



HAL
open science

Sages-femmes libérales et maison de naissance : étude qualitative autour de la création d'une maison de naissance sur Romans-sur-Isère

Audrey Gohier Jouan

► **To cite this version:**

Audrey Gohier Jouan. Sages-femmes libérales et maison de naissance : étude qualitative autour de la création d'une maison de naissance sur Romans-sur-Isère. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01882181

HAL Id: dumas-01882181

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01882181>

Submitted on 26 Sep 2018

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R. DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**SAGES-FEMMES LIBÉRALES ET MAISON DE NAISSANCE :
ÉTUDE QUALITATIVE AUTOUR DE LA CRÉATION D'UNE MAISON
DE NAISSANCE SUR ROMANS-SUR-ISÈRE**

Mémoire soutenu le 19 juin 2018

Par Audrey GOHIER (née JOUAN)

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année universitaire 2017-2018

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R. DE MÉDECINE DE GRENOBLE

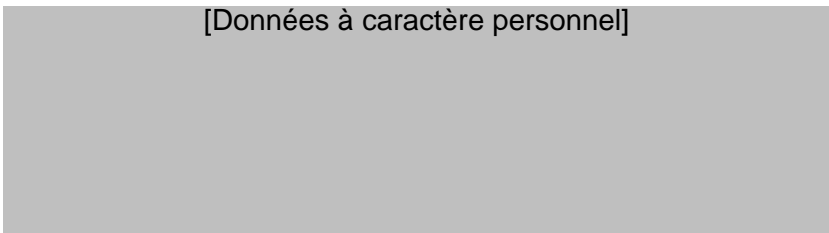
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**SAGES-FEMMES LIBÉRALES ET MAISON DE NAISSANCE :
ÉTUDE QUALITATIVE AUTOUR DE LA CRÉATION D'UNE MAISON
DE NAISSANCE SUR ROMANS-SUR-ISÈRE**

Mémoire soutenu le 19 juin 2018

Par Audrey GOHIER (née JOUAN)

[Données à caractère personnel]



En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année universitaire 2017-2018

Résumé :

But : L'objectif de ce mémoire était de décrire les freins et les leviers à la création et à l'exercice en Maison de Naissance des sages-femmes libérales autour de Romans-sur-Isère.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative descriptive prospective monocentrique réalisée par entretiens semi-directifs, à l'aide d'un guide d'entretien, auprès de 11 sages-femmes libérales travaillant autour de Romans-sur-Isère. Nous avons ensuite réalisé à partir de la retranscription intégrale des entretiens une analyse thématique horizontale.

Résultats : L'analyse thématique des résultats a montré que l'implantation d'une maison de naissance n'est envisageable que si les sages-femmes peuvent s'y sentir en sécurité. Dans ce cadre, le statut de la sage-femme en maison de naissance semble valorisant, mais une reconnaissance financière pourrait et devrait accentuer ce constat. Le travail en collectif et au sein d'un réseau communicant pourrait vaincre le frein de la disponibilité extrême de la sage-femme. Enfin, la maison de naissance représenterait dans le territoire de santé considéré une alternative supplémentaire et positive pour les patientes, d'après les sages-femmes, en partie grâce à l'accompagnement global qui y serait proposé.

Conclusion : Si les sages-femmes interrogées pensent qu'une maison de naissance pourrait représenter une opportunité pour elles ou pour leurs patientes et que le territoire de Romans-sur-Isère s'y prête bien, la mise en place du réseau nécessaire à son bon fonctionnement demande de se rapprocher des tous les acteurs concernés.

Mots-clefs : Maison de naissance, sages-femmes libérales, étude qualitative, sécurité, accompagnement global

Abstract:

Objective: The aim of this study was to describe the obstacles and levers for the creation and practice in a Birth House of independent midwives around Romans-sur-Isère.

Material and methods : It is a qualitative descriptive prospective single-center study conducted by semi-directive interviews, using an interview guide, with 11 independent midwives working around Romans-sur-Isère. We then carried out a horizontal thematic analysis from the full transcript of the interviews.

Results : The thematic analysis of the results showed that the establishment of a birth house is only possible if the midwives can feel really safe in there. In this context, the status of the midwife in a birth house seems rewarding, but financial recognition could and should accentuate this finding. Collective work and a communicative network could overcome the brakes on the extreme availability of the midwife. Finally, the birth house would represent an alternative in the health territory considered additional and positive for the patients, according to the midwives, partly thanks to the one-to-one care that defines it.

Conclusion : Even if the midwives in this study think that a birth house could represent an opportunity for them or their patients, and that the territory of Romans-sur-Isère seems to be adequate, setting up the network necessary for its proper functioning asks to be closer to all the actors concerned.

Key words : Birth house, independent midwives, qualitative study, security, one-to-one care

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

M. Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Président du Jury ;

Mme le Docteur Elisabeth PIAZZA, Praticien Hospitalier en santé au travail au CHU Grenoble-Alpes, Co-présidente du Jury ;

M. Laurent GAUCHER, Sage-Femme aux hospices Civils de Lyon (HFME), Membre invité du Jury ;

M. Philippe CHARRIER, Sociologue, Centre Max Weber, CNRS/Université Lyon 2, spécialiste de la sociologie de la naissance, Directeur de ce mémoire ;

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-Femme Enseignante au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directrice de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

M. Philippe CHARRIER, Sociologue, Centre Max Weber, CNRS/Université Lyon 2, spécialiste de la sociologie de la naissance, Directeur de ce mémoire,

Pour son enthousiasme à me suivre sur ce sujet, son expertise et ses réflexions toujours pertinentes et enrichissantes lors de la rédaction de ce mémoire,

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-Femme Enseignante au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directrice et guidante de ce mémoire ;

Pour son oreille attentive et bienveillante, son soutien sans faille, sa disponibilité, et surtout pour avoir toujours cru que je parviendrais à réaliser ce mémoire,

M. Lionel CURTO et Mme Claudine MARTIN, Sages-femmes enseignants au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble,

Pour leur présence et leur accompagnement pendant ces trois années d'étude,

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble,

Pour son esprit d'ouverture et son accueil, ce qui m'a encouragée à tenter la passerelle,

L'ensemble des sages-femmes libérales interrogées,

Pour le temps qu'elles ont dégagé pour participer à cette étude et pour la confiance qu'elles m'ont manifestée en se livrant à moi,

Toutes les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global que j'ai eu la chance de croiser

Parce que chacune a contribué à ce que je sois là aujourd'hui.

« Une fois la tempête passée, tu te demanderas comment tu as fait pour survivre. Tu ne seras pas très sûr, en fait, qu'elle soit vraiment achevée. Mais sois certain d'une chose : une fois que tu auras essuyé cette tempête, tu ne seras plus le même. Tel est le sens de cette tempête. »

Haruki Murakami, *Kafka sur le rivage*

«Là où croît le péril, croît aussi ce qui sauve. »

Friedrich Hölderlin, poète allemand, 18-19^e siècle

A Nico, qui me pousse à toujours tout remettre en question et aller chaque fois un peu plus loin, pour son soutien pendant ces trois années difficiles, merci d'être toujours là...

Et forcément à Alexandre et Leïla, sans qui je n'aurais jamais connu les maisons de naissance ni eu l'idée de devenir sage-femme, et parce qu'ils me font grandir chaque jour un peu plus.

Table des matières

1	Abbréviations.....	9
2	Introduction.....	10
3	Matériel et méthodes.....	15
3.1	Méthodologie.....	15
3.1.1	Type d'étude.....	15
3.1.2	Site de l'étude.....	16
3.1.3	Population.....	17
3.1.3.1	Modalité de sélection.....	17
3.1.3.2	Modalités d'inclusion et d'exclusion.....	18
3.1.3.3	Échantillonnage.....	18
3.2	L'enquête et le recueil de données.....	19
3.3	Analyse des données.....	20
4	Résultats.....	22
4.1	Caractéristiques des sages-femmes interrogées.....	22
4.2	Quelle sécurité pour quel risque ?.....	24
4.2.1	Risque d'un accouchement en Maison de Naissance.....	24
4.2.1.1	Risque pour la patiente.....	24
4.2.1.2	...ou pour la sage-femme ?.....	25
4.2.2	Ambivalence sur l'enjeu de la sécurité.....	27
4.2.2.1	La médicalisation de l'accouchement : balance bénéfico-risque.....	27
4.2.2.2	L'accouchement à domicile vu par les sages-femmes libérales.....	30
4.2.2.3	La maison de naissance : un juste milieu ?.....	33
4.2.3	Critères de fonctionnement de la maison de naissance : un gage de sécurité ?	35
4.2.4	Sentiment de sécurité de la sage-femme.....	39
4.3	Sage-femme en maison de naissance : un statut valorisant ?.....	40
4.3.1	La sage-femme et l'argent.....	40
4.3.1.1	La rémunération des sages-femmes libérales.....	40
4.3.1.2	Une problématique exacerbée en maison de naissance ?.....	42
4.3.1.3	Quelles possibilités financières en maison de naissance ?.....	43
4.3.2	Sage-femme : travail ou plaisir ?.....	46
4.3.2.1	Raisons d'installation en libéral et valorisation professionnelle par les patientes	46
4.3.2.2	Reconnaissance par les pairs.....	48
4.3.2.3	Le statut de la sage-femme en maison de naissance.....	50
4.4	De la nécessité du travail en réseau.....	52
4.4.1	L'accompagnement global : un travail d'équipe ?.....	52
4.4.1.1	La disponibilité : une contrainte majeure.....	52
4.4.1.2	L'union fait la force.....	55
4.4.1.3	L'importance de la cohérence.....	57
4.4.2	Choix du lieu d'implantation de la maison de naissance.....	59
4.4.2.1	Quel réseau sera le plus favorable ?.....	59
4.4.2.2	Quel territoire sera le plus favorable ?.....	64

4.5 Et les patientes dans tout ça ?.....	67
4.5.1 Une femme / une sage-femme.....	67
4.5.2 Préparation à l'accouchement physiologique	70
4.5.3 Comme à la maison.....	72
4.5.4 Alternative supplémentaire sur un territoire.....	74
4.5.5 Et le bébé ?.....	75
5 Discussion.....	77
5.1 La méthode de recherche.....	77
5.1.1 Les biais et limites de l'étude.....	77
5.1.2 Limitation des biais et points forts de l'étude.....	79
5.2 Analyse des entretiens.....	81
5.2.1 Risque et sécurité.....	81
5.2.2 Valorisation de la sage-femme.....	88
5.2.3 Le travail en réseau.....	92
5.2.4 Les patientes d'abord.....	96
5.2.5 ...sans oublier le bébé.....	100
6 Conclusion.....	102
7 Bibliographie.....	105
8 Annexes.....	110
8.1 Annexe 1 : Flow chart (schéma de l'étude).....	110
8.2 Annexe 2 : Tableau anonymisé des distances entre le cabinet de la sage-femme libérale et les maternités de Romans-sur-Isère et Valence.....	111
8.3 Annexe 3 : Lettre de demande d'entretien.....	112
8.4 Annexe 4 : Guide d'entretien.....	113
8.5 Annexe 5 : Extraits d'entretiens.....	114
8.5.1 Extrait d'entretien avec la SF1.....	115
8.5.2 Extrait d'entretien avec la SF4.....	116
8.5.3 Extrait d'entretien avec la SF 10.....	117
8.6 Annexe 6 : Thèmes nouveaux émergents à chaque entretien	119
8.7 Annexe 7 : Tableau de caractérisation de la population de sages-femmes interrogées.....	120

1 ABBRÉVIATIONS

AAD = Accouchement à Domicile

ANSFL = Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

APD = Anesthésie Péridurale

CIANE = Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance

DGOS = Direction générale de l'Offre de Soins

HAS = Haute Autorité de Santé

RAM = Rupture Artificielle des membranes

2 INTRODUCTION

Si les progrès de la médecine, et plus particulièrement l'amélioration du suivi médical de grossesse, ont permis de diminuer drastiquement la morbi-mortalité infantile et maternelle depuis 50 ans (passant d'une mortalité néonatale en France de 13/1000 naissances en 1970 à 2,6 en 2008 et d'une mortalité maternelle de 0,282/1000 naissances en 1970 à 0,077 en 2008)(1), la surmédicalisation génère des risques iatrogènes pour les accouchements physiologiques. Ainsi, le rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale de septembre 2011 montrent que la plupart des interventions (rupture artificielle des membranes (RAM), monitoring en continu, épisiotomie...) ne présentent pas d'avantages et entraînent même des conséquences négatives sur la santé de la mère et de l'enfant (1). Ce que la Cour appelle cette « dérive techniciste », datant des années 70, a entraîné un changement de paradigme. Au lieu de considérer la grossesse et l'accouchement du point de vue de la physiologie, c'est maintenant le risque qui domine la prise en charge, les actes médicaux destinés à maîtriser le processus d'accouchement réduisant notablement les possibilités de naissance hors de l'hôpital ou dans des maternités de niveau 1, dites à bas risque obstétrical. Ainsi, « la tendance est à une concentration des accouchements dans des maternités publiques, de type 2 ou 3 et de taille plus en plus grande », maternités qui assurent la prise en charge des grossesses à risque (en niveau 2, il y a un service de néonatalogie, et en niveau 3, il y a en outre des services de réanimation néonatale et grossesse pathologique)(2). Mais dans ce contexte « se pose la question de la qualité humaine de la prise en charge offerte à l'hôpital. Un certain nombre de femmes amenées à accoucher dans ce type de maternités ont ainsi l'impression de se retrouver dans des « usines à bébés » où l'on accouche « à la chaîne », où le personnel est peu disponible et peu à l'écoute des demandes individuelles car, par ailleurs, très

sollicité et lui-même très soumis dans sa pratique aux protocoles établis.»(2) Ces éléments expliquent en partie l'émergence d'une demande des usagers, relayée par le Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE), d'une « humanisation de la naissance » à l'opposé de la médicalisation de l'enfantement (3).

Dans le contexte médiatique actuel où les articles, ouvrages et émissions se multiplient sur le thème des violences obstétricales et de la médicalisation à outrance de l'accouchement, le sujet de la prise en charge de l'accouchement physiologique est donc particulièrement sensible (4-8). Ainsi, la HAS a publié début 2018 des recommandations portant sur l'accouchement normal et l'accompagnement de la physiologie : « Un travail et une naissance normale physiologique sont mis en œuvre par la capacité humaine innée de la femme et du fœtus. Cette naissance est probablement plus sûre et saine puisqu'aucune intervention inutile ne vient interrompre le processus physiologique. Des femmes et/ou des fœtus peuvent développer des complications nécessitant une intervention médicale. Cependant, le processus normal physiologique du travail et de la naissance, même en présence de complications, a le potentiel de donner les meilleurs résultats pour la mère et l'enfant. » (9)

Cette définition engendre une première question : la sécurité se trouve-t-elle vraiment là où on l'attend ? Est-elle dans la médicalisation hospitalière ou dans le non-interventionnisme et le respect de la physiologie ? Il semble que « l'enjeu se situe donc autour de l'avènement d'une catégorie d'accouchement physiologique identifiée comme telle qui aurait son espace privilégié de réalisation » (10). Une maison de naissance définie comme « une structure gérée par des sages-femmes où celles-ci prennent en charge le suivi de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches des femmes qui ont une grossesse et un accouchement physiologiques, c'est-à-dire

normaux, ne présentant *a priori* aucun risque » (2) semble un compromis idéal entre sécurité médicale et respect de la physiologie. La première maison de naissance a été ouverte aux États-Unis en 1975, et ce type de structure a essaimé en Europe à partir de 1987, date à laquelle la première maison de naissance allemande s'est implantée (11). Depuis, de nombreuses études et méta-analyses, réalisées dans ces pays où ces structures existent depuis longtemps, confirment les bons résultats en terme de morbi-mortalité périnatale et de satisfaction des usagers (12–14). La France a finalement suivi le mouvement et autorisé, en 2013, l'expérimentation des maisons de naissances, avec neuf projets pilotes habilités à exercer pendant cinq années (15).

Mais les maisons de naissance sont-elles réellement une alternative appropriée au territoire français ? Comme le dit le professeur Morel, chef du département d'obstétrique de la maternité de Nancy : « Il ne s'agit pas de savoir si le concept maison de naissance est viable puisqu'il fonctionne à l'étranger, mais de savoir s'il peut s'adapter au système de santé français. » (11). Deux nouvelles problématiques émergent alors : les sages-femmes françaises peuvent-elles trouver un intérêt professionnel et s'épanouir dans ce type de structure ? Et le réseau de santé publique, dans lequel s'inscrit la maison de naissance, est-il adéquat pour accueillir ce type d'établissement ? En effet, de par sa nature même, la maison de naissance est proche des associations d'usagers avec lesquelles elle peut créer une dynamique autour de la naissance et de la parentalité. Elle est aussi, de fait, adhérente au réseau périnatal régional et elle travaille en collaboration avec les structures de santé et les structures sociales (cabinets médicaux de sages-femmes, médecins, PMI, services sociaux, ...) (11). Les maisons de naissance s'inscrivent ainsi dans un projet global de société. Elles pourraient représenter un jalon nécessaire dans la médecine de parcours, qui s'entend comme une prise en charge globale, structurée et continue des patients

au plus près de chez eux, et qui a pour objectif d'adapter la prise en charge autour des malades et non plus autour des professionnels de santé (16). Il semblait alors nécessaire d'essayer d'identifier dans le discours des sages-femmes les éléments favorables ou non à l'implantation d'une maison de naissance, que ce soit au niveau de leur intérêt personnel et professionnel, mais aussi en regard du territoire de santé étudié.

Toutefois, la maison de naissance ne peut pas se décrire que d'un point de vue professionnel. Si hôpital et sages-femmes sont intéressés, cette structure répond avant tout à un besoin des usagers (3). En effet, « l'association des parents aux projets de maison de naissance et leur implication constante dans le fonctionnement de ces structures, tel qu'on l'observe aujourd'hui dans les exemples étrangers ou dans les démarches entreprises en France, permet également une meilleure adéquation entre les attentes et les réponses apportées » (2). La dernière problématique à étudier, par le biais des sages-femmes, portait alors sur le bassin de patientèle envisagé pour décrire les attentes et les besoins des couples dont elles s'occupent, et savoir si ces sages-femmes pensaient qu'un tel projet aurait potentiellement un public local. Ce type de démarche s'inscrit complètement dans la loi santé 2016 qui souhaite renforcer la représentation et la participation des usagers dans le système de santé (17).

Personnellement, j'ai eu la chance d'expérimenter les maisons de naissance, d'abord en tant que parturiente (maison de naissance en Belgique puis filière physiologique de Pontoise) puis en tant que professionnelle (stage en maison de naissance en Suisse). C'est cette approche de l'accompagnement global, défini par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) en 2002 comme « Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la

naissance, surveillance et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins post-nataux de la mère et de l'enfant. » qui m'a donnée la motivation de reprendre des études de sage-femme. Mon idéal professionnel, peut-être utopique, serait de travailler comme sage-femme libérale dans une maison de naissance. Mais une maison de naissance, dans la définition française, présente deux caractéristiques incontournables : il faut une maternité partenaire et elle fonctionne avec plusieurs sages-femmes libérales (2). Après m'être assurée que la maternité la plus proche de chez moi pouvait être intéressée, l'idée s'est imposée de rencontrer les sages-femmes libérales qui exercent autour pour identifier les freins et les leviers afférents à la création d'une maison de naissance à cet endroit.

L'objectif principal de cette étude est donc de décrire les freins et les leviers à la création et à l'exercice en Maison de Naissance des sages-femmes libérales autour de Romans-sur-Isère. L'enquête s'est déroulée entre août 2017 et octobre 2017.

Ainsi, j'espérais voir émerger quelques clés pour articuler, dans la zone géographique étudiée, ces trois composantes indissociables du système de santé : les postures professionnelles des sages-femmes libérales concernées ; ce qu'une maison de naissance pourrait, d'après elles, apporter à leurs patientes ; et enfin la nature du territoire en terme d'offre de soins.

3 MATÉRIEL ET MÉTHODES

3.1 Méthodologie

3.1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive, prospective, monocentrique par entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes libérales, dont le schéma d'étude est proposé en annexe 1.

La méthodologie qualitative nous semblait adaptée au sujet car elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer, comme peuvent l'être l'intérêt d'une sage-femme ou de sa patientèle pour la maison de naissance. « Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des personnes interrogées ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux »(18). La recherche qualitative ayant pour but de générer des hypothèses plutôt que de les vérifier, nous ne formulerons pas d'hypothèse de départ (19).

Le choix d'entretiens semi-directifs, par opposition à un questionnaire à questions fermées distribué aux sages-femmes libérales de l'étude, s'est fait par l'importance de voir émerger des axes de réflexion sur un domaine peu connu : «l'entretien individuel, plus que tout autre dispositif, permet de saisir, au travers de l'interaction entre un chercheur et un sujet, le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné. Comme la parole est donnée à l'individu, l'entretien s'avère un instrument privilégié pour mettre au jour sa représentation du monde » (20). C'est donc

l'entretien semi-dirigé à l'aide d'un guide d'entretien avec des questions à réponses ouvertes qui nous semblait pouvoir fournir le plus d'éléments à exploiter pour notre sujet.

3.1.2 Site de l'étude

Je suis personnellement installée à proximité de l'hôpital de Romans-sur-Isère et je souhaiterais, dans la mesure du possible, exercer plus tard en maison de naissance. Le site de l'étude s'est donc imposé de lui-même : une étude monocentrique concernant la zone géographique desservant la maternité de Romans-sur-Isère.

L'article 1 de la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance précise que « la maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée de l'activité gynécologie obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes et des nouveaux-nés en cas de complication ». (15) Ainsi, pour savoir si le projet de maison de naissance était viable, il m'a semblé nécessaire de rencontrer au préalable la cadre sage-femme de la maternité pour savoir si l'hôpital était potentiellement intéressé. Devant son intérêt manifeste, la question de la faisabilité de l'implantation d'une maison de naissance à proximité de l'hôpital de Romans-sur-Isère prenait tout son sens.

Une des particularités géographiques de cette région en terme d'offre de soin est que l'hôpital de Romans-sur-Isère (niveau 2A) n'est distinct du centre hospitalier de Valence (niveau 2B) que de vingt kilomètres. Cette configuration et la similitude entre les deux établissements au niveau de la prise en charge proposée (établissement public hospitalier de niveau 2) est parfois à l'origine d'une certaine concurrence entre les deux hôpitaux, puisque les patientes situées entre les

deux établissements peuvent choisir indifféremment l'un ou l'autre. Or, depuis le décret de périnatalité de 1998, le nombre d'accouchements annuel détermine directement le personnel employé et notamment le nombre de sages-femmes dédiées(21). On comprend donc que chaque hôpital garde un œil particulièrement vigilant sur l'évolution du nombre d'accouchements réalisés chaque année. Ainsi, la création potentielle au sein d'une des deux structures d'une maison de naissance, dont l'activité est comptabilisée avec celle de la structure partenaire (15) peut avoir un impact direct sur l'attractivité et la pérennité de l'établissement.

Romans-sur-Isère est la structure support de la Maison de Naissance, c'est pourquoi un périmètre de vingt kilomètres autour de Romans-sur-Isère a été défini, en excluant la zone qui se situe plus proche géographiquement de l'hôpital de Valence, afin de n'interroger que des sages-femmes dont le lieu d'exercice serait plus près de Romans-sur-Isère que de Valence. Nous espérons ainsi limiter au maximum le risque de nous retrouver dans la zone desservie prioritairement par le centre hospitalier de Valence, ce qui pourrait fausser l'interprétation des résultats.

3.1.3 Population

3.1.3.1 Modalité de sélection

Nous avons réalisé un tableau anonymisé (fourni en annexe 2) recensant les sages-femmes libérales travaillant dans un périmètre de 20 kilomètres autour de l'hôpital de Romans-sur-Isère. Nous avons précisé dans ce tableau les distances séparant le lieu d'exercice respectivement de l'hôpital de Romans-sur-Isère et de celui de Valence. Pour obtenir la liste la plus exhaustive possible, différentes sources ont été recoupées : la liste des sages-femmes libérales intervenant à domicile, qui est proposée aux patientes en suite de couches à la maternité

de Romans-sur-Isère, le site de l'ordre des sages-femmes, et l'annuaire des Pages Jaunes.

3.1.3.2 Modalités d'inclusion et d'exclusion

Le critère d'inclusion était le fait d'exercer comme sage-femme en milieu libéral dans la zone de 20 kilomètres autour de l'hôpital de Romans-sur-Isère.

