identité reconnue des Bluets en matière d'innovation dans l'accompagnement des femmes dans l'accouchement et la maternité³⁵. Leur projet a alors été soutenu par la direction de la maternité dans un premier temps, qui prévoyait dans les plans du

nouveau site des locaux pour la maison de naissance. Elles ont par la suite eu le soutien des usagers, qui se sont investis dans l'association du CALM, qui a également adhéré au CIANE.

Les sages-femmes qui y travaillent sont au nombre de 6 et sont des sages-femmes libérales. Elles assurent le suivi de grossesse, l'accouchement, le suivi post-partum à domicile de leurs patientes et la rééducation périnéale.

Les patientes réalisent toutes leurs consultations prénatales dans les locaux de la maison de naissance, les échographies étant réalisées à l'extérieur. En ce qui concerne la préparation à la naissance et à la parentalité, chaque sage-femme l'effectue au sein des consultations avec chaque patiente, en consultation. Les patientes peuvent ensuite effectuer une préparation complémentaire en parallèle, comme le yoga qui est proposé en pré et postnatal au sein de la structure, ou en extérieur.

En ce qui concerne l'accouchement, jusqu'au 1^{er} avril 2016, tout le travail se déroulait dans une des chambres de la maison de naissance, mais de par le cadre législatif qui était en vigueur jusqu'à présent, les patientes devaient monter à la maternité des Bluets, où une salle de naissance leur était réservée, pour l'accouchement. Depuis cette date, le décret pour l'autorisation de l'expérimentation des maisons de naissance en France étant passé, les femmes peuvent accoucher dans la chambre du CALM.

Cinq sages-femmes travaillent au sein du CALM. Deux-sages-femmes sont à temps plein et effectuent 40 suivis par an. Les trois autres sages-femmes sont en trois-quarts temps. Au total elles effectuent 120 suivis par an. Elles exercent une activité libérale, elles sont donc rémunérées directement par les patientes au tarif de la sécurité sociale et avec des dépassements d'honoraires. Pour accéder à un suivi au CALM, les parents doivent participer à une réunion d'information organisée chaque premier mardi du mois, et animée par une sage-femme et un parent de l'association. Ils doivent répondre aux critères suivants :

- Habiter à 40 minutes maximum du CALM
- La femme enceinte ne doit pas avoir d'antécédents médicaux, ni d'antécédent de césarienne.
- Elle doit attendre un seul enfant, en présentation céphalique et mener sa grossesse à terme
- Le fœtus ne doit pas présenter de pathologie ou malformation quelconque.³⁶

D'autre part, une activité associative est également présente au sein de la structure : en effet, l'association, CALM, est tenue par des personnes ayant accouché au CALM, des militants et les sages-femmes y travaillant. Elle propose des activités annexes comme des ateliers (portage, massage...), des groupes de paroles... De plus elle a pour rôle de soutenir et promouvoir les maisons de naissance et la profession de sage-femme dans la prise en charge des grossesses physiologiques. Tout parent inscrit au CALM est invité à s'investir dans l'association.

2.3 Les entretiens

2.3.1 Les thèmes de l'enquête, le guide d'entretien et la phase test

Pour répondre à nos objectifs et tester nos hypothèses, nous avons décidé de mener une enquête qualitative basée sur des entretiens semi-directifs d'une durée variant entre une et deux heures. La méthode qualitative par entretien nous semblait la plus adéquate répondre à notre problématique et recueillir la parole des femmes quant à leur choix. L'aspect semi-directif nous a permis de cibler des thèmes sous forme de questions afin de tester nos hypothèses tout en donnant une certaine liberté à la parole de nos enquêtées.

Notre enquête s'est alors articulée autour de cinq thèmes qui ont guidés la construction de notre guide d'entretien (Annexe I) :

- Catégorie socio-professionnelle : pour déterminer les profils des patientes interrogées afin de resituer les paroles des femmes dans leur contexte sociologique.
- Grossesses et accouchements antérieurs : ne concernait que les patientes multipares. Cette thématique nous permettait d'aborder le souvenir que gardaient les patientes de leurs accouchements précédents, leur ressenti à ce moment-là, la manière dont elles l'ont vécu, et d'aborder le choix de maternité à ce moment-là.
- Motivations pour accoucher en maison de naissance : nous essayions ici de déterminer les raisons qui les ont menés à s'inscrire en maison de naissance, de comprendre leur démarche, si elle était personnelle ou conjointe avec le père et la façon dont elles ont eu connaissance de ces structures.
- Les représentations de de la grossesse et de l'accouchement : ici nous voulions évoquer leur représentation de la grossesse et de l'accouchement par rapport au contexte français de (sur)médicalisation, et cela nous permettait d'aborder également leur représentation du rôle de la sage-femme.
- Questions concernant le père et son investissement : nous voulions ici avoir la représentation de la femme sur l'investissement du père dans le choix de la maison de naissance et ensuite pendant la grossesse.

Afin de tester nos questions et d'affiner notre guide d'entretien, nous avons réalisé une pré-enquête durant le mois de mai 2015 auprès de 3 femmes³⁷. Cette phase test nous a également permis d'affiner nos critères d'exclusion, que nous allons exposer ici.

2.3.2 L'enquête

2.3.2.1 Recrutement des enquêtées

Mode de recrutement

Les entretiens ont tous été réalisés sur la base du volontariat. Seules les patientes qui le désiraient laissaient leurs coordonnées. Leur accord était à nouveau demandé lorsqu'elles étaient recontactées pour programmer l'entretien. En début d'entretien leur accord était demandé pour l'enregistrement et l'anonymat leur était assuré.

Un premier contact était effectué afin de me présenter, présenter l'objectif de ma recherche, ceci en me déplaçant dans chacune des structures avant des cours de préparation ou avant des consultations, afin de prendre connaissance des coordonnées des personnes volontaires et intéressées. Les femmes étaient ensuite contactées par sms, mails, appels téléphoniques, afin de fixer un rendez-vous pour réaliser l'entretien. 23 femmes ont été recrutées de cette façon, mais 4 d'entre elles n'ont jamais répondu malgré les relances, et pour 1 personne nous n'avons pas pu trouver de créneau commun pour réaliser l'entretien.

D'autre part, des lettres d'information que nous avons rédigées (Annexe II), ont été déposées dans chaque maison de naissance, avec l'objectif de l'étude et mes coordonnées, afin que des femmes me contactent spontanément pour réaliser un entretien, ce qui fût le cas pour 3 personnes.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les femmes ont été recrutées selon les critères suivants :

- Femme volontaire pour effectuer l'entretien
- Toute femme suivie en maison de naissance, à partir du 3^e trimestre de grossesse et jusqu'en post-natal.

Les critères d'exclusion qui ont été établis étaient les suivants :

- Femme n'étant pas suivie ou n'accouchant pas avec une sage-femme de la maison de naissance
- Femme au premier ou deuxième trimestre de grossesse ou ayant accouché il y a un an ou plus car nous voulions être au plus près de leurs représentations de l'accouchement.
- Femme mineure car entraîne des implications éthiques et légales
- Femme ne parlant pas français dans un souci de faisabilité.

Limites et biais

Il est important de souligner ici l'importance du biais d'auto-sélection du au recrutement des femmes fait sur la base du volontariat. Les femmes ayant accepté de participer à notre étude peuvent avoir des représentations de leur suivi en maison de naissance différentes de celles qui ont refusé. Leur volonté de participer à l'étude montre déjà, de leur part, une envie de témoigner de leur expérience et d'exprimer leurs revendications. Par ce biais-là nous n'avons pas pu avoir accès à des témoignages d'expériences négatives en maison de naissance, ce qu'il convient de prendre en compte.

Enfin, il existe probablement un biais de mémorisation puisque leur choix d'aller en maison de naissance s'est fait plusieurs mois avant nos entretiens.

2.3.2.2 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont ensuite été réalisés sur une période s'étendant de juillet 2015 à novembre 2015. 18 entretiens (7 à Pontoise et 11 au CALM) d'une durée de une à deux heures ont été réalisés sur la période impartie. Onze des entretiens ont été réalisés au domicile de l'enquêtée, 5 dans un café, 1 à la maison de naissance de Pontoise et 1 fut réalisé par téléphone.

Nous pensons que la durée des entretiens et le fait d'avoir rencontré les femmes dans les lieux qui ne leur était pas imposé et qu'elles choisissaient, ont participé à minimiser le biais lié à l'effet Hawthorne par lequel des participants à une étude modifient leur comportement lorsqu'ils se sentent observés³⁸. En effet, la durée des entretiens a permis d'instaurer un début de confiance et a peut-être favorisé, au fur et à mesure de l'entretien, la sincérité de leurs réponses. De plus, la plupart ont choisi leur domicile, ou des cafés de leur quartier, ce qui leur a permis d'être dans un endroit familier, rassurant et les mettant en confiance et favorisant probablement leur parole. Nous pensons également que le statut d'étudiante sage-femme est peut-être moins impressionnant pour les femmes rencontrées que celui de sage-femme, facilitant ainsi la parole des enquêtés, tout en étant en mesure de comprendre leurs paroles par notre familiarisation au domaine de la maïeutique. Notons cependant que pour deux femmes, le conjoint était présent lors de l'entretien, ce qui a pu influencer leurs propos.

Finalement, trois entretiens ont été exclus de l'étude puisque les patientes ne répondaient pas aux critères d'inclusion (L'une avait accouché il y a plus d'un an, une autre était suivie par une sage-femme de la maison de naissance mais n'y accouchait pas, la dernière n'était finalement pas dans son dernier trimestre de grossesse).

Les quinze entretiens menés nous ont permis d'obtenir un effet de saturation concernant les hypothèses recherchées, ce qui permet une représentativité propre à cet échantillon de la population étudiée. L'effet de saturation est obtenu lorsque les catégories d'analyses établies permettent de

rendre compte d'uniformités dans les réponses formulées par les acteurs ainsi qu'une certaine stabilité au fil des entretiens³⁹. Il conviendrait pour prolonger ce travail et valider nos résultats à une plus large échelle, d'effectuer une recherche au sein de maisons de naissance expérimentales hors de la région parisienne ainsi que de faire varier les points de vue en recherchant également les expériences positives comme négatives des femmes ayant été suivies en maison de naissance.

Afin de poursuivre cette étude exploratoire, pour comprendre davantage si l'offre d'un suivi en maison de naissance répond à la diversité des attentes des femmes, il serait intéressant de faire une étude comportant un plus grand nombre d'entretiens. Par ailleurs, neuf projets de maisons de naissance expérimentales ont été légalisés en France. Il serait intéressant d'interroger les femmes dans chacune des structures sur leurs motivations les ayant fait choisir un suivi dans ces maisons de naissance. L'étude concernerait ainsi une population plus hétérogène et davantage représentative de la population française. Cela compléterait notre étude qui se concentre sur la population de l'Ile-de-France. Cependant notre enquête ouvre déjà une large perspective de questionnements.

2.3.2.3 Stratégie d'analyse

Nous avons procédé à une analyse par thématique. Les entretiens ont tous été enregistrés, à l'aide d'un dictaphone dédié à l'étude, et intégralement retranscrits afin de respecter la véracité des propos et de les exploiter au mieux. Après relecture intégrale des entretiens, nous avons identifié plusieurs thématiques communes. Les propos des femmes ont alors été classés dans ces différentes thématiques puis comparés entre eux pour en ressortir des points communs ou de différence qui ont nourri notre analyse³⁷.

2.3.2.4 Conditions d'anonymat et de confidentialité – Précautions éthiques liées au déroulement de l'étude

Un premier contact fut fait avec au moins une sage-femme de chaque maison de naissance pour obtenir son accord afin de venir prendre contact avec les femmes étant suivies dans chacune des structures. Bien que les patientes ne laissaient leurs coordonnées que si elles le souhaitaient, leur accord pour participer à l'étude était à nouveau demandé lorsqu'elles étaient recontactées pour programmer l'entretien. En début d'entretien leur consentement était demandé pour l'enregistrement et l'anonymat leur était assuré.

2.4 Présentation du profil des enquêtées

Le nombre d'enquêtées (15) ne prétend pas tendre vers un échantillon représentatif et exhaustif de la population générale. Néanmoins, il présente dans ses caractéristiques socio-professionnelles, des aspects de similitudes avec la population générale de l'enquête périnatale de 2010, ce que nous allons détailler ci-dessous (Annexe III).

2.4.1 Age et nationalité

Les femmes avec qui nous nous sommes entretenues sont âgées entre 24 et 39 ans, avec une moyenne d'âge de 31 ans. Si l'on compare avec l'enquête périnatale de 2010, nous pouvons voir que la majorité des femmes qui accouchent ont entre 25 et 34 ans (30,3% des femmes ont entre 25 et 29 ans, et 33,2% des femmes ont entre 30 et 34 ans)⁵. Ainsi la population de notre étude est similaire à celle de l'enquête périnatale de 2010, en ce qui concerne l'âge au moment de la grossesse.

Elles sont toutes de nationalité française, à l'exception d'une étant de nationalité russe. Elles sont pour la plupart mariées avec leur conjoint à l'exception de cinq d'entre elles qui vivent en concubinage et deux à être pacsées. Ainsi 53,3% des femmes de notre population sont mariées, ce qui est légèrement supérieure au taux présenté dans l'enquête périnatale de 2010, qui est de 47,3%⁵.

2.4.2 Niveau d'étude et catégorie professionnelle

Leurs niveaux d'études s'échelonnent entre le Baccalauréat et jusqu'à 6 années d'études après. Elles ont majoritairement étudié en master. Onze femmes ont une activité professionnelle en dehors du congé maternité (73,3%), et 4 femmes ne travaillent pas (26,7%). Dans l'enquête périnatale de 2010 70,2% des femmes exerçaient une profession pendant la grossesse, et 29,8% n'en n'exerçait pas⁵. Ainsi, encore une fois on peut affirmer que notre population est similaire à la population nationale. Parmi les onze femmes travaillant, 6 ont des professions indépendantes (Ostéopathe, architecte, dans le domaine artistique, et dans les relations humaines), les cinq autres sont des employées ou des fonctionnaires (professeurs des écoles, directrice de crèche, chargée d'affaire, géographe...). Il est intéressant de noter que les femmes exerçant une profession indépendante ou dans le domaine artistique sont celles qui ont été recrutées à la maison de naissance du CALM, tandis que les femmes accouchant à Pontoise étaient toutes des employées ou des fonctionnaires. Cependant, notons également, que quatre de nos enquêtées étaient sans emploi, dont deux suivies au CALM et deux suivies à Pontoise. On aurait pu penser que le nombre de

femmes sans emploi serait plus important dans la maison de naissance de Pontoise, située dans un département au contexte économique moins favorisé que la ville de Paris.

En ce qui concerne leurs conjoints, à l'exception d'un seul, tous ont une activité professionnelle (cadre, ingénieurs, dans le domaine artistique, dans la construction...). Ainsi dans notre étude 93,3% des conjoints exercent une activité professionnelle, ce qui est légèrement supérieur au taux observé dans l'enquête périnatale de 2010 qui est de 88,1%⁵.