Les critères d'exclusion étaient :

- avoir son lieu d'exercice situé à plus de vingt kilomètres de l'hôpital de Romans-sur-Isère.
- avoir son lieu d'exercice plus proche géographiquement de l'hôpital de Valence que de celui de Romans-sur-Isère
- être sage-femme en exercice mais ne pas exercer d'activité à caractère libéral dans sa pratique

3.1.3.3 Échantillonnage

L'échantillonnage est une des lignes de démarcation entre enquêtes quantitatives et qualitatives. Deux différences liées à l'échantillonnage se dégagent :

- Les enquêtes qualitatives emploient des échantillons *restreints* où un nombre de personnes relativement petit est étudié en profondeur.
- Les échantillons qualitatifs ont tendance à être d'abord *ciblés* et *non aléatoires*, en partie parce que la définition initiale de *l'ensemble* est plus spécifique, et en partie parce que les processus sociaux possèdent une logique et une cohérence que l'échantillonnage aléatoire ne percevrait pas.

Nous avons donc décidé de contacter toutes les sages-femmes qui remplissaient les critères définis, puisqu'elles n'étaient que 17 et que l'objectif était d'obtenir de 10 à 15 entretiens. Nous espérons que ce serait suffisant pour arriver à saturation des données. « Quant au critère de

saturation, il s'agit du point où, dans une recherche, toute donnée nouvelle n'apporte aucun élément inédit à la compréhension du phénomène à l'étude. » (20)

Une fois la population ciblée, nous leur avons adressé un mail dans lequel nous exposons l'objet de ce travail et sollicitons un entretien (annexe 3), en leur précisant que nous les contacterions ensuite par téléphone afin de fixer un rendez-vous pour un entretien d'une durée d'une heure environ.

3.2 L'enquête et le recueil de données

Onze sages-femmes ont accepté de répondre à ma requête. Nous avons choisi de réaliser des entretiens en face à face plutôt que par téléphone car « d'une manière générale, l'entretien peut être tenu comme une méthode de collecte d'informations qui se situe dans une *interaction* entre un intervieweur et un interviewé » et qui « vise à colliger des données ayant trait au cadre personnel de référence des individus (émotions, jugements, perceptions, entre autres) »(20). Ainsi, la qualité de l'entretien et des éléments qu'on en retire repose sur un échange à cœur ouvert qu'il est difficile d'instaurer à distance, sans contact humain. De plus, la communication non-verbale apporte les nuances nécessaires pour mieux comprendre les propos de l'interviewé et ses émotions.

Les entretiens ont été réalisés au domicile des sages-femmes ou au sein de leur cabinet. Ils ont été menés à l'aide d'un guide qui a été réajusté après le premier entretien (annexe 4). Le consentement des interviewés a été demandé au préalable afin que chaque entretien puisse être enregistré tout en assurant l'anonymat.

Les entretiens avaient pour objectif de répondre à plusieurs interrogations en lien avec notre sujet :

- la représentation personnelle de la sage-femme de ce qu'est une maison de naissance
- ses freins et motivations pour y travailler
- ce qu'elle pense qu'une maison de naissance pourrait apporter à ses patientes
- l'existence ou non d'un réseau mobilisable pour réaliser ce projet

La dernière partie de l'entretien concernait des données socioprofessionnelles et démographiques, ou encore l'âge, la situation familiale, le nombre d'enfants ou la profession du conjoint.

Les entretiens ont tous été retranscrits ultérieurement et intégralement à l'aide du logiciel d'aide à la retranscription et à l'analyse qualitative Sonal®, dont quelques extraits figurent en annexe 5.

3.3 Analyse des données

L'analyse des données s'est faite selon un mode thématique horizontal. Après plusieurs relectures des entretiens, différents thèmes relatifs à notre problématique ont émergés puis été analysés et organisés entre eux. Le logiciel Sonal® a ensuite permis de retrouver ensuite rapidement les extraits correspondant aux thèmes afin de les exploiter en profondeur. Un va-et-vient permanent s'est fait entre les données relevés, les connaissances théoriques acquises en parallèle (lectures d'articles, littérature grise...) et la problématique de départ, pour affiner notre vision globale de la situation.

Pour augmenter la validité de l'analyse, une triangulation a été faite par la sage-femme guidante et le directeur de ce mémoire, pour comparer les thèmes relevés par les différents lecteurs et affiner l'analyse. « La triangulation est une stratégie de recherche qui consiste à combiner les données issues de plusieurs instruments, compensant ainsi les biais propres à chacun. Par ricochet, la triangulation permet d'assurer la validité (justesse et stabilité) des analyses effectuées. La triangulation est ainsi intrinsèquement liée à la validité et à la scientificité. »(20)

A la fin du dernier entretien, la saturation semblait atteinte, aucun thème nouveau en lien avec notre sujet n'émergeait plus (voir l'annexe 6 avec le nombre de thèmes nouveaux émergents par entretien).

4 RÉSULTATS

Sur les 17 sages-femmes contactées pour ce mémoire, 11 ont donc été suffisamment intéressées pour participer, et suffisamment disponibles pour réaliser l'entretien. La durée de ces entretiens s'est étalée de 45 minutes à 1h30.

Pour assurer l'anonymat des personnes interrogées, nous les avons désignées par les initiales « SF » suivies d'un numéro aléatoire entre un et 11, dénomination retrouvée dans la suite de ce mémoire pour identifier les verbatim.

4.1 Caractéristiques des sages-femmes interrogées

Concernant les caractéristiques démographiques et socio-professionnelles, un tableau de recueil de données a été réalisé, afin de caractériser la population (annexe 7). Les différentes données recueillies montrent que, même si elle est de taille restreinte, la population interrogée est assez diverse, que ce soit au niveau des âges des sages-femmes, de la composition de leur foyer familial ou de leur nombre d'années d'expérience en libéral. Cette diversité nous permet de penser que les témoignages analysés nous apporteront des éléments de réflexion riches et variés sur le sujet, et que la population de sages-femmes libérales sera ainsi représentée assez fidèlement dans sa complexité.

La répartition des âges des sages-femmes interrogées est hétérogène, avec un âge médian de 38 ans (la plus jeune avait 25 ans et la plus âgée 57 ans). Huit d'entre elles ont des enfants (de un à trois enfants) et trois n'en ont pas (mais deux prévoient d'en avoir à court terme).

La majorité des sages-femmes est en couple (neuf sur 11), mais la disponibilité de leur

conjoint et son soutien au sein du foyer, notamment son investissement personnel dans la gestion des enfants, est décrite comme très variable. Dans plus de la moitié des cas (six sur 11), le conjoint est soit absent (les sages-femmes étant alors le seul parent présent au sein du foyer) soit peu disponible (du fait de déplacements professionnels fréquents ou d'horaires de travail très étendus), alors que ces six sages-femmes ont des enfants de moins de 15 ans. Ainsi, les sages-femmes concernées par ces situations ne semblent pas forcément soutenues dans leur activité libérale (pas de conjoint ou conjoint peu disponible) et cette configuration familiale ne leur permet pas, pour la plupart, d'envisager sereinement une activité libérale conciliant leur organisation familiale actuelle et des astreintes supplémentaires pour les accouchements. Toutes les sages-femmes habitent à 30 minutes ou moins de leur lieu d'exercice, avec une durée médiane de trajet de 10 minutes.

Le nombre médian d'années d'expérience totale depuis le diplôme est de 14 ans. Toutes les sages-femmes interrogées ont commencé leur carrière dans le milieu hospitalier, avec un nombre médian d'années d'exercice en milieu hospitalier de neuf années (de un à 21 ans) : cinq d'entre elles ont travaillé entre sept et 10 ans à l'hôpital, seules deux sages-femmes y ont travaillé moins longtemps (un an et trois ans et demi d'expérience à l'hôpital) et ce sont celles qui sont sorties de l'école le plus récemment (il y a respectivement un an et quatre ans). Les quatre sages-femmes restantes ont travaillé à l'hôpital 13, 16, 19 et 21 ans.

Après avoir travaillé à l'hôpital, les sages-femmes se sont installées en libéral, le nombre médian d'années d'exercice en libéral étant de quatre ans et demi. On note une grande hétérogénéité dans la durée de répartition d'exercice en libéral (six d'entre elles travaillent depuis quatre années et demi ou moins, 3 d'entre elle s'étaient installées il y a six ou sept années et les

deux dernières travaillaient depuis 16 et 20 ans en libéral). Si les deux sages-femmes qui travaillaient depuis 16 ans et 20 ans faisaient parmi, assez logiquement, des plus âgées (elles avaient 50 et 57 ans), il n'y a pas forcément de corrélation entre l'âge et la durée d'exercice en libéral pour les autres (certaines des sages-femmes s'étaient installées en libéral assez tôt dans leur carrière, d'autres après une expérience à l'hôpital beaucoup plus longue).

4.2 Quelle sécurité pour quel risque ?

4.2.1 Risque d'un accouchement en Maison de Naissance

Une des inquiétudes majeures des sages-femmes interrogées par rapport à l'accouchement en maison de naissance concerne la notion de risque, qui revient fréquemment dans leurs témoignages. Comme elles passent allègrement de l'un à l'autre, il n'est pas toujours évident de distinguer s'il s'agit d'un risque pour la patiente ou d'un risque pour la sage-femme.

4.2.1.1 Risque pour la patiente...

La plupart des sages-femmes évoquent le risque que représente, pour la patiente, le fait d'accoucher hors du milieu hospitalier :

Voilà, j'ai pas envie de me dire : Punaise, cette femme elle aurait accouché dans une structure, il se serait pas passé ça, il se serait pas passé ça, c'est évident parce que son hémorragie, on l'aurait prise en charge immédiatement ! Ce petit, on aurait pu le réanimer immédiatement, et en fait, là, voilà ! (SF 7)

Voilà, dans l'enceinte [de l'hôpital] en disant... comme ça vraiment si... parce que il y a... la majorité des accouchements se passe très bien mais quand ça tourne mal, ça tourne en contexte d'urgence... (SF 1)

Suite aux décrets de périnatalité du début des années 70, les sages-femmes ont

majoritairement appris au cours de leurs études que « l'accouchement dit normal est une notion *a posteriori* ; jusqu'à l'événement c'est une prévision. Tout accouchement comporte donc un risque et doit être surveillé. Il ressort de cette définition que la grossesse et l'accouchement ne peuvent être définis comme normaux qu'*a posteriori* : en conséquence, le risque domine la prise en charge, qui multiplie les actes médicaux visant à maîtriser le processus d'accouchement et qui réduit drastiquement les possibilités de naissance hors de l'hôpital »(10). Cette politique du risque engendre la peur de l'aléa qui peut mettre en danger la patiente, comme on le voit avec cette sage-femme quand on lui pose la question de savoir si une patiente peut accoucher ou non en maison de naissance :

C'est ma peur, l'hémorragie, donc je vais te dire non, mais je pense que c'est faisable parce que tu es... A domicile, c'est irresponsable, en maison de naissance, c'est limite. Je sais pas. J'arrive pas à te dire. (SF 8)

Le fait de pouvoir à tout moment basculer dans un cadre hospitalier médicalisé semble apporter une garantie indispensable à la sécurité de la patiente :

Bah... alors moi, j'ai commencé ma carrière sur un cas hyper dur, c'est une maman qu'on a failli perdre et on n'aurait pas été en niveau trois, parce qu'elle a fait une hémorragie. Donc je suis peut-être très... très orientée dans ma manière de voir les choses, mais je me dis qu'à tout moment si ça ne va pas, il me semble qu'il faut qu'on puisse sortir de la maison de naissance et passer sur quelque chose d'hospitalier. (SF 9)

4.2.1.2 ...ou pour la sage-femme ?

La peur d'une complication obstétricale imprévue semble donc, pour plusieurs sages-femmes, être un frein majeur à la possibilité de réaliser des accouchements dans une structure

extra-hospitalière. Mais quand on regarde d'un peu plus près leurs propos, difficile de savoir si leur peur concerne la sécurité de la patiente ou s'il s'agit d'une peur propre à la sage-femme, qui devra vivre avec les conséquences éventuelles de l'aléa obstétrical :

Mais oui, moi je me sens pas... Je... [pause] En fait, je me dis : si jamais ça se complique, et que ça se complique, et qu'en fait j'étais pas sur un terrain... [pause] sécurisé pour la patiente, je m'en remettrais pas. Clairement, ça c'est quelque chose... (SF 7)

Que la patiente envisage consciemment de prendre ce que la sage-femme considère comme un risque devient incompréhensible pour certaines sages-femmes. Pourquoi se passer de ce qu'elles considèrent comme une sécurité minimale ? La peur de la sage-femme transparaît alors dans ses propos, sans que le danger soit avéré pour la patiente :

Mais c'est vrai que moi je pense que je manque un petit peu de... Oui, j'ai un peu la trouille, comme de l'accouchement à domicile, j'ai la trouille. Et c'est pour ça que j'ai de la peine à comprendre les femmes qui ont ce projet, je me dis mais pourquoi ? Il y a des structures qui sont super, pas loin ! On les accompagne bien aussi à l'hôpital ! Du coup pour le moment, je suis... Mais si je sentais que le truc est vraiment... que les femmes étaient en sécurité ou quoi... et bah pourquoi pas. Parce que c'est vrai que les accouchements me manquent, la preuve.(SF 7)

Finalement, cette sage-femme a-t-elle peur pour elle ou pour les parturientes ? Certaines sages-femmes semblent associer leur sécurité professionnelle avec la sécurité de la parturiente :

Moi, je pense que l'accouchement peut très très bien se passer comme les choses peuvent se compliquer, et du coup, l'idée de pouvoir transférer la dame juste à côté, pour moi c'est une sécurité ! C'est à dire que je pense qu'on peut accoucher naturellement mais avec du médical à

proximité, parce que ça peut vite changer. (SF 11)

4.2.2 Ambivalence sur l'enjeu de la sécurité

Si un accouchement extra-hospitalier semble vecteur de risques pour un certain nombre de sages-femmes, le fait d'être dans l'enceinte de l'hôpital n'est pas non plus totalement exempt de risques à leurs yeux.

4.2.2.1 La médicalisation de l'accouchement : balance bénéfico-risque

On voit que cet enjeu de la sécurité est majeur pour les sages-femmes libérales, mais qu'il n'est pas toujours simple de savoir quel est le cadre qui la garantira le plus. *A priori*, le cadre hospitalier rassure, mais elles sont plusieurs à évoquer la problématique de la médicalisation de l'accouchement, telle qu'elle est assez communément pratiquée à l'hôpital, et que la SF4 résume par «RAM, toco, électrodes, APD [Anesthésie Péridurale], synto » dans le but que «dans les trois heures l'accouchement soit fait !». Elles sont plusieurs à rappeler que cette médicalisation est susceptible d'engendrer des risques iatrogènes dans certaines situations physiologiques (22)

Et du coup on oublie les risque qu'on crée en mettant du synto, en faisant une RAM, en mettant une péri alors que si on aurait laissé notre dame tranquille... (SF1)

Et aussi, on a tellement l'habitude qu'il y ait quelque chose qui se passe, enfin qu'il y ait des pathologies, parce qu'on crée la patho ! A force d'aller mettre du synto, poser une péri à deux doigts, enfin. On crée la pathologie ! (...) On les surveille mal parce qu'on a trop de boulot, donc elles saignent plus, donc forcément on a l'impression qu'il va se passer quelque chose. Donc, il faut pas qu'elles soient trop loin... il faut... Et ça en niveau trois, c'est inadm... pour eux (les médecins) c'est compliqué d'admettre que ça puisse se passer bien, sans nous ! Enfin sans les médecins, sans la... toute la... tout ce qui est médical. Moi j'ai cette sensation là. (SF5).

Dans certains cas, ça peut aboutir à une patiente qui a l'impression qu'« elle n'était pas dans un milieu qui lui a permis d'accoucher euh... physiologiquement » comme le résume la SF 6 qui décrit l'expérience d'une patiente qui a accouché à l'hôpital pour son premier enfant, et dont la naissance s'est soldée par une extraction instrumentale.

En fait, la formation française est devenue, ces dernières années, de plus en plus médicalisée, mais un côté négatif de cette médicalisation de la profession, c'est la peur du risque qui peut en découler :

Ce que je trouve dommage en France, enfin pour beaucoup de sages-femmes, c'est que souvent... elles ont ce côté très médical, je pense que c'est du à la première année de médecine, et je pense qu'il faut aussi le revendiquer... (SF 1)

Je trouve que voilà, en fait on nous fait peur, et que la peur entraîne la peur, et que la peur entraîne la pathologie, enfin, bon bref. C'est... voilà... Je pense qu'on est vraiment très très très mal formé à l'accouchement physiologique. On est formé à la pathologie, oui, alors là, s'il y a une pré-éclampsie, on sait que ce qu'il faut faire, une hémorragie de la délivrance, du coup on sort de l'école, on n'a que ça en tête. (SF2)

On rejoint la notion du risque encouru qu'on essaie de contrôler au maximum, mais qu'on ne pourra jamais réduire à zéro. Mais, en filigrane, il apparaît que cette peur est sans doute celle de la sage-femme, pas celle de la parturiente. Ainsi, la Maison de naissance permettrait peut-être de s'éloigner de cette peur.

Quand on se penche sur le sujet de la médicalisation de l'accouchement, la question se pose de savoir où se situent les limites des compétences de la sage-femme. Car par définition,

c'est la professionnelle de santé spécialiste de l'accouchement physiologique :

La sage-femme, c'est la gardienne de l'eutocie et puis point-barre. Et je trouve qu'il y a ce décalage, et je trouve ça hyper dommage, parce que finalement, je trouve que la profession de sage-femme se médicalise de plus en plus, et c'est dommage. (SF 1)

Mais il n'est pas si simple de s'arrêter à cette définition, car la sage-femme, si elle est bien la garante de l'eutocie, est aussi celle qui doit savoir quand l'accouchement bascule dans la pathologie.

En fait, c'est surtout la systématisation des pratiques qui semble poser problème, plus que les pratiques en elles-mêmes. Dans un cadre d'accouchement physiologique chez une patiente en bonne santé en maison de naissance, le nombre d'interventions médicales pourrait être réduit au minimum, ce qui va à l'encontre de la tendance actuelle de la médicalisation de la profession de sage-femme, mais ce qui participerait paradoxalement à sa sécurité.

Pour moi, un accouchement, enfin, quelque chose que j'avais réussi, c'était pas d'être intervenante et d'être toujours là, je veux dire de faire plein de choses, c'était d'être là, d'être là pour surveiller, leur apporter tout ce dont ils avaient besoin, et les laisser faire ! Voilà, pour moi, c'était ça, un chouette accouchement ! C'était en faire le moins possible ! (SF 11)

On peut traduire cette notion aussi par choisir d'en faire peu, mais le faire bien, en pleine conscience. Et finalement, n'est-ce pas revenir à un des principes fondateurs de la médecine, comme l'énonçait Hippocrate : « *Primum non nocere* » ou « D'abord ne pas nuire »?

Il semblerait alors que le cadre de la maison de naissance soit un compromis idéal

permettant un accouchement moins médicalisé mais avec un recours possible à un plateau technique en cas de besoin. En gardant à l'esprit que la médicalisation est parfois nécessaire et qu'avoir cette ressource à disposition est aussi une chance :

Alors peut-être qu'on surmédicalise à l'heure actuelle, mais il y a trente ans en arrière, on médicalisait... enfin peut-être pas trente ans en arrière mais quarante ans en arrière, cinquante ans en arrière, on médicalisait franchement pas assez, et il y a eu quand même un taux de ... périmortalité qui était quand même plus important ! Bon ! Donc, là aujourd'hui, on retourne vers la physio, oui ! Il faut pas non plus que on... fasse n'importe quoi. J'aimerais pas voir du coup qu'il y a plus d'accident autour de la naissance parce que bah, on fait la promo de la physio. Tu vois ce que je veux dire ? Je crois qu'il faut être... La physio, bien évidemment, il faut pas l'oublier la physiologie, parce que c'est ce qu'on a tendance à oublier. Donc je pense que c'est cette dérive là qu'on a pris, à surmédicaliser, on oublie la physio, mais a contrario, faut pas non plus euh... aller trop loin, quoi. (SF 7)

A l'autre extrémité du spectre, qui peut correspondre à l'opposé de l'accouchement médicalisé en milieu hospitalier, on trouve le seul type d'accouchement hors hôpital auquel les sages-femmes libérales sont confrontées : l'accouchement à domicile (AAD), qui soulève lui aussi de nombreuses questions concernant sa sécurité.

4.2.2.2 L'accouchement à domicile vu par les sages-femmes libérales

Dans le contexte français actuel, l'accouchement à domicile est une pratique marginale, peu répandue (moins de 1 % des accouchements) et aux limites de la légalité du fait de la question assurantielle (pas d'assurance en responsabilité civile professionnelle disponible à un tarif abordable à ce jour) (23). Seule une des sages-femmes interrogées a déclaré suivre des

patientes et pratiquer, entre autres activités, l'accompagnement global avec accouchement à domicile.

La position des sages-femmes sur cette question des accouchements à domicile est très contrastée. Certaines y voient un risque, voire une pratique contestable car potentiellement dangereuse à leurs yeux :

J'ai que un seul contre-exemple (de patientes qui auraient pu accoucher à domicile parce qu'elles n'avaient aucun antécédent) qui, si elle avait accouché à domicile, je pense que le bébé serait décédé. (SF 2)

Moi, ce que je vivais très très mal, par exemple, dans les accouchements à domicile, c'est que quand les femmes arrivent à l'hôpital, c'est que c'est la cata. Et quand on est la sage-femme hospitalière, là, qui reçoit cette patiente, et bah on n'a rien, on la connaît pas, on n'a pas de dossier... (SF 7)

Moi, je comprends pas les femmes. Je ne comprends pas... Alors, après, j'ai... mais quand même globalement je ne comprends pas tellement les femmes qui ont envie d'accoucher à la maison. Je me dis : mais pourquoi ? (SF 7)

D'autres y voient une alternative intéressante pour les patientes, voire pour elles-mêmes, que ce soit en tant que sage-femme ou en tant que patiente :

Je trouve que en sortant de l'école... après j'ai des copines, j'en ai une qui a bossé en Suisse, qui faisait l'accouchement à domicile en sortant de l'école, ça s'est très bien passé. (SF 1)

(Sur pourquoi choisir un accouchement à domicile pour elle-même) *Euh ... trop mauvaise expérience de ce qui se passe à l'hôpital ! Et puis je me disais : accouchement à domicile (pour*

elle-même) avec un mari médecin et puis bien entendu une copine sage-femme, j'allais pas faire ça toute seule comme une grande, je me sentais peinard ! Et je vais te dire même, c'est vache hein, vachement plus peinard chez moi qu'à l'hôpital ! [rire] (SF 4)

Un certain nombre, même si elles ne le condamnent pas directement, semblent tout de même juger l'accouchement en maison de naissance plus sécuritaire que celui à domicile :

C'est ça (l'accouchement en maison de naissance). C'est : on n'accouche pas à domicile parce que, bon, on est là, il y a plus... il y a plus de sécurité, c'est tout ! Mais c'est un peu comme si c'était à domicile, donc c'est à dire, elles, ce qu'elles veulent, c'est du naturel, qu'on leur laisse le temps, voilà ! Qu'on ait...qu'on soit pas interventionniste. Voilà ! (SF 3)

Celles (les patientes qui demanderaient un accouchement en maison de naissance) qui veulent un accouchement à domicile mais qui ne sont pas non plus rassurées à domicile et qui veulent... Ce serait un plateau technique amélioré en fait ! Oui. Si, si, par contre, ça m'attire. Mais, c'est... L'accouchement à domicile, je ne veux pas y aller, je suis sûre, la maison de naissance, je sais pas si je vais... Si ça trouve, après ça va pas me plaire et je vais dire non. Mais pour l'instant, ça m'attire et je... C'est une expérience que j'ai envie. (SF 8)

Ces témoignages traduisent l'ambivalence que ressentent certaines sages-femmes : même si elles admettent que l'accouchement à domicile est une alternative qui semble convenir à certaines patientes et qui a sa place dans le paysage obstétrical français, elles ne se sentent pas personnellement capables d'accompagner des naissances à la maison, alors que la maison de naissance leur semblerait plus abordable et pourrait offrir un choix supplémentaire aux femmes :

Oui. Mais voilà, c'est... L'accouchement à domicile, pour celles qui ont le courage de le faire et pour les patientes qui y ont accès, c'est génial, hein ! Pour moi, c'est... c'est une perte de

chance, je sais pas, vraiment. Je respecte mais... je me vois pas le faire plus tard. Parce que l'accouchement, ça doit rester personnel. Ça doit pas être méd... Ça doit être dans le cadre de ce que veut la dame ! Mais en milieu hospitalier. (SF 8)

Est-ce que elle (une sage-femme qui fait de l'accompagnement global), c'est quelque chose (la possibilité d'accoucher en maison de naissance) qui peut répondre à ... à sa demande ou à la demande de certaines patientes aussi. La maison de naissance, c'est pas forcément à la place de l'accouchement à domicile. (SF 6)

4.2.2.3 La maison de naissance : un juste milieu ?

Ainsi, la maison de naissance se construirait alors par opposition aux deux alternatives précédentes : l'accouchement à l'hôpital (marqué par la surmédicalisation) ou à domicile. Si très peu des sages-femmes (deux ou trois) se sentaient capables de réaliser des accouchements à domicile et envisageaient de la faire, c'est une très grande majorité qui s'est déclarée attirée par l'idée de travailler en maison de naissance, si on ne tient pas compte des contraintes personnelles (âge, situation familiale etc...).

Une des solutions envisagées par les sages-femmes interrogées, pour diminuer le risque à un niveau acceptable pour elles tout en sortant du cadre hospitalier médicalisé, serait d'implanter les locaux de la maison de naissance au sein de l'hôpital. Quand on les interroge sur la distance maximale entre la maison de naissance et l'hôpital :

Moi, j'envisagerais qu'on pousse une porte ! (SF 9)

Alors maison de naissance idéale, moi, celle de [nom d'une maison de naissance en expérimentation] me parle beaucoup ! C'est à dire que c'est au sein de l'établissement. (SF 11)

C'est d'ailleurs ce qui est prévu dans le décret d'expérimentation des maisons de naissance, qui stipule qu'elles soient contiguës à une maternité avec laquelle elles passent une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé (10).

C'est une fois de plus le besoin de créer un cadre sécurisant pour la patiente qui semble primordial :

Pour la sécurité des patientes, l'idéal, ce serait de créer une antenne... un pôle détaché de l'hôpital mais vraiment à côté de l'hôpital. (SF 1)

C'est : on n'accouche pas à domicile parce que, bon, on est là, il y a plus... il y a plus de sécurité, c'est tout ! (SF 3)

Mais être à l'hôpital, c'est quand même assez rassurant pour elles. Elles ont un peu besoin quand même de savoir qu'elles ont cette structure autour d'elle. (SF 4)

Cette posture a l'avantage d'exclure les risques liés à l'accouchement à domicile. Les sages-femmes soulignent l'intérêt de ces maisons de naissance proches des centres hospitaliers pour les distinguer de pratiques d'accouchement jugées peut sécurisantes et culpabilisantes pour les parturientes :

Je pense que ça rassurerait aussi les patientes et les sécuriserait en disant : bah, oui, je veux cet accouchement là, mais si jamais ça se passe pas bien, je sais que je suis quand même à côté de l'hôpital donc... Parce que je trouve que c'est un peu la... la critique qu'on fait aux patientes qui veulent accoucher chez elles : ah oui, mais tu te rends pas compte, si il se passe quoi que ce soit, t'es quand même loin de chez... Je trouve que c'est même culpabilisant derrière... (SF 1)

Cependant, quelques sages-femmes s'interrogent. Est-ce que l'hôpital représente la

sécurité pour toutes les patientes ? Un milieu très médicalisé, s'il rassure la sage-femme, peut se révéler anxiogène pour la patiente, soit parce qu'il fait référence à la maladie, soit parce que la parturiente a le sentiment de subir des opérations ou des actes contre sa volonté :

Pouvoir avoir un endroit pour aller accoucher mes patientes, mais qu'on soit pas dans l'enceinte de l'hôpital. Parce que moi, elles me le disent, l'hôpital leur fait peur. (SF 3)

Parce qu'il y a des patientes qui font de l'angoisse, le fait d'être dans un hôpital. Pour elles, le milieu hospitalier, ça veut dire qu'elles sont malades, ça veut dire que... on va les obliger à mettre des produits, on va les obliger... (SF 8)

Pour ces sages-femmes, à l'inverse des précédentes, c'est paradoxalement le fait d'être hors de l'hôpital qui pourrait se révéler le garant de la sécurité de la patiente :

Mais l'alternative réelle, c'est vraiment l'indépendance d'une structure. Et moi, ce que je crains dans la proximité avec l'hôpital, c'est que... on ait besoin de... de l'acquiescement, de l'avis de l'hôpital pour accoucher telle et telle patiente dans la maison de naissance. Voilà, donc l'indépendance des sages-femmes, elle est vraiment remise en question là. Si toutes les patientes et tous les bébés qui doivent naître doivent rentrer dans des courbes de poids entre tant et tant... Moi, j'estime que je peux apprécier si je me sens en sécurité, si cette femme est en sécurité d'accoucher en dehors d'un... (SF 10)

4.2.3 Critères de fonctionnement de la maison de naissance : un gage de sécurité ?

Par contre, toutes les sages-femmes se rejoignent sur l'importance d'un cadre strict qui définirait le fonctionnement de la structure, et serait un gage de sécurité supplémentaire, quelle que soit la localisation de la maison de naissance (intra ou extra hospitalière).

Le fait de pouvoir « choisir » la population est un critère fondamental qui différencie la maison de naissance de l'hôpital et impacte énormément la probabilité de survenue d'un risque. Le cadre de fonctionnement de la maison de naissance comprendrait donc d'abord une sélection rigoureuse de la population dite à « bas-risque obstétrical » (24) pouvant être suivie en maison de naissance, définie à l'aide de critères d'inclusion, ou plutôt d'exclusion, stricts :

Le moindre truc, le moindre petit truc, elle peut plus accoucher en Maison de Naissance. Ça par contre, je suis un peu d'accord. Surtout s'il y a eu des interventions... des interventions... médicales avant. Comment dire, bon, l'utérus cicatriciel par exemple. Pour moi, tant que la dame elle est sortie à un moment de sa vie du cadre de la physiologie... (SF 2)

Ça, je pense qu'il faut déterminer des critères très précis par contre. Moi, je pense que il y a une éligibilité et une non éligibilité, et il faut être absolument très clair là-dessus ! Dans tous les antécédents, les utérus cicatriciels, je veux dire, très clairement, enfin tout ce qui est accouchement prématuré. Moi, clairement, j'excluais, mais ça, c'est à travailler avec les sages-femmes, avec l'équipe. La clinique [nom d'une clinique], ça a été sacrément travaillé avec les médecins, je crois qu'il y a des normes aussi, je veux dire il y a des choses qui sont des prérequis, et je pense que ça vraiment, il faut bien y réfléchir et bien l'imposer ! Et puis bien s'y tenir ! (SF 11)

On peut résumer plus simplement les critères d'exclusion :

Pour moi, les critères d'exclusion, ce serait toutes les pathologies. (SF 9)

Ou, si on l'envisage d'une manière peut-être plus holistique, et que cette fois-ci on se place plus du point de vue de l'inclusion, on peut accoucher en maison de naissance :

A partir du moment où une femme est en bonne santé... (SF 10)

Ainsi se pose la question cruciale de savoir qui définit ces critères d'exclusion : dans le cahier des charges de l'expérimentation, il est précisé que les femmes suivies en maison de naissance sont « des femmes à bas-risque telles que définie par la HAS en 2007 » (15,25). Mais, en pratique, ces critères ne sont-ils pas discutés au niveau local, c'est à dire pour chaque maison de naissance, entre les sages-femmes de la maison de naissance et les médecins de l'hôpital auquel elle est rattachée ? Et dans ce cas ne risque-t-il pas d'y avoir une pression de l'hôpital pour faire valoir sa position ?

Mais l'alternative réelle, c'est vraiment l'indépendance d'une structure. Et moi, ce que je crains dans la proximité avec l'hôpital, c'est que... on ait besoin de... de l'acquiescement, de l'avis de l'hôpital pour accoucher telle et telle patiente dans la maison de naissance. Voilà, donc l'indépendance des sages-femmes, elle est vraiment remise en question là. (SF 10)

Disons que j'ai peur que si c'est vraiment dans l'enceinte de l'hôpital, l'hôpital il impose des choses qui sont pas forcément obligatoires, mais juste par sécurité parce que c'est eux, ils décident, oui, ils veulent bien une maison de naissance. (SF 2)

De plus, la « sélection » des patientes ne conduit-elle pas à une certaine inégalité d'accès aux soins, puisque toutes les patientes ne peuvent pas prétendre à un suivi en maison de naissance (25)? Qui plus est, ne rentre-t-on pas dans un cercle vicieux ? Une patiente qui a vécu une première expérience d'accouchement jugée comme traumatisante, avec par exemple une intervention médicale comme une extraction instrumentale voire une césarienne, et qui souhaiterait un cadre moins médicalisé pour son deuxième accouchement, risque de se voir refuser le suivi en maison de naissance du fait de ses antécédents, alors que justement, ce type de

suivi serait particulièrement adapté en terme de prise en charge globale, voire « réparatrice ».

Je repense encore à cette patiente. Elle a eu un forceps pour le premier, donc on pourrait se dire bon, antécédents obstétricaux. Après, ça va être un deuxième, on va faire une radio du bassin, on va voir... Bon, il y a avait tout un contexte aussi qui a fait qu'elle a eu son forceps parce que... parce que... elle était pas dans un milieu qui lui a permis d'accoucher euh... physiologiquement. Donc... C'était pas mécanique ! Dans la manière dont elle le racontait, en plus, c'était clair qu'il y avait quelque chose qui avait bloqué. Donc si c'était induit, si c'était quelque chose d'induit et que justement... (on lui refusait l'accès à la maison de naissance) (SF 6)

Le fait de s'occuper d'une population *a priori* à bas risque limite forcément l'aléa obstétrical, mais dans l'éventualité où celui-ci se produit, avoir un matériel médical minimal à disposition dans la maison de naissance semble suffire à apporter une sécurité suffisante à la sage-femme. Quand elles sont interrogées sur ce qui leur semble indispensable à avoir à portée de main, on se rend compte que bien peu de choses sont finalement nécessaires. Elles s'accordent toutes sur le matériel de réanimation pour le bébé et de quoi poser une perfusion à la mère, mais elles ne semblent pas avoir besoin de beaucoup plus :

Alors je vais pas intuber en maison de naissance, on est bien d'accord, c'est pas mon rôle, mais au moins pouvoir ventiler, pouvoir aspirer, pouvoir... enfin voilà. Et puis quand même, je pense du synto, du... enfin quelque chose quand même de...Voilà, de quoi poser une perf, oui. (SF 5)

Le corollaire du faible matériel médical à disposition est la possibilité de bénéficier d'un transfert rapide vers la maternité partenaire en cas de besoin, l'idéal étant d'avoir anticipé cette situation en amont avec l'équipe concernée, ce qui faciliterait le travail de chacun :

Il faut que tout ça, à mon sens, soit écrit et bien discuté, bien travaillé en amont. Moi, je trouve qu'on peut travailler bien qu'en équipe ! Et on peut être en sécurité qu'en équipe ! On peut pas être un électron libre qui vient faire son accouchement, qui dit bonjour, bonsoir, salut et à une prochaine fois ! Parce que dans cet accouchement, quand ça se passe mal, on a besoin de toute l'équipe autour ! Donc je trouve que ça, ça demande du temps ! Moi, je pense que c'est quelque chose à vraiment travailler. (SF 11)

On commence à voir émerger la notion de travail en équipe au sein d'une maison de naissance, ce qui peut représenter une gageure pour des sages-femmes libérales qui travaillent de façon indépendante.

Ainsi, un des avantages de la maison de naissance par rapport à l'accouchement à domicile serait la mise en place d'un protocole de transfert approuvé par les deux parties, qui permettrait, en plus du transfert de responsabilité médicale, un vrai transfert de confiance de part et d'autre, dans l'intérêt des patientes :

L'intérêt que je verrais, c'est que c'est quelque chose d'officiel. Il y aurait ces fameux protocoles de travail, de transfert, quelque chose d'un peu harmonieux alors que l'accouchement à la maison aujourd'hui, bon on le tolère éventuellement, dans certains endroits, mais c'est pas encouragé, c'est pas quelque chose de reconnu, enfin... Pour être vraiment confortable, il y a besoin qu'on puisse se sentir super en confiance pour transférer une patiente... euh... Que l'hôpital se sente en confiance aussi. Voilà, ça c'est super, quand on se comprend, qu'on parle le même langage, ça facilite beaucoup ! Il y a une espèce de... oui, de transfert de confiance aussi, transfert de patientes et transfert de... (SF 10)

4.2.4 Sentiment de sécurité de la sage-femme

Alors, pour garantir une réelle sécurité à la patiente, est-ce le lieu de la naissance et le matériel disponible qui importent ou bien le sentiment de sécurité de la sage-femme qui accompagne la naissance ? La SF 11 exprime très justement cette problématique : « *L'idée d'être toute seule avec une patiente, de gérer ça du début jusqu'à la fin, je pense que j'aurais été toxique parce que angoissée !* » avec le corollaire « *Moi, je sais que j'ai des souvenirs de garde où effectivement, je me sentais en sécurité parce que les collègues étaient là, parce que le médecin était à dispo s'il y en avait besoin et que du coup, je pense que du coup, je pouvais aussi apporter cette sécurité parce que moi-même je me sentais en sécurité.* »

La sage-femme serait donc le facteur principal de la sécurité de la patiente en maison de naissance. Ceci implique qu'une sage-femme qui décide de travailler en accompagnement global se positionne sur ce qui la met en sécurité ou non, et que les critères de fonctionnement de la maison de naissance soient cohérents avec sa position :

Donc... si une grossesse se passe bien, si on estime que nous, on se sent sécure d'accoucher une patiente en dehors de l'hôpital, pourquoi ça... Oui, oui, ça peut être une structure complètement indépendante. (SF 10)

Ce qui permettrait d'apporter cette sécurité à la patiente, quel que soit le lieu de la naissance, ce serait alors simplement de « *me sentir, moi et mes patientes, en sécurité* ». (SF 7)

4.3 Sage-femme en maison de naissance : un statut valorisant ?

4.3.1 La sage-femme et l'argent

4.3.1.1 La rémunération des sages-femmes libérales

Dans les entretiens a surgi de façon récurrente la problématique de la faible

rémunération des sages-femmes libérales, qui semble insuffisante à l'heure actuelle pour leur assurer un niveau de vie décent :

Je trouve qu'on n'est pas payé à notre juste valeur et qu'il y a plein de frais en libéral. Je discutais à midi avec une copine qui a fait ses études avec moi, qui a bossé avec moi à l'hôpital et qui a démissionné là, au mois de mai, pour vivre avec son copain sur [ville]. Elle faisait des remplacements, et puis elle a fait un remplacement à [nom d'un hôpital] à temps plein. Elle me dit : « Purée, j'ai été payée une misère ! » Après c'est partout pareil mais c'est vrai que... (SF 1)

Alors, si je suis tout à fait honnête, heureusement que mon mari gagne bien sa vie. Parce que je pourrais pas faire vivre ma famille en travaillant comme ça, il faudrait que je travaille beaucoup plus. Je pense qu'il y a des filles qui bossent beaucoup... on est nombreuses en fait à vivre avec quelqu'un qui gagne bien sa vie. Entre les libérales j'ai l'impression ! (SF 9)

On voit que la rémunération est mise en corrélation directe avec la valeur de la sage-femme. Ainsi, accepter une rémunération jugée insuffisante, n'est-ce pas reconnaître implicitement que le travail effectué n'a pas beaucoup de valeur ?

Mais oui, moi je trouve que celles qui travaillent... qui font des consults de 1h30 à 23€, bah je suis désolée, mais du coup elles ont... elles ont un mauvais jugement de leur valeur parce que une consult de 1h30, ça vaut plus que 23€. (SF 2)

Cette valeur monétaire étant directement dépendante des prestations de la sécurité sociale, le premier pas vers une meilleure reconnaissance de la profession passerait d'abord par une reconnaissance institutionnelle.

Mais je trouve pas ça normal qu'au regard de ce qu'on apporte, au regard de ce système

aujourd'hui de la sécu qui veut nous mettre en avant, ils soient pas capables de faire en sorte qu'on puisse vivre, tout simplement. Moi, j'estime qu'il faut que les sages-femmes arrêtent de sortir de cette vocation. On bosse, ce qu'on fait, on le fait bien, on est nécessaire sur le parcours de santé des femmes, je pense que c'est plus à montrer. Mais il y a un moment, il faut dire : parce qu'on bosse, on a besoin d'être sereine dans notre vie à côté, comme tout le monde!(SF 9)

4.3.1.2 Une problématique exacerbée en maison de naissance ?

L'équilibre financier des sages-femmes libérales semble donc déjà précaire. Ajouter à cette insécurité financière des astreintes en maison de naissance potentiellement non rémunérées et des annulations imprévues de dernière minute de journées entières de consultation (quand la sage-femme doit aller réaliser un accouchement alors que son planning était plein au cabinet) peut alors paraître insurmontable.

Ça demande une grande disponibilité pour pouvoir répondre à toutes ces patientes. Ou alors autrement, ça demande à limiter vraiment vraiment sa patientèle. Parce que quand par exemple on a un accouchement, qu'on avait une journée de consultations de programmée, on annule tout! Et voilà. Donc si on a un cabinet qui déborde... je pense que c'est compliqué à gérer, et je sais pas si on gagne sa vie en faisant ça ? Parce qu'au final quand on annule tout, bah on peut pas non plus prendre beaucoup de patientes, alors est-ce que l'accouchement est bien rentable ? J'en sais rien. (SF 7)

En outre, le fonctionnement de la maison de naissance implique *a priori* d'avoir des frais et des charges supplémentaire, par exemple pour financer les locaux.

Il y a tout le frein financier ! Et puis, et puis, et puis il faut que quelqu'un... il faut des personnes qui aient les reins solides pour gérer ça ! Parce que ça veut dire un local avec un loyer. Bon, je

vois elles par exemple, là (elle parle des sages-femmes d'une maison de naissance en cours d'expérimentation), elles se sont quand même récolté avec un loyer mensuel de 1400€ hors charges ! (SF 4)

Dans tous les cas, ça ne permet pas de payer une structure, tu vois, de payer un loyer. Parce qu'il y a quand même des normes qui sont pas celles d'une maison, il y a des aménagements, pour passer à travers une porte, insonorisé, un cabinet médical, il doit être un peu insonorisé. (SF 10)

Ainsi, à première vue, parvenir à une stabilité financière en maison de naissance ne semble pas évident pour ces sages-femmes. Dès lors, on constate un obstacle financier qui pourrait affaiblir des volontés de s'investir dans une maison de naissance.

4.3.1.3 Quelles possibilités financières en maison de naissance ?

Au fur et à mesure de la progression de l'entretien, je constatais que la plupart des sages-femmes commençaient malgré tout à envisager des solutions, tout d'abord en identifiant les postes précis qui nécessiteraient une rémunération, par exemple l'astreinte de la sage-femme pour l'accouchement :

Ça veut dire que pendant un nombre de semaines peut-être on va essayer de se rendre disponible et pas programmer des choses, mais vu qu'on fera rien on sera pas payée, du coup... Et après en soi je me dis : comment on peut se faire rémunérer aussi là-dessus ? Je crois qu'il faut aussi préserver notre sécurité sociale, donc se retrouver à être payée alors qu'on n'a rien fait... (SF 1)

Mais oui, il faudrait trouver une façon de rémunérer la sage-femme libérale qui est de garde pour le cas où il y ait des accouchements. (SF 2)

La plupart d'entre elles semblent attachées au système de sécurité social français, et souhaiteraient trouver des solutions qui peuvent à la fois préserver le système actuel tout en leur permettant d'assumer cette charge de travail. L'idée serait alors de passer, par exemple, par une cotation de la sécurité sociale ou alors par une subvention de l'État qui viendrait s'ajouter aux prestations de la sécurité sociale déjà en place, telle la cotation de l'accouchement :

Mais je dirais même, sans aller au-delà du forfait accouchement, je m'en fous, mais déjà ne serait-ce que pouvoir prétendre au forfait accouchement si on est...enfin, quand on accouche la dame ? (SF 3)

Ce serait chouette qu'il y ait une allocation annuelle qui soit versée par l'État, un soutien au fonctionnement je pense. Ne serait-ce que pour payer les charges, le remboursement d'un prêt par exemple, une maison, ça s'achète. Après, il y aurait une partie par l'usager, enfin voilà. Et puis, je sais pas, j'ai pas trop réfléchi, si c'est... Tu vois, salariée, ça me paraît quasiment impossible s'il y a pas une grosse aide d'État. Donc on serait libérale, et après c'est la sécu, quoi. (SF 10)

Les deux sages-femmes qui ont mentionné la possibilité d'une subvention s'étaient renseignées sur les conditions de l'expérimentation et étaient au courant de la subvention annuelle de 150 000 € émanant de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), prévue dans le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance pour les dépenses de fonctionnement (15,26). Les autres sages-femmes n'avaient aucune idée du financement des maisons de naissance. Cette subvention sera versée pendant les cinq années de l'expérimentation, mais rien n'est défini pour la suite. Or, cette subvention est pour l'instant indispensable au bon fonctionnement des maisons de naissance actuellement en expérimentation.

Cependant, même en comptant sur une subvention de l'État, plusieurs sages-femmes pensent que si les cotations de la sécurité sociale n'évoluent pas à la hausse, la seule solution restera la participation propre des usagers. Il s'agirait alors de dépassement d'honoraires, ce qui est déjà le cas des maisons de naissance en expérimentation ¹.

Je pense que ça passerait peut-être par un dépassement quand même ! Parce que si la sage-femme, elle est coincée douze heures... C'est la nuit, elle peut pas bosser le lendemain... Voilà ! C'est ça, parce qu'il faut bien que la sage-femme puisse gagner sa vie et il me semble que trois cent euros (de dépassement), ça fait pas beaucoup, selon le temps qu'on va y passer, ça fait pas beaucoup. (SF 9)

Bah, actuellement l'accompagnement global sans dépassement d'honoraires c'est très compliqué. Un accouchement c'est trois cent cinquante euro, donc ça inclurait, si je comprends bien, ça inclut que tu es d'astreinte pendant un mois, que tu es disponible jour et nuit, et tu peux être amenée à passer...le minimum c'est trois heures, quand tout va bien, mais ça peut aller jusque douze, vingt-quatre heures, voilà, donc non, pour moi c'est pas assez. (SF 10)

Le fait que l'État participe, d'une manière ou d'une autre, leur semble légitime, surtout si la maison de naissance doit être accolée à un hôpital, ce qui justifierait à leurs yeux que l'hôpital prenne en charge une part du coût. Elles vont même plus loin, en trouvant injuste que les femmes doivent payer pour pouvoir prétendre au choix de l'accouchement physiologique.

Non je vois pas, bah pour moi c'est un petit peu rattaché... ça, c'est... euh... le fait que ce soit rattaché à l'hôpital, non, c'est pas... c'est pas une enveloppe de l'hôpital ?.. Non ? Moi j'aurais pensé... (SF 5)

1 Une exception existe avec la Maison de Naissance de Grenoble qui possède un statut particulier puisqu'elle fonctionne avec des sages-femmes hospitalières détachées de leur service et non avec des sages-femmes libérales.

En fait, ça va être ça, la possibilité (de subvenir aux besoins de la maison de naissance), c'est de faire faire.... Je trouve ça triste quand même de devoir faire participer les patientes... euh... comme dans un hôpital pour de l'hôtellerie alors que c'est pas du confort, enfin c'est...c'est juste normal d'avoir envie d'accoucher physiologiquement, donc... Enfin le plus.. le plus proche de ses souhaits. Donc je trouve pas ça normal de devoir payer pour ça. Enfin, sauf... Ou alors, tout le monde paye pour un accouchement, je veux dire, voilà. (SF 5)

Cette question de la participation des usagers soulève une fois de plus le problème de l'inégalité d'accès aux soins : si ce type d'offre d'accouchement physiologique est payant, par opposition à un accouchement en milieu hospitalier perçu comme « gratuit », car totalement pris en charge par la sécurité sociale, est-ce que certaines personnes ne seront pas privées de cette possibilité ? On rajoute à l'inégalité d'accès lié aux critères d'exclusion une potentielle inégalité d'accès financière. On voit que la question de la rémunération n'est pas simple et que l'équilibre entre la rémunération de la sage-femme et le coût pour l'utilisateur reste à trouver.

Si on considère que la rémunération des sages-femmes libérales à laquelle elles peuvent prétendre leur semble généralement insuffisante en regard de la quantité de travail fourni, se pose alors la question de savoir ce qui les motive et leur permet de continuer.