2.4.3 Parité

Sur les quinze femmes interrogées, six d'entre elles sont des futures primipares (40%), les neuf autres étant des multipares, ce qui représente 60% de notre échantillon (sept futures deuxièmes paires, une future 5^e paire et une future 4^e paire). Notons que le taux de multipares à Pontoise est supérieur à celui de la maison de naissance du CALM, ceci s'expliquant par le fait qu'à Pontoise les sages-femmes n'acceptent pas de suivre des futures primipares. Les taux que nous obtenons sont semblables à ceux de l'enquête périnatale de 2010 qui sont de 43,4% pour les nullipares, et de 56,6% pour les primipares et multipares⁵. Contrairement à ce que nous nous attendions, nous pouvons voir que le nombre de primipares est quasi équivalent au nombre de multipares. En effet, on peut penser qu'un tel accouchement en maison de naissance soit plus un désir de multipares ayant déjà expérimenté l'accouchement tandis que des primipares seraient rassurées d'être en structure hospitalière.

Troisième partie

Présentation des résultats et analyse

3.3 Désir de retour au naturel et de sortir des protocoles

3.3.1 Une représentation simple de la grossesse et de l'accouchement

Pour comprendre le choix de ces femmes s'orientant vers un suivi en maison de naissance, il était important dans un premier temps de se poser la question suivante : quelle représentation ont ces femmes, de la grossesse et de l'accouchement ? Sont-ils des événements qui les inquiètent ou au contraire, les considèrent-elles comme des événements naturels ? Que représentent-ils pour elles, en tant que femmes ? Madeline Akrich et Bernike Pasveer montrent que les professionnels de santé et les femmes aux Pays-Bas ont une représentation de la grossesse et de l'accouchement comme des événements naturels²⁹. L'organisation de leur système périnatal se rapprochant de celui des maisons de naissance analysées dans notre étude, nous nous sommes demandés dans quelles mesure ces représentations pouvaient être partagées par les femmes rencontrées ayant choisi un suivi en maison de naissance.

Il nous semblait essentiel d'aborder cet aspect dès le début de notre raisonnement puisque nous avons comme hypothèse que la représentation qu'ont ces femmes de la grossesse et l'accouchement semble être le point de départ de leur réflexion. En ce sens, nous sommes partis du postulat que ces femmes ont une représentation de la grossesse et de l'accouchement comme des phénomènes naturels, et non comme des maladies. Ceci a été confirmé par nos recherches. En effet, lorsque nous demandions aux femmes, dans un premier temps, quelle représentation elles avaient de la grossesse, toutes nous ont répondu « la grossesse n'est pas une maladie », qu'elles soient suivies à la maison de naissance de Pontoise ou du CALM, à Paris. Elles ont toutes présenté une représentation simple de la grossesse, vécue comme « *un moment de plénitude* » et une « *période heureuse de la vie* ». La description d'Isabelle, 24 ans, attendant son 2^e enfant, illustre parfaitement cette représentation simple et positive qu'ont ces femmes de la grossesse : « *C'est comme un Kinder surprise !* ».

D'autre part, en ce qui concerne l'accouchement, il est évoqué par plusieurs femmes dans un univers initiatique, mystique et spirituel. En effet, il a souvent été décrit comme un événement « *magique* », « *sacré* » et constitue un « *rite* ». Ces aspects « *magique* » et « *sacré* » que l'on retrouve dans leurs discours, sont des aspects qui ont toute leur importance dans les communautés et ethnies des différents continents, comme le souligne Lise Bartoli dans son ouvrage *Venir au monde*, mais qui ont disparu de nos sociétés industrielles et médicalisées⁴⁰.

De plus, ce dernier est également vu comme un « *challenge* », une « *épreuve initiatique* » dans la vie d'une femme. L'accouchement est pour ces femmes, la suite logique de la grossesse, et c'est une épreuve qu'elles veulent traverser et vivre pleinement comme l'explique très bien Noémie, 37 ans, attendant son premier enfant :

- « *Ouais moi j'me dis que ça va être un moment hyper fort quoi. Donc ... enfin j'ai envie de vivre l'accouchement en soi comme un moment fort, et un beau moment, un moment de vie, vraiment... de... de contact avec la vie et pas juste j'accouche pour avoir le bébé. Enfin vous voyez ce que je veux dire ? Il y a aussi une sorte de valeur en soi de ce moment...*
- *Ouais quelle valeur ?*
- *Ben une valeur de... D'épreuve initiatique j'dirais. Enfin un truc comme ça... D'épreuve initiatique pour quelle... ?*
- *Ben qui fait partie de ce qui caractérise les femmes depuis la création de l'univers, enfin de pouvoir vivre ça quoi. De donner naissance... ».*

Cette représentation mystique et initiatique de l'accouchement est retrouvée dans les deux groupes de notre étude, qu'elles soient suivies à la maison de naissance de Pontoise ou du CALM à Paris. Cette représentation nous renvoie aux idées développées par le courant néo-féminisme qui a émergé dans les années 80 et qui s'oppose à la pensée radicale théorisée principalement par Simone de Beauvoir. Celle-ci attestait dans son célèbre ouvrage « *Le deuxième sexe* », que la maternité était l'objet principal qui aliénait et opprimait la femme⁴¹. Tandis que les néo-féministes, que l'on appelle aussi les « *différentialistes* » replacent la maternité, la grossesse et l'accouchement comme source de pouvoir et d'identité pour les femmes⁴². Comme le souligne Francine Descaries dans son essai, à travers ce courant « *différentialiste* » du néo-féminisme, « *la maternité se voit en quelque sorte réhabilitée, voire réifiée comme destin biologique, éthique et social des femmes. S'agit-il alors d'une représentation nouvelle ou d'une « resacralisation » de la femme-nature ?* »⁴². Ainsi, de la même façon, les enquêtées de notre étude semblent considérer la grossesse et l'accouchement comme des actes qui permettent d'affirmer et de revendiquer leur féminité et le pouvoir que ça leur confère.

La question qui se pose alors, bien que ce ne soit pas l'objet de notre recherche ici, est : qu'en est-il des femmes qui décident d'être suivies dans des structures plus classiques et médicalisées ? Considèrent-elles la grossesse et l'accouchement comme des événements dangereux ? Les voient-elles également comme des épreuves initiatiques ?

Ainsi, le suivi proposé en maison de naissance, par son approche tournée vers le soutien de la physiologie, semblerait le lieu d'accouchement le plus cohérent au regard de la représentation d'évènement normal et naturel qu'ont ces femmes de la grossesse et de l'accouchement. De plus,

en partant de cette représentation, ces femmes en viennent à se poser la question de l'intérêt des protocoles médicaux qui entourent la grossesse et l'accouchement.

3.3.2 Critique de la systématisation des protocoles médicaux et du système actuel

Pour affiner notre compréhension sur cette représentation simple et « naturelle » qu'ont les femmes de la grossesse et de l'accouchement nous nous sommes demandé ce qu'elles pensaient de la prise en charge actuelle des grossesses et des accouchements en France. Intéressons-nous tout d'abord au contexte français. La représentation couramment développée en France considère qu'une grossesse et un accouchement sont physiologiques à posteriori : « Un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance et certaines complications (certes rares mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir. Cette considération justifie que la naissance ait lieu dans un endroit où l'on dispose 24 heures sur 24 d'un bloc opératoire. »⁴³. Ceci a alors entraîné l'organisation des soins en périnatalité que nous connaissons aujourd'hui. Les maternités sont de trois types : I, II, et III en fonction de la présence d'un service de néonatalité pour les niveaux II et d'une réanimation néonatale pour les niveaux III, avec pour tous les niveaux la présence permanente d'un obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur de garde sur les lieux. Ceci a entraîné la fermeture d'une grande partie des petites structures effectuant moins de 300 accouchements par an, ne pouvant répondre à ces exigences. Ces dernières étaient considérées comme des structures non sécurisantes car les personnels médicaux n'y étaient pas en nombre suffisant.

D'autre part, le rapport de la HCSP souligne que les petites structures ont un coût économique plus important que les structures à plus grande échelle, qui serait donc une raison sous-entendue pour leurs fermetures¹⁶. Ainsi ces petites structures ont fermé et se sont regroupées en plus grandes maternités, effectuant un plus grand nombre d'accouchements, avec une équipe médicale présente sur place 24h/24h pour des raisons de sécurité. Selon Béatrice Jacques, c'est la notion de risque qui justifie le suivi médicalisé qui existe actuellement, avec la présence de deux types de risque : le risque anticipé dont la prévention s'articule autour de la surveillance mise en place pendant la grossesse, et le risque imprévisible, qui correspond à celui pris en charge dans l'urgence, notamment au moment de l'accouchement²⁰. Ceci a parfaitement été exposé lors d'un entretien par Eloïse, 27 ans, attendant son 2^e enfant et suivie à Pontoise :

- « Bah je pense que c'est un état naturel, bon passager, qui arrive de manière assez exceptionnelle dans une vie. Mais qui est vue, quand même, assez pathologique [en parlant de la grossesse].

- *Qu'est-ce qui vous fait dire ça, que c'est vu d'une manière pathologique ?*
- *Bah en fait le suivi est quand même énorme quoi ! Enfin, c'est bien ! Moi j'trouve ça agréable d'être suivie, de se dire bon ça nous rassure etc... Mais il y a quand même beaucoup de prises de sang, enfin d'analyses de façon générale hein ! Il y a un suivi quand même très régulier, au moindre petit souci, c'est assez anxiogène, on nous dit tout de suite plus d'analyses etc... Donc j'trouve que c'est un peu trop une approche « potentiellement il y a un problème » et au moindre petit, petite alerte, bah tout le monde a peur qu'il y ait un gros souci derrière, donc même si ils veulent pas trop le dire, ça se ressent fortement. Et donc c'est assez stressant, j'trouve qu'il y ait autant d'exams etc... »*

Dans cet extrait, Eloïse dénonce la médicalisation du suivi de grossesse avec la multiplication des analyses médicales dans le but de prévenir ce « risque anticipé » que définit Béatrice Jacques. Finalement pour cette femme, la médicalisation ayant ici pour but de prévenir un risque et donc de la rassurer, provoque au contraire de l'anxiété. D'autre part, il est alors ressorti de nos entretiens que puisque ces femmes considèrent que la grossesse et l'accouchement sont des événements « naturels », et partent du principe que « tout va bien », elles ne ressentent pas le besoin d'avoir une assistance médicale pour laisser libre cours au processus normal, ce qui correspond finalement à la physiologie telle que définie médicalement.

Par ailleurs, toutes les femmes rencontrées s'accordent, pour dire qu'il existe en France une systématisation des protocoles quelle que soit la situation : physiologique ou pathologique. En effet, selon Marion, 27 ans, qui attend son 2^e enfant et est suivie au CALM : « pour moi la surmédicalisation elle est là où il y a un processus qui est fait pour le cas où tout se passe mal, et que c'est ce processus-là qui sera appliqué à tout le monde », ou encore pour Delphine, 35 ans, attendant également son 2^e enfant, suivie à Pontoise : « Mais dans ma manière d'envisager la médecine en général, j'ai l'impression que la prévention à tout, pour tout, tout le temps, prend trop trop de place et empêche en fait les choses de se passer naturellement ». C'est ce que dénoncent également Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, pour qui la concentration des soins pour le suivi de grossesse et l'accouchement dans de grandes structures hypermédicalisées entraîne un interventionnisme démesuré, ce qui paradoxalement constituerait un facteur de risque⁴⁴. Ainsi de façon unanime, quel que soit le lieu où elles étaient suivies, les femmes interrogées ont toutes émis une critique sur la médicalisation entourant la grossesse et l'accouchement, empêchant de vivre ces étapes sereinement et de la façon la plus naturelle possible. Ces femmes se trouvent alors au milieu d'un débat qui anime le monde obstétrical depuis les années 1980-1990 : la catégorisation du risque obstétrical. Comme le montre Danièle Carricaburu dans son étude, le monde obstétrical est divisé notamment autour de la notion du « bas risque » : une partie regroupant principalement des professionnels de santé (médecins, sages-femmes) conteste cette notion et c'est ce qui entraîne,

entre autre, l'hypermédicalisation que nous connaissons aujourd'hui autour de l'accouchement. C'est ce que nos enquêtées critiquent, tandis que l'autre partie du monde obstétrical (regroupant médecins, sages-femmes mais aussi usagers) affirme l'existence du « bas risque » qui nécessite alors une dé-technicisation de la naissance, ce que nos enquêtées revendiquent⁴⁵.

De plus, certaines femmes rencontrées, sont allées plus loin dans leur réflexion et leur critique de la systématisation des protocoles. En effet, selon elles, c'est cet aspect systématique qui engendre des anomalies, et qui parfois serait iatrogène : Marion, 27 ans « [...] *on sait aussi que la surmédicalisation peut induire des problèmes aussi pendant l'accouchement, qui n'auraient pas eu lieu si il n'y avait pas eu cette médicalisation* ». On comprend ici que la séparation entre la physiologie et la pathologie n'existe plus, puisque tout est réalisé dans l'idée que la pathologie peut se développer à tout moment. Cependant, il est intéressant de noter que dans des pays voisins, la physiologie a retrouvé toute sa place et est différenciée de la pathologie. Ainsi, prenons l'exemple de l'enregistrement du rythme cardiaque du fœtus : en France il est effectué systématiquement pour toutes les femmes en travail et en continu, tandis qu'aux Pays-Bas, il n'est utilisé qu'en cas d'indication médicale, de pathologie (dont la liste est définie par la VII - Verloskundige Indicatie List), car les praticiens considèrent qu'un enregistrement continu peut mener à classer un accouchement comme pathologique alors qu'il est physiologique et entraînant alors des interventions non justifiées⁴⁴. De même, en Angleterre la NICE recommande aux femmes ayant des grossesses à bas risque, d'accoucher à domicile ou en Birth Centre (unité gérée par des sages-femmes que l'on peut assimiler aux maisons de naissance françaises) pour éviter tout interventionnisme¹¹.

Enfin, nos enquêtées s'interrogent sur le bien-fondé de cette médicalisation. En effet, il est ressorti dans la moitié des entretiens, et ce autant pour les femmes suivies à Pontoise ou au CALM, une critique de notre système médical actuel qui est régi par des lois économiques et ce au détriment de l'humain, comme en témoigne par exemple l'extrait d'entretien de Anaïs, 31 ans, attendant son 1^{er} enfant et suivie au CALM : « [...] *parce que finalement même au détriment de la science on est au service de l'économie, de la rentabilité. Et c'est ça, j'me suis dit non, non, non j'veux pas rentrer dans ce système-là, j'suis pas une vache à lait, j'veux pas qu'on me dise « bah écoutez césarienne » parce que c'est économiquement plus rentable pour l'hôpital* ». Les termes « usines » et « rentabilité » ont été souvent (dans 9 entretiens sur 15) cités pour décrire les maternités hospitalières, et plusieurs des enquêtées les ont comparées à des entreprises. On perçoit dans leur critique un discours militant, dans lequel elles refusent de délaissier l'humain, la nature, au profit d'un système économique. C'est effectivement la question que se pose Yvonne Knibiehler dans son ouvrage co-écrit avec Paul Cesbron : « Reste à savoir évidemment si la première mission d'une maternité, c'est d'être rentable. »⁴⁶. En effet, actuellement les maternités sont également évaluées sur leur rentabilité, et bon nombre de maternités de proximité sont vouées

à la fermeture, car n'effectuant pas suffisamment d'accouchements par an et ne leur permettant donc pas un rendement économique estimé viable.