Il y a beaucoup de sages-femmes qui travaillent pour le plaisir. C'est à dire qu'elles travaillent, mais comme leur mari travaille, elles se soucient pas de l'argent. (SF 2)

4.3.2 Sage-femme : travail ou plaisir ?

4.3.2.1 Raisons d'installation en libéral et valorisation professionnelle par les patientes

Dix des sages-femmes interrogées ont choisi de s'installer en libéral après une expérience en milieu hospitalier plus ou moins longue. La dernière a commencé le libéral en

parallèle de son activité à l'hôpital à temps partiel, en attendant un temps plein, et après quelques mois d'activité ne se verrait plus arrêter le libéral.

Une des raisons principales d'installation en libéral des autres sages-femmes était que le travail en milieu hospitalier ne leur convenait plus.

Mi-temps libéral et fin 2011, j'ai dit : je m'excuse, je peux plus. Une fois qu'on a commencé... qu'on a touché le libéral, c'est compliqué de retourner à l'hôpital. On n'a plus envie. C'est les contraintes, l'hôpital. Tout ce qui est médical, aller vite, une perf.... (SF 3)

Ça n'a rien à voir avec le travail de l'hôpital. Pour moi, c'est quelque chose (le travail en libéral) qui est nettement plus intéressant parce que j'ai toujours été un peu et beaucoup persuadée, et c'est là que le bât blesse, que le métier de sage-femme ne s'arrêtait pas à la salle d'accouchement. Et qu'aujourd'hui, il y a encore beaucoup beaucoup à faire avant, je dis pas pendant bien entendu, et surtout après l'accouchement. C'est toujours quelque chose qui m'a beaucoup intéressée, et qui aujourd'hui justement, à travers le libéral, me donne l'opportunité de travailler là-dessus. (SF 4)

La difficulté de travailler à l'hôpital rejoint ici une autre raison souvent évoquée : le suivi des patientes qui, en libéral, peut se faire plus sur la durée, et met en exergue le contact humain de la profession.

Moi, j'ai toujours eu envie de faire du libéral ! Depuis le début de l'école ! Je sais que un jour ou l'autre, j'allais faire du libéral. Parce que, parce que c'est comme ça que j'envisage mon métier, enfin personnellement. J'avais vraiment besoin, vraiment ce besoin d'aller vers... vers de l'humain, en fait. De rentrer en contact et avoir le temps de partager. (SF 5)

On trouve aussi comme argument la liberté d'action et de pensée de la sage-femme qui lui permet de s'occuper des patientes comme elle l'entend, en prenant le temps qu'elle considère nécessaire, la possibilité de s'individualiser et de se sentir reconnue pour sa valeur propre, et non comme une sage-femme anonyme de l'hôpital :

(En travaillant en libéral, la sage-femme a gagné) En liberté. Et puis en liberté même d'action sur un suivi de grossesse, sur la façon... qu'est-ce que je dois dire aux dames ? Enfin au début j'étais même... un peu décontenancée parce que... finalement je disais... je disais ce qu'on disait à l'hôpital et là en fait je parle en mon nom. Donc j'ai...j'ai l'impression que... à l'hôpital j'étais une sage-femme de l'hôpital, et là je suis [prénom et nom de la sage-femme interrogée] sage-femme. Et... et moi j'ai l'impression que depuis 10 ans, je suis enfin reconnue... par les patientes, que mon métier il est reconnu par les patientes, par ma famille, par... toute la famille au sens large, les amis. Enfin j'ai l'impression que les gens ils sont en train de se dire : ah mais d'accord, ok tu fais tout ça ! Ça a valorisé tout... tout... tout autour les amis et les patientes. Le regard en fait est différent. (SF 2)

Toutes les sages-femmes interrogées semblent donc s'épanouir en libéral et prendre plaisir à exercer leur profession, même si au départ il s'agissait plutôt d'une décision par défaut. On note en filigrane l'importance à leurs yeux de la reconnaissance de leur valeur qui, si elle n'est pas financière, est accordée soit par les patientes, soit par la satisfaction personnelle du travail qu'elles accomplissent.

4.3.2.2 Reconnaissance par les pairs

Mais, si les patientes et l'entourage apportent une reconnaissance à la sage-femme, le manque de reconnaissance de la part des autres professionnels de la périnatalité, particulièrement

les médecins, se fait parfois cruellement ressentir. Or, avoir établi de bonnes relations avec d'autres professionnels de santé semble le signe d'une bonne intégration territoriale, et permet d'envisager plus favorablement l'implantation d'une maison de naissance au niveau local.

On se fait envoyer balader (par des sages-femmes de l'hôpital qui ont reçu une patiente en urgence) en disant : "Mais il est strictement normal ce tracé !" L'air de dire : Vous, sage-femme libérale, vous y connaissez rien ! Moi, j'ai eu le cas plusieurs fois, je trouve que c'est raide, quoi. (SF 11)

Après, je pense, alors c'est vrai que, je sais pas si c'est la région ou quoi que ce soit, mais au niveau relationnel en plus entre les sages-femmes et les médecins, que ce soit médecins généralistes ou que ce soit gynéco, par ici, honnêtement, c'est pas franc du collier. Le relationnel avec les médecins est pas bon, parce que ...On n'a aucun crédit, on n'a rien du tout, rien, absolument rien ! J'ai des médecins généralistes aujourd'hui qui refusent de renouveler des arrêts de travail à des patientes prescrits par des sages-femmes. (SF 4)

Ce manque de reconnaissance professionnel est loin d'être systématique. Quand on analyse un peu plus finement les propos des sages-femmes, on se rend compte que si une sage-femme libérale a des difficultés avec un établissement hospitalier, elle peut avoir une relation de confiance avec les praticiens d'un autre hôpital, et vice versa (il n'y a pas un hôpital avec qui ça se passe systématiquement bien et l'autre mal), on ne peut donc pas généraliser le manque de reconnaissance des professionnels de santé envers les sages-femmes libérales.

Et puis, moi je suis désolée mais le relationnel avec les médecins de [ville 2], c'est le jour et la nuit. Le jour et la nuit. Tu envoies une patiente à [ville 2] avec un courrier au médecin, dans les trois jours tu as la réponse. Moi, j'envoie des patientes avec un courrier à des médecins à [ville

1], j'ai jamais de retour. (SF 4)

Alors moi, avec l'hôpital de [ville 1] et entre les sages-femmes ici, avec les médecins et les sages-femmes avec qui je travaille, ça fonctionne très bien ! Avec l'hôpital de [ville 2], c'est très compliqué. (SF 11)

En fait, de manière assez logique, la sage-femme libérale se sent bien reconnue par des pairs dont elle a elle-même une bonne opinion, opinion qui lui importe d'autant plus. Et il semble que cette opinion favorable des praticiens d'un établissement hospitalier s'explique généralement par un des deux cas de figure suivants : la cohérence entre la vision professionnelle de la sage-femme et la philosophie de prise en charge de l'établissement hospitalier, et la connaissance personnelle de la sage-femme de l'hôpital en question (souvent parce qu'elle y a travaillé).

Notamment à [ville 1], moi, je m'inscris vraiment dans le travail de [ville 1] ! C'est à dire que on leur laisse du temps, si elles ont pas envie, elles peuvent se mettre sur un ballon, elles sont pas obligées d'avoir une péri ! Moi, j'ai connu un moment donné où c'était l'explosion de la péri, et en fait tout le monde était branché tout le temps, elles étaient coincées sur un lit, c'est juste pas possible ! Enfin, pour moi ! C'est pas comme ça que j'avais imaginé la naissance. Et c'est pas comme ça que je voulais en fait l'exercer. (SF 11)

Alors moi quand j'ai un souci, ça dépend où elles habitent, où elles veulent accoucher, si elle accouche à [ville 1], j'appelle [ville 1], si elle veut accoucher à [ville 2], j'appelle directement à [ville 2]. Puis j'y ai travaillé 10 ans à [ville 2], donc je les connais bien. Donc y a pas de souci. (SF 3)

4.3.2.3 Le statut de la sage-femme en maison de naissance

Mais alors, le statut de la sage-femme exerçant en maison de naissance serait-il plus ou

moins valorisé que celui de la sage-femme libérale ? Qu'est-ce qui pourrait motiver des sages-femmes libérales à travailler en maison de naissance malgré les contraintes financières, malgré leurs interrogations sur le mode de fonctionnement et parfois leurs difficultés relationnelles avec d'autres professionnels de la naissance ?

A la question de savoir s'il existe un profil-type de sage-femme qui pourrait exercer en maison de naissance, il apparaît qu'elle devrait être dans une posture de remise en cause de ses propres pratiques :

Enfin, moi, j'ai envie de travailler avec des personnes qui remettent en question les pratiques et qui... On n'a pas des vérités arrêtées absolues, sur lesquelles on revient pas. Il y aurait vraiment besoin de... de ... Bah, je pense que ce serait une sage-femme qui, déjà, à l'hôpital a commencé à remettre en question ses pratiques, qui fait pas forcément des choses en systématique, qui est confortable et rassurée d'accompagner des patientes qui ont pas de péridurale, déjà, enfin je sais pas. Idéalement, qu'elle se soit un peu formée. (SF10)

En fait, moi, pour moi, la Maison de Naissance ou l'AAD, c'est un peu comme une bataille ... du planning familial. Si tu veux, c'est une bataille, quoi. Faut être motivé, faut être... Voilà, il faut avoir ... il faut avoir une remise en question sur tout ce qu'on nous a dit en fait. Donc c'est pas si simple que ça. (SF 2)

La plupart des sages-femmes, quand on leur demande si elles connaissent des sages-femmes potentiellement intéressées pour travailler en maison de naissance, suggèrent d'emblée les sages-femmes qu'elles connaissent qui pratiquent déjà l'accompagnement global (en plateau technique ou en AAD), et font souvent un parallèle entre l'exercice en maison de naissance et les AAD, sans doute car l'AAD est déjà une remise en cause, certes radicale, des pratiques :

(L'accouchement en maison de naissance, c'est :) Bah, comme l'AAD , quoi, je dirais. Après est-ce que... Tout en sachant qu'on a une sécurité quand même mais... un peu comme voilà, les laisser faire un petit peu, pas être à faire des touchers toutes les deux minutes... (SF 3)

L'accouchement à la maison aujourd'hui, bon on le tolère éventuellement, dans certains endroits, mais c'est pas encouragé, c'est pas quelque chose de reconnu, enfin... Je pense qu'une sage-femme qui travaille dans une maison de naissance, il faut qu'elle se sente à l'aise de faire une naissance à la maison par exemple. Si elle se sent pas en confiance dans une maison... pour moi c'est pareil au niveau de la pratique. (SF 10)

Ainsi, on se trouve face à un paradoxe intéressant : si l'AAD et donc les sages-femmes qui le pratiquent se trouvent aujourd'hui à la marge du système et n'ont aucune reconnaissance ou valorisation officielle, l'exercice en maison de naissance permettrait peut-être à la sage-femme libérale d'accéder à un statut plus acceptable et valorisé tout en ayant une pratique finalement assez similaire.

4.4 De la nécessité du travail en réseau

4.4.1 L'accompagnement global : un travail d'équipe ?

4.4.1.1 La disponibilité : une contrainte majeure

Le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance énonce comme objectif de «proposer aux femmes enceintes une prise en charge globale de leur grossesse (suivi, accouchement, suite de couches) dans le respect de la physiologie et repose sur le principe une femme/une sage-femme » (15). Il s'agit de la définition de l'accompagnement global, tel qu'il a pu être énoncé par l'Association Nationale des Sages-femmes libérales (ANSFL) en 2002. Seule une des sages-femmes interrogées pratique déjà ce type d'accompagnement. La majorité des sages-femmes restantes (sept sur onze) ont évoqué la contrainte de disponibilité comme le frein majeur

les empêchant d'envisager cette pratique sereinement, du fait de devoir être disponible pour la patiente jour et nuit.

Plusieurs raisons appuient cette crainte : la première est la présence d'enfants encore jeunes (moins de 15 ans) dans le foyer, ou la prévision d'avoir des enfants à court terme. On a vu dans la description de notre population qu'une majorité des sages-femmes qui ont des enfants encore jeunes s'estiment peu voire pas soutenues à la maison par leur conjoint, l'organisation familiale reposant sur elles. Il leur semble en conséquent difficile d'assumer une activité d'astreinte avec la part d'imprévu qu'elle comporte.

Bah ça, moi, je pense que c'est l'idéal (l'accompagnement global). Je me sens pas de le faire, moi, parce que, c'est bête, mais une fois qu'on a nos enfants, notre famille, je me sens pas d'être disponible vingt-quatre sur vingt-quatre pour une patiente... (SF 5)

Mais depuis, mon activité (libérale), elle tourne bien, à temps plein, et j'aime bien le confort familial avec un mari qui travaille en déplacement et je vois pas maintenant pour les enfants comment je calerais l'activité du plateau technique ou de garde de nuit aujourd'hui. (SF 9)

Pour certaines, cette situation peut changer quand les enfants auront grandi car ce n'est pas l'intérêt pour travailler en maison de naissance qui fait défaut :

Être une maman présente, ça me va bien ! C'est pour ça que je vous disais : Oui, une maison de naissance, mais dans 10-15 ans ! Quand ils auront moins besoin de moi au quotidien. (SF 9)

Une autre des difficultés en lien avec la disponibilité évoquée est celle que nous avons déjà rencontrée dans les freins financiers puisqu'il s'agit des répercussions sur l'organisation du planning du cabinet.

C'est vrai que je me rends compte que c'est contraignant finalement parce que si elle nous appelle quand... enfin en pleine matinée et qu'on doit... toute une journée de consult qu'on doit tout annuler, c'est à dire qu'il faut les reprogrammer après. Ou si elle nous appelle en pleine nuit et que le lendemain on doit... Voilà, faire les consultations. (SF 1)

Enfin, il y a les sages-femmes qui n'ont simplement pas ou plus l'envie de cette demande de disponibilité, soit par fatigue personnelle, liée en partie à l'âge et aux nombreuses années d'expérience pendant lesquelles elles ont déjà dues être disponibles, soit parce qu'elles sont justement allées vers le libéral pour pouvoir être maîtresse de leurs horaires et ne plus dépendre d'autrui (le planning des sages-femmes hospitalières étant imposé par l'hôpital, avec souvent peu de semaines de préavis).

Maintenant, au niveau des disponibilités, tout ça, pour moi, c'est vraiment un gros frein. C'est à dire que si aussi je suis partie en libéral, c'est pour avoir un rythme que je peux... je peux décider quand je travaille, quand je travaille pas... (SF 5)

Mais moi, j'ai plus envie d'être dans cette dispo, je l'ai fait beaucoup, et j'ai plus envie parce que je sais que ça me demande beaucoup d'énergie et que je me dis, en plus en ayant le cabinet, ça veut dire que j'annule tout le cabinet ! Et j'ai plus envie de pas dormir la nuit, voilà ! Mais ça, ça tient vraiment à mon âge, ça fait trente ans que je suis sage-femme, je me dis c'est pas mal déjà ! Et j'ai plus envie. Mais par contre si une maison de naissance s'était ouverte il y a vingt ans, c'est sûr que j'aurais fait partie de cette équipe ! (SF 11)

Parmi les quatre sages-femmes qui ne semblent pas trouver que ce soit une contrainte insurmontable, trois d'entre elles n'avaient pas de problème de gestion de leurs enfants (pas d'enfants ou un conjoint disponible pour s'en occuper). La quatrième sage-femme est celle qui

pratique déjà l'accompagnement global, malgré des contraintes familiales bien présentes avec plus ou moins de soutien :

Bah, c'est pas un frein (la disponibilité), parce que je le fais, mais en tous les cas, c'est... c'est parfois lourd, oui. Oui, c'est lourd. Mais ça s'organise, les astreintes. Et puis en contrepartie, il y a quand même une liberté d'organiser ton temps, aussi, en revanche. Personne te dit comment tu organises, enfin tu choisis tes contraintes. ²

Le fait que la sage-femme qui pratique déjà l'accompagnement global ne considère pas ce problème de disponibilité nous amène à nous demander s'il ne s'agit pas là d'un frein contournable ?

4.4.1.2 L'union fait la force

Si elles évoquent de but en blanc que le fait de pratiquer l'accompagnement global en maison de naissance semble incompatible avec une organisation familiale ou personnelle, au cours de l'entretien elles abordent également la possibilité de travailler à plusieurs pour contourner ce frein. Ce travail à plusieurs permettrait d'évacuer la difficulté de l'astreinte quasi-permanente en envisageant un système de roulement.

Le fait de parler de travail d'équipe pour de l'accompagnement global peut paraître, de prime abord, comme un non-sens : comment le suivi d'une femme par une sage-femme pourrait-il se faire en équipe ? Pourtant, le cahier des charges de la HAS va aussi dans ce sens, puisqu'il stipule qu'«une maison de naissance ne peut fonctionner sans un nombre minimal de 2 sages-femmes. » (15)

² Pour des raisons d'anonymat du reste des verbatim, c'est volontairement que je n'identifie pas ici la sage-femme qui parle.

Dans l'organisation d'une maison de naissance, est-ce que... justement en terme de disponibilité, ça va être une sage-femme/une femme, ou est-ce que il peut y avoir un pool de sages-femmes qui travaillent... ensemble ? Et que après, ça puisse être... avec quelque chose de ... une relation qui soit peut-être moins personnelle, alors peut-être pas pour l'accouchement, mais peut-être pour les suites de couches, le suivi après, est-ce que en termes d'organisation, ça peut permettre de... vaincre un peu le frein de la disponibilité extrême ? (SF 6)

Il faut voir une autre organisation. C'est à dire que le suivi, il est assuré par quatre sages-femmes, les sages-femmes de la maison de naissance. Les femmes les connaissent les quatre, parce qu'un coup elles ont une, l'autre. Bien évidemment ça devient plus intime, puisqu'on n'est que quatre sages-femmes et pas vingt comme à l'hôpital. (SF 7)

Ainsi, elles imaginent que la patiente serait suivie soit par plusieurs sages-femmes indifféremment, mais tout de même en nombre restreint par rapport à l'hôpital, soit par un binôme de sages-femmes qui se relaie pour l'astreinte, deux sages-femmes référentes, afin de ne pas multiplier les intervenants et pouvoir être au plus proche de cet accompagnement global.

Je ne sais pas, mais moi en tous les cas, là ce qui me conviendrait c'est de... d'être... d'être au moins deux référentes pour chaque patiente. Deux ou trois grand maximum en fait. Euh... Mais le fait d'être plusieurs dans une structure, ça te permet aussi de définir les périodes où tu es présente ou pas dans l'année. Mais les périodes où tu es présente, je pense que c'est important qu'on soit pas trois ou quatre référentes pour la même patiente. Pour l'instant c'est comme ça. Parce qu'il y a une relation de confiance qui s'installe, qui se construit... (SF 10)

Une autre possibilité évoquée est le travail en réseau avec les sages-femmes libérales qui ne sont pas dans la maison de naissance mais qui peuvent aller à domicile pour les suites de

couche par exemple. Ce qui permet à la fois de dégager du temps et de la disponibilité pour la sage-femme de la maison de naissance, mais aussi de travailler en réseau avec les sages-femmes libérales autour.

Après, s'il y a une patiente qui est à cinquante kilomètres et qu'il y a une autre sage-femme plus près, voilà, justement d'être... de travailler en collaboration. (SF 6)

Ainsi, l'exercice en maison de naissance se distingue de l'exercice libéral classique par cette notion de travail en équipe et de collectif.

J'ai pas envie de me sentir à charge d'une structure toute seule. Pour moi, l'idée d'une maison de naissance, c'est visible, c'est forcément un projet collectif. Ça a une dimension...Voilà. C'est pas juste un cabinet d'une sage-femme dans un coin. C'est forcément... (SF 10)

Par exemple, si moi, il me venait l'idée de refaire des accouchements, et de dire, moi je suis en plateau technique, je m'installe et je veux voir personne etc... Ça colle pas ! Il faut que ce soit une équipe ! Moi, je trouve qu'on peut travailler bien qu'en équipe ! Et on peut être en sécurité qu'en équipe ! On peut pas être un électron libre qui vient faire son accouchement, qui dit bonjour, bonsoir, salut et à une prochaine fois ! (SF 11)

4.4.1.3 L'importance de la cohérence

Une fois que cette notion de travail à plusieurs émerge, l'importance d'avoir une cohérence d'équipe et une harmonisation des pratiques apparaît fondamental.

Mais c'est simplement pour dire qu'on travaille pas toutes de la même façon et qu'il faut quand même à mon sens qu'il y ait une harmonie dans l'équipe. (SF 7)

Et au niveau de l'équipe aussi, qui composerait l'équipe, j'aurais vraiment besoin qu'on ait une

cohérence aussi, dans l'équipe. De façon de travailler, de... (SF 10)

Si plusieurs sages-femmes se partagent les astreintes et le suivi d'une même patiente qui vient à la maison de naissance avec un projet d'accompagnement global, il est capital que la patiente se sente en confiance avec chaque membre de l'équipe, et qu'elle sache qu'elle bénéficiera d'un accompagnement, forcément un peu différent selon la sage-femme qui sera présente, mais avec une philosophie globale respectée.

Voilà, on (les sages-femmes de la maison de naissance) est là parce qu'on a envie aussi de vous faire profiter d'un accouchement le plus physiologique possible, qu'on a toutes les mêmes ambitions, enfin je veux dire, voilà, quoi. Rassurer la patiente par rapport à ce qu'elle veut. Et voilà. Mais c'est vrai que les rassurer par rapport à ce... que ce soit l'une de nous plutôt, c'est ça, pas forcément moi. (SF 5)

Créer une équipe à partir de sages-femmes qui ont l'habitude de travailler chacune de leur côté avec des pratiques diverses représente alors forcément une gageure.

Il faut qu'on ait toutes les même profil. Pas évident ? Oui. Mais après je le vois dans nos pratiques à chacune. (SF 7)

Mais elle a une relation avec ses patientes qui n'est pas celle que j'ai avec mes patientes. Et elle a une pratique qui n'est pas ma pratique. (SF 8)

Probablement dans ce cas que l'équipe de départ, sans doute restreinte, se constituerait par un petit nombre de sages-femmes qui partagent déjà des valeurs communes, une éthique de travail similaire.

Généralement, tu choisis une sage-femme qui travaille un peu comme toi, donc les patientes savent qu'elles vont travailler comme moi, donc pour elles, ça peut être... comment dire... suffisant. (SF 8)

Moi, je pense que c'est quand même super important d'apprendre à se connaître en amont, et d'avoir une espèce de charte, de pré-requis, parce que là, les retours que j'ai d'une maison de naissance qui fonctionne, il y a des sages-femmes qui vont être beaucoup... qui vont avoir un fonctionnement plus hospitalier en fait. Ça veut dire avoir travaillé sur nos peurs. C'est quoi la physiologie, de vraiment s'aligner sur des trucs de physiologie. Si on a des pratiques très différentes, je pense que ça peut poser des problèmes. Après il y a des personnalités très différentes, ça c'est ok, et les accompagnements... (SF 10)

4.4.2 Choix du lieu d'implantation de la maison de naissance

4.4.2.1 Quel réseau sera le plus favorable ?

Si la sage-femme libérale travaille majoritairement de manière autonome et indépendante, car même celles qui sont dans un même cabinet ont généralement leur propre patientèle et partagent finalement surtout les locaux, il serait illusoire de croire qu'elle ne fait pas partie d'un réseau de santé plus global. Avant d'installer une maison de naissance dans un site précis, il faut donc s'intéresser au réseau de santé périnatal présent sur le territoire, qui risque d'être un facteur important dans la réussite du projet.

(Pour qu'une maison de naissance existe) Il faut qu'il y ait un réseau, il faut qu'il y ait de la communication, il faut qu'il y ait de l'entente et il faut qu'il y ait des gens qui aillent exactement dans le même sens ! (SF 4)

Mais qu'est-ce que le réseau exactement ? On peut l'envisager de deux façons : d'une

part, le réseau des différents professionnels de la périnatalité avec lesquels la sage-femme peut être en contact pour le suivi de ses patientes (gynécologue de ville ou de l'hôpital, psychologue, assistante sociale, médecin généraliste...).

Mais c'est que le réseau ! Une sage-femme toute seule, elle peut rien faire ! Et puis, une sage-femme toute seule, on est perdu si on a le moindre souci. (...) Il faut... il faut pouvoir appeler un gynéco si on a un problème et faut... et faut pouvoir appeler l'hôpital si on veut caser une dame, un rendez-vous urgent. (SF 2)

Ce premier réseau, qui regroupe différents professionnels de santé, dont les sages-femmes, est généralement plutôt opérationnel du point de vue des sages-femmes. Même s'il ne fonctionne pas avec tous les professionnels de santé qu'elles contactent, elles arrivent toujours à se créer un réseau au sein duquel elles se sentent en confiance.

Bah, chacune, on crée notre réseau... Tu vois, une sage-femme libérale, elle a besoin d'un...d'un gynéco à l'hôpital... Ton réseau, il va plutôt se faire avec une psychologue, tu vois, d'autres...des professionnels autour de... (SF 10)

En règle général, quand même, quand j'envoie une patiente, je passe un petit coup de fil : en disant, je vais vous envoyer madame tartempion pour... parce qu'elle a ça, ça. Il me dit : Pas de souci, je la reçois, il me donne un rendez-vous, et puis après soit il m'envoie un courrier soit il m'appelle pour me dire : voilà, j'ai vu ta patiente... Oui, oui. Ça fonctionne bien. (SF 7)

La deuxième façon d'envisager le réseau est de s'intéresser cette fois uniquement au réseau de toutes les sages-femmes libérales installées sur un territoire. Sur le point de l'existence formelle ou informelle de ce réseau et de son fonctionnement dans la zone étudiée, les avis des

sages-femmes divergent et sont parfois diamétralement opposés :

Pour preuve, je suis installée donc depuis janvier, ça va faire quoi, 20...? Je n'ai aucun contact avec les autres sages-femmes libérales, en particulier de [ville 1] . (SF 4)

Il y a déjà un très bon réseau formé, d'ailleurs c'est pas forcément évident de faire sa place. Il y a déjà un très bon réseau, moi je trouve qu'il y a une très bonne équipe, enfin, elles s'entendent quand même bien entre elles, déjà bien avant que j'arrive. (SF 5)

Comment expliquer ces divergences ? Les témoignages des sages-femmes qui se sentent plutôt intégrées dans un réseau fonctionnel relèvent souvent l'absence de concurrence ou en tout cas le fait d'avoir une charge de travail suffisante qui leur permet d'être sereine dans leur activité, et qui peut jouer sur leurs relations avec les autres sages-femmes, voire même les améliorer car elles trouvent du relais entre elles quand elles en ont besoin (pendant leurs vacances ou arrêt maladie par exemple), sans craindre de perdre des patientes au profit d'une autre sage-femme. Ainsi, en fonction du nombre de sages-femmes travaillant dans une même zone et du nombre de patientes qui y habitent, cette configuration varie.

Je pense qu'on est encore assez peu nombreuses sur le secteur pour qu'il y ait pas d'esprit de concurrence. Je pense qu'on arrive au taquet de ce qu'on pourrait faire, je pense que s'il y a deux sages-femmes de plus, on va rentrer forcément dans un esprit de concurrence mais là on est sur un équilibre qui nous permet de travailler vraiment ensemble. (SF 9)

Le problème de [ville 1], c'est que... ils ont peur que le libéral leur vole leur travail. Alors que à [ville 2], ils ont besoin du libéral, non, non, ils débordent trop, ils ont besoin de travailler... de travailler avec nous. (SF 2)

On pourrait craindre que si elles se perçoivent dans un réseau concurrentiel, il est peu probable qu'elles s'investissent dans un projet de maison de naissance. Mais en fait, même si elles craignent la « concurrence » éventuelle de la maison de naissance, elles semblent persuadées que celle-ci serait positive pour le territoire, et parle plus d'un choix à faire et à assumer : travailler avec la maison de naissance ou changer de voie.

Moi, si une maison de naissance se montait, je chercherai pas à mettre des bâtons dans les roues, mais j'envisagerais sérieusement de fermer ou de vendre mon cabinet. Je pense qu'il serait plus rentable. Toutes les patientes que moi, je suivrais plus parce que les filles de la maison de naissance vont les suivre, je pense que l'équilibre financier de mon cabinet, il serait mort. Alors non, je vous dis, je mettrai pas des bâtons dans les roues, après je pense que c'est quelque chose de positif sur un secteur. Après, à moi soit de faire un choix de m'y mettre ou de faire autre chose ! C'est à moi d'assumer mes décisions mais... (...) Oui, il y a des questions que je me poserai clairement. Je rechiffrerai et puis, oui, quitte à revendre à quelqu'un qui, à ce moment là, s'engagerait sur le projet de maison de naissance. Mon cabinet, il est bien situé, je suis pas toute seule, je suis avec une ostéo. Voilà, je sais qu'il peut être intéressant. Mais pas... ou alors la maison de naissance se monte dans quinze ans et je m'engage ! (SF 9)

Celles qui, à l'inverse, témoignent d'une absence de réseau entre les sages-femmes libérales le rapprochent finalement surtout de difficultés de communication et de l'impossibilité de s'organiser à plusieurs car les intérêts individuels de chacune prévalent, ce qui peut aussi être lié à une des raisons de leur installation en libéral : choisir ses contraintes et ses horaires.

Le PRADO commençait plus ou moins à se mettre en place, et [nom d'une SF libérale] avait essayé d'installer un petit système, on va dire, il y avait [nom d'une autre SF] et... comment elle

s'appelle, [autre SF] aussi qui étaient parties de l'hôpital et qui s'était installée donc elles commençaient à être un petit nombre, et elle avait ... elle essayait d'installer une espèce de petite... au moins astreinte téléphonique par téléphone pour les samedi, les dimanche, les jours fériés, en particulier pour ces sorties précoces et tout. Ça a marché... allez je veux pas être méchante, on va peut-être dire 2 petites années ? Mais au bout de deux petites années, elle a lâché prise. Pourquoi ? Parce que c'était toujours la même qui avait le téléphone ! Parce que là il y avait des enfants, parce que là on n'était pas là, parce que là ça nous arrangeait pas... (SF 4)

Enfin, la situation de chaque sage-femme est singulière et multifactorielle, et il nous est dès lors difficile de généraliser la présence et le fonctionnement du réseau sur ce territoire. Dans l'optique de mobiliser ce réseau pour initier un projet de maison de naissance, il s'agira surtout de créer un cadre propice pour communiquer et échanger autour de la maison de naissance. L'objectif serait de trouver une organisation qui convienne à chacune ou en tout cas à un noyau suffisant de sages-femmes qui pourraient constituer l'équipe de départ et qui se regrouperaient autour d'une éthique de travail commune, pour rejoindre cette cohérence déjà évoquée. Et il faudrait rassembler dans ces réunions d'échange tous les acteurs concernés, et pas seulement les sages-femmes libérales.

Bah je sais pas du coup comment rassembler les sages-femmes autour de ça. Non, il faut... il faut organiser une réunion, comme quand on monte une maison médicale en fait. C'est des réunions, des réunions, et puis on échange, voilà, comment est-ce qu'on voit les choses. Faut faire... comme un projet, oui, quand on monte une maison médicale ! (SF 7)

Dans ces réunions d'échange, il sera important de ne pas négliger l'impact que pourrait

avoir la maison de naissance sur le territoire et sur le réseau, et de voir comment elle pourra s'intégrer dans ce réseau pour idéalement le renforcer et non le déséquilibrer.

Moi, si une maison de naissance se montait, je chercherai pas à mettre des bâtons dans les roues, mais j'envisagerais sérieusement de fermer ou de vendre mon cabinet. Je pense qu'il serait plus rentable. Toutes les patientes que moi, je suivrais plus parce que les filles de la maison de naissance vont les suivre, je pense que l'équilibre financier de mon cabinet, il serait mort. Alors non, je vous dis, je mettrai pas des bâtons dans les roues, après je pense que c'est quelque chose de positif sur un secteur. Après, à moi soit de faire un choix de m'y mettre ou de faire autre chose ! C'est à moi d'assumer mes décisions mais... (SF 9)

4.4.2.2 Quel territoire sera le plus favorable ?

Si le réseau de professionnels de santé est important, il s'organise forcément autour d'un hôpital. Dans le territoire étudié, deux centres hospitaliers et une clinique privée sont implantés. Du fait de l'obligation d'un accès contigu direct entre la maison de naissance et l'hôpital partenaire (15), il est indispensable d'identifier l'hôpital potentiellement le plus adapté pour recevoir la structure.

Les sages-femmes se posent la question de savoir quel critère utiliser pour choisir cette structure. On peut se placer de nouveau sous l'angle de la sécurité : dans ce cas, l'hôpital choisi serait alors celui qui propose le niveau de soins le plus élevé. Mais le niveau de sécurité le plus élevé est généralement associé à une activité plus importante et une approche plus médicalisée, donc il peut y avoir un décalage important pour la patiente entre la maison de naissance et l'hôpital en cas de transfert, que ce soit en terme de disponibilité du personnel ou d'approche physiologique.

Bon, c'est vrai que [ville 2], ils ont vraiment une grosse grosse activité. [ville 1], du coup, ils se sont tournés un petit peu plus vers... mettre la... une salle d'acc... une salle physio. Peut-être que ça peut être plus rattaché à [ville 1], mais après je sais pas, je me rends pas compte si après, au niveau médical, à [ville 2], ils seraient plus ... optimaux ? C'est vrai qu'après, en terme de disponibilité, je sais pas, une maman qui... qui arrive de la maison de naissance et qui débarque à l'hôpital, peut-être qu'à [ville 1], ça va être... le choc sera peut-être ... [rire] moins grand ? Que de débarquer de la maison de naissance à [ville 2] si à [ville 2] elle arrive à un moment où il y a dix femmes en travail ! (SF 6)

Cette question de la disponibilité de l'équipe médicale pour pouvoir accueillir des patientes transférées de la maison de naissance revient plusieurs fois, les sages-femmes s'orientant préférentiellement vers le choix d'une maternité avec peut-être une activité moindre, mais où la disponibilité des sages-femmes serait parallèlement un peu plus importante pour que la patiente n'ait pas l'impression de passer trop violemment d'un univers à l'autre.

Mais [ville 2] peut pas, leurs sages-femmes, elles sont à genoux, elles en peuvent plus les filles ! Et si on transfère sur l'hôpital (les patientes de la maison de naissance).. C'est à dire que si toutes les patientes... Même si cinquante pour cent des patientes ici vont accoucher à [ville 2], il y en a forcément une proportion, je sais pas vingt pour cent, qui partiront sur l'hôpital, et ils peuvent pas absorber ces vingt pour cent ! (SF 9)

Alors moi, avec l'hôpital de [ville 1] et entre les sages-femmes ici, avec les médecins et les sages-femmes avec qui je travaille, ça fonctionne très bien ! Avec l'hôpital de [ville 2], c'est très compliqué. Je ne sais pas pourquoi. Trop de travail, je suppose ? Je pense qu'ils sont juste dépassés. (SF 11)

Un autre critère à envisager est le bassin de patientèle drainé par l'hôpital. La maison de naissance répond généralement à une demande des patientes, il est donc intéressant d'essayer de voir si dans la zone choisie, il y a un nombre suffisant de patientes potentiellement intéressées pour que la maison de naissance fonctionne.

Je pense que si on s'approche de [ville 2], oui. Parce qu'il y aura aussi beaucoup plus de monde, il y aura un bassin de population plus intéressant, si tu vois ce que je veux dire. Et puis quand on va s'approcher de [ville 2], on va commencer justement à aller taper dans des petits endroits géographiques qui peuvent être justement intéressants pour ça. Nous, on commence à avoir des gens, par exemple la maternité de [ville], certes, elle persiste, parce que géographiquement parlant... Elle est vachement importante ! Mais quand tu vois l'état d'esprit des sages-femmes qui travaillent par là-bas, ce sont vraiment des sages-femmes qui sont dans l'idée aussi d'un accouchement le plus cool, le plus naturel possible et ainsi de suite. (SF 4)

Et au-delà du simple intérêt des patientes, les projets de maison de naissance actuellement en expérimentation fonctionnent souvent sous forme associative. Celles-ci regroupent soit uniquement des sages-femmes libérales (comme à Doumaïa à Castres(27) ou Premières Heures au monde à Bourgoin Jailleu (28)), soit des parents et des sages-femmes (comme au CALM à Paris (29)). Au départ d'une maison de naissance, il semble donc qu'il y a toujours un collectif de sages-femmes. Mais intéresser les parents à la création de la maison de naissance permettrait de renforcer sa position au sein du territoire et d'en faire un véritable lieu d'échange et de lien entre les professionnels de santé et les usagers. Le projet devient collectif, non plus seulement au niveau des professionnels de santé, mais aussi au niveau des usagers.

J'ai pas envie de me sentir à charge d'une structure toute seule. Pour moi, l'idée d'une maison

de naissance, c'est visible, c'est forcément un projet collectif. Ça a une dimension...Voilà. C'est pas juste un cabinet d'une sage-femme dans un coin. C'est forcément... (SF 10)

Après l'idée d'une maison de naissance extra-hospitalière, c'est que je trouve que ça correspond... Que c'est peut-être plus facile... J'imagine que c'est plus facile pour qu'il y ait un côté un peu associatif aussi, que les parents puissent vraiment avoir leur mot à dire, s'impliquer... (SF 10)

On se rend compte alors qu'un projet de cette nature implique de mobiliser tous les acteurs du territoire : les sages-femmes, les autres professionnels de santé, l'hôpital et les usagers. Pour avoir une chance de réaliser ce défi et de réussir à créer du lien, il faudra alors beaucoup de communication et de respect mutuel.

Il faut qu'il y ait du respect mutuel. Ce travail qui est fait à l'hôpital, il est à respecter, autant que celui qui peut être fait, proposé en plateau technique, en maison de naissance... (SF 11)

Mais pour être vraiment confortable, il y a besoin qu'on puisse se sentir super en confiance pour transférer une patiente... euh... Que l'hôpital se sente en confiance aussi. Voilà, ça c'est super, quand on se comprend, qu'on parle le même langage, ça facilite beaucoup ! Il y a une espèce de... oui, de transfert de confiance aussi, transfert de patientes et transfert de.. (SF 10)

4.5 Et les patientes dans tout ça ?

Si on voit l'intérêt que les sages-femmes peuvent trouver à exercer en maison de naissance, quel serait, d'après elles, celui de leurs patientes pour avoir envie d'y être suivie, voire même de s'impliquer dans sa création ?

4.5.1 Une femme / une sage-femme

Toutes les sages-femmes sans exception pensent que le suivi « une femme/une sage-femme », tel que décrit dans le rapport du sénat sur l'expérimentation des maisons de naissance (10), présente un intérêt certain pour leurs patientes. C'est dans cette optique que le cahier des charges impose que les patientes s'inscrivent avant leur 28^{ème} semaine d'aménorrhée pour leur suivi en maison de naissance (15). Elles évoquent toutes l'importance de la relation de confiance qui peut ainsi se nouer entre la patiente et la sage-femme.

Moi, je crois beaucoup à cette notion là, cette notion de continuité de soin, c'est à dire que quand on est pris en charge par une personne, il y a beaucoup de choses qui se passent qui sont très différentes. Il y a pas le stress de l'inconnu de cette personne qui nous reçoit. Il y a de la confiance et je pense qu'en terme d'accouchement, enfin, moi, je le pense depuis que je suis élève sage-femme ! Je pense que si on est dans une sécurité affective, qu'il y a un lien, les choses sont différentes ! (SF 11)

Les points forts, c'est que la patiente se sent en confiance, elle connaît la sage-femme sur qui elle tombe quand..., elle l'a déjà vue, son projet... En plus c'est du one-to-one du coup, on revenait juste pour elle. Elle avait une sage-femme, on restait avec elle de A à Z, on l'accompagnait dans son travail sans prendre la place du papa etc... (SF 1)

Il est très intéressant de constater que deux des deux sages-femmes s'appuient sur leur expérience personnelle pour justifier l'importance de connaître la sage-femme le jour de l'accouchement, et la chance qu'elles ont eue de pouvoir bénéficier de cet accompagnement. Les sages-femmes apparaissent ainsi être privilégiées par rapport à une patiente lambda, puisqu'elles recourent souvent à la possibilité de faire appel à une collègue qu'elles connaissent pour leur

accouchement, contrairement à la patiente qui arrive à l'hôpital et ne peut choisir son praticien.

Je me base aussi sur ma propre expérience. Tout simplement, moi, avoir confiance dans la sage-femme qui m'a accouché, c'était hyper important. Et puis je pense que ce lien de confiance, il est d'autant plus important quand on est presque submergé par ce qu'on vit physiquement parce que... Et c'est pour ça que je me dis que pour l'accouchement vraiment physio, pourquoi pas mais après... Si, je pense que c'est un plus pour les patientes. (SF 9)

Après moi, j'ai eu la chance d'accoucher avec ma copine... Parce que c'est moi qui avait demandé, elle est venue, enfin voilà, mais je lui ai demandé ! J'ai eu ce privilège là. On se sent vraiment... Allez vas-y, je fais... Comme tu veux ! C'est bon, j'ai confiance ! Non, pas, c'est pas ça, mais c'est vrai que... On sent qu'on est écouté, qu'on est entendu. Enfin vraiment ! Et puis le fait de connaître la patiente, bah du coup on sait ce qu'elle veut vraiment, ce qui est important pour elle ! Si il y a des choses qui ont été vraiment marquant dans sa vie, bah on va essayer de... de pouvoir l'entourer au mieux ! Je veux dire... par rapport à la rencontre de ce bébé, si jamais il y a eu vraiment quelque chose de difficile au préalable... (SF 5)

De fait, le principe « une femme/une sage-femme » repose essentiellement sur la disponibilité de la sage-femme pendant le travail et l'accouchement, sa présence entière et continue, qui n'est pas entrecoupée d'allers et venues entre deux patientes, deux salles, ce qui coupe le lien et la relation. Et cette disponibilité peut être ce qui fait la différence entre un accouchement physiologique sans péridurale ou le recours à la péridurale, et surtout ce qui fait la différence sur le vécu de l'accouchement de manière globale : est-ce que la patiente s'est sentie seule ou entourée ?

J'ai le sentiment d'avoir fait un accompagnement de plus grande qualité dans des plus petites

structures, parce que j'étais du coup plus disponible. Parce que déjà la patiente se sent... entourée, rassurée, ah oui, moi, je pense vraiment. Ça fait une énorme différence. Et je suis convaincue que si on demande aux patientes, quand on est sur une garde chargée, du coup on fait comme on peut, on est présente mais on fait quand même tout ce qu'on peut, et que du coup on n'est peut-être moins que lors d'une garde plus calme, et bien le vécu de la patiente n'est pas le même ! Je le pense. (SF 7)

Mais du coup je trouve que ça aide plus... Pour des patientes qui veulent accoucher vraiment naturellement sans péridurale, le fait d'avoir quelqu'un...en présence continue pour aider à un moment donné quand la douleur devient un peu difficile, mais juste pour être là, tu peux essayer de faire ça, tout discrètement, je pense que ça aide finalement à gérer la douleur et à passer un peu au-dessus, que quand on est désolée, je suis désolée mais j'ai mon autre patiente qui me sonne, je dois y aller. Ça coupe la relation et puis elles se sentent... elles sont perdues. Du coup elles craquent plus facilement pour la péridurale. (SF 1)

En outre, si c'est la même sage-femme qui connaît la patiente et qui a réalisé les séances de préparation à l'accouchement, elle pourra alors utiliser de façon optimale tout ce dont elles ont déjà parlé au cours des séances.

Mais une patiente que tu sais son projet de naissance sans qu'elle te le dise, que tu connais, que tu sais quand...bah là, elle est pas bien, tu sais utiliser les mots : rappelez-vous ce qu'on a dit tel cours, voilà, c'est plus facile en fait, et c'est génial, c'est un lien... Ça a rien à voir quoi. Parce que tu sais quels sont ses points faibles, tu sais quels sont ses points forts, voilà ! Rappelez vous ce qu'il vous a dit votre premier, ta,ta,ta, tu peux utiliser de l'intimité pour renforcer ce moment intime encore plus, quoi, franchement ! (SF 8)

La préparation à l'accouchement semble donc receler une importance particulière dans le cadre de l'accompagnement global en maison de naissance.

4.5.2 Préparation à l'accouchement physiologique

Accoucher en maison de naissance où n'exercent que des sages-femmes (et pas d'anesthésiste) implique donc forcément de se passer de moyens médicamenteux de gestion de la douleur. Il faut alors envisager une autre approche du travail et de l'accouchement, qui passe, d'après les sages-femmes, par une préparation à l'accouchement particulière au cours de la grossesse par les sages-femmes de la maison de naissance.

(En parlant d'une sage-femme qui suit ses patientes en accompagnement global) Elle fait une prép à ses patientes, elle les prépare d'une façon... Je serai jamais capable de préparer mes patientes comme [nom SF] prépare ses patientes à l'accouchement sans péri. Sa façon de faire... (SF 8)

Préparation à l'accouchement, il faut qu'elle aille avec (le suivi en maison de naissance) ! Comment on peut faire de la préparation à l'accouchement en voyant les patientes trente minutes ? Comment on peut faire une préparation à l'accouchement qui peut justement amener les gens à accepter cette douleur et à accoucher en maison de naissance quand on fait des cours en tournant un ordinateur et en appuyant sur un bouton ? (SF 4)

Il n'est pas toujours évident d'identifier avec précision ce qui serait différent dans ces préparations à la naissance physiologique. Comment amener les patientes à mieux gérer le travail et la douleur ? Il semble qu'on s'éloigne du cadre de la préparation à la naissance « classique » que proposent beaucoup de sages-femmes et qui reposent essentiellement sur de la théorie (ce qui se passe le jour de l'accouchement) pour aller plus vers des techniques de relaxation, sophrologie,

hypnose... Dans tous les cas, ce qui importe le plus, c'est que la préparation permette de se préparer à l'accouchement au plus près de ce qui va se passer, et donc qu'elle s'intègre dans une cohérence du projet global. Proposer une préparation à l'accouchement particulière que la sage-femme qui sera présente le jour de l'accouchement ne maîtrise pas du tout ne présente que peu d'intérêt.

C'est la préparation la plus classique (que la sage-femme interrogée propose), parce que comme je dis, quand c'est un premier bébé, on connaît rien à rien. Je pense qu'on aime bien savoir pourquoi on a mal pendant la contraction, à quoi ça sert d'avoir mal d'ailleurs, quel est l'impact sur l'organisme, quel est l'impact aussi sur notre enfant. (SF 4)

C'est bien, aujourd'hui, il y a des sages-femmes qui font de l'hypnose à l'hôpital. A l'hôpital. Voilà. Et si t'as pas le bol qu'elles soient là le jour où tu vas accoucher, même si tu leur fais faire par exemple des rencontres avec la nana qui fait de l'hypnose à l'hôpital, si le jour où elle accouche, la fille elle est pas là, elle en n'a pas. Voilà, c'est tout, tant pis, elle est pas là. C'est pas son jour, elle travaille pas ! (SF 4)

J'ai l'impression en tout cas que pour les patientes moi que je suis qui accouchent sans péri, dont c'est le choix, ce qui les aide le plus, par exemple, c'est de faire une préparation en hypnose, à l'hôpital. C'est quand même qu'il y ait une cohérence entre leur préparation et ce qu'elles vivent en salle d'accouchement. (SF 9)

4.5.3 Comme à la maison

Quand les sages-femmes décrivent la maison de naissance, toutes les sages-femmes, à l'exception d'une seule, imaginent un cadre rassurant, confortable, qui ressemble à une maison et s'éloigne de l'image médicale du milieu hospitalier. Cette description est d'ailleurs celle visée

dans le rapport sur la proposition de loi sur les maisons de naissance : « *In fine*, l'accouchement se passe donc en maison de naissance dans un cadre non médicalisé, «comme à la maison» (2) ». C'est d'ailleurs le nom adopté (depuis plusieurs années, car cette structure fonctionnait déjà de manière non officielle adossée à la maternité des Bluets) par une des maisons de naissance en expérimentation : le CALM ou Comme A La Maison à Paris (29).

L'objectif est d'abord visuel, pour donner à la patiente l'impression d'être chez elle et créer ainsi un cadre sécurisant émotionnellement.

Comme une chambre ou comme un petit appart ou... Quelque chose de plus sécurisant émotionnellement pour les gens quand même. (SF 9)

Oui, moi j'imagine ça un petit peu comme un... un petit appart où on peut faire sa vie. Une chambre qui ressemble à une chambre. Une salle de bain qui ressemble à une salle de bain !

Oui. En terme de volumes, peut-être de lumière, de couleurs, de mobilier aussi. (SF 6)

Le deuxième objectif est de laisser du confort et de la liberté à la patiente, liberté de mouvement qui peut favoriser la progression du travail.