3.3.3 Les femmes ne sont cependant pas réfractaires à toute forme de médicalisation

Nous venons de voir que les enquêtées émettaient plusieurs critiques quant à la médicalisation qui entoure actuellement la grossesse et l'accouchement. Ainsi, on peut penser que ce groupe de femmes pourrait avoir une aversion particulière envers les institutions médicales et qu'elles refuseraient toute forme de médicalisation. En effet, très souvent les personnes choisissant des voies alternatives à ce qui est fait habituellement, sont considérées comme marginalisées et ayant de fortes convictions opposées aux avis communs du reste de la population⁴⁷. C'est pourquoi on peut penser que les femmes choisissant le suivi en maison de naissance, voie alternative au suivi en structure hospitalière refusent toute forme de médicalisation. En effet, on pourrait penser que ces femmes ont une perception du corps particulière telle qu'expliquée par Sylvie Fainzang⁴⁸ : « *pour certains patients, le corps est perçu comme une richesse, un capital à préserver, qu'ils refusent d'investir dans une thérapeutique qui risquerait selon eux de l'entamer.* ». Cependant, contrairement à notre hypothèse de départ, selon laquelle ces femmes étaient réfractaires à toute forme de médicalisation, il est intéressant de noter qu'unaniment, elles ne le sont pas et qu'elles sont malgré tout rassurées par la proximité de l'hôpital dans le cadre des maisons de naissance.

En effet, nous leur avons demandé quel était leur avis sur l'accouchement à domicile, et si elles pouvaient l'envisager pour un prochain accouchement. Toutes, à l'exception de deux d'entre elles, ne se sentaient pas prêtes pour un accouchement à domicile. Toutes reconnaissent que la maison de naissance est un bon « *compromis* » ou un « *entre-deux* » entre l'hôpital surmédicalisé et l'accouchement à domicile qui a un côté « *sans filet* ». Un premier argument avancé par 6 femmes de notre échantillon, auquel nous ne nous attendions pas, est celui de l'aspect pratique. Elles ne s'imaginaient pas accoucher à la maison, car elles ne pensent pas que leur logement soit adapté pour un accouchement, et ne veulent pas avoir à effectuer le nettoyage et le rangement après l'accouchement. Ceci peut s'expliquer notamment par le fait que cinq d'entre elles sont suivies au CALM et vivent à Paris ou banlieue proche dans des appartements de petite superficie, n'offrant pas un espace nécessaire pour un accouchement.

D'autre part, elles souhaitent que cet évènement soit séparé de leur lieu de vie, elles souhaitent accoucher dans un lieu neutre pour deux raisons : pouvoir lâcher prise totalement le jour de l'accouchement, mais également parce qu'elles gardent à l'esprit l'idée que l'accouchement est un évènement comportant certains risques et pouvant évoluer en une situation d'urgence ou pathologique. C'est sur cet argument que toutes les enquêtées se rejoignent : la maison de naissance,

intégrée dans la structure hospitalière leur garantit un certain degré de sécurité et la possibilité d'avoir recours à la médicalisation nécessaire en cas de besoin. Ainsi comme le dit Charlotte, 30 ans, suivie à Pontoise pour son 2^e accouchement, la maison de naissance est un bon compromis : « [...] *la maison de naissance me paraissait un très bon compromis. Voilà entre tous les risques qu'on nous promettait à la maison et contre la surmédicalisation que je ne voulais pas à la mater. Voilà c'était un bon compromis, j'étais en sécurité, si il y avait un souci, nous on était descendus de 4 étages et c'était bon quoi !* ». Il est intéressant de noter ici, que la sécurité est donc un critère de choix pour la maison de naissance d'une grande importance, puisqu'il est mentionné par toutes les enquêtées.

Ce groupe de femmes n'est donc pas si marginalisé qu'il n'y paraît. En effet, dans son ouvrage, Béatrice Jacques qui a interrogé des femmes inscrites en structures hospitalières de différents niveaux, a démontré que le premier critère pour le choix d'une structure pour l'accouchement est la sécurité²⁰ : « *Le premier critère présent dans le discours des parturientes pour expliquer le choix de la structure est la sécurité.[...] Ce critère sécurité repose sur une forte anticipation des risques de la part des parturientes.* ». Chez nos enquêtées, la sécurité n'est pas le premier critère de choix, mais est un critère important puisque cité par toutes les femmes interrogées, car la notion de risque reste présente dans leur esprit : Fanny, 27 ans, suivie à Pontoise « [...] *si il y a un souci, parce qu'un accouchement on ne sait jamais à la moindre... ça peut partir en vrille très vite, donc elle nous a dit bah voilà au moins il y a toute la sécurité que peut offrir l'hôpital finalement.* ». Béatrice Jacques a donc interrogé des femmes ayant accouché à domicile sur le risque engendré et celles-ci exposent une définition autre du risque. En effet, ces femmes accouchant à domicile estiment que le risque est lié à la structure hospitalière qui crée des blocages (ne pas oser gérer sa douleur d'une certaine façon devant le personnel soignant inconnu, ne pas oser se mouvoir, ne pas oser émettre des demandes...) engendrant la pathologie²⁰. Ainsi les patientes ayant recours à l'accouchement à domicile semblent plus radicales que celles optant pour l'accouchement en maison de naissance.

Finalement, alors que nous pourrions penser que l'accouchement en maison de naissance est une étape avant l'accouchement à domicile, nos enquêtées nous montrent le contraire. Les femmes qui choisissent un suivi en maison de naissance forment un groupe distinct de celles souhaitant accoucher à domicile puisqu'elles n'ont pas la même représentation du risque lié à la grossesse et l'accouchement. Cependant il est intéressant de constater que ces deux groupes de femmes ont tout de même des motivations qui se rejoignent. En effet, pour les femmes ayant choisi un accouchement à domicile « *la représentation de l'accouchement comme événement personnel, intime, s'intègre mal dans un lieu où le personnel est nombreux, change à chaque garde et où le temps est structuré et normalisé.* »²⁰. Cet argument d'intimité est partagé par nos enquêtées, et c'est ce que nous allons développer dans la partie suivante.

3.4 Relation privilégiée avec la sage-femme

3.4.1 Relation qui permet de retrouver une individualité

Nous nous sommes donc, dans un second temps, interrogés sur le type de suivi que recherchaient ces femmes. Entre l'intimité du foyer d'une part, et la sécurité hospitalière à proximité d'autre part, comment s'organise le suivi de ces femmes ? Un compromis est-il possible ? Le suivi global par une sage-femme est-il un des aspects qui les ont convaincues de venir en maison de naissance ?

Rappelons qu'actuellement, lorsqu'une femme apprend qu'elle est enceinte et s'inscrit dans une maternité, elle est alors confrontée à différents intervenants. En premier lieu elle va effectuer la déclaration de grossesse le plus souvent avec le professionnel de santé qui effectue son suivi gynécologique (médecin généraliste, gynécologue de ville ou sage-femme). Le suivi de grossesse sera ensuite effectué soit par le professionnel de ville, ou une sage-femme ou un médecin de la maternité où elle se sera inscrite, qui peut être différent à chaque consultation mensuelle. De même le suivi échographique peut être effectué par le gynécologue ou la sage-femme de ville qui suit la grossesse, s'ils sont formés à l'échographie, autrement il sera effectué par un autre professionnel formé. Durant son séjour à l'hôpital à savoir du 1^{er} jour de son admission pour l'accouchement au dernier jour à sa sortie de la maternité, la patiente est prise en charge par différentes équipes médicales et paramédicales. Enfin elle sera vue par une sage-femme lors de son retour à domicile et pour la rééducation périnéale. Ainsi, la multiplicité des intervenants, empêche de vivre l'accouchement comme un événement personnel puisque les femmes ne peuvent construire une relation personnalisée avec les différents soignants. Tel est le reproche fait aux structures hospitalières par les femmes interrogées. Elles se sentent anonymes et souhaiteraient une prise en charge personnalisée afin de retrouver une individualité. C'est ce qu'explique Jeanne, 30 ans, suivie au CALM également pour son premier enfant : *« Moi j'avais été faire l'inscription aux Diaconesses et tu t'dis c'est... T'es un numéro quoi ! C'est froid, c'est... Même si c'est une bonne maternité plutôt chaleureuse, [s'adresse à son mari], enfin toi t'aurais pété un câble quoi ! Le mec il te dit, enfin tu vois 8 personnes différentes, le premier rendez-vous c'est avec la carte vitale pour te faire pré-payer au cas où tu te désinscrives, après t'as un ticket comme chez le boucher pour aller faire ton inscription avec un petit dossier... »*. Le suivi en maison de naissance allant du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement et le suivi post-partum, assuré par la même sage-femme, permet donc selon les enquêtées de retrouver une individualité, un suivi personnalisé : *« [en parlant de la relation avec la sage-femme du CALM] Ouais, c'est tout un climat de confiance en fait que l'on essaie de remettre, de refaire un petit truc intime en fait, et personnel, qu'on perd dans toutes les grosses maternités, où c'est un peu la chaîne quoi... »*, selon Bérénice, 39 ans, suivie au CALM et attendant son 4^e enfant. Ainsi, pour six femmes sur les quinze interrogées, le suivi global par une même sage-

femme était la principale motivation pour choisir le suivi en maison de naissance. Quant aux huit autres, qui n'avaient pas comme principale motivation le suivi global, elles l'ont développé et présenté comme faisant partie des principaux atouts à prendre en compte. Il est intéressant de voir que cette volonté de suivi personnalisé et d'individualité ne semble malgré tout pas spécifique au groupe de femmes choisissant un suivi en maison de naissance.

En effet, une étude réalisée en 2006 par Michel Briex⁴⁹, interrogeait 1174 parturientes à propos de leurs attentes sur les professionnels de santé. Bien que l'échantillon de la population ne soit pas représentatif, les résultats obtenus sont intéressants à observer. Il ressort de cette enquête qu'au-delà de la compétence des soignants, les femmes attendent et aspirent à plus d'humanité dans l'acte et la pratique de la part des professionnels de santé. Elles reprochent, d'après leurs commentaires exposés dans cette même étude le manque de disponibilité des soignants ou le non-respect des choix personnels. Or nous savons que le désir du respect des choix et des souhaits personnels est fortement demandé par les femmes enceintes et les couples³¹. Ceci se traduit par l'émergence des projets de naissance et la mise en place de l'entretien prénatal précoce, pour les femmes accouchant en maternité, comme le souligne l'étude du CIANE.

Celle-ci montre que le nombre de femmes exprimant des demandes spécifiques pour leur accouchement est passé de 36,1% avant 2005 à 57,1% en 2011, de même que le taux de projets de naissance est passé de 7% avant 2005 et est autour de 18% depuis 2009. Cependant, leur étude met en évidence, à travers les commentaires des femmes interrogées, que les projets de naissance ou les souhaits exprimés ont souvent été accueillis de façon négative, voire tournés au ridicule « *Mon projet de naissance a reçu les moqueries de l'équipe soignante, avec photocopie de celui-ci pour diffusion large afin de montrer (je cite) notre irresponsabilité. Au final, après beaucoup de discussions et de pressions, il a été accepté par l'équipe.* »⁵⁰. Cela nous montre donc qu'aujourd'hui les femmes sont confrontées à des structures hospitalières auprès desquelles elles doivent justifier leur droit de choisir par le biais de projets de naissance, qui ne sont pas toujours bien accueillis par les personnels soignants (non lus, non respectés, tournés en dérision...). Dans ce contexte, les maisons de naissance semblent offrir un cadre où leurs attentes concernant un suivi personnalisé et individualisé associé à un positionnement personnel sur les décisions à prendre (dépistage, examens dits de routine...), seront entendues. Et c'est ce que les femmes rencontrées sont venues chercher.

D'autre part, la prise en charge globale permet également de retrouver cette individualité. Cela passe par la prise en compte du contexte psycho-social de la patiente et non pas uniquement l'aspect médical. Huit de nos enquêtées ont accordé une importance plus particulière à cet aspect de prise en charge globale de la patiente, dans son contexte. Précisons que les consultations prénatales avec la sage-femme, qui sont des « entretiens », durent 1 heure voire plus, alors qu'en

maternité classique, les consultations dépassent rarement 30 minutes. Ainsi les entretiens de longue durée avec la sage-femme, permettent aux femmes d'aborder tous les aspects qui entrent en compte dans la grossesse : psychologique, la vie de famille, la vie au travail... et de poser toutes les questions nécessaires qu'elles souhaitent.

- « *On peut aborder tous les sujets sans se dire bah on est hors sujet justement. Avec les médecins on va aborder plutôt le côté vraiment médical de la chose. Donc là elle nous connaît quand même bien, elle connaît bien l'entourage... On peut parler un peu plus de... pas que de l'accouchement et du suivi en... tout l'environnement familial, tout ce qui peut nous stresser ou nous poser question à un moment particulier...* » Fanny, 27 ans, suivie à Pontoise.
- « *C'est-à-dire que les consultations au CALM elles durent quand même 1 à 2 heures quand même... On peut aborder plein d'autres choses en dehors de la grossesse même, qui font que ça bloque le déroulement de la grossesse.* » Bérénice, 39 ans, suivie au CALM.
- « *Pour moi le suivi global c'est justement ouais cette capacité du soignant à prendre en charge une personne et pas juste l'aspect grossesse de cette personne* » Olivia, 32 ans, suivie au CALM
- « *C'est moins porté sur le médical, enfin il y a aussi l'aspect médical mais ça passe... Je sais pas comment dire, mais ça passe un peu dans la conversation comme ça, comme si c'était quelqu'un que je connaissais quoi... Et du coup je trouve ça moins lourd... moins... enfin on voit qu'elle se préoccupe vraiment de la personne dans sa globalité, on n'est pas juste un corps avec ses problèmes.* » Hannah, 35 ans, suivie à Pontoise.

Les deux derniers témoignages arborent toute l'importance du rôle de la relation parturiente/sage-femme par rapport à la technicité médicale. Cette dernière a transformé les relations entre les patientes et les soignants à la maternité. De nombreux travaux dénoncent l'effet négatif de la technicité^{51,52}. Béatrice Jacques montre particulièrement que son utilisation et la place qui lui est accordée dans le suivi de la grossesse, a bouleversé la relation parturiente/soignants allant jusqu'à séparer l'utérus du corps de la femme. Toute l'attention est alors portée sur l'utérus, au détriment de la femme et de sa personne et ceci est très bien illustré par les échographies et l'enregistrement cardio-tocographique fœtal. Dans les structures hospitalières, le suivi de grossesse est donc centré sur le suivi biologique, au détriment parfois des autres aspects de la maternité (la préparation à la parentalité, l'expérience psychologique, sociale...)²⁰. Cependant il est important de noter qu'en hôpital les professionnels de santé, dont les sages-femmes, font aussi face à une importante charge de travail, qui peut parfois les contraindre à se restreindre au suivi biologique de la grossesse, bien que leur désir serait différent.

Le suivi global assuré en maison de naissance par une même sage-femme semble donc permettre de recentrer le suivi de grossesse sur la femme en tant que personne dans son entièreté et son individualité²⁰. La sage-femme en maison de naissance, est alors vue comme une personne accompagnante dans le suivi de grossesse, au moment de l'accouchement, et dans le suivi du post-partum. Elle est vue comme une partenaire de soin prenant part à une relation plus égalitaire, et non hiérarchisée comme la relation soignant-soigné en structure hospitalière.

3.4.2 La sage-femme comme accompagnante

La profession de sage-femme a connu de nombreuses d'évolutions au travers de son histoire. Avant d'exister, les femmes accouchaient en présence des matrones, qui étaient des femmes d'expérience dans le domaine de l'accouchement. La matrone va être remplacée progressivement par les sages-femmes formées en premier lieu par l'Eglise. Au cours du 18^e siècle les chirurgiens-accoucheurs ont imposé leur présence dans le domaine de l'obstétrique et les sages-femmes prêtent alors serment en ayant l'obligation de faire appel à ces chirurgiens en cas de difficultés majeures¹⁵ et cette obligation est toujours valable de nos jours. De plus au cours de la deuxième moitié du 20^e siècle, les accouchements se sont déplacés du domicile vers l'hôpital, et a confronté les sages-femmes à de nouvelles techniques (comme l'analgésie péridurale par exemple), et de nouveaux intervenants dans l'accouchement (anesthésistes, obstétriciens). Les sages-femmes ne sont donc plus les seules intervenantes au moment de l'accouchement¹⁵. En outre, les compétences de la sage-femme ne cessent de s'élargir, et le caractère médical de la profession est fortement mis en avant, via la technique qui entoure la pratique de la maïeutique, les structures hospitalières et les services dans lesquels exercent les sages-femmes (maternités de niveau III, service de grossesses à haut risque, centre des explorations fonctionnelles). Ainsi la sage-femme est reconnue comme professionnel avec un rôle médical. Nous nous sommes donc demandé quelle représentation les femmes suivies en maison de naissance avaient de la sage-femme, quel rôle elle lui attribuait ? De façon unanime, c'est un rôle d'accompagnement qui est attribué aux sages-femmes. L'aspect médical n'a été que très peu cité, ce à quoi nous ne nous attendions pas, d'un point de vue personnel. Certaines de nos enquêtées, ont encore à l'esprit l'image de la matrone, de la femme d'expérience, pour décrire le rôle de la sage-femme. Ceci est probablement favorisé par le suivi global offert en maison de naissance induisant une certaine proximité dans la relation entre la sage-femme, la femme et le couple:

- « *Et du coup, c'est ouais c'est comme un rôle d'accompagnatrice je dirais... ouais c'est ça, de soutien, d'accompagnatrice, de facilitatrice, de... ouais. Une **sage-femme** [insiste fortement*

sur le mot « sage »], *enfin j'trouve que le mot dit bien quoi d'une femme qui a cette sagesse, cette expérience, comment ça se passe de donner la vie et... ouais.*»

Noémie, 37 ans, suivie au CALM pour son 1^{er} enfant.

Cette représentation de la matrone, semble être toujours présente également à l'esprit des sage-femmes, qui définissent leur métier sur les notions de « respect de la physiologie » et de « prise en charge affective »²⁰. Cette prise en charge affective qui semble être favorisée par la relation offerte par le suivi global, est largement sollicitée et appréciée par les patientes. En effet, lorsqu'il était demandé aux enquêtées de décrire leur relation avec la sage-femme, les mots les plus fréquemment utilisés étaient « écoute », « confiance », « accompagnement », « soutien », « sérénité », « disponibilité ». Ainsi la sage-femme est inscrite dans son rôle d'accompagnement dans le vécu de la grossesse et de la parentalité. L'importance de ce rôle est également soulignée par les analyses de la littérature en sciences sociales tel que le montre Dominique Memmi dans son ouvrage : « l'accompagnement est aujourd'hui devenu un maître mot pour désigner le rôle des agents professionnels associés aux pratiques corporelles autour de la naissance et de la mort. »⁵³.

De plus, il est intéressant de noter qu'à travers les témoignages, il en ressort que la grossesse et l'accouchement constituent un monde de femme, comme Madame L. le mentionne dans l'extrait cité ci-dessus, mais également comme le souligne timidement Isabelle, 24 ans, suivie à Pontoise : « [...] *et moi j'trouve qu'une sage-femme c'est vraiment important. Premièrement parce que, elles nous comprennent. Elles sont vraiment à notre écoute, j'veis pas dire parce que c'est des femmes, parce qu'il y a des hommes aussi dedans. Donc on va pas les discriminer [rires], mais vraiment elles sont, elles sont là, elles sont présentes, elles nous comprennent. J'sais pas, puis quand c'est suivi comme ça, il y a un lien qui se crée et moi j'trouve ça super... J'trouve que ça devrait vraiment être normal* ». La place des hommes dans cette profession est encore difficilement intégrée dans la société. Le métier de sage-femme est en effet, un milieu très féminisé puisqu'il est directement en rapport avec la partie la plus intime du corps féminin, et avec un acte que les hommes ne pourront jamais accomplir : l'accouchement. De plus, ce métier ferait appel à des valeurs qui culturellement et socialement, seraient spécifiques de la féminité (écoute, sensibilité, empathie) et difficilement attribuables à des hommes⁵⁴.

- « *Et puis c'est aussi une histoire de femme quand même. C'est-à-dire que je trouve ça intéressant aussi d'avoir une relation avec une autre femme pour parler de tout ça. C'est-à-dire la sage-femme qui elle a une connaissance du corps, de ce que c'est porter un bébé, de lui donner la vie et tout... j'trouve que c'est... Il y a presque un accompagnement spirituel entre guillemets aussi... de... Elle a un savoir, elle va me le faire partager, mais en même temps elle va respecter l'idée que c'est mon aventure aussi. Enfin... voilà les médecins, l'obstétricien etc... Il y a plus le côté aussi technique des choses avant l'humain, enfin voilà. Ça peut être un super bon médecin*

qui accouche etc, mais j'ai l'impression que ce sera toujours supplanté par, le plus souvent c'est des hommes [rires], par ce, cette technicité quoi, et moins bah par l'aventure d'une personne. Oui c'est aussi une aventure affective, enfin émotive, sensible quoi ! »

Lucie, 36 ans, suivie au CALM pour son 1^{er} enfant.

Dans cet extrait on voit effectivement que culturellement, les femmes ont une représentation des sages-femmes, qui sont des femmes, comme étant les plus à même d'accompagner dans une approche humaine, alors que les médecins, souvent des hommes, se concentrent sur l'aspect technique. Nous n'avons pas abordé cet aspect du sujet dans notre étude, mais il serait intéressant de questionner ces femmes suivies en maison de naissance afin de savoir si elles étaient prêtes à être suivies par un homme sage-femme.

Nous venons donc de montrer que les femmes suivies en maison de naissance ont une représentation de la sage-femme comme une personne qui les accompagne dans le processus de devenir mère, et ce grâce à la relation qu'elles peuvent nouer avec elle dans le cadre de la maison de naissance, une relation fondée sur la confiance.

3.4.3 Relation fondée sur la confiance

Nous venons donc de voir que les femmes en maison de naissance entretenaient une relation particulière avec la sage-femme qui assurait leur suivi. Il lui est attribué un rôle d'accompagnatrice, pas tant sur l'aspect médical, mais surtout sur l'aspect psychologique, social et spirituel. La sage-femme, avec l'image de la matrone, est la personne privilégiée choisie par la femme enceinte pour l'accompagner dans son cheminement pour être mère, et pour se préparer à l'accouchement. Le suivi est donc personnalisé et la femme enceinte se sent prise en charge comme un individu avec ses particularités et non comme une personne anonyme parmi tant d'autres. Nous nous sommes donc demandé ce que leur apportait ce suivi très personnalisé ?

La relation privilégiée avec la sage-femme que nous avons décrite plus haut, permet d'instaurer un lien de confiance entre elle et la femme. Le mot « confiance » a été cité par 12 des patientes sur les 15 interrogées. En effet, les femmes disent connaître leur sage-femme et peuvent alors se confier à elle sur des sujets autre que médicaux, qui sont parfois de l'ordre de l'intime, et c'est ce qui est apprécié par plusieurs femmes interrogées, dont Kristel, 35 ans, suivie au CALM pour sa première grossesse : « [...] d'avoir quelqu'un qu'on connaît pour justement évoquer des choses qui sont de l'ordre quand même de l'intime et même des choses qui peuvent être mal vécues, et que ça doit pas être évident de le formuler à des personnes qu'on ne connaît pas forcément. ». Cette confiance atteint son paroxysme au moment de l'accouchement. Grâce à la relation tissée tout au long de la grossesse, les femmes se

sentent alors en confiance pour le jour de l'accouchement, car le fait de la connaître diminue d'une part l'inconnu que représente l'accouchement. C'est ce que décrit le conjoint de Jeanne, 30 ans ayant accouché de son 1^{er} enfant au CALM, comédien : « *C'est comme un bon spectacle quoi ! Personne te dira je vais faire un bon spectacle en mode impro quoi ! Avec des comédiens que je trouverais sur le moment, enfin bon... C'est ce que les gens font, mais j'me dis... Là, il y avait des parts d'ombres et de mystère parce que c'est compliqué, mais j'me dis on connaissait les comédiens ! On savait pas trop la pièce mais on avait le décor, on avait la scène [...]* ». Et d'autre part elles sont confiantes envers la sage-femme du fait de leur relation et la bonne entente déjà établies :

- « *Si jamais la sage-femme arrive et que j'l'aime pas, ça va vraiment me stresser ! Y a des personnes qui sont plus... qui arrivent à faire abstraction, mais moi pas du tout !* » Anaïs, suivie au CALM pour son 1^{er} enfant.
- « *Et puis en fait je me suis rendue compte que le lieu, enfin la salle en elle-même c'était un peu comme au CALM, simplement j'aurais eu un suivi à l'extérieur avec une sage-femme pendant toute la grossesse, mais le jour de l'accouchement, en fait c'est les équipes de Port-Royal, donc en fait quand on y va, on se rend compte que c'est quand même un peu la... Que c'est immense, qu'il y a aussi beaucoup d'urgences, donc en fait que finalement à la fin on se retrouvait un peu, pas seul mais avec quelqu'un qu'était pas forcément là tout le temps, et avec quelqu'un qu'on ne connaissait pas aussi.* » Kristel, évoquant sa possibilité d'accoucher en salle nature à Port-Royal, avant de choisir le CALM.
- « *Et en fait, j'ai pas réussi à savoir si vraiment on en était à un état où il fallait... Là j'ai eu un doute en fait dans ce qu'elle m'a dit, j'arrivais pas à savoir si elle me donnait cet argument-là parce qu'il fallait, enfin qu'elle pensait qu'il fallait accélérer le travail et c'était mieux comme ça, ou si vraiment il y avait un risque de césar... »*

Delphine, 35 ans, suivie à Pontoise pour sa deuxième grossesse et évoquant ici son 1^{er} accouchement.

Dans ce dernier témoignage, on ressent effectivement un manque de confiance en la sage-femme et sa pratique, puisque Delphine ne la connaissait pas. Ne pas connaître le personnel soignant semblerait engendrer un stress sur le plan psychologique qui pourrait avoir des conséquences physiques, car il est intéressant de noter qu'un suivi par une même sage-femme semble diminuer le taux de certaines complications au moment de l'accouchement (épisiotomie, durée du travail, naissance instrumentale...)⁵⁵. Ainsi la connaissance de la sage-femme en amont, et la construction d'une relation basée sur la confiance avec un lien affectif, permet aux femmes et aux couples d'affronter sereinement l'accouchement, d'être en confiance. Et ceci, permet finalement aux

femmes de retrouver confiance en elles et en leur capacité à accoucher et être mère et ce, dès le début de la grossesse.

- « *Qu'on force pas et qu'on fasse confiance en fait. Qu'on donne le pouvoir à la femme enceinte. De faire confiance, de pas faire de toucher vaginal à chaque examen si il n'y a pas besoin. Bah tout va bien, bah oui tout va bien ! Des fois même moi j'me dis tiens, puis après j'me dis bah non c'est vrai j'ai pas besoin, si y a pas de signes, pourquoi aller vérifier alors que ça va bien ! [...] Et vraiment elle a pas influencé... Et je lui ai dit « Et toi tu ferais quoi ? » et elle me dit « bah non mais je te donne l'info et c'est toi qui te démerde avec ! ». Elle a raison, tout quand elle me dit, même si c'est un peu vache « mais non t'inquiète pas c'est toi qui va faire ! ». Je me dis oh mince ! » Bérénice, suivie au CALM pour sa 4^e grossesse, parlant du suivi au CALM et de sa sage-femme.*
- « - *Et ça c'est super aussi de se dire qu'on peut avoir confiance, au fait qu'on puisse s'adapter. Voilà ça se passera sûrement pas comme on l'a rêvé, mais j'ai la ressource, la force en moi, et les moyens pour m'adapter, et faire face à l'improvisation et à l'aventure quoi ! [rires]*
- *Et comment tu penses que tu as tous ces moyens de faire face, et de t'adapter ? Est-ce que c'est par tes ressources personnelles ? Est-ce que c'est ton mari ? Est-ce que c'est le suivi au CALM ?*
- *Bah c'est tout ça ! C'est tout ça, parce que les sages-femmes elles vont dans ce sens-là tout le temps, c'est aussi moi. »*

Lucie, 36 ans, suivie au CALM pour son premier enfant.

Dans ces extraits d'entretiens on peut noter une certaine satisfaction des femmes de savoir qu'elles peuvent avoir confiance en elles, qu'elles ont les ressources nécessaires pour affronter l'accouchement et ce grâce au suivi global de la maison de naissance. Il semblerait alors qu'un suivi classique ne leur permettrait pas de trouver ces ressources par manque d'information de la part des professionnels de santé, comme le témoigne l'extrait d'entretien de Delphine vu plus haut. Ainsi on peut s'interroger sur la recherche systématique d'un respect du consentement éclairé dans les structures hospitalières, pourtant obligatoire depuis la loi du 4 mars relative aux droits des patients

56

Ces témoignages renvoient au concept d'*empowerment* développé dans différents domaines (psychologie, sociologie, écologie, idéologies féministes...) et qui a toute son importance dans le domaine de la maïeutique. Ce concept a émergé dans les années 60 et s'est consolidé dans les années 80. Cependant, il est difficile à définir, puisque plusieurs définitions existent en fonction des disciplines. Nous allons donc nous intéresser à une définition établie par Gibson en 1991 dans le

domaine du soin : l'*empowerment* est « un processus social reconnaissant, promouvant et améliorant les capacités des personnes à répondre à leurs propres besoins, résoudre leurs problèmes et mobiliser les ressources nécessaires afin de se sentir dans le contrôle de leur propre vie »⁵⁷. Une récente étude de 2011, a analysé ce concept dans le domaine de la maïeutique plus précisément et a alors conclut sur une définition plus spécifique aux sages-femmes et à leur relation avec les couples : l'*empowerment* est un processus d'échange, d'information et d'action entre la sage-femme et le couple, par lequel ils développent une relation basée sur le respect mutuel. Ces échanges, cette relation, permettent alors de mobiliser les ressources nécessaires pour améliorer les capacités personnelles du couple, leur permettant de faire leurs propres choix. Dans cette étude, ils concluent que l'*empowerment* a pour conséquence entre autre, une satisfaction personnelle, un développement personnel, un sens du contrôle pour la femme et le couple⁵⁸. C'est effectivement ce que nous avons retrouvé chez les femmes interrogées. Celles-ci semblaient avoir confiance en elles, en leurs capacités à accoucher sans péridurale et sans les technologies, et elles en semblaient satisfaites comme en témoignent les extraits d'entretiens exposés auparavant. Cet *empowerment* est possible grâce à la relation privilégiée que nous venons d'analyser, grâce au temps accordé par les sages-femmes pour les consultations. De plus, nous avons pu constater que nos enquêtées se documentaient sur tout ce qui a trait à la grossesse (Le guide de la naissance naturelle d'Ina May Gaskin, ouvrages de Michel Odent...), des lectures souvent conseillées par les sages-femmes, ce qui participe à l'*empowerment* de ces femmes. Cet *empowerment* développé chez ces femmes leur permet alors d'effectuer des choix personnels et éclairés pour ce qui concerne leur grossesse, l'accouchement et leur enfant. Et c'est ce que nous allons discuter dans la partie suivante.