La suspension, je pense, ça fait du bien ça ! Et puis après les ballons... mais moi je reste convaincue que c'est la liberté de mouvement d'abord ! Après un grand lit, un truc où...mais un lit pas une table médicale. De l'espace autour et des coussins, enfin du confort en fait. (SF 9)

Et, comme on l'a déjà évoqué, le notion de confiance est intrinsèquement liée à celle de sécurité, il faut donc que ce lieu inspire confiance à la patiente... mais aussi à la sage-femme !

C'est quoi l'environnement le plus favorable pour qu'une femme soit vraiment à l'aise, que...

que... oui, qu'elle se sente soutenue en fait dans ce moment là ? Il y a des femmes qui... qui ont besoin d'être vraiment dans du connu, très très connu. Il y a des femmes qui vont avoir besoin d'être dans des ambiances vraiment plus médicalisées pour se sentir en sécurité. Pour moi, en tous les cas, pour me sentir bien, j'aurais besoin... j'ai besoin que les murs ils respirent... enfin je sais pas, que les murs soient plein de confiance et pas pleins de peurs quoi. Donc si une maison de naissance doit être dans l'hôpital, il y aurait vraiment besoin de transformer, que ça ait une allure un peu de maison, oui. Mais pas d'hôpital. (SF 10)

Une seule sage-femme n'a pas décrit la maison de naissance comme une structure ressemblant à une maison. Pour cette sage-femme, le fait d'être comme à la maison signifie uniquement d'être hors de l'hôpital. On change alors de paradigme, et on se place plus sous l'angle sécuritaire. Par négation, l'idée n'est pas d'être comme dans une maison, mais d'être dans un endroit où on ne voit pas qu'on est à l'hôpital, celui-ci pouvant être source d'angoisse pour la patiente. Ainsi, au lieu de penser qu'être « comme à la maison » représente un gage de sécurité émotionnel pour la patiente et peut donc contribuer à sa sécurité médicale, on cherche à sécuriser son expérience en apportant toutes les garanties du médical tout en lui donnant l'impression qu'il n'y en a pas. Il s'agit aussi de la sage-femme la plus jeune avec donc le moins d'expérience, ce qui peut influencer sur son positionnement et sa vision du risque.

*Pour moi, la maison de naissance, c'est pas le but d'accoucher avec quelqu'un que tu connais, c'est d'accoucher dans un milieu non hospitalier mais avec une sécurité quand même qui n'est pas la maison.. Pour moi, c'est ça la maison de naissance.*³

3 Pour des raisons d'anonymat du reste des verbatim, c'est volontairement que je n'identifie pas ici la sage-femme qui parle.

4.5.4 Alternative supplémentaire sur un territoire

Les sages-femmes voient également un intérêt pour leurs patientes dans l'élargissement de l'offre de soin que pourrait représenter l'ouverture d'une maison de naissance pour elles. Comme on l'a déjà évoqué, la maison de naissance se situerait entre les deux alternatives actuellement proposées aux patientes : l'accouchement à l'hôpital ou à la maison.

Celles qui veulent un accouchement à domicile mais qui ne sont pas non plus rassurées à domicile et qui veulent... Ce serait un plateau technique amélioré en fait ! (SF 8)

C'est quelque chose qui peut répondre à... à sa demande (de la sage-femme pratiquant l'accompagnement global) ou à la demande de certaines patientes aussi. La maison de naissance, c'est pas forcément à la place de l'accouchement à domicile. (SF 6)

On offre ainsi une possibilité supplémentaire pour les patientes qui sont dans l'optique d'un accouchement physiologique avec une médicalisation moindre.

(Comment se passerait un accouchement en maison de Naissance) Bah, comme l'AAD, quoi, je dirais. Après est-ce que... Tout en sachant qu'on a une sécurité quand même mais... un peu comme voilà, les laisser faire un petit peu, pas être à faire des touchers toutes les 2 mns... (...) Mais c'est un peu comme si c'était à domicile, donc c'est à dire, elles, ce qu'elles veulent, c'est du naturel, qu'on leur laisse le temps, voilà ! Qu'on ait...qu'on soit pas interventionniste. (SF 3)

4.5.5 Et le bébé ?

Il est assez frappant de réaliser qu'au cours de tous mes entretiens, la future mère a souvent été placée au centre des préoccupations des sages-femmes, mais qu'il y a un autre acteur incontournable de l'accouchement qui n'est presque jamais évoqué : le bébé. Les sages-femmes en parlent de manière abstraite, en terme de risque (besoin de réanimation par exemple, risque

pour le bébé à la naissance) mais jamais finalement en tant que personne qui va lui aussi vivre cette naissance.

On note deux exceptions où la sage-femme évoque le bébé comme un être à part entière qu'on va rencontrer le jour de l'accouchement. La première citation met encore l'accent sur la mère et se positionne sur sa rencontre à elle avec le bébé, c'est donc une fois de plus la mère qui est au centre des préoccupations de la sage-femme.

Et puis le fait de connaître la patiente, du coup on sait ce qu'elle veut vraiment, ce qui est important pour elle ! Si il y a des choses qui ont été vraiment marquant dans sa vie, on va essayer de... de pouvoir l'entourer au mieux ! Je veux dire... par rapport à la rencontre de ce bébé, si jamais il y a eu vraiment quelque chose de difficile au préalable... (SF 5)

La deuxième citation est la seule que j'ai relevée qui envisage réellement qu'il peut y avoir des conséquences à long terme de la naissance sur la vie du bébé qui naît ce jour là.

Parce que je suis persuadée que... moi je suis pour une naissance entre guillemets heureuse, que tout se passe au mieux possible et je suis un peu... je pense qu'une naissance conditionne un peu notre vie. Par exemple, je pense que je ne suis pas sage-femme pour rien. Je crois que si on regarde un peu notre parcours et même notre naissance, on peut des fois se dire : "oui..." Même dans le vécu de l'accouchement. Finalement, ça reste un des plus... un des jours... outre la douleur etc mais je dis souvent, quand on est à l'accouchement, faut pas penser à la douleur, faut se dire c'est le jour où je vais quand même rencontrer mon bébé et quand on part dans ce processus là, bah forcément on est déjà différent. (SF 1)

Il n'y a que dans ce témoignage que la sage-femme considère implicitement que si une

maison de naissance est un plus pour les sages-femmes et pour les femmes, elle l'est sans doute aussi pour leurs bébés. Pour toutes les autres sages-femmes interrogées, le bébé est absent et n'existe que par l'intermédiaire de sa mère, et la question de la maison de naissance s'appuie alors sur un débat autour de la femme et de la sage-femme exclusivement.

5 DISCUSSION

5.1 *La méthode de recherche*

5.1.1 Les biais et limites de l'étude

Le choix d'une méthode qualitative par entretiens induit un biais de représentativité qui constitue la première limite de cette étude. En effet, le recrutement se fait en partie sur la base du volontariat, et les sages-femmes qui ont accepté de réaliser un entretien étaient généralement intéressées par le sujet, ce qui n'est pas le cas de l'ensemble des sages-femmes. Certaines de celles qui ont refusé de participer ont d'ailleurs utilisé cet argument pour justifier leur refus. De plus, du fait de son sujet, notre étude s'est intéressée à une zone géographique extrêmement limitée. Par conséquent, il est difficile d'extrapoler les résultats à l'ensemble des sages-femmes libérales. En effet, « si l'étude qualitative permet de bien repérer les différentes attitudes face à un équipement et face à un projet, en revanche elle est incapable de savoir combien de personnes sont plus proches d'une opinion que d'une autre. Seule l'étude quantitative le permet réellement »(30) .

Ensuite, il existe des biais intrinsèques à l'enquête qualitative par entretien du fait que « La loi des grands nombres n'opère pas, nous sommes au cœur des sciences sociales et la valeur de l'analyse dépend intrinsèquement de la qualité humaine de ceux qui fabriquent l'étude. Enfin, l'étude qualitative est réalisée à travers un entretien direct auprès des personnes enquêtées. Aussitôt, et c'est normal, le contact entre l'enquêteur et l'enquêté développe un jeu de rôles. »(30). Régnier (qui s'appuie sur Neuman) identifie six biais susceptibles d'apparaître à l'occasion d'un entretien (31) :

- « **Les erreurs du répondant** issues des oublis, de la mauvaise compréhension des

questions, de la gêne éprouvée, des mensonges liés à la présence d'autrui. »(31) La qualité et la quantité des informations recueillies dépendent de la volonté des sages-femmes à donner des réponses en adéquation avec ce qu'elles pensent réellement, ou de donner ce qu'elles considèrent être « la bonne réponse ». Une sage-femme avait relu un article sur les maisons de naissance avant de me recevoir, une autre a tenu à me demander une définition des maisons de naissance avant que je commence à enregistrer l'entretien. « Dans ce cadre, il faut savoir que pendant les vingt premières minutes, les personnes interrogées ne vont pas dire ce qu'elles pensent mais ce qu'il est acceptable de dire dans ce qu'elles pensent. C'est pourquoi toute interrogation qualitative trop courte empêche les personnes interrogées d'entrer en confiance et de se révéler réellement et complètement. » (30)

- « **Les erreurs non intentionnelles dues à la négligence du chercheur-enquêteur**»(31) Lors de mes premiers entretiens par exemple, j'ai donné en introduction des éléments sur l'objectif final du mémoire (implanter une maison de naissance à Romans-sur-Isère) au lieu de rester plus générale (leur avis sur les maisons de naissance), ce qui a pu influencer ensuite les réponses des sages-femmes et fermer un peu la question.
- « **Les altérations intentionnelles du chercheur-enquêteur** qui modifie les réponses fournies, en oublie certaines, ou reformule des questions. »(31) J'ai effectivement trouvé difficile l'utilisation des verbatim, car il me semblait que de sortir une petite partie du propos des sages-femmes du contexte global dans lequel elles me donnaient cette réponse pouvaient facilement entraîner une déformation de leurs propos.

- « **Les influences directement dues au chercheur-enquêteur** comme son apparence, son ton de voix, son attitude, ses réactions aux réponses, ses commentaires effectués hors du contexte de l'entretien, etc.. »(31)
- « **Les influences dues aux attentes du chercheur-enquêteur** en fonction de l'apparence, de la situation de vie de l'informateur ou de ses réponses préalables. »(31)
- « **Les erreurs dues à une exploitation insuffisante** ou défectueuse des résultats de l'exploration. »(31) Idéalement, il aurait fallu que je transcrive chaque entretien juste après l'avoir réalisé et avant de faire le suivant, ce qui m'aurait sans doute permis de mieux ajuster le guide d'entretien, mais ce n'était pas possible d'un point de vue logistique.

5.1.2 Limitation des biais et points forts de l'étude

Cette étude peut se révéler un point de départ intéressant pour initier une réflexion, au minimum entre les sages-femmes, voire avec l'hôpital et les usagers, sur le sujet d'une maison de naissance à Romans-sur-Isère. A la fin de chaque entretien, les sages-femmes me demandaient si elles pourraient recevoir le résultat de l'étude et étaient intéressées pour participer à une réunion de discussion avec tous les professionnels de santé motivés par le sujet. On peut donc considérer cette étude comme une étape initiale du processus, au moins en terme de communication sur le sujet.

Si toutes les sages-femmes exerçaient en milieu libéral, notre population était très hétérogène en terme d'âge, d'expérience (en milieu hospitalier ou libéral), de statut familial. Nous avons, par exemple, pu confronter les expériences d'une sage-femme diplômée depuis 25 ans et celle d'une sage-femme en activité depuis un an. Leurs parcours étaient également très

divers, et elles ont apporté des témoignages variés, donc même si on ne peut pas extrapoler les résultats, cette diversité a apporté une richesse certaines à nos résultats.

Concernant le recueil d'informations et les biais liés à l'enquête par entretien, même si la validité interne de l'étude dépend du biais d'interprétation, puisque le recueil et l'analyse des données d'une étude qualitative peuvent être influencés par le point de vue de l'enquêteur, cette subjectivité a cependant pu être réduite :

- au moment des entretiens par le choix de la modalité de recueil semi-directive, s'assurant de la cohérence des réponses données qui restent cependant libres grâce aux questions ouvertes du guide d'entretien.

- au moment de l'analyse, par une retranscription intégrale puis de nombreuses écoutes et relectures de cette retranscription.

De plus, le procédé qualitatif utilisé nous semble avoir été un réel point fort de l'étude car une fois mises en confiance, les sages-femmes n'ont pas eu l'impression de répondre à un questionnaire mais de participer à une discussion sur le sujet. Ainsi, elles ont pu développer leurs réponses, émettre des doutes et voir émerger des idées pendant l'entretien. Le fait d'avoir fixé une durée assez longue pour l'entretien (une heure) a permis d'avoir le temps d'explorer le sujet en profondeur. Un autre point intéressant a été que certaines se sont même laissées aller à des commentaires plus personnels voire des confidences en fin d'entretien, après que je me sois moi-même impliquée dans le partage, une fois que tous les sujets avaient été abordés. Deux ont même eu l'impression de se livrer beaucoup puisqu'elles ont vérifié par la suite que j'anonymisais bien tous leurs propos car ce qu'elles avaient dit était plutôt personnel. Nous pensons donc que le but

de notre étude a été atteint puisque nous sommes parvenus à saturation des informations.

5.2 Analyse des entretiens

5.2.1 Risque et sécurité

La question du risque et du besoin de sécurité de la sage-femme, que ce soit pour elle-même ou pour sa patiente, est récurrent dans nos entretiens. Mais qu'est-ce que le risque en obstétrique ? D'après D.Carricaburu, les obstétriciens français sont tous d'accord pour dire que « le risque zéro n'existe pas », et considèrent que la grossesse et surtout l'accouchement peuvent représenter un danger pour la mère et l'enfant.(32) Ainsi, de leur point de vue « un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance. Une telle conception de l'accouchement, comme situation potentiellement pathologique, justifie une prise en charge systématique en milieu médicalisé, par différents professionnels - sages-femmes, obstétriciens, pédiatres et anesthésistes - qui vont avoir à gérer chaque mise au monde en fonction d'un risque vital potentiel.» (23).

L'accouchement, au départ processus intrinsèquement physiologique, bascule vers une situation potentiellement pathologique, et donc risquée, qui justifie alors qu'on prenne les mesures nécessaires pour diminuer, voire contrôler, ce risque. Ce que dénonce certaines sages-femmes, c'est qu'on risque alors d'entrer dans une spirale d'interventions de plus en plus lourdes dans des cas où il n'y en avait pas besoin : « Dans beaucoup de maternités, les accouchements sont pour la plupart dirigés, donc médicalisés, les déclenchements deviennent routiniers, alors qu'ils ne devraient être utilisés que dans des indications précises ; les déclenchements conduisent au recours pratiquement systématique à l'analgésie péridurale, qui elle-même augmente le recours aux césariennes, aux extractions instrumentales comme la ventouse, le forceps et les

épisiotomies. »(5) En effet, une intervention en entraînant une autre, on peut parfois se retrouver dans une cascade d'interventions en chaîne « Elles (*les sages-femmes*) reconnaissent qu'à force d'accélérer (*à l'aide d'hormone de synthèse*), la norme implicite est celle de l'accouchement rapide et qu'un travail trop lent est souvent assimilé à tort au glissement vers la pathologie. Conséquence non négligeable de cette pratique c'est qu'en accélérant la dilatation, on intensifie les contractions et les douleurs qui les accompagnent, ce qui a pour suite logique un recours plus précoce à l'analgésie péridurale. »(22)

Cette prise en charge systématiquement médicalisée est remise en question depuis plusieurs années : « Dans cette logique, comme on l'a déjà dit, la focalisation est bien davantage sur la recherche de pathologie que sur la surveillance d'un processus physiologique. »(32) La dérive de ces pratiques, c'est que les sages-femmes elles-mêmes perdent la notion de ce qu'est un travail et un accouchement physiologiques : « Les accouchements dirigés devenus la norme, la physiologie a été *oubliée*, si bien que les étudiants sages-femmes formés dans les CHU, comme les professionnels qui les encadrent, ne savent plus et ne peuvent plus – faute de temps – accompagner le processus naturel de l'enfantement. Ils se sentent même, pour beaucoup d'entre eux, à la fin de leurs études, insécurisés sans la mise en place de ces « garde-fous » censés assurer la sécurité des femmes et de leurs bébés : monitoring, perfusions, ocytocine, péridurale... »(5)

De plus, la question se pose de savoir si cette rationalisation du travail, par la programmation et les déclenchements des accouchements, ou par leur accélération pour en maîtriser la temporalité, ne devient pas un mode de répartition de la charge de travail que l'on oblige, autant que faire se peut, à se produire sur la journée(22).

Le nombre de voix s'élevant contre cette médicalisation croissante de l'accouchement a conduit la Haute Autorité de Santé à émettre très récemment des recommandations pour l'accompagnement de l'accouchement normal qui visent à « limiter les interventions techniques et médicamenteuses au minimum nécessaire»(9). L'idée est de laisser plus de temps à chaque patiente pour diminuer le nombre d'interventions médicales, mais comment est-ce applicable dans les hôpitaux parfois surchargés de travail ? « L'accouchement physiologique qui consiste à respecter le temps de chacune dans la mise au monde redevient d'actualité ; mais comment le mettre en pratique, quand les lieux de naissance sont axés sur le contrôle et la maîtrise du temps ? » (5)

Une des conséquences de cette « technicisation » de l'accouchement, c'est que l'hôpital n'est plus considéré, par certaines patientes, comme le lieu le plus sûr pour accoucher. Contrairement à ce que craignaient certaines sages-femmes de notre étude, plusieurs études récentes s'attachent à montrer que l'accouchement à domicile est aussi sécuritaire, dans des conditions bien précises, qu'un accouchement hospitalier (33,34). Une sage-femme anglo-saxonne, dans une revue de la littérature de 2010 qui s'intitulait les « Dangers de l'accouchement prévu à l'hôpital », allait jusqu'à sous-entendre que l'accouchement à l'hôpital était même plus dangereux, en comparant les complications qui peuvent se produire à l'hôpital ou à la maison. Les études qu'elle citait étaient en faveur de l'accouchement à domicile, avec une sage-femme expérimentée, proche d'un hôpital et chez une femme à bas-risque (35).

Une autre étude qualitative de 2012 allait encore plus loin en s'intéressant à la perception du risque de femmes australiennes qui avaient fait le choix soit d'un accouchement non assisté (*freebirth*) soit d'un accouchement à domicile avec une sage-femme malgré leurs

antécédents médicaux les classant dans une catégorie « à haut-risque » et contre-indiquant donc, *a priori*, cette pratique (36). Pour ces patientes, la naissance à l'hôpital était moins sûre qu'à la maison, et ce n'était pas par méconnaissance des risques encourus, bien au contraire : « On a cru que les femmes qui choisissaient d'accoucher hors du système ignoraient ou sous-estimaient le risque de donner naissance à la maison. Cependant, il est clair dans cette étude que ces femmes considéraient sérieusement ce risque mais examinaient avec attention le risque iatrogénique de donner naissance à l'hôpital, remettant en cause la présomption tacite selon lequel une naissance en milieu hospitalier est certainement plus sûre, et mettant en évidence des risques qui sont souvent simplement acceptés comme faisant partie de la naissance. » [traduction libre] Ainsi, on se retrouve dans une situation assez paradoxale, où des patientes considérées comme « à risque » préfèrent accoucher hors de tout milieu médical pour diminuer justement ce risque...

Deux éléments sont à prendre en compte quand on regarde les résultats de cette étude : tout d'abord, nous devons garder un certain recul quand nous examinons cette publication (et cette réserve devra aussi s'appliquer aux études suivantes utilisées dans la discussion) car elles sont presque toutes d'origine anglo-saxonnes, il y a donc une dimension culturelle mais aussi professionnelle très importante à prendre en compte. La profession de sage-femme a parfois été redécouverte il y a seulement quelques décennies dans ces pays, ce qui influence profondément leur posture professionnelle mais aussi la vision qu'en ont à la fois le monde médical mais aussi les patientes. Deuxièmement, ces femmes qui « renversent le risque » ont des caractéristiques sociales particulières. Elles sont décrites comme « très éduquées » et ayant beaucoup lu sur le sujet, elles ont même parfois suivi (ou fait suivre à leur conjoint) une formation aux premiers secours en urgence obstétricale et réanimation néonatale. De plus, sur 20 femmes interrogées,

quatre d'entre elles sont sages-femmes elles-mêmes ! Elles ont donc une connaissance du milieu hospitalier importante qui explique en partie leur démarche et ne peut être généralisée à une population plus large.

Dans ce contexte, la question des grossesses dites à bas-risque et de l'endroit qui sera le plus adapté pour les suivre prend tout son sens. Actuellement, ces grossesses peuvent être suivies dans tous les types de maternité, même si une grande majorité d'entre elles devraient en toute logique surtout être suivies en niveau un, qui est celui qui ne peut pas suivre de grossesse pathologique et devrait donc être dévolu à la physiologie. Ce dispositif de hiérarchisation des maternités (en niveau 1, 2 ou 3) « repose sur le postulat que le niveau de risque que présente une grossesse ou un accouchement peut être évalué et donner lieu à une orientation ciblée »(32). Mais il existe un véritable enjeu sur la définition du bas-risque. On l'a vu également dans nos entretiens où il ressort que la catégorisation du risque relève d'un raisonnement fondé sur l'inclusion *versus* l'exclusion, qui illustre une fois de plus les deux types de positionnement observés vis à vis du risque obstétrical(32). La définition d'exclusion reprend « toutes celles qui ne sont pas à haut risque », on se positionne une fois de plus dans la recherche de la pathologie. Par opposition, en définissant le bas-risque par inclusion comme « toutes les grossesses normales », on a affaire à un mode de raisonnement centré sur la physiologie. Dans tous les cas, cette catégorie à bas-risque, même si elle n'est pas considérée comme stable (on peut basculer dans la pathologie à tout moment pendant l'accouchement), permet de réintroduire la physiologie en venant s'opposer à la conception du risque omniprésent. Ainsi, définir les limites du bas-risque, qui pourraient constituer les critères d'inclusion de la maison de naissance, relève de la gageure.

De plus, l'introduction d'une maison de naissance, comme structure de prise en charge

de niveau intermédiaire, pourrait entraîner une redistribution de ces critères et donc une redéfinition des catégories. En effet, une étude néerlandaise de 2016, dont l'objectif initial était d'étudier si une maison de naissance gérée par des sages-femmes et adjacente à l'hôpital pouvait combiner à la fois les avantages d'une naissance à domicile et d'une naissance hospitalière, a investigué en outre les conséquences de l'implantation de cette maison de naissance sur la sélection des patientes, qu'elles choisissent d'accoucher à domicile, à l'hôpital ou en maison de naissance. Leur conclusion était que l'implantation de la maison de naissance avait conduit à une redistribution des lieux d'accouchement envisagés par les patientes. Ainsi, à l'intérieur de la catégorie dite à bas-risque, les femmes qui présentait un profil un peu plus à risque (par exemple les femmes jeunes, les nullipares ou les femmes de bas niveau socio-économique) prévoyaient d'accoucher en maison de naissance, et pas à domicile ou à l'hôpital. Cette redistribution semble essentiellement due à deux facteurs : d'une part, l'hôpital ne prenaient plus ces patientes en charge et les redirigeaient systématiquement sur la maison de naissance, d'autre part, les professionnels de santé encourageaient les patientes à « un peu plus haut risque » à profiter de la maison de naissance et surtout de son accompagnement en post-partum plutôt que de choisir l'accouchement à la maison (37). Ainsi, on assiste à l'émergence d'une nouvelle catégorie de patientes, qui correspond finalement peut-être à cette catégorie à risque « moyen », entre le haut-risque et le bas-risque, qu'il est médicalement difficile de définir.(32)

Une fois les critères d'inclusion (et non d'exclusion) de la maison de naissance définis, «l'enjeu se situe donc autour de l'avènement d'une catégorie d'accouchement physiologique identifiée comme telle qui aurait son espace privilégié de réalisation »(10). La maison de naissance semble répondre à cette définition. En effet, une revue de la Cochrane de 2012

comparant des services d'obstétrique « classiques » et des unités dites alternatives, consistant en des maisons de naissance gérées uniquement par des sages-femmes mais situées à l'intérieur d'un hôpital, met en évidence au sein de la maison de naissance une diminution des interventions médicales (recours à la péridurale, utilisation d'ocytocine, extraction instrumentale, césarienne et épisiotomie) et une augmentation de la proportion d'accouchement spontané, un taux d'allaitement maternel à 6 et 8 semaines plus élevé et une meilleure satisfaction des patientes(12). La maison de naissance « à la française » se rapproche de ces unités puisqu'un accès direct à l'hôpital est prévu dans le cahier des charges actuel(15).