3.5 Une histoire de choix

3.5.1 Aller en maison de naissance : un choix personnel qui n'est pas disponible pour tous

Comme nous l'avons explicité, le paysage médical en France pour la prise en charge des suivis de grossesses et des accouchements est divisé en trois types de structures : maternités de type I, II ou III, qui sont toutes des structures hospitalières dont certaines peuvent avoir une identité particulière qui les différencie des autres (par exemple la maternité des Bluets qui fût pionnière de l'accouchement sans douleur, la maternité des Lilas ou encore celle de Pithiviers très réputées pour le respect de la physiologie, ou encore les maternités ayant le label *Amis des bébés* ...). Ainsi le choix de la structure par les femmes et les couples se fait à partir de ces critères. C'est un choix important pour eux, puisqu'il oriente la trajectoire médicale du suivi de grossesse et le vécu personnel de la

femme et du couple²⁰. Nous nous sommes donc interrogés sur les caractéristiques du choix des maisons de naissance par les femmes de notre étude. En effet, tout d'abord comment ont elles eu connaissance de ces structures ? Ce choix était-il un choix personnel ou conjoint avec le partenaire et quelles en étaient les raisons ? Nous pensions qu'il s'agissait d'un choix du couple, cependant, nos résultats montrent qu'il s'agit la plupart du temps d'un choix de la femme, elle est celle qui initie la démarche. Le choix d'aller en maison de naissance est dans la plupart des cas une démarche personnelle de la femme, initiée par elle et auquel le conjoint adhère par la suite. Il adhère par la suite au choix de sa partenaire, mais ne semble pas le subir d'après les femmes interrogées. Dans notre échantillon 11 femmes sur 15 ont fait ce choix personnel et approuvé par leur partenaire. Pour deux femmes, ce fut une volonté de couple qu'aller en maison de naissance. Enfin, pour une femme le partenaire n'était pas impliqué (il n'assiste à aucun rendez-vous et ne sera pas présent le jour de l'accouchement) dans le choix et la démarche.

Tout d'abord, les femmes enquêtées ont eu connaissance des maisons de naissance par trois biais : des recherches internet (sept femmes, dont quatre du CALM et trois de pontoise) ou dans des livres de périnatalité (une femme, de pontoise) ou du bouche à oreille (sept femmes, dont cinq issues du CALM et deux de pontoise). Leurs recherches ont été initiées pour plusieurs raisons. Pour toutes les parturientes à une exception près il s'agissait d'un choix personnel. Ce dernier repose sur leur conviction que l'accouchement est un phénomène naturel ne nécessitant pas toute la médicalisation qui l'entoure actuellement, comme nous l'avons vu dans la première partie. Pour plusieurs d'entre elles c'est directement lié à une éducation et un mode de vie en cohérence avec ce choix. En effet, ce sont des femmes qui ont confiance en leur corps, lequel saura trouver les ressources pour se soigner, ou bien elles ont recours à des méthodes alternatives, comme l'homéopathie pour soigner les maladies saisonnières par exemple, et attendrons d'en ressentir le besoin pour aller consulter un médecin, et ce, qu'elles soient suivies au CALM ou à Pontoise :

- « *De manière générale voilà j'pars du principe qu'il faut faire confiance aussi à comment on est conçu et à la nature, et j'essaye de pas prendre de médicaments, même quand je me sens un peu malade parce que je me dis que le corps il a des défenses voilà qui permettent de lutter contre ça.* » Olivia, 32 ans suivie au CALM.
- « *[...] ma famille ils sont assez aller manger bio, pas trop aller chez le médecin, enfin voilà après c'est des petites choses, on fait des remèdes de grand-mère...* »

Hannah, 35 ans, suivie à Pontoise.

Nos enquêtées se rapprochent alors des femmes choisissant un accouchement à domicile. Celles-ci sont également dans un esprit que l'on pourrait qualifier d'écologique et assimiler à de l'éco-

féminisme, où la connaissance du corps et de l'environnement influant sur celui-ci sont centrales. Cela engendre alors une bonne connaissance des plantes, tisanes, l'utilisation de médecines parallèles ...^{20,59}. Pour une femme, il s'agissait des récits de l'accouchement de sa sœur et d'une amie qui l'ont poussée à rechercher une alternative à la structure hospitalière. De plus, celle-ci ne voulait pas subir l'hospitalisation de 3 jours en suites de couches, elle a donc été à la recherche d'une structure offrant la possibilité de rentrer chez soi après l'accouchement. « *Voilà en grosse partie, c'est les récits d'accouchements qui m'ont un petit peu échaudé... [Rires]. Et une grosse partie, moi j'avais peur de l'hospitalisation, en post-partum. J'avais pas envie de rester à l'hôpital après l'accouchement.* » Marion, suivie au CALM pour son 2^e enfant.

Pour neuf d'entre elles (quatre suivies à Pontoise et cinq au CALM), les raisons supplémentaires qui les ont poussés à faire ces recherches font suite à de mauvaises expériences vécues en structure hospitalière. Pour quatre femmes, leurs recherches ont fait suite à de mauvaises expériences personnelles vécues en maternité ou à l'hôpital avant leur grossesse, qui ont éveillé en elles une aversion envers les structures hospitalières.

Pour les cinq autres, c'est l'expérience d'accouchements précédents en structure hospitalière qui les ont poussés à faire les recherches. En effet, cela fait suite à un mauvais vécu d'un accouchement précédent dû à un non-respect des souhaits initiaux (non utilisation de la péridurale, non-respect des critères d'accueil de l'enfant).

- « *Et donc j'ai énormément regretté d'avoir demandé la péridurale parce que j'étais partie pour faire sans quoi. [...] J'avais demandé à la baisser et puis la sage-femme n'a pas voulu parce qu'elle a craint que je perde pied au moment de la poussée je suppose. Et donc en fait, moi qui voulais pas de péridurale pour être actrice de mon accouchement, au final j'ai été spectatrice [...]* »

Charlotte, 30 ans, suivie à Pontoise pour son 2^e enfant.

- « *[en parlant de leur souhait de suivre la méthode Le Boyer pour l'accueil du nouveau-né] C'était en fait un hôpital classique donc ils faisaient les protocoles habituels donc ils étaient pas dans la possibilité de répondre à une demande particulière donc du coup fallait vraiment qu'on fasse un document... Du coup on s'était dit bah tant pis ! On ira sur place et on verra comment ça se passe et au pire bah on [...] Et bah finalement ça a pas accroché, mais on n'était pas d'accord avec la sage-femme qui nous a accouchés finalement, parce*

qu'elle voulait l'aspirer alors qu'il avait pas... Enfin moi je voyais pas l'intérêt de l'aspirer alors qu'il venait de naître, j'avais pas trop l'embêter ... Hein tu te souviens ? Pour l'aspirer et tout, nous on n'était pas trop pour... Bah après je sais pas trop, mais bon j'avais pas trop l'intérêt comme tout s'était bien passé ... »

Isabelle, suivie à Pontoise pour son 2^e enfant.

On peut constater ici que le vécu de l'accouchement est directement lié au respect des souhaits préalables émis par la femme et le couple, quelques soient les raisons avancées (maîtriser le degré d'anesthésie pour participer à l'accouchement, ne pas vouloir effectuer des gestes invasifs sur le nouveau-né si celui-ci n'en n'a pas besoin...). C'est effectivement ce que nous démontre l'étude du CIANE où les femmes dont les souhaits n'ont pas été respectés ont mal vécu leur accouchement tant sur le plan physique (57% d'entre elles) que sur le plan psychologique (70% d'entre elles). Ainsi, comme l'explique Madeleine Akrich dans son article « La péridurale : un choix douloureux », une expérience vécue peut conduire une femme à agir en opposition avec ce qu'il s'est passé. Suite à une analyse qu'elle aura faite avec la prise de recul, elle va essayer de modifier certains éléments ayant influé la trajectoire qu'a pris l'expérience passée⁵². Le choix du lieu de l'accouchement en fait partie. C'est en partie pour cela que certaines femmes de notre enquête en sont arrivées au choix de la maison de naissance pour le suivi de leur grossesse et leur accouchement, et ce, indépendamment de leur partenaire.

3.5.2 Retrouver la capacité de faire ses propres choix

En France, les médecins ont toujours connu un certain pouvoir, une certaine emprise sur les patients, de par le savoir et la science qu'ils détenaient, et les techniques sophistiquées qu'ils utilisaient, c'était la médecine « paternaliste ». Seulement cette tendance ne cesse de s'inverser, d'abord avec les mouvements contestataires de 1968⁴⁶, puis de nos jours avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient, lui autorisant notamment d'avoir accès à son dossier médical à tout moment et rappelant l'importance du consentement éclairé. Le domaine de la gynécologie-obstétrique a été particulièrement marquée par ces mouvements contestataires et notamment les mouvements féministes dont émanaient des demandes particulières en terme de contraception, de droit à l'interruption volontaire de grossesse, de prise en charge globale²⁰. Les courants féministes ont témoigné d'un désir fort des femmes de se réapproprier leur corps en étant actrices dans la santé de leur vie génitale et de s'affranchir de la médecine paternaliste et patriarcale à laquelle elles étaient soumises. Cependant les progrès technologiques dans le domaine de l'obstétrique ont contraint les femmes à se plier aux protocoles de structures hospitalières, afin de réduire les taux de mortalité maternelle et infantile⁶⁰, réduisant ainsi leur autonomie. Et c'est ce que décrivent nos

enquêtées. Cela nous a donc incités à nous poser la question suivante : le suivi en maison de naissance permet-il de retrouver cette autonomie perdue, de redevenir acteur de ses propres choix ? Nous sommes donc partis du constat que plusieurs femmes, de par leurs expériences antérieures, ont rapporté des exemples de cette médecine « toute puissante » les limitant dans leurs choix, et réduisant leur marge d'action à la fois dans les consultations, mais également au moment de l'accouchement avec les protocoles imposés (pose de perfusion, surveillance cardiotocographique...) :

- « *En fait le problème des médecins j'trouve c'est qu'ils vont directement prescrire des médicaments, des analyses, des examens, mais ils conseillent pas du tout... [...] Non, puis du coup on n'a pas le choix en fait ! Direct, ils nous orientent, c'est comme ça... on n'a pas l'impression d'avoir le choix sur le moment en fait, parce qu'on ne connaît pas forcément les possibilités* » Eloïse, suivie à Pontoise pour son 2^e enfant.
- « *Il y a aussi le fait, pour le côté hôpital, pendant l'accouchement, le fait d'être entravée. – C'est-à-dire ? – Enfin d'être attachée, enfin attachée... la perfusion ! [rires]* » Marion, suivie au CALM.
- « *[...] même pour la deuxième alors que l'accouchement était très bien, on m'a quand même imposé une anesthésie locale au niveau des ischions, les nerfs honteux internes je crois alors que franchement à la fin, j'avais absolument pas besoin, ça a même limite ralenti ce que je faisais et on me disait « non, non on va vous faire ça ! » [...] on subit quoi en fait... On subit pas mal ! Moi j'ai pas mal subi finalement... »*

Bérénice, suivie au CALM pour son 4^e enfant.

Dans ces extraits, on perçoit le regret des femmes de n'avoir pu bénéficier d'une information suffisante ou d'avoir une marge d'action suffisante pour leur permettre de faire leurs propres choix, de se sentir actrices. On voit d'ailleurs que le consentement n'a soit pas été recueilli, ou n'a pas été donné de façon libre et éclairée comme le préconise la loi. C'est effectivement ce que dénonce également le CIANE à travers les résultats préliminaires de leur enquête sur le vécu de l'accouchement par les femmes commencée en 2012. En effet, à travers l'étude du choix de la péridurale, le CIANE met en évidence que 56% des femmes ayant eu la péridurale alors qu'elles ne le souhaitaient pas sont insatisfaites et déplorent le fait qu'on ne leur ait pas laissé le choix¹⁶. De même, il met en évidence que les femmes ayant vécu un déclenchement n'ont été que 58% à avoir reçu une information préalable et une demande consentement. 15% des femmes n'ont reçu aucun des deux, et 14% des femmes ont seulement reçu l'information et 14% n'ont pas été informées mais leur consentement a bien été demandé⁶¹. Suite à ces constats, le CIANE a émis la demande suivante : « *L'information préalable, la demande de consentement et le respect des souhaits exprimés demeurent des*

priorités pour les années à venir: non seulement parce que c'est la loi (ce qui devrait être suffisant), mais parce que cela a un fort impact sur le vécu des femmes. »⁶¹.

Il semblerait alors que le suivi en maison de naissance permette à ces femmes de retrouver la capacité à faire ses choix de façon éclairée et libre, et d'avoir le sentiment d'être actrices dans la prise de décisions concernant leur grossesse et l'accouchement.

- « [...] j'ai l'impression que j'ai le temps pour moi, à la maison, du CALM. Et ce qui est énorme. Parce que ça permettra peut-être d'éviter tout ce qui est épisiotomie, euh trucs horribles [rigole] où tu te dis que t'es obligée de passer par là alors que non quoi ! Le corps il est quand même fait aussi pour la poussée ! Et du coup j'ai beaucoup plus confiance par rapport au fait qu'il n'y aura pas d'interventions imposées déjà, et rapides. Enfin dans le sens où on laissera d'abord la possibilité d'essayer moi, toute seule de trouver mes solutions, et voilà quoi. [...] Le CALM c'est se poser dans cette aventure quoi... C'est-à-dire d'être acteur de ses choix, de ce qu'on vit quoi ! » Lucie, suivie au CALM
- « C'est pas juste le corps, on voit aussi enfin voilà si on se sent bien dans sa tête, comment on voit les choses, le fait d'être informé de ce qu'on peut... Voilà, que si ils décident de faire une épisiotomie, qu'ils vont pas le faire sans nous demander notre avis euh... Qu'on est vraiment 2 personnes à égalité quoi ! Qu'il n'y a pas quelqu'un qui décide pour nous. » Hannah, suivie à Pontoise, parlant de l'accompagnement global en maison de naissance.
- « Alors l'avantage ça serait le côté suivi global, avec plusieurs possibilités, à chaque fois on a l'impression d'être plus acteurs, on prend des décisions avec la personne, et c'est pas contraint »

Eloïse, future deuxième pare, suivie à Pontoise

Plusieurs autres exemples nous montrent que le suivi en maison de naissance a permis à ces femmes de redevenir actrices de leurs choix. C'est le cas par exemple de Madame B., de rhésus négatif, nous expliquant son choix au sujet de l'injection de Rhophylac® : « Elle m'a donné l'information, elle est obligée c'est son travail, mais je me suis dit bon voilà... Elle m'a dit bon tu réfléchis etc, c'est ton choix... Mais dans sa manière de le dire j'ai pas senti de... j'ai senti libre mon choix. [...] Alors elle a vraiment pas du tout mis d'un côté et de l'autre. Elle a pas dit c'est bien de le prendre, c'est pas bien, enfin elle a rien du tout. Elle m'a exposé les faits vraiment normalement : « voilà je te le dis, c'est ça ça ça... » Après je me suis dit, mais après tout je l'ai jamais pris pour les autres... Ecoute... Le prend pas... Elle a pris mon choix et voilà. Et ça j'ai trouvé ça vachement bien, parce que je me dis bah c'est bien, j'ai pu choisir vraiment en âme et conscience ce que je veux ou pas, par rapport à un test, pas par rapport à quelque chose que l'on m'impose, pas par rapport à un danger... soit disant il y a 1 ou 2 enfants en France, 3% ... enfin j'en sais rien, voilà. ». On constate ici que Bérénice a pu faire son choix de refuser l'injection de façon libre et éclairée, grâce à l'information délivrée par la sage-femme qui la suivait.

Ces extraits nous montrent donc que le suivi en maison de naissance a permis aux femmes d'avoir reçu une information claire et libre, leur permettant d'effectuer des choix libres et éclairés. De ce fait, elles ont recouvré leur autonomie et leur droit de participer aux décisions les concernant, revendications des courants féministes face à la médicalisation croissante et la médecine patriarcale⁵².

3.5.3 Limites du suivi en maison de naissance : limites au choix ?

Nous avons vu jusqu'ici les avantages qu'apporte un suivi en maison de naissance. Cependant au cours de la réalisation des entretiens, nous avons été amenés à nous intéresser aux limites que pouvait présenter un tel suivi. Nous partions du principe que les femmes que nous interrogeons ne relevaient aucun inconvénient à un tel suivi. Cependant les entretiens effectués ont soulevés quelques interrogations. Reprenons tout d'abord le contexte. Les maisons de naissance sont des structures dé-médicalisées, gérées par des sages-femmes. Cela signifie donc que le suivi de grossesse et l'accouchement, réalisés tout le long par la même sage-femme, se font dans son champ de compétences défini par la loi. Ainsi la maison de naissance doit être attenante à une maternité afin d'organiser le transfert lorsque la grossesse ou l'accouchement deviennent pathologiques et sortent du champ de compétences de la sage-femme. Celle-ci doit alors faire appel à un médecin. Cela concerne donc par exemple la péridurale, si une femme souhaite finalement en bénéficier⁸. Cela implique donc qu'une femme qui choisit d'être suivie et d'accoucher en maison de naissance, fait le choix implicite d'accoucher sans péridurale. Cet aspect a été relevé par une femme de notre enquête, dont la volonté d'aller en maison de naissance a imposé des limites dans son choix de gestion de la douleur. Comme nous l'avons vu précédemment, Marion avait choisi la maison de naissance pour palier à son appréhension de l'hospitalisation en suites de couches (les maisons de naissances n'étant pas des établissements de santé, l'hospitalisation après l'accouchement n'est pas possible, les femmes donc rentrent chez elles 6 à 12 heures après la naissance de l'enfant) et pour le suivi global par une sage-femme. Cependant, elle reconnaît qu'elle aurait peut-être apprécié bénéficier d'une péridurale.

- « *Moi j'avais peur de l'hospitalisation, en post-partum. J'avais pas envie de rester à l'hôpital après l'accouchement. De dormir sans mon conjoint tout ça, ça me faisait peur, et du cong voilà. Donc c'est pour ça. Après le... Si il y avait eu une péridurale en plus à la maison de naissance, ça aurait pas été très grave ! [rires]* »
- « *Mais par contre voilà, c'est que chacun son choix justement ! C'est ça que je trouve important et qui est vraiment respecté au CALM et c'est ça qui est agréable. Après, bon bah voilà, la douleur, j'me prépare quoi ! [rires]* ».

A travers ces deux extraits de l'entretien, on peut percevoir le regret de Marion de ne pas avoir accès à la péridurale et de devoir affronter la douleur de l'accouchement. En effet, choisir la maison de naissance, peut signifier renoncer à la péridurale. Il est intéressant de noter ici une différence importante entre les deux maisons de naissance de notre étude. Comme nous l'avons vu dans la partie matériel et méthodes, la maison de naissance de Pontoise, qui est une filière physiologique de la maternité de Pontoise, fonctionne comme un service de la maternité. Ainsi, si une patiente suivie à la maison de naissance, désire avoir recours à l'analgésie péridurale en cours de travail, elle sera transférée dans le service du bloc obstétrical, et ne paiera aucun frais supplémentaire, ces derniers seront pris en charge par la sécurité sociale.

A l'inverse, une femme suivie à la maison de naissance du CALM, devra régler les dépenses engendrées par l'analgésie péridurale, si elle décide d'y avoir recours en cours de travail, puisque le CALM n'est pas un service de la maternité des Bluets, mais bien une structure indépendante conventionnée avec la maternité « *Du coup ça peut faire réfléchir un petit peu, quand on se dit : ouais est-ce que je la veux, j'suis un peu fatiguée... [rires] J'dirais, non c'est bon on va pas payer en plus ! Enfin ouais moi j'me dis au moins voilà, je sais que je vais payer pour l'acte médical... donc d'une certaine manière j'me dis oh bah tiens au moins comme ça, ça remet un petit peu de pratico-pratique au moment où on souffre... il saura me le rappeler !* » *« Non allez tiens bon, ça coûte cher ! [rires] »* Olivia, 32 ans. Dans cet extrait, on observe que son choix d'avoir recours à la péridurale au moment du travail sera limité par l'aspect économique. Cela rejoint l'analyse faite par Madeline Akrich qui conclut « *C'est un peu cette leçon qui est oubliée par la rhétorique du choix : on fait comme si les sujets étaient constitués d'emblée en tant que sujets autonomes, dotés de volonté, et faisant preuve d'une certaine stabilité temporelle. Si un certain nombre de situations de la vie ordinaire peuvent être approximées de cette manière, l'accouchement, [...] défait cette fausse évidence : l'autonomie, la stabilité, la volonté sont autant de propriétés ou de capacités qui nous sont données par notre environnement social et matériel.* »⁵². Ainsi, la liberté de choix mise en avant dans le suivi en maison de naissance semble bien être limitée par des aspects socio-économiques. Ceci est confirmé, en ce qui concerne la maison de naissance du CALM, par le coût d'une telle prise en charge. Les sages-femmes y exercent une activité libérale, dans laquelle est inclus l'acte de l'accouchement, remboursé à hauteur d'environ 300€ par la sécurité sociale, la partie restante étant prise en charge par les couples eux-mêmes. Ainsi comme l'ont souligné deux des femmes suivies au CALM, l'accès à l'accompagnement global et le respect de certaines valeurs que nous avons exposé précédemment, ont un coût :

- « *Donc du coup en gros, j'paye du coup un service pour m'assurer qu'il y ait des gens qui feront ce travail-là d'accompagner, de m'accompagner en tant que personne.* », Olivia, 32 ans.

- *« Et pourquoi tu dis que c'est un confort ? – Bah parce que déjà tout le monde ne peut pas se l'offrir. Il faut le payer en plus de la sécu et la mutuelle. Alors ça, ça va peut-être bouger un peu avec le décret, on espère. »*

Lucie, 36 ans, future primipare.

Un tel suivi présente donc un investissement financier, que toutes les femmes et tous les couples ne peuvent s'offrir. Il semblerait que la législation légiférant de l'expérimentation des maisons de naissance ne permette pas de remédier à cet inconvénient. Aucun modèle de financement uniforme n'a été mis en place pour les neuf projets de maisons de naissance autorisés à l'expérimentation, ainsi à moins d'être considérées comme une filière physiologique, le financement se fera grâce aux règlements des actes effectués par les couples⁶². Ainsi l'aspect financier et économique constitue une limite majeure au choix d'un suivi en maison de naissance.

Ce n'est donc pas une prise en charge accessible à toutes les femmes et c'est ce que déplorent plusieurs des femmes interrogées.

3.5.4 Des femmes militantes ?

Tout comme la pratique de l'accouchement à domicile, le suivi en maison de naissance constitue une pratique considérée comme alternative et marginale dans le paysage de l'obstétrique, puisqu'il ne concerne qu'un nombre restreint de parturientes. Tout d'abord, jusqu'à la législation concernant l'expérimentation, seulement 5 structures de type maison de naissance ou filières physiologiques existaient en France, incluant Pontoise et le CALM. Ces deux dernières effectuent environ une centaine de suivis par an, quand une maternité classique en effectue entre 1000 et 5000. D'autre part, tout comme les femmes accouchant à domicile sont qualifiées de « babas cool »²⁰, nos enquêtées nous ont fait part des remarques et des critiques dont elles ont fait l'objet par leur entourage vis-à-vis de leur choix de suivi en maison de naissance, et notamment le fait que cela implique un accouchement sans péridurale. En effet, elles ont été qualifiées de « folles », « hippies », « néo-baba-cool », elles nous ont expliqué que l'entourage ne semblait pas comprendre ce choix, quand existe toute l'assistance technique en maternité, et ce, que les femmes soient suivies à Pontoise ou au CALM.

- *« Oui en même temps dans ce que je vois autour de moi, hormis ma copine qui a accouché en maison de naissance aussi, il y a quand même un discours très « on a quand même la chance d'avoir tous ces hôpitaux très équipés machin etc... » ça passe pour un truc un peu néo-baba-*

cool alors que enfin moi je le ressens pas comme ça. » Delphine, future deuxième pare, suivie à Pontoise.

- *« Et il y a certaines personnes à qui on a dit ça, ils nous ont dit qu'on était fous, que c'était très théorique mais que le jour où on accoucherait on verrait, on allait en baver. »* Jeanne, primipare, suivie au CALM.
- *« Mais souvent ils sont interloqués, il y a ceux qui vont penser que c'est à l'ancienne, il y a ceux qui vont dire « quoi sans péridurale ? Mais t'es folle ! » enfin voilà. »* Lucie, future primipare, suivie au CALM.
- *« Parce que souvent quand on en parle autour de nous, ils disent « ah mais c'est une mentalité de hippies ça !! » [...] Mais c'est vrai que pour d'autres, on sort un peu du chemin normal... C'est vrai que ça étonne certains.»*

Isabelle, future deuxième pare, suivie à Pontoise.

Dans ces extraits nous pouvons constater que les femmes se sentent marginalisées et jugées par leur entourage. Ainsi si l'on reprend la théorie de Becker⁴⁷, il semblerait que la société, qui fait accoucher les femmes en structure hospitalière ait fait entrer ces femmes dans une catégorie « déviante ».

D'autre part, il est intéressant de noter que plusieurs des enquêtées regrettent que ce choix d'aller en maison de naissance ne soit pas disponible pour toutes les femmes car il existe un défaut de communication à ce sujet.

- *« J'me dis qu'il y a quand même d'autres femmes qui pourraient avoir envie d'un suivi comme ça. Parce que je m'estime très heureuse, enfin ON s'estime mon mari et moi très heureux d'avoir pu être suivis de cette manière-là. Et c'est vrai j'pense qu'il y a un vrai débat. Surtout que c'est un peu l'air où on essaie de faire un peu plus écolo, un peu plus naturel, un peu plus ... Et j'pense que ça peut, ça pourrait intéresser pas mal de monde. Donc effectivement ça pourrait être développé. »* Madame F., suivie à Pontoise.
- *« Enfin c'est un privilège. En tout cas aujourd'hui parce que voilà, parce que je pense que la majorité des femmes ne savent pas que ça existe donc du coup vont vers des maternités à côté de chez elles, et les conditions ne sont pas aussi... Bah elles sont sûrement très bien en France, mais pas aussi géniales ! »*

Lucie, future primipare, suivie au CALM.

Ces extraits témoignent du fait que les femmes interrogées considèrent qu'être suivies en maison de naissance est un privilège, et que ce dernier n'est pas accessible à toutes les femmes, alors que beaucoup pourraient vouloir un tel suivi. En effet, la communication autour des maisons de naissance est inexistante à l'exception d'internet. Ni les pouvoirs publics ni les professionnels de

santé orientant les femmes pour leur suivi de grossesse ne présentent les maisons de naissance comme une possibilité.

A l'issue de ces constats, nous nous sommes interrogés sur la part militante des femmes ayant fait ce choix de suivi en maison de naissance.

Nous pouvons penser dans un premier temps, que chacune à leur échelle milite pour leur choix lorsqu'elles doivent répondre aux critiques et remarques de leur entourage. D'autre part, chacune des deux structures est affiliée à une association (PaMaNa pour Pontoise, et le CALM) qui regroupe les usagers et les sages-femmes soutenant et promouvant le projet de la maison de naissance. Tout usager de la maison de naissance est encouragé à adhérer et à s'investir dans la vie de l'association. Ainsi il semblerait que certaines de ces femmes aient adopté une attitude et un discours militants suite à leur expérience au sein de la maison de naissance.

- *« Ca m'intéressait par exemple d'aller à la commission politique du CALM et de... Mais ouais tout ça c'est sûr. T'façon il faut se battre ! [rires] » Lucie, suivie au CALM.*
- *« Enfin du coup moi j'aimerais écrire un livre sur mon accouchement et la préparation pour justement partager mon expérience et que les filles puissent se poser des questions avant d'être enceintes et avant que ce soit trop tard en fait. [...] Mais tu vois là moi j'parle avec des copines enceintes en ce moment, mais je leur apprends tellement de choses quoi ! Et elles me disent, mais on le sait pas tout ça, personne ne nous le dit ... Et j'me dis bah c'est quand même dommage d'être à 7 mois de grossesse et de découvrir que tu peux récupérer toi même ton bébé si t'en as envie ... 'fin... j'trouve ça ... J'trouve ça dommage quoi. »*

Jeanne, primipare, suivie au CALM.

Dans ces extraits on perçoit la volonté de ces femmes de s'investir et d'agir pour promouvoir les maisons de naissance d'une part (Lucie qui désire s'investir dans la commission politique du CALM), et informer les femmes de leurs droits (Jeanne qui souhaite rédiger un livre pour témoigner de son expérience).

Deux d'entre-elles ont d'ailleurs affirmé leur caractère militant et féministe :

- Charlotte, deuxième pare, suivie à Pontoise et militante dans l'association de la Leche League *« Non mais ce qui est rageant, c'est de se dire que, parce que finalement enfin voilà, le fait de ne pas pouvoir trouver de sage-femme qui fasse des accouchements à domicile ou des choses comme ça, ou même le fait que ça ait mis autant de temps à être voté.. .Ce qui est rageant c'est de se dire que des gynécologues, homme de surcroît, qui ne savent absolument pas*

ce que c'est une grossesse et un accouchement, se permettent de décider pour nous, en tant que femme, et ça c'est absolument révoltant (en rigolant) surtout quand on a, voilà quand on est plus ou moins féministe comme moi ... ».