Toutefois, cette intégration de la maison de naissance au sein de l'hôpital questionne les sages-femmes. Si on examine les initiatives des « pôles physiologiques » ou « salles nature », mises en place dans le courant des années 2000, et qui sont également des espaces intégrés dans la maternité où les parturientes sont censées vivre leur accouchement selon des méthodes différentes des salles de naissance « classiques », ceux-ci ont été décriés car « Le pouvoir médical y définit toujours les contours de la physiologie et la limite à un état jamais acquis et finalement incertain, la logique du risque obstétrical demeurant le paradigme fondateur de ces dispositifs »(25). Une maison de naissance localisée dans l'hôpital pourrait être soumise à cette même contrainte et risquerait alors de perdre son indépendance.

La justification selon laquelle cette maison de naissance serait plus sûre du fait de cette proximité immédiate semble mise à mal par une étude anglaise de grande envergure de 2017 qui comparait cette fois-ci les résultats des « unités sages-femmes » situées dans un hôpital (*alongside midwifery unit*) avec celles qui étaient indépendantes de l'hôpital (*freestanding midwifery unit*). Cette étude concluait que dans une unité indépendante, le taux d'extraction

instrumentale était encore plus bas que dans une unité hospitalière, et que la probabilité d'accouchement spontané par voie basse augmentait, alors que le devenir des bébés était identique dans les deux cas, de même que le taux de césarienne (38). Les arguments avancés pour expliquer cette différence étaient des possibles différences dans les façons de gérer le travail des femmes enceintes, un accès facilité à la péridurale dans les unités hospitalières (ce qui peut augmenter le nombre d'extractions) et peut-être le fait d'attendre plus longtemps dans une unité indépendante avant de transférer une patiente pour stagnation du travail (comme il faut une ambulance pour le transfert, celui-ci est peut-être organisé plus tardivement, en dernier recours). Ainsi, l'objectif sécuritaire visé par l'intégration des maisons de naissance dans les hôpitaux n'est peut-être pas si étayé.

Finalement, concernant cette question de la sécurité, est-ce que les réserves exprimées par les sages-femmes sur le lieu le plus adéquat ne sont pas liées à une confusion entre deux notions : la « démedicalisation » *versus* la « détechnicisation » de l'accouchement ? Dans aucune des alternatives décrites ici (accouchement à l'hôpital, à domicile ou en maison de naissance), il n'est question de « démedicaliser » la naissance, puisque dans toutes ces alternatives, une sage-femme, profession médicale à part entière, est présente pour assurer la médicalisation de la naissance et donc sa sécurité. Par contre, l'enjeu est alors de « détechniciser » la naissance en remplaçant la dimension humaine et physiologique de l'accouchement au centre du système(10).

5.2.2 Valorisation de la sage-femme

La valorisation de la sage-femme passe obligatoirement, à un moment ou l'autre, par une reconnaissance financière, et celle-ci reste à définir dans le cadre des maisons de naissance. Pour étudier l'aspect financier du volet des maisons de naissance, des études ont été réalisées dans

plusieurs pays où les maisons de naissance sont installées depuis déjà plusieurs années.

En Australie par exemple, une étude a montré que la maison de naissance était à la fois sûre et économiquement viable pour les femmes à bas-risque, comparé à un suivi « standard » à l'hôpital (moins de frais car moins d'interventions médicales et de visites pré-natales, mais plus de soins post-nataux amenant à moins d'admission de bébés en néonatalogie)(39). En Angleterre, une autre étude est arrivée à la même conclusion, à savoir que le suivi en maison de naissance (située à l'intérieur de l'hôpital) permettait de diminuer d'environ 850 livres le coût total du suivi d'une dyade mère-bébé (qui était estimé à près de 1300 livres en maison de naissance) comparé au suivi hospitalier classique dans le même établissement (40). On a les mêmes résultats en Norvège, avec toutefois une différence moins significative (1672€ en maison de naissance contre 1950€ à l'hôpital, les deux structures étant situées dans le même hôpital)(41).

Pourtant, en France, la question de la viabilité financière des maisons de naissance est actuellement en suspens. Pour l'instant, pendant les cinq années de l'expérimentation, chaque maison de naissance reçoit une subvention annuelle de 150 000€ émanant de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), pour ses dépenses de fonctionnement (26). Certaines maisons de naissance ont bénéficié, au cas par cas, de fonds supplémentaires. Par exemple, en ce qui concerne la maison de naissance Doumaïa dans le Tarn, une subvention d'investissement de 200 000 € a été versée au CHIC Castres-Mazamet par l'Agence régionale de santé pour la construction du bâtiment, tandis que le CHIC a participé sur fonds propres à hauteur de 160 000 €(42). Plusieurs maisons de naissance fonctionnent avec des dépassements d'honoraires, la subvention de la DGOS ne leur permettant de couvrir que les frais de fonctionnement hors salaires (matériel, local) et pas les rémunérations des sages-femmes. On ne sait pas actuellement

si cette subvention est vouée à se poursuivre après la fin de l'expérimentation (si son évaluation est favorable), et quel est le modèle économique le plus pertinent pour ces structures.

Pour amener quelques éléments de réflexion sur ces questions, le CIANE a réalisé, il y a déjà 10 ans, une modélisation des coûts de fonctionnement d'une maison de naissance en France (43). Cette modélisation proposait soit une revalorisation des actes, soit un forfait global par naissance pour permettre aux sages-femmes de toucher un revenu équivalent à celui d'une sage-femme salariée avec 15 années d'expérience (soit 2 300 euro net par mois), et en partant sur la base de 40 accompagnements globaux réalisés par an et par sage-femme (ce nombre d'accompagnements annuels correspond à ce qui se fait dans d'autres pays(44)). Avec ce schéma financier, le CIANE concluait qu'on parvenait alors à un coût total de 1 885€ pour un suivi en maison de naissance contre 2 650€ pour un suivi standard de grossesse en maternité de niveau 1, ce qui représenterait une économie possible de 765€ pour la sécurité sociale par grossesse et naissance, soit à terme 153 millions d'euros par an si 25% des femmes adoptaient cette formule.

Ainsi, les études à l'étranger et la modélisation du système en France semblent montrer un intérêt financier de la maison de naissance au niveau du système de santé global. Cependant, le financement de chaque système de santé étant très variable d'un pays à l'autre, il n'est pas possible de généraliser d'emblée ces données au système français, mais le potentiel présenté incite à se pencher sur la question, comme semblent le faire aussi les USA : « En définitive, savoir si les maisons de naissance affiliées à un hôpital peuvent réduire les coûts du système de santé est une question complexe qui dépend de la façon dont les systèmes de santé sont financés et remboursés, du coût de la création de ces nouveaux établissements, et des décisions qui seront prises à propos des établissements actuels et de leur personnel. (45)» [traduction libre].

L'autre volet de la valorisation est professionnel, avec cette question de savoir si l'exercice en maison de naissance pourrait être autant, voire plus, valorisant pour les sages-femmes que d'exercer à l'hôpital ou à domicile. Un travail d'anthropologie très récent réalisé sur l'accompagnement global par des sages-femmes françaises met en exergue l'autonomisation professionnelle revendiquée par ces sages-femmes. Les sages-femmes interrogées dans l'article ont choisi de s'éloigner du milieu hospitalier et d'aller vers une activité libérale pour « s'éloigner de la tutelle des médecins et de la hiérarchie hospitalière » car « le contexte hospitalier impose une subordination des sages-femmes aux médecins et une réduction des possibilités d'accompagnement, en raison d'un conflit sous-jacent basé sur des revendications identitaires gravitant autour de notions de physiologie et de pathologie » (46) alors qu'en accompagnement global, elles peuvent mettre en pratique leurs savoir-faire en préservant un haut niveau d'autonomie et d'indépendance, tout en accompagnant les femmes dans une réappropriation de la naissance. Un des risques de ce type de posture est finalement de revendiquer une indépendance personnelle plutôt que professionnelle, ce qui rend difficile un travail collectif et une division du travail, qui semblent indispensables au bon fonctionnement d'une maison de naissance. Donc indépendance professionnelle, certes, mais la maison de naissance n'est pas la solution à la subordination des sages-femmes, il s'agit plutôt d'un travail collectif en réseau où chacun parvient à trouver sa place et à exercer toutes ses compétences.

Cette posture est sensiblement la même que celle décrite par des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile dans les pays nordiques(47). Elles aussi mettent en avant dans cette pratique d'accompagnement global la possibilité d'exploiter tout leur potentiel de sage-femme dans une attitude dite passive-active, ou « être plutôt que faire », qui est détaillée comme

rester attentive à ce que vit la patiente tout en s'appuyant sur son expérience, consciente ou non, et ses connaissances médicales pour être prête à agir : c'est là, d'après elles, tout l'art de la sage-femme. Et participer à cette réappropriation de la naissance par la patiente et à son « *empowerment* » leur procure un sentiment d'accomplissement qui contribue au fait qu'elles n'imaginent pas travailler autrement malgré les contraintes.

Ainsi, le lieu dans lequel la sage-femme travaille et les contraintes auxquelles elle est soumise ont un impact direct sur son activité et son ressenti. Ce point a été souligné dans une étude réalisée en Australie et au Royaume-Uni, où des sages-femmes qui travaillent à la fois à l'hôpital et soit à domicile, soit en maison de naissance, comparaient leurs façons de travailler selon le lieu(48). Ces sages-femmes décrivent de nombreux avantages à travailler hors de l'hôpital : elles peuvent ainsi mieux contrôler l'environnement (bruit, lumière), ont plus de disponibilité pour « être » avec la patiente (alors qu'elles sont plus « occupées » à l'hôpital), se sentent moins stressées et plus autonomes, et concluent que tous ces paramètres leur permettent de se sentir plus sécurisées dans leur pratique.

La maison de naissance serait alors un lieu où la sage-femme peut exercer son art en toute autonomie et pour le bien des patientes, tout en essayant d'acquérir une indépendance professionnelle au sein d'un réseau.

5.2.3 Le travail en réseau

Le travail en réseau, à plusieurs sages-femmes mais aussi avec les autres professionnels de santé autour, permettrait de remédier en partie aux contraintes importantes liées à l'accompagnement global, en particulier de disponibilité. Cependant, faire travailler ensemble des

sages-femmes libérales habituées à travailler en autonomie (et revendiquant cette autonomie comme on l'a vue plus haut), et d'autres professionnels de santé avec qui les relations sont parfois tendues représente un défi.

Cette collaboration peut parfois être ardue, comme le montre cette étude canadienne qui a cherché à comprendre ce qui peut affecter la collaboration entre les sages-femmes d'une maison de naissance au Québec et les professionnels de santé de l'hôpital affilié. Les facteurs identifiés sont les suivants (49) :

- L'obstacle majeur réside dans les différences de philosophie professionnelle avec une approche de la naissance différente (continuité de soin, suivi une femme/une sage-femme, « *empowerment* » de la patiente pour les sages-femmes qui se positionnent dans une approche physiologique avec la femme au centre, prévention et intervention médicale pour le gynécologue qui est plus dans la prévention d'un événement à risque et qui souhaite pratiquer une médecine pour tous), qui se résume par la culture de l'interventionnisme (en partie due à la nature de l'hôpital de niveau 3) *versus* le non-interventionnisme pratiqué en maison de naissance.
- Des conflits autour de l'indépendance et l'autonomie professionnelle des sages-femmes, qui pourraient être remises en question par l'autorité de l'obstétricien à l'hôpital, celui-ci se plaçant dans un rapport hiérarchique plutôt que de collaboration. Ceci est accentué par le fait que les gynécologues sont peu au courant de l'étendue des compétences de la sage-femme et semblent les sous-estimer, surtout au Canada, pays dans lequel la profession de sage-femme est très récente.
- Les problèmes de concurrence engendrant de possible pertes de revenus (pour les

obstétriciens si les sages-femmes suivent certaines de leurs patientes à leur place)

- L'importance d'avoir une stabilité financière, par exemple grâce à un budget alloué par le gouvernement
- Le manque de temps, qui ne permet pas d'avoir une communication suffisante entre les différents intervenants

Heureusement, il existe également des expériences de collaboration réussie en obstétrique, ce qui laisse espérer qu'il est possible de surmonter ces obstacles. L'exemple de cette maison de naissance aux USA, qui fonctionne depuis de nombreuses années grâce à un partenariat entre des sages-femmes et un gynécologue-obstétricien, a permis d'identifier quelques éléments qui semblent indispensables au bon fonctionnement d'une maison de naissance (50):

- Le développement et l'accord sur des **recommandations pour la pratique clinique communes**, qui sont suivies par tous, tout en étant en évolution constante, avec une révision une fois par an intégrant les nouvelles mises à jour de la médecine fondée sur les preuves.
- Une compréhension fine par le médecin de l'**étendue des compétences de la sage-femme**, ce qui lui permet de collaborer et non de superviser, tout en laissant la sage-femme travailler en toute **indépendance**.
- **La mise en place d'une communication** efficace et régulière, et l'apprentissage de l'art de l'**anticipation** par la sage-femme (pour prévenir le médecin avant que la crise ne se déclenche si elle était prévisible).
- **La reconnaissance des différences de pratique** dans toute leur richesse : d'un côté la pratique de la sage-femme avec sa conviction dans la physiologie du processus et

l'importance d'établir un partenariat avec la patiente, et de l'autre la pratique du gynécologue-obstétricien qui est plus orienté vers la résolution du problème médical quand celui-ci surgit. Chaque pratique est distincte mais d'égale importance.

La mise en pratique des points précédents entraîne l'instauration d'un climat de respect mutuel, qui permet à la relation entre les différents praticiens d'évoluer, car la collaboration exclut la compétition et permet de se départir progressivement des stéréotypes négatifs que les uns ou les autres peuvent avoir. Tout comme il faut du temps à la relation entre une sage-femme et une patiente pour se développer, il faut du temps pour établir une relation de confiance entre sage-femme et gynécologue.

Le point clé qui émerge des différents articles qui se sont attachés à chercher par quels moyens on peut donc surmonter ces obstacles semble donc être la **confiance et le respect mutuel** entre les professionnels de santé impliqués (50–52). En respectant les différences d'approche entre eux, et en partant du principe que chaque profession apporte le meilleur de sa compétence, on assiste à une évolution de la position de chacun pour aboutir à une philosophie de soin commune qui place la patiente en son centre. Et dans le cas d'une situation à haut risque où la compétence de la sage-femme est dépassée et qu'elle doit faire appel à l'obstétricien, on n'assiste plus à un simple transfert d'un professionnel à l'autre mais à un véritable partenariat entre sage-femme et médecin(51). Il ne s'agit donc pas de mettre l'accent sur l'indépendance de chaque profession mais sur leur interdépendance mutuelle (50).

Enfin, si on parle de réseau entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, il est capital de ne pas oublier le dernier acteur de ce système de santé intégré : le patient. Pour que la

maison de naissance soit un succès, il faut rendre le patient acteur et établir un véritable partenariat avec lui, sans « paternalisme condescendant ». On ne parle alors même plus de consentement éclairé, mais de décision partagée, basée sur la médecine fondée sur les preuves, pour arriver jusqu'à un consensus entre tous les acteurs (50).

5.2.4 Les patientes d'abord...

Quand on s'intéresse à l'historique de la création des maisons de naissance outre-Atlantique dans les années 70, « Si dans les premiers temps, il s'agit d'une manière de critiquer la prise en charge et le type de soins proposés dans les maternités hospitalières, la critique se diversifie puisque c'est le lieu même de l'accouchement qui devient alternatif. Les motifs de contraste sont amplement mis en avant et relèvent de deux registres, l'un familial – l'endroit s'apparente à une maison, possède les caractéristiques architecturales d'un domicile (salle de bains, cuisine, jardin, salon familial) – l'autre relatif à la prise en considération prioritaire de la dimension physiologique de la naissance. »(26). Ainsi, la maison de naissance semble se caractériser de deux manières : la configuration du lieu d'une part, et le positionnement physiologique des sages-femmes qui y travaillent d'autre part. On trouve ces deux éléments dans la description que font les sages-femmes interrogées des maisons de naissance telles qu'elles les imaginent.

Si les sages-femmes décrivent spontanément un lieu familial, ressemblant à une maison, la question de l'impact de la conception de la maison de naissance et de la configuration du lieu sur le vécu de la parturiente n'est pas élucidé avec précision. Une étude de 2016 s'est attachée à explorer « la relation complexe entre le vécu de la naissance par les parturientes et l'influence du cadre et de l'environnement du lieu de naissance » [traduction libre](53). En

général, les femmes qui accouchent dans un environnement hospitalier agissent avec leur environnement d'une manière dite passive, la femme étant obligée de s'adapter au lieu. Les patientes attendent la permission pour bouger des objets ou des meubles, ou utiliser du matériel (aller dans la baignoire par exemple), et il y a peu d'objets familiers visibles dans la salle d'accouchement. Les femmes observées semblent limitées dans leurs mouvements, inconfortables parfois, et très passives dans leur attitude, comme contraintes, le port de la chemise d'hôpital de rigueur ajoutant encore à cette dépersonnalisation du lieu. La femme est souvent peu bruyante, et se laisse diriger (on lui dit quand pousser, comment respirer). A l'inverse, dans un environnement domestique et familial (la maison de naissance ou le domicile), la femme prend possession de l'endroit, et semble plus active, créative dans son interaction avec son environnement. Elle se déplace librement, bouge les objets à son gré, reste dans ses propres vêtements voire les enlève complètement et reste nue. Elle peut être bruyante, et émettre des demandes claires, utilise les objets et le matériel, comme la douche ou le lit, comme ça l'arrange. La femme est au centre du soin, elle en est l'actrice principale. Les théories neuro-hormonales autour du travail et de l'accouchement (notamment l'existence d'une balance catécholamines/endorphines) peuvent être un des facteurs de l'impact du lieu sur l'avancée du travail et l'issue de la naissance. Une femme stressée, inconfortable, va sécréter plus de catécholamines, hormones du stress antagonistes des hormones nécessaires au processus de la naissance. A l'inverse, une femme détendue, qui se sent chez elle, va sécréter plus d'endorphines et d'ocytocine qui peuvent favoriser son travail (53). Ces observations ont été faites sur un nombre restreint de patientes, et ne sont donc pas généralisables ou extrapolables mais donnent quelques éléments de réflexion pour réfléchir à la conception d'une maison de naissance.

L'autre élément caractéristique des maisons de naissance est relatif à la prise en considération prioritaire de la dimension physiologique de la naissance(25). Dans cette optique, le suivi une femme/une sage-femme semble indissociable d'un accompagnement en maison de naissance. Une revue de la Cochrane, qui date déjà de 2003, étudiait l'impact d'un soutien continu pendant le travail et l'accouchement(54). Elle concluait que ce soutien permet de réduire le recours à une analgésie médicamenteuse, et augmente la satisfaction des patientes et la probabilité que l'accouchement se déroule spontanément par voie basse sans augmenter les risques. Ce soutien peut consister en un soutien émotionnel, de l'information ou essayer d'apporter du confort à la patiente. C'est justement ce que D.Nadel définit comme accompagner : « accompagner, c'est se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui, ce n'est pas le précéder ou lui indiquer la route, mais rester à ses côtés et marcher au rythme de ses pas »(5).

Un autre point de la dimension physiologique de la naissance est la préparation à l'accouchement, qui semble primordiale pour pouvoir envisager un accouchement physiologique avec le moins d'interventions médicales possibles. Les témoignages de deux sages-femmes qui ont pratiqué l'accompagnement global pendant de nombreuses années apportent un éclairage sur ce que cette préparation peut apporter. Par exemple, F.Dauphin dit « Je persiste à penser que l'on peut éviter la péridurale en agissant préalablement sur la peur et en réduisant la douleur. (6)» Dans ce témoignage, c'est le « préalablement » qui prend toute son importance, agir sur les peurs avant le jour de l'accouchement nécessite d'avoir travaillé sur le sujet : « On n'insistera jamais assez sur l'importance du dialogue. Encore faut-il prendre son temps car l'échange réclame du temps.(6) ». Une autre sage-femme, D.Nadel décrit ses séances de préparation comme suit : « Les

séances ont pour objectif de rendre aux femmes cette part d'elles-mêmes, oubliées pour certaines, de leur compétence et de leur puissance, de leur intuition voire de leur instinct – n'en déplaise à madame Badinter - , de la confiance en leur corps, en les valorisant, en les écoutant, en partageant avec elles mon expérience de femme, de mère et de sage-femme. Elles ont aussi pour objet de cheminer ensemble sur le sens de la douleur, de trouver les ressources présentes en chacune pour s'adapter aux contractions avec des outils adaptés ; l'eau chaude, le souffle, la voix, la déambulation, les massages, les remèdes divers tirés de la trousse de la sage-femme, ou de la femme elle-même, le respect du rythme de chacune.(5) »

Et si l'accompagnement de l'accouchement physiologique est défendu par un certain nombre de sages-femmes, c'est aussi pour cette notion difficilement traduisible d'«*empowerment* » qu'il apporte à la femme, ce qui lui permet de s'autonomiser, de prendre confiance dans ses propres capacités et de se sentir plus forte d'avoir surmonté cette épreuve. Ceci contribue à son accomplissement personnel et a aussi des effets bénéfiques à plus long terme, puisque cette expérience positive lui permettra également de renforcer ses capacités maternelles et donc de s'occuper de son bébé(47).

L'intérêt d'une maison de naissance est d'offrir une alternative supplémentaire aux patientes : un accompagnement global dans un lieu sécurisant et familier, avec un travail en réseau avec l'hôpital affilié. Mais quelles patientes peuvent être intéressées par ce type de suivi ? Des patientes qui avaient choisi d'accoucher en maison de naissance au Canada ont donné les éléments suivants pour expliquer les raisons de leur choix et le sens qu'avait eu cette expérience pour elles (55) :

- la qualité des relations, avec la sage-femme (une relation de confiance, d'égal à égal) et avec le partenaire, permettant à la femme de se sentir en sécurité
- être active dans la décision, se sentir émancipée par le fait de pouvoir choisir
- l'expression d'une idéologie personnelle : le corps est fait pour accoucher
- cette décision était mûrement réfléchie, après avoir pris le temps de comparer le rapport bénéfice/risque des différentes options
- le fait de remplir les critères d'inclusion leur donnait un sentiment de sécurité
- la « psychologie de l'espace », le fait de se sentir confortable dans un lieu familier était un élément déterminant qui leur apportait également un sentiment de sécurité

Les patientes qui avaient envisagé un accouchement à domicile mais finalement opté pour la maison de naissance justifiaient ce choix en partie pour des raisons logistiques (pas de nettoyage de leur maison, pas d'interférence de voisins ou d'enfants plus grands).

On s'aperçoit qu'un certain nombre de critères du choix de la maison de naissance sont similaires à ceux d'un accouchement à domicile : les patientes recherchent une relation de qualité avec une sage-femme, qui leur permettent de prendre des décisions en toute autonomie tout en examinant les risques possibles. Elles choisissent d'accoucher dans un lieu familier et confortable. La différence résiderait alors dans la sensation de sécurité que semble leur offrir la maison de naissance (55). Toutefois, est-ce que les femmes considèrent la sécurité comme un critère de choix parce qu'elles craignent la réaction de leur entourage et de la société et qu'elles devront défendre leur choix d'une naissance non-hospitalière, ou est-ce qu'elles se basent sur des risques obstétricaux réels et prouvés ? (56) De plus, pour faire un choix du lieu de naissance, encore

faut-il être conscient des options qui s'offrent à la parturiente : dans un certain nombre de cas, les femmes pensent qu'il n'existe que l'hôpital comme lieu d'accouchement et font ce choix « par défaut » et manque d'information. Enfin, il est important de considérer la maison de naissance comme une alternative supplémentaire et pas comme une réponse universelle : « ce ne sont pas toutes les femmes qui sont ouvertes à tous les lieux de naissance »(56).

5.2.5 ...sans oublier le bébé

Enfin, le grand oublié de nos entretiens est le patient invisible, mais bien présent, qu'est le bébé. Dans les rares cas où il était évoqué, on parlait de risque et de décès, mais jamais de son vécu de l'accouchement, de son avenir et de son bien-être futur à la lumière de sa naissance. On voyait une fois de plus les risques possibles, mais pas les avantages que pouvait représenter pour le bébé une naissance en maison de naissance. Pourtant il existe une «question plus fondamentale de la dimension familiale de la naissance. L'accueil du nouveau-né est devenu une préoccupation centrale des couples, car c'est désormais par l'enfant que la famille se crée » (25). Une seule fois, une sage-femme évoque sa croyance que notre naissance peut déterminer notre vie. Cette conviction est partagée par les sages-femmes qui pratiquent les accouchement à domicile dans les pays nordiques qui sont persuadées que : « la façon dont un être humain vient au monde va affecter la vie de cette personne »(47). Les recherches en santé primale entreprises par M.Odent tendent effectivement à établir des corrélations entre l'environnement de la naissance et la santé physique, psychique et affective de l'être humain en devenir(57).