- Marion, future deuxième pare, suivie au CALM : *« C'est... Bah du coup après l'accouchement en plus j'me suis plus investie au sein de l'association. Maintenant je suis secrétaire de l'association aussi. Euh... Enfin j'ai participé 2 fois au salon Baby représenter le CALM, en parler... Puis en ce moment tu sais il y a tous les trucs sur la maltraitance gynéco et tout ça. Je suis devenue féministe aussi entre temps, parce que, avant je l'étais pas, enfin pas vraiment ou je sais pas et pendant la fin de la grossesse et tout l'accouchement après j'ai eu un ... - Il y a quelque chose qui s'est développé ? - Oui un truc, c'est ça j'étais là « ah le féminisme c'est cool et tout ! ». Enfin, ça correspond totalement à ce que je veux, à ce que je pense, enfin... Pas le côté gestion de la douleur et tout ça, parce que que tu veuilles une péridurale, que tu veuilles... ou même voilà que tu veuilles avoir la sécurité d'avoir une perfusion et que tu penses que les gynécos c'est plus, voilà, c'est, ok chacun son choix ! Mais par contre voilà, c'est que chacun son choix justement ! »*

L'analyse de ces extraits met en exergue un discours militant pour l'émancipation des femmes à travers notamment la dénonciation des maltraitances gynécologiques qui étaient au cœur de l'actualité au moment de la réalisation des entretiens mais aussi de l'emprise des gynécologues hommes sur la prise en charge des grossesses et de l'accouchement. De surcroît, ces deux femmes sont militantes dans leurs actes via leur adhésion et leur investissement dans des associations militantes (La Leche League promouvant l'allaitement maternel, et l'association du CALM promouvant les maisons de naissance).

Finalement, nous avons pu le voir tout au long de notre analyse, que le choix de ces femmes témoigne d'une volonté de leur part de se réapproprier une autonomie qu'elles estiment perdre dans le système de soins actuel qui détient une emprise sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement des femmes enceintes. Comme le souligne Yvonne Knibiehler dans son ouvrage co-écrit avec Paul Cesbron, les femmes ont vécu leurs grossesses et accouchements trop longtemps dans un état de passivité laissant à leurs maris et les médecins la prise des décisions importantes. Elle rappelle que grâce au militantisme féminisme, elles ont retrouvé la maîtrise de leur fécondité, qui les a aidées à s'émanciper en tant que femme et individu. Selon elle, il est désormais nécessaire que les femmes retrouvent la maîtrise de leur grossesse et accouchement, qui est l'étape suivante de la maîtrise de la fécondité : *« [...] une écrasante majorité de femmes souhaitent donner la vie : il faut donc qu'elles obtiennent les moyens de devenir mères dans les conditions qui leur conviennent le mieux. A elles de réclamer et de conquérir ces moyens. »*⁴⁶. Or, les femmes qui ont choisi le suivi en maison de naissance ont obtenu la possibilité de *« devenir mères dans les conditions qui leur conviennent le mieux »*, comme nous l'avons vu

tout au long de notre étude. De plus elles ont permis de par leur adhésion financière ou leur investissement personnel dans les associations de promouvoir les maisons de naissance, ce qui a abouti à l'expérimentation actuellement en vigueur rendant un tel suivi accessible à un nombre plus important de femmes. . C'est ainsi qu'on peut les considérer comme des femmes militantes.

Perspectives et Conclusion

A partir de l'analyse des représentations des femmes suivies en maisons de naissance en France, notre étude a permis de leur donner la parole, afin de comprendre la manière dont elles ont été amenées à choisir un suivi de leur grossesse et accouchement dans les deux maisons de naissance étudiées (Calm et Pontoise).

Les analyses effectuées nous ont permis de comprendre qu'en choisissant la maison de naissance, les femmes rencontrées souhaitent avoir un suivi et un accouchement démedicalisés et sortir des protocoles dont elles reprochent la systématisation, tout particulièrement lorsque la situation ne le nécessite pas (grossesse à bas risque). Ceci nous permet donc de valider notre première hypothèse: les femmes qui s'inscrivent en maison de naissance sont à la recherche d'un suivi moins médicalisé, respectant la physiologie, et permettant un accouchement plus « naturel ». Cependant, à travers nos entretiens, nous avons pu affiner la compréhension de cette affirmation. Les enquêtées ne sont pas réfractaires à toute forme de médicalisation, mais elles ne souhaitent y avoir recours qu'en cas de besoin. De plus certaines des femmes interrogées émettent des critiques sur le système de soins actuel en périnatalité. Elles regrettent que l'économie régisse l'organisation des soins au détriment d'une approche plus humanisée de la grossesse et de l'accouchement.

Dans un second temps, nous avons pu valider notre deuxième hypothèse qui affirmait que les femmes choisissant un tel suivi étaient à la recherche d'un accompagnement global par une sage-femme avec qui se construit une relation privilégiée. Nos entretiens nous ont permis de comprendre que cette relation créée dans le cadre de l'accompagnement global était fondée sur une relation de confiance et de respect entre la sage-femme et la femme. En ce sens, la relation tend à être égalitaire, il s'agit d'établir dans cette relation, un partenariat entre la femme, le couple et la sage-femme. De plus, les femmes semblent retrouver confiance en elles grâce à l'« *empowerment* » engendré par cette relation privilégiée.

Enfin nos entretiens nous ont permis de confirmer notre troisième hypothèse, selon laquelle, les femmes s'inscrivent en maison de naissance pour des motivations personnelles comme une peur de l'hôpital ou un mauvais vécu d'un accouchement précédent.

À travers les entretiens que nous avons menés, nous avons pu constater que les femmes reprochent le manque d'autonomie, de respect et liberté de choix dans un suivi hospitalier classique. On pourrait donc penser qu'elles font le choix de la maison de naissance pour retrouver ces critères, peut-être même alors au détriment de l'accès à la péridurale par exemple, comme nous l'a exposé une de nos enquêtées. Ainsi on peut se demander : est-ce que le choix de la maison de naissance

ne serait pas, dans certains cas, un choix par dépit face au fonctionnement inadéquat des structures hospitalières pour ces femmes ? En effet, on peut se demander si accoucher « naturellement » n'est pas aussi le prix à payer par certaines femmes pour avoir accès à un suivi « respectable », en adéquation avec la diversité des valeurs et attentes des femmes (relation privilégiée avec une sage-femme, liberté de choix, autonomie...) qui se sont dirigées vers un suivi en maison de naissance.

Nos analyses nous ont conduits à conclure que ces femmes adoptaient une attitude militante en choisissant un suivi en maison de naissance. En effet, elles ont milité pour la défense de leurs idées en choisissant une structure alternative et encore marginale pour s'émanciper des structures hospitalières (ce d'autant plus, qu'au moment de l'enquête la légalisation de l'expérimentation n'était pas encore en vigueur). Structures dans lesquelles les professionnels de santé, dont les sages-femmes, se voient contraints de travailler de façon protocolaire et en systématique pour pallier à l'importante charge de travail causée par des politiques de rentabilité et d'économies budgétaires.

En outre, les femmes rencontrées déplorent le fait que les maisons de naissance ne soient pas accessibles à toutes les femmes et tous les couples par défaut de communication autour de ces structures d'une part, et par le coût financier que cela engendre. En effet, à ce jour, les recommandations de l'HAS concernant l'orientation des femmes enceintes conseillent de les orienter en fonction du risque obstétrical vers les maternités de type I, II ou III. Ainsi les femmes à bas risque ne sont pas informées de la possibilité d'avoir un suivi démedicalisé en maison de naissance. Et c'est ce que nous avons pu constater auprès de nos enquêtées qui ont connu l'existence de ces structures par des recherches personnelles, du « bouche-à-oreille »... La légalisation de l'expérimentation des maisons de naissance a permis de communiquer sur leur existence à travers les médias. Seulement, il pourrait être intéressant que ces structures entrent dans l'offre de soins recommandée par l'HAS pour les femmes à bas risque. Celles-ci recevraient alors l'information par les professionnels de santé qu'elles consultent en début de grossesse (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes...). Il serait possible de s'inspirer du modèle anglais dans lequel il est proposé aux femmes à bas risque d'accoucher en structure hospitalière, en maison de naissance ou à domicile.

De plus, le coût financier soulevé par les femmes suivies à la maison de naissance du CALM nous pousse à nous interroger sur les autres femmes qui souhaiteraient un tel suivi et qui aspirent aux mêmes désirs d'autonomie, de respect et de liberté de choix que les femmes rencontrées dans notre étude. Cela ouvre des questions sur les inégalités sociales du système de santé périnatal en France. A ce jour, la légalisation des maisons de naissance ne permettra probablement pas de résoudre ce problème. En effet, elle ne concernera que 1% des accouchements sur les 800000 ayant lieu en France⁵. Qu'en est-il donc de toutes ces femmes qui ne peuvent avoir accès à ces structures par

faute de moyens financiers et d'information ? Est-ce que l'assurance d'autonomie, de liberté et de respect des choix de ces femmes rencontrées ne serait réservée qu'à celles pouvant s'offrir un tel suivi ?

Par ailleurs, notre étude nous a permis de montrer que les femmes en maison de naissance, par le biais du suivi global, envisageaient le rôle de la sage-femme en maison de naissance comme un rôle d'accompagnement aux différentes étapes de la maternité et de partenariat dans les décisions qui l'entourent. Ce résultat soulève plusieurs questions. Tout d'abord comment se positionnent alors les sages-femmes en structure hospitalière ? Suite aux revendications ayant engendré les grèves des sages-femmes en 2014, le rôle des sages-femmes hospitalières et son positionnement auprès des femmes furent beaucoup discutés. Comment les sages-femmes peuvent-elles répondre aux attentes des femmes concernant l'accompagnement et le désir de démedicalisation dans des structures hospitalières où règnent hiérarchie et protocoles systématiques ?

Se pose également une seconde question : face à ces attentes des femmes, comment les sages-femmes de maison de naissance se positionnent-elles dans ce type de suivi ? Il serait alors intéressant d'effectuer une enquête auprès des sages-femmes travaillant dans ces structures.

Finalement, plusieurs questions se posent concernant l'avenir du développement des maisons de naissance, suite à l'expérimentation actuellement en vigueur pour cinq ans. Premièrement se pose la question de l'accessibilité pour toutes aux maisons de naissance. Nous avons vu dans notre étude que le suivi en maison de naissance pouvait être onéreux et mettait en lumière les inégalités sociales dans l'accès aux soins. Actuellement, le financement de ces structures n'a pas été acté par la loi. Il serait donc important qu'un tel suivi soit inscrit dans notre système de soins et puisse être remboursé intégralement par la sécurité sociale. Les femmes vont-elles profiter de cette opportunité que présente la légalisation de l'expérimentation et réussir à se saisir de ces outils que sont les maisons de naissance pour faire entendre leurs désirs et se positionner comme principales actrices dans leur santé ? Ces femmes ne peuvent et ne pourront faire ces choix sans le soutien des sages-femmes en tout premier lieu. Comment les sages-femmes vont-elles se positionner face à l'émergence de ces structures et ce qu'elles révèlent du désir des femmes ?

Bibliographie

1. M-F. Morel. *Histoire de la naissance en France*. Adsp n°61/62. Décembre 2007-mars 2008.
2. M. Y. FAVENNEC, député. *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi faite par le sénat, autorisant l'expérimentation des maisons de naissance*. N° 1560. Novembre 2013. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r1560.asp>.
3. B. Maria, G. Dauplain, P. Gaucherand, H. Cohen, P. Vige, J. Berthet, et al. *Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances*. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2003;32:606–16.
4. G. Clavandier, P. Charrier. *La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ?* Recherches familiales 2015/1 (n°12), p.165-174.
5. B. Blondel et M. Kermarrec *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Enquête nationale périnatale 2010.
6. C. Boudet. *Accoucher à la maison : quels couples font ce choix et pourquoi ?* [Mémoire d'étudiante sage-femme]. Caen. 2012.
7. *Première rencontre Commission Ministérielle sur les Maisons de Naissance*. Compte-rendu. 1 juillet 1999.
8. M. Dini. *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance*. Sénat. N°368. 20 février 2013.
9. P. Viossat, J.C. Pons. *Maisons de naissance: revue de la littérature*. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2001;30(7):680–7.
10. W. Fraser, M. Hatem-Asmar. *La sage-femme du Québec: de la renaissance à la reconnaissance*. Santé, société et solidarité. N°1, pp 105-115. 2004.
11. NICE. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. NICE Clinical guideline 190. Décembre 2014.
12. I. Zola. *Medicine as a institution of social control*. Sociol. Rev. 20:487-504. 1972.
13. P. Conrad. *Medicalization and social control*. Annu. Rev. Sociol. 18:209-32. 1992.
14. A. Clarke, J. R. Fishman, J. Ruth Fosket, L. Mamo, J. K. Shim. *Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux*. Sciences sociales et santé. Volume 18, N°2. 2000.
15. D. Carricaburu. *Les sages-femmes face à l'innovation technique*. Les métiers de la santé. 1994.
16. HCSP. *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité*. Paris : Editions de l'ENSP. 1994.
17. D. Carricaburu. *De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public*. Sociologie du travail 47 (2005) 245-262.
18. OMS. *Déclaration de l'OMS sur le taux de césariennes*. Organisation Mondiale de la Santé. 2014.
19. S. David. *Analgésie péridurale, souhait initial ou non : vécu de l'accouchement chez les primipares*. [Mémoire d'étudiante sage-femme]. Université d'Auvergne-Clermont 1. 2013
20. B. Jacques. *Sociologie de l'accouchement*. Partage du savoir. 212p. 2007.

21. P. Charrier et G. Clavandier. *Sociologie de la naissance*. Paris, Armand Colin. 272p. 2013.
22. I. Nisand. *Le projet de naissance : comment faire en pratique ?* Extrait des mises à jour en gynécologie et Obstétrique. Paris. 2008.
23. M. Vuille. *L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980*. Travail, genre et sociétés. 2015/2 (n°34), p.39-56.
24. Y. Hiraizumi, S. Suzuki. *Perinatal outcomes of low-risk planned home and hospital births under midwife-led care in Japan: Midwife-led home and hospital births in Japan*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2013 Nov;39(11):1500–4
25. E. Ferrazzi, E. Visconti, AM. Paganelli, CM. Campi, C. Lazzeri, F. Cirillo, et al. *The outcome of midwife-led labor in low-risk women within an obstetric referral unit*. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2014 Sep 19;1–7.
26. Birthplace in England Collaborative Group. *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study*. BMJ. 2011 Nov 23;343(nov23 4):d7400–d7400.
27. J. Peltier. *Une prise en charge différente pour un accouchement moins médicalisé : les maisons de naissance sont-elles possibles en France ?* [Mémoire d'étudiante sage-femme]. Paris Descartes; 2014.
28. A. Gaudineau, E.-A. Sauleau, I. Nisand, B. Langer. *Issues obstétricales et néonatales en "maison de naissance" : une étude cas-témoin*. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2012;40:524–8.
29. M. Akrich et B. Pasveer. *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Paris : les empêcheurs de penser en rond. 194p. 1996.
30. CIANE. *Douleur et accouchement*. Dossier CIANE : Enquête sur les accouchements. 2013.
31. E. D. Hodnett. *Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth : a systematic review*. Am J Obstet Gynecol. 2002.
32. Site du CIANE. *Présentation du CIANE*. [Consulté le 10 mai 2016]. <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/Historique.2003.PresentationDuCiane1.pdf>.
33. G. Lemaine. C. Herzlich. *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*. In: Annales. Économies, Sociétés, Civilisations. 24^e année, N. 6, 1969. pp. 1519-1521;
34. CIANE et le collectif des sages-femmes. *Contribution commune : la filière physiologique en obstétrique*. Février – Juin 2015.
35. C. Keiser, M. Piéjus. *L'expérience du CALM : naissance d'un lieu pour bébés engagés*. Spirale 2010/2 (n°54), p. 139-143.
36. Site du CALM. *Qui peut accoucher au CALM ?* [Consulté le 25 mars 2016.] <http://www.mdncalm.org/accoucher-au-calm/qui-peut-accoucher-au-calm>
37. S. Beaud et F. Weber. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris, Editions La Découverte. 356p. 2003.
38. W.H. Swatos Jr. *Hawthorne Effect*. Blackwell Encyclopedia of sociology. 2007.
39. B. G. Glaser, A. Strauss. *La découverte de la théorie ancrée*. Stratégies pour la recherche qualitative. Armand Collin, coll. « Individu et Société ». 2010.
40. L. Bartoli. *Venir au monde. Les rites de l'enfantement sur les cinq continents*. Paris, Editions Payot & Rivages. 284p. 2011.
41. S. de Beauvoir. *Le deuxième sexe*. Paris, Editions Gallimard. 408p. 1949.
42. F. Descarries et C. Corbeil. *La maternité au cœur des débats féministes*. Dans : *Espaces et temps de la maternité*, pp. 23-50. Montréal: Les Éditions Remue-Ménage. 543 pp. 2002.

43. I. Nisand. (1994). *Démédicaliser ou humaniser?* Les dossiers de l'Obstétrique n, 213: 15.
44. M. Akrich, B. Pasveer. *La sécurité de la naissance en France et aux Pays-Bas : coordonner par la technique ou par l'organisation ?* Revue Française d'Administration Publique, pp.575 à 584. 1995.
45. D. Carricaburu. *De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition.* Sociologie et Sociétés. Vol. 39, N°1, p. 123-144. 2007.
46. P. Cesbron et Y. Knibiehler. *La naissance en Occident.* Paris, Editions Albin Michel. 360p. 2004.
47. H. Becker. *Outsider. Etudes de sociologie de la déviance.* Paris, Métailié. 249p. 1985.
48. S. Fainzang. *Pour une anthropologie de la maladie en France : un regard africaniste.* Paris. EHESS. 1989.
49. M. Briex. *De celui qui t'a fait naître tu attendras autre chose que de la sécurité.* Spirale 2006/3 (n°39), p. 75-92.
50. CIANE. *Enquête sur les accouchements. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement.* Dossier n°3. 2012.
51. D. Carricaburu. *De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public.* Sociologie du travail. N°47, p245-262. 2005.
52. M. Akrich. *La péridurale, un choix douloureux.* Les cahiers du Genre, pp 17-48. 1999
53. D. Memmi. *Faire vivre ou laisser mourir.* Paris, La Découverte, p.153. 2003.
54. P. Charrier. *Comment envisage-t-on d'être sage-femme quand on est un homme ? L'intégration professionnelle des étudiants hommes sage-femmes.* Travail, genre et sociétés. 2004/2 (N° 12), p. 105-124.
55. J. Sandall, H. Soltani, S. Gates, A. Shennan, D. Devane. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women.* Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. 2013.
56. Site Legifrance. *Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.* [consulté le 20 mai 2016]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
57. C.H. Gibson. *A concept analysis of empowerment.* Journal of Advanced Nursing, **16**, 354-361.
58. E. Hermansson, L. Martensson. *Empowerment in the midwifery context – a concept analysis.* Midwifery. N°27, 811-816. 2011.
59. C. Larrère. *L'écoféminisme : féminisme écologique ou écologie féministe.* Tracés. Revue de Sciences humaines, 22. 2012.
60. Y. Knibiehler. *Des maternités anciennes aux maternités futures.* Spirale 2015/3 (N°75), p. 23-35.
61. CIANE. *Dossier déclenchement : l'importance cruciale de l'information et du consentement.* Communiqué de presse. 2015.
62. Site Legifrance. *Article L162-1-7. Code de la sécurité sociale.* [consulté le 15 mai 2016]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740731&dateTexte=&categorieLien=cidAnnexes>

Annexe I : Guide d'entretien

Thème / Questions	Questions principales	Questions complémentaires ou de relance
Catégorie socio-professionnelle	Age	
	De quelle nationalité êtes-vous ?	
	Quelles études avez-vous faites ?	Quel est votre niveau d'étude ?
	Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ?	Quel est votre revenu ?
	Vivez-vous en couple ?	Etes-vous mariés, PACSES, concubinage ?
Grossesses et accouchements précédents	Quel âge ont vos premiers enfants ?	
	Où avez-vous accouché la ou les premières fois ?	
	Comment aviez-vous fait ce choix à ce moment-là ?	L'aviez-vous fait seule ? Sous conseil d'un professionnel de santé ou de proches ? Aviez-vous connaissance des maisons de naissance à ce moment-là ?
	Comment s'est/se sont déroulées la/les grossesses ?	Par qui avez-vous été suivie pour les consultations prénatales ?
	Avez-vous été satisfaite de votre/vos suivis de grossesse ?	Vous êtes-vous sentie entourée, écoutée par le professionnel de santé qui vous suivait ? Avez-vous ressenti un manque quelconque ? D'un point de vue médical ? Du côté de l'accompagnement ? Le soignant était-il disponible ?
	Comment avez-vous accouché les fois précédentes ?	Voie basse ? Césarienne ? Instruments ? Péridurale ? Autre méthode de soulagement de la douleur (ballon, gaz, bain...) ? Avez-vous pu vous mobiliser ?
Quel souvenir gardez-vous de vos accouchements précédents ?	Quels événements vous ont marqués ? Vous êtes-vous sentie actrice de votre accouchement ? Avez-vous eu le sentiment de donner naissance à votre/vos enfant(s) ? /	
Motivations pour accoucher en maison de naissance	Comment avez-vous découvert les maisons de naissance ?	
	Qu'est-ce qui vous a amené à faire ce choix pour cette grossesse ?	Par curiosité ? Mauvais vécu d'une grossesse antérieure dans le suivi et l'accouchement ? Qu'est-ce qui vous a le plus séduit, le plus attiré dans le suivi proposé en maison de naissance ?
	Pourquoi ne pas avoir choisi une maternité de niveau I réputée pour respecter la physiologie et être au plus près du naturel type Blueets, Lilas ... ?	
	Était-ce un choix personnel, de votre conjoint ou commun à tous les deux ?	
	Comment a réagi votre entourage (amis, famille) face à votre décision d'accoucher en maison de naissance ?	
	Vous sentez-vous plus écoutée, plus entourée, plus accompagnée que pour le suivi de vos grossesses précédentes ?	
Que pensez-vous de l'accouchement à domicile ?	Envisagez-vous d'accoucher à domicile ? Cela vous fait-il peur ?	
Les représentations de la grossesse et de l'accouchement	Que représente pour vous la grossesse ? Comment la définiriez-vous ?	Le voyez-vous comme un phénomène naturel ? Représente-t-il un état de stress pour vous ? Avez-vous peur de développer une pathologie ?
	Quelle représentation avez-vous de l'accouchement ?	Vous fait-il peur ? Est-ce un moment intime ou a contrario un acte collectif ? Pensez-vous qu'il peut avoir un effet sur la vision que l'on a de soi ? Renforce-t-il la confiance en soi ? La confiance en ses capacités d'être mère ? Qu'évoque pour vous le terme de surmédicalisation ? Pensez-vous qu'aujourd'hui en France les grossesses et les accouchements sont trop médicalisés ?
	Quel est pour vous le rôle de la sage-femme ?	Pendant le suivi de la grossesse ? Au moment de l'accouchement ? Après la naissance de l'enfant ?
Le père	Origine du père ? Sa nationalité ?	
	Quel a été son rôle dans le choix d'aller en maison de naissance ?	Quelle a été son implication dans les démarches ?
	Comment s'investit-il dans la grossesse ?	Se sent-il impliqué, concerné ? Se sent-il écouté par la sage-femme ? Par rapport aux grossesses précédentes, le sentez-vous plus impliqué ? Lui-même se sent-il plus impliqué ? Quelle est son implication dans le travail domestique ?
	Est-il sensibilisé à ce désir de suivi global, de physiologie et naturel ?	
Légende	questions relatives aux grossesses antérieures, ne concernant donc que les multipares	

Annexe II : Exemple de lettre d'information pour les femmes de Pontoise



*Envie d'échanger sur
votre choix de suivi à
la maison de
naissance ?*

Bonjour,

Actuellement étudiante en 4^e année d'étude de sage-femme, je suis en pleine recherche pour mon mémoire de fin d'études.

En effet, je m'interroge sur les motivations qui poussent les patientes à choisir un suivi en maison de naissance en France.

Pour cela, j'ai besoin de m'entretenir avec des patientes inscrites en maison de naissance.

C'est donc tout naturellement, que je me retourne vers vous, patientes de la maison de naissance de Pontoise.

Cela consiste en un entretien d'1h-1h30, où je vous poserai quelques questions et au cours duquel nous pourrions discuter ensemble de ce qui vous a fait choisir un tel suivi.

Si cela vous intéresse, vous pouvez me joindre par mail ou par téléphone.

Mail : lc.bruneau@gmail.com

Téléphone : 06 89 48 61 71

*Laura Charlotte
Etudiante sage-femme*

Annexe III : Exemple de lettre d'information pour les femmes du CALM



*Envie d'échanger
sur votre choix de
suivi au CALM ?*

Bonjour,

Actuellement étudiante en 4^e année d'étude de sage-femme, je suis en pleine recherche pour mon mémoire de fin d'études.

En effet, je m'interroge sur les motivations qui poussent les patientes à choisir un suivi en maison de naissance en France.

Pour cela, j'ai besoin de m'entretenir avec des patientes inscrites en maison de naissance.

C'est donc tout naturellement, que je me retourne vers vous, patientes du CALM.

Cela consiste en un entretien d'1h-1h30, où je vous poserai quelques questions et au cours duquel nous pourrions discuter ensemble de ce qui vous a fait choisir un tel suivi.

Si cela vous intéresse, vous pouvez me joindre par mail ou par téléphone.

Mail : lc.bruneau@gmail.com

Téléphone : 06 89 48 61 71

*Laura Charlotte
Etudiante sage-femme*

Annexe IV : Population d'étude

Femme interrogée	Age	Niveau d'étude	Profession	Nationalité	Situation maritale	Parité	Type de préparation à l'accouchement	Terme grossesse au moment de l'entretien	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
Anais	31	BAC + 5	Artiste peintre en free-lance	Française	Mariée	0	Classique	7e mois	21/05/2015	1h00
Bérénice	39	BAC +6	Ostéopathe	Française	Mariée	3	Pas de préparation	9e mois	30/05/2015	1h39
Charlotte	30	BAC + 3	Employée dans la fonction publique	Française	Mariée	2	Bonapace	accouchée d'1 semaine	29/06/2015	1h21
Delphine	35	BAC + 3 en reprise d'étude	Professeur des écoles et master psychologie en cours	Française	Pacsée	1	Classique	7e mois	06/07/2015	1h11
Eloïse	27	BAC + 5	Géographe	Française	Concubinage	1	Classique	9e mois	27/08/2015	1h22
Fanny	27	BAC	Sans emploi	Française	Mariée	5	Classique	accouchée la veille	27/08/2015	1h
Gaëlle	27	BAC + 5	Sans emploi	Russe	Concubinage	0	Classique	9e mois	17/09/2015	2h11
Hannah	35	BAC + 5	Professeur des écoles	Française	Concubinage	1	Classique et haptonomie	8e mois	18/09/2015	1h
Isabelle	24	BAC	Sans emploi	Française	Concubinage	1	Classique	9e mois	04/10/2015	1h23
Jeanne	30	BAC + 5	Sans emploi	Française	Mariée	0	Classique, haptonomie et yoga	accouchée en juin	05/10/2015	1h37
Kristel	35	BAC + 6	Architecte	Française	Concubinage	0	Classique et yoga	8e mois	10/10/2015	1h56
Lucie	36	BAC + 5	Comédienne	Française	Mariée	0	Classique et yoga	9e mois	20/10/2015	1h41
Marion	27	BAC + 5	Chargée d'affaire au CNRS	Française	Mariée	1	Classique	8e mois	30/10/2015	1h19
Noémie	37	BAC + 5	Coah en relations humaines	Française	Mariée	0	Classique, yoga et chant prénatal	8e mois	02/11/2015	1h09
Olivia	32	BAC + 3	Directrice de crèche	Française	Pacsée	1	Classique	7e mois	11/11/2015	1h24
Légende	Pontoise									
	CALM									

Résumé

La France a légalisé l'expérimentation des maisons de naissance en 2013 après une vingtaine d'années de négociations autour de ces structures, alors même que dans plusieurs pays européens ou nord-américains elles existent depuis quarante ans déjà. Cette légalisation tardive arrive dans un contexte où la concentration de la naissance dans des structures hospitalières médicalisées est contestée et où le choix des femmes pour le suivi de leur grossesse à bas risque et l'accouchement est restreint aux maternités de type I, II et III. Malgré cela, une minorité de femmes ont fait le choix des maisons de naissance, structure alternative encore peu développée en France. L'objectif de cette étude, qui s'inscrit dans une perspective sociologique, est de déterminer les motivations des femmes qui les ont menées à faire ce choix. Quinze entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de femmes inscrites dans les deux maisons de naissance de la région Ile-de-France : la maison de naissance du CALM et la maison de naissance de Pontoise. Nous avons alors montré que ces femmes, quelle que soit la maison de naissance où elles étaient suivies, étaient à la recherche d'une démedicalisation de leur suivi et de leur accouchement et d'un accompagnement par une même sage-femme d'une part. Cependant, cette étude montre que les femmes étaient surtout à la recherche d'une émancipation face au pouvoir médical, à la revendication d'un respect de leurs désirs et d'une liberté de choix. Mais ce choix est-il vraiment libre lorsqu'il est fait par dépit ou s'il est sous-tendu par des arguments économiques contraignants?

Mots-clés: maisons de naissance – choix – médicalisation

Abstract

France has legalized the experimentation of birth centres in 2013, after 20 years of negotiations about the existence of these structures, while in several European countries or in North America they have been existing for forty years now. This late legalization happens in a context of debate and questioning over birth concentration in nursing hospital structures. In this context, women's choices for their low-risk pregnancy's follow-up and delivery are restricted to types I, II and III maternity units. Despite that, a minority of women has opted for birth centres, a still undeveloped alternative structure in France. The objective of this study is to determine the motivations which led women to make this choice by a sociological approach. Fifteen semi-directed interviews were then conducted with women at Ile-de-France region's two birth centres: the CALM birth centre and Pontoise's birth centre. We then showed that these women, regardless of the birth centre where they were being followed, were looking for a de-medicalization of their pregnancy follow-up and delivery and for care by one single midwife. However it seemed obvious that women were mostly looking for emancipation against medical power and demanding respect for their desires and their freedom of choice. But, is this choice really free if it's made out of spite or if it is underpinned by economic arguments?

Keywords : birth centre – choice – medicalization