Dans nos entretiens, l'enfant n'est pas individualisé, il est évident qu'il est là (il fait partie de la mère) mais à force de ne pas l'évoquer, il semble absent. La maison de naissance semble donc se structurer exclusivement autour de la mère et du couple, du vécu de la femme et

de son corps, mais pas autour du bébé. Alors, est-ce que la maison de naissance peut devenir aussi un lieu d'accueil pour les bébés ? Ne serait-ce pas un élément important à prendre en compte dans leur conception future ?

Si c'était le cas, la maison de naissance pourrait alors participer, dans une modeste mesure, à « faire évoluer les pratiques qui accompagnent le début de la vie, à considérer le bébé comme un être de parole dès sa conception, à se convaincre qu'il est de notre responsabilité de fournir aux petits d'hommes des conditions plus favorables à leur humanisation. Il y va de la fragilité des adolescents, trop souvent enfermés dans la violence et l'addiction, de l'équilibre de la société, en prise avec la dépression, et pour finir de notre capacité à vivre ensemble. »(58)

6 CONCLUSION

A la question de savoir s'il est envisageable d'implanter une maison de naissance à Romans-sur-Isère, les témoignages des sages-femmes laissent entendre que cette maison de naissance pourrait combler un manque, ou en tout cas fournir une alternative supplémentaire qu'elles estiment bénéfique pour leurs patientes.

Mais les obstacles ne manquent pas. La question du risque, prépondérante, semble freiner un certain nombre de sages-femmes. Elles reconnaissent cependant qu'il existe aussi d'autres risques lors d'un accouchement à l'hôpital, et que s'il n'est pas question de « démedicalisation » de la naissance, une « détechnicisation » pourrait, elle, être bénéfique. Mais même si la maison de naissance représente finalement une alternative plutôt rassurante, surtout comparée à l'accouchement à domicile, leur besoin de sécurité semble primordial. Cependant, les critères pour le combler peuvent être très diverses d'une sage-femme à l'autre, ce qui peut entraver la création d'une équipe. La problématique de la rémunération est, elle, directement liée à la valorisation de la sage-femme libérale et à la reconnaissance du travail qu'elle effectue, que ce soit par les patientes ou par les autres professionnels de santé. Ainsi, si le statut en maison de naissance de la sage-femme est potentiellement valorisant, une reconnaissance financière adéquate sera indispensable pour officialiser ce statut. Enfin, la disponibilité nécessaire pour pratiquer l'accompagnement global semble représenter une contrainte majeure, voire rédhibitoire, pour la majorité des sages-femmes. Toutefois, la mise en place d'un réseau efficace et d'un travail en collectif pourrait permettre de surmonter cet obstacle, d'autant plus que les sages-femmes semblent convaincues qu'une prise en charge globale en maison de naissance peut apporter quelque chose de plus à leurs patientes, du moins si on arrive à créer et préserver une cohérence

globale de soin dans une équipe travaillant au sein d'un réseau de professionnels de santé respectueux les uns des autres et communiquant efficacement.

Dans notre discussion, nous avons pu apporter un certain nombre d'éléments de réponses aux interrogations laissées en suspens par les sages-femmes, comme par exemple la présence constatée de la sécurité, tant pour les professionnels que pour les patients, dans ces structures dans les pays où elles sont déjà implantées. De même, nous avons pu confirmer certains points positifs relatifs à l'accompagnement en maison de naissance qu'elles avaient également identifiés. Un des deux plus importants est l'accompagnement global par une sage-femme, qu'on peut traduire aussi par une femme/une sage-femme, et dans lequel la sage-femme prend en considération prioritaire la dimension physiologique de la naissance. Ce type de suivi, qui associe aussi une préparation à l'accouchement spécifique, semble associé à un meilleur vécu de l'accouchement par la parturiente, et à un moindre recours à la médicalisation, tout en permettant à la patiente de prendre confiance en elle et en ses capacités maternelles. Le deuxième point caractéristique des maisons de naissance est le cadre émotionnellement sécurisant qu'elles apportent et qui contribue à la fois à l'avancée du travail et au bien-être de la patiente. Alors, la maison de naissance semble représenter un élargissement prometteur de l'offre de soin qui pourrait convenir à certaines patientes. Elle leur permettrait de bénéficier d'un accompagnement global dans un cadre rassurant, qui leur apporte en plus de la sécurité. Cependant, nous avons noté que la maison de naissance se structure actuellement uniquement autour de la mère, voire du couple, et de la sage-femme, mais que le bébé semble absent de toutes ces considérations.

Aucun frein majeur ne semble donc singulariser le territoire de Romans-sur-Isère, ce qui permet de penser qu'une fois les différents obstacles levés, la création d'une maison de

naissance serait un projet possible du côté des sages-femmes. Cependant, il est encore difficile d'identifier pour l'instant quelles sages-femmes se motiveraient pour créer une équipe, et quelle philosophie et éthique de travail globales les animera, et dont dépendra certainement en partie l'orientation de la maison de naissance. Si l'intérêt est présent, il ne se traduit pas encore dans une mise en actions, même préliminaires. La question de la pérennité financière de cette structure sera également probablement un point crucial, qui reste pour l'instant en attente des résultats de l'évaluation de l'expérimentation des maisons de naissance. Notre travail pourrait représenter alors la première étape de la réflexion sur la mise en place de ce projet, ou tout du moins une étape préalable de communication sur le sujet auprès des sages-femmes libérales, qu'il sera alors peut-être plus facile de mobiliser par la suite.

Enfin, si nous avons cherché à identifier l'intérêt de la patientèle des sages-femmes interrogées pour une maison de naissance à Romans-sur-Isère par le prisme des sages-femmes, il semble nécessaire de vérifier la concordance entre ce que pensent et désirent réellement les femmes et ce que les sages-femmes s'imaginent à ce sujet. De la même façon, il faudrait recueillir la position de l'autre versant du réseau, à savoir l'hôpital et ses praticiens, qu'il soient gynécologues-obstétriciens ou sages-femmes. Ainsi, la maison de naissance pourrait s'intégrer dans le territoire de santé, créer du lien entre tous les acteurs concernés, et même ceux qui ne le sont pas encore mais qu'il conviendrait d'inclure dans la réflexion, à savoir les bébés, et se présenter comme une alternative supplémentaire, ou pour le dire autrement : « La maison de naissance est un pont entre la maison et l'hôpital, le chaînon manquant ! »(5)

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Cour des Comptes. Rapport sur la Sécurité Sociale [Internet]. 2011 [cited 2018 Feb 17]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000546.pdf>
2. Favennec Y. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par le sénat, autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Assemblée Nationale; 2013 Nov.
3. CIANE. Expérimentation des maisons de naissance en France : un premier pas. [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 22]. Available from: <http://ciane.net/2013/12/experimentation-des-maisons-de-naissance-en-france-un-premier-pas/>
4. Odent M. L'humanité survivra-t-elle à la médecine ? Le Hêtre Myriadis; 2016. 170 p.
5. Nadel D. Quelle naissance aujourd'hui pour quelle société demain ? Parcours d'une sage-femme engagée. Yves Michel. 2015. 272 p. (Société Civile).
6. Dauphin F, Labayle D. Mieux accoucher, c'est possible ! Pour en finir avec "Accouche et tais-toi !" Synchronique Editions. 2018. 144 p.
7. Frydman R. Violences gynécologiques ou obstétricales : mythe ou réalité ? [Internet]. Matières à penser avec René Frydman. Paris: France Culture; 2018 [cited 2018 Feb 18]. Available from: www.franceculture.fr/emissions/matieres-a-penser-avec-rene-frydman/violences-gynecologiques-ou-obstetricales-mythe-ou-realite
8. Durand A-A, Motet L. Césarienne, épisiotomie... enquête sur la médicalisation de l'accouchement en France. Le Monde [Internet]. 2018 Jan 31; Available from: www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/31/cesarienne-peridurale-episiotomie-enquete-sur-la-medicalisation-de-l-accouchement-en-france_5249521_4355770.html
9. HAS - Service des Bonnes pratiques professionnelles. Recommandations pour la pratique clinique - Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. 2017. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
10. Charrier P, Clavandier G. Sociologie de la naissance. Armand Colin. 2013. 272 p. (U Sociologie).
11. Schwartz S. Maisons de naissance en France : Phase expérimentale 2016-2021 [Internet]. Diaporama presented at: Réseau de Santé de Champagne Ardennes; 2016 May. Available from: http://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/6-2016-05-20-schwartz-maison_de_naissance_reseau_ch_ard.pdf

12. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;(8):CD000012.
13. Stapleton SR, Osborne C, Illuzzi J. Outcomes of care in birth centers: demonstration of a durable model. *J Midwifery Womens Health*. 2013 Feb;58(1):3–14.
14. Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, et al. 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:d7400.
15. HAS - Service des bonnes pratiques professionnelles. Cahier des charges de l'expérimentation des Maisons de naissance [Internet]. 2014. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1763595
16. ARS. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie - Lexique des parcours de A à Z [Internet]. Jan, 2016. Available from: https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2016-01-11_lexique_VF_0.pdf
17. Touraine M. Dossier de Presse-Loi de modernisation de notre système de santé. Jan 28, 2016.
18. Aubin-Auger I, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2008;19(84):142–5.
19. De Labrusse C. Méthodes de recherche qualitatives. Cours presented at; 2016; Haute Ecole de Santé du Canton de Vaud-Lausanne.
20. Baribeau C, Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Rev Sci L'éducation*. 38(1):23–45.
21. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). 98-900 Oct 9, 1998.
22. Carricaburu D. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. *Sociol Trav*. 2005 Apr 1;47(2):245–62.
23. ANSFL. Assurance AAD, le combat se poursuit [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 15]. Available from: <https://ansfl.org/actualites/assurance-aad-le-combat-se-poursuit/>
24. HAS - Service des Bonnes pratiques professionnelles. Suivi des femmes enceintes - Recommandations MAJ mai 2016 [Internet]. 2016 May [cited 2018 Apr 5]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_605115

25. Charrier P. Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance. *Rech Fam.* 2015;12:71–83.
26. Code de la Sécurité Sociale. Article L162-22-13 [Internet]. Code de la sécurité sociale Jan 17, 2018. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000020892241&dateTexte=>
27. Association Doumaïa. Maison de naissance Doumaïa, Castres – ouverture automne 2016 [Internet]. <http://doumaia.fr/>. [cited 2018 Apr 20]. Available from: <http://doumaia.fr/>
28. PHAM. Premières Heures Au Monde – Maison de naissance de Bourgoin Jailleu [Internet]. Premières heures au Monde - maison de naissance. [cited 2018 Apr 20]. Available from: <http://mdnpham.fr/>
29. CALM. CALM - Maison de Naissance : Présentation et configuration d’une association militante [Internet]. Comme à la Maison - Maison de Naissance Paris. [cited 2018 Apr 20]. Available from: <http://www.mdncalm.org/presentation-et-configuration-dune-association-militante/>
30. Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique. *BBF - Bull Bibl Fr* [Internet]. 2006 Nov [cited 2018 Apr 23];Tome 51(6). Available from: <http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>
31. Régnier J-C. L’enquête par l’entretien et quelques biais possibles [Internet]. Master 1 des Sciences de l’Education; 2015 2016. Available from: jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf
32. Carricaburu D. De l’incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d’une définition. *Sociol Sociétés.* 2007;39(1):123–44.
33. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *J Midwifery Womens Health.* 2014 Feb;59(1):17–27.
34. Elder HR, Alio AP, Fisher SG. Investigating the debate of home birth safety: A critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes. *Jpn J Nurs Sci JJNS.* 2016 Jul;13(3):297–308.
35. Cohain J. The dangers of planned hospital births. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2018 Apr 25]. Available from: <https://sci-hub.hk/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20572620>
36. Jackson M, Dahlen H, Schmied V. Birthing outside the system: perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths. *Midwifery.* 2012 Oct;28(5):561–7.
37. van der Kooy J, de Graaf JP, Birnie DE, Denktas S, Steegers EAP, Bonsel GJ. Different

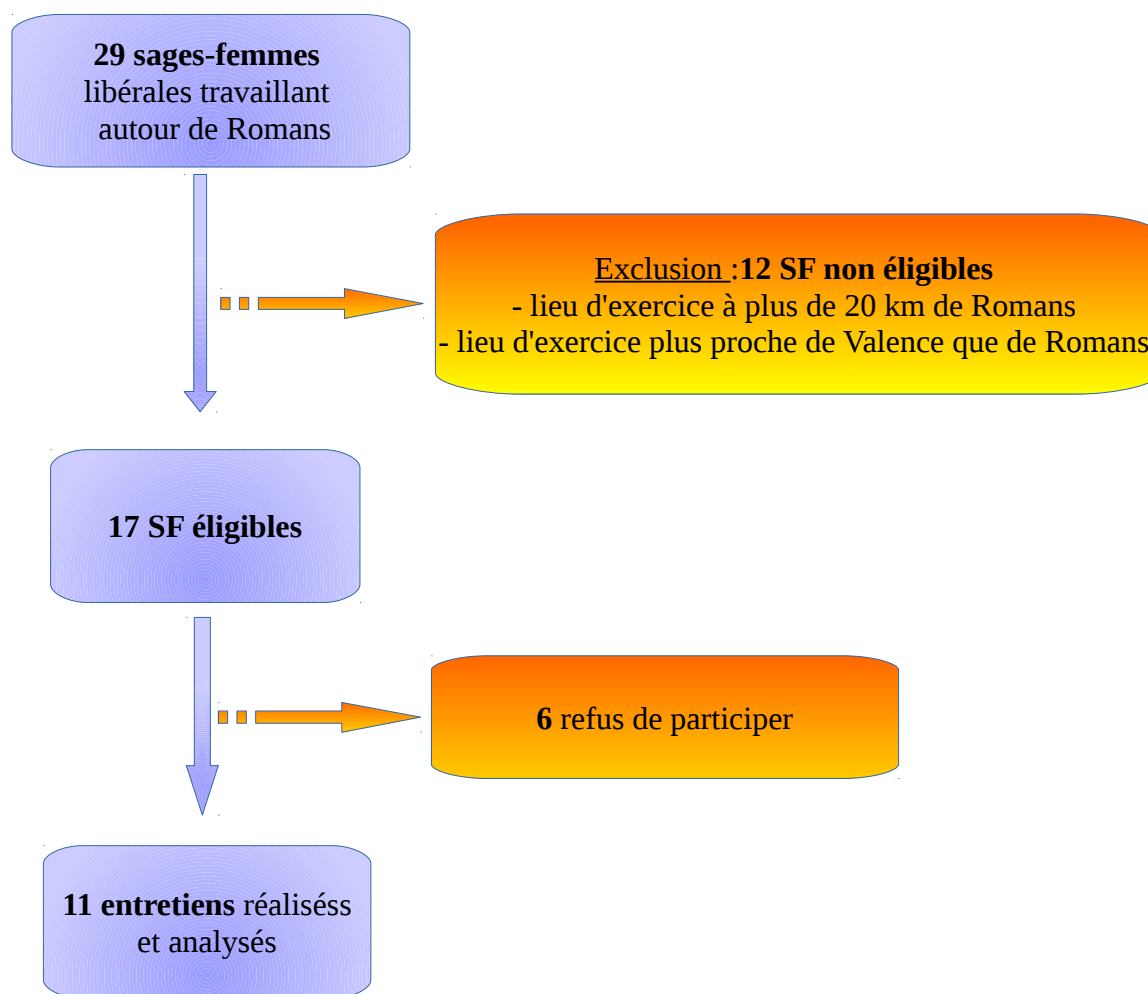
settings of place of midwife-led birth: evaluation of a midwife-led birth centre. SpringerPlus. 2016;5(1):786.

38. Hollowell J, Li Y, Bunch K, Brocklehurst P. A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: secondary analysis of “low risk” births in the birthplace in England cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 21;17(1):95.
39. Toohill J, Turkstra E, Gamble J, Scuffham PA. A non-randomised trial investigating the cost-effectiveness of Midwifery Group Practice compared with standard maternity care arrangements in one Australian hospital. *Midwifery*. 2012 Dec;28(6):e874-879.
40. Schroeder L, Patel N, Keeler M, Rocca-Ihenacho L, Macfarlane AJ. The economic costs of intrapartum care in Tower Hamlets: A comparison between the cost of birth in a freestanding midwifery unit and hospital for women at low risk of obstetric complications. *Midwifery*. 2017 Feb;45:28–35.
41. Bernitz S, Aas E, Øian P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. *Midwifery*. 2012 Oct;28(5):591–9.
42. La Dépêche, S.F. Les sages-femmes opérationnelles à la maison de naissance Doumaïa [Internet]. www.ladepêche.fr. 2017 [cited 2018 Apr 16]. Available from: <https://www.ladepêche.fr/article/2017/03/26/2543882-les-sages-femmes-operationnelles-a-la-maison-de-naissance-doumaia.html>
43. CIANE. Modélisation des coûts de fonctionnement d’une Maison de Naissance. CIANE; 2007 Feb.
44. Homer CS. Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. *Med J Aust*. 2016 Oct 17;205(8):370–4.
45. Woo VG, Milstein A, Platchek T. Hospital-Affiliated Outpatient Birth Centers: A Possible Model for Helping to Achieve the Triple Aim in Obstetrics. *JAMA*. 2016 Oct 11;316(14):1441–2.
46. Thomas C. L’accompagnement global par les sages-femmes. Démédicaliser la naissance, pour une autre gestion du risque. *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé* [Internet]. 2017 Nov 17 [cited 2018 Feb 6];(15). Available from: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2729>
47. Sjöblom I, Lundgren I, Idvall E, Lindgren H. Being a homebirth midwife in the Nordic countries - a phenomenological study. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives*. 2015 Oct;6(3):126–31.
48. Davis DL, Homer CSE. Birthplace as the midwife’s work place: How does place of birth

- impact on midwives? *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2016 Oct;29(5):407–15.
49. Behruzi R, Klam S, Dehertog M, Jimenez V, Hatem M. Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: a case study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jun 26;17(1):200.
 50. Stevens JR, Witmer TL, Grant RL, Cammarano DJ. Description of a successful collaborative birth center practice among midwives and an obstetrician. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2012 Sep;39(3):347–57.
 51. Avery MD, Montgomery O, Brandl-Salutz E. Essential components of successful collaborative maternity care models: the ACOG-ACNM project. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2012 Sep;39(3):423–34.
 52. Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. *J Midwifery Womens Health*. 2010 Jun;55(3):250–4.
 53. Mondy T, Fenwick J, Leap N, Foureur M. How domesticity dictates behaviour in the birth space: Lessons for designing birth environments in institutions wanting to promote a positive experience of birth. *Midwifery*. 2016 Dec;43:37–47.
 54. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3):CD003766.
 55. Wood RJ, Mignone J, Heaman MI, Robinson KJ, Roger KS. Choosing an out-of-hospital birth centre: Exploring women’s decision-making experiences. *Midwifery*. 2016 Aug;39:12–9.
 56. Coxon K, Chisholm A, Malouf R, Rowe R, Hollowell J. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a “best fit” framework approach. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 31;17(1):103.
 57. Odent M. *La naissance et l’évolution d’Homo sapiens*. Myriadis. 2014. 155 p.
 58. Szejter M. *Si les bébés pouvaient parler*. Bayard. 2011. 187 p. (La cause des bébés).

8 ANNEXES

8.1 Annexe 1 : Flow chart (schéma de l'étude)



8.2 Annexe 2 : Tableau anonymisé des distances entre le cabinet de la sage-femme libérale et les maternités de Romans-sur-Isère et Valence

	Distance avec hôpital de Romans-sur-Isère	Distance avec hôpital de Valence
SF A	3 km	24 km
SF B	3 km	24 km
SF C	3 km	24 km
SF D	3 km	24 km
SF E	3 km	24 km
SF F	3 km	24 km
SF G	3 km	24 km
SF H	3,5 km	23 km
SF I	4,5 km	28 km
SF J	8 km	34 km
SF K	11 km	38 km
SF L	12 km	34 km
SF M	12 km	34 km
SF N	15 km	17 km
SF P	15 km	17 km
SF Q	17 km	11 km
SF R	17 km	11 km
SF S	17 km	28 km
SF T	19 km	21 km
SF U	19 km	6 km
SF V	24 km	43 km
SF W	24 km	41 km
SF X	26 km	44 km
SF Y	28 km	46 km
SF Z	28 km	46 km
SF AA	28 km	46 km
SF AB	28 km	46 km
SF AC	30 km	41 km
SF AD	39 km	59 km



Sage-femme remplissant les critères d'inclusion



Sage-femme ne remplissant pas les critères d'inclusion

8.3 Annexe 3 : Lettre de demande d'entretien

Audrey GOHIER

Adresse

VILLE

Téléphone

Adresse mail

Date

Objet : Demande d'entretien pour un mémoire sage-femme sur les Maisons de Naissance

Madame,

Actuellement étudiante en fin de quatrième année à l'Ecole de Sage-Femme de Grenoble, je réalise un mémoire dont le thème est les Maisons de Naissance. Dans ce cadre, je souhaite réaliser des entretiens auprès des sages-femmes libérales exerçant autour de la maternité de Romans-sur-Isère.

Je prends donc contact avec vous pour solliciter un entretien. Je sais que votre temps est précieux en activité libérale et m'engage à ne prendre qu'une heure de votre temps. Notre entretien sera enregistré et totalement anonymisé pour pouvoir par la suite être retranscrit à fin d'être analysé. Il sera ensuite détruit.

Je souhaiterais savoir si vous seriez disponible pour me recevoir entre le 23 août et le 8 octobre afin de recueillir votre témoignage, essentiel à la réalisation de ce mémoire.

Je suis à votre disposition pour convenir d'une date par mail ou par téléphone, ou je me permettrai de vous contacter moi-même par téléphone dans les prochains jours.

Vous remerciant par avance de votre coopération et de l'attention que vous porterez à ma demande,

Cordialement,

Audrey Gohier

8.4 Annexe 4 : Guide d'entretien

Question d'amorce = **Pouvez vous vous présenter et me parler de votre pratique ? Avez-vous travaillé dans une structure se rapprochant, d'une façon ou d'une autre, d'une maison de naissance ? Avez-vous des patientes qui vous ont demandé un suivi s'y apparentant ?**

I – Intérêt pour ce mode d'exercice

1) Motivation/intérêt pour ce projet

- Pensez-vous que vos patientes pourraient être intéressées par un suivi de ce type ? Si vous avez eu des demandes, pouvez-vous me les décrire ?
- Qu'est-ce qui vous intéresserait dans ce type de structure ? Votre motivation ? Votre intérêt à vous ?

2) Freins

- Qu'est-ce qui vous retient de répondre à des demandes de suivi d'accompagnement global ?
- Si vous n'êtes pas intéressée, quels sont les obstacles principaux ?
- Avez-vous des suggestions pour les dépasser ?

3) Réseau

- Connaissez-vous des collègues qui seraient intéressées ? Qu'est-ce qui vous fait penser qu'elles pourraient l'être ?

4) En pratique que feriez-vous pour le mettre en œuvre ?

- Quel seraient les démarches indispensables que vous imaginez nécessaire à la création d'une maison de naissance ?
- Quels moyens avez-vous à votre disposition ? Des ressources ?
- Quelle étape ne devrait surtout pas être négligée ?

II – Réseau professionnel

1) Quels sont les professionnels constituant votre réseau professionnel ? Quel réseau pourriez-vous potentiellement mobiliser ?

- A qui vous adressez-vous quand vous avez besoin d'un avis professionnel ou que vous vous trouvez en difficulté ? A qui référez-vous vos patientes ?
- A quelle distance de votre lieu d'exercice se trouve votre collègue la plus proche ?
- Comment avez-vous rencontré les professionnels de votre réseau ?
- Comment êtes-vous en contact ?

2) Quelle est votre position par rapport au collectif ?

- Serait-il plus facile d'imaginer travailler en maison de naissance si un collectif de sages-femmes ou d'usagers se constituait ?

3) Si une de vos collègues vous sollicitait, que répondriez-vous ?

Si la demande de travailler en maison de naissance venait d'une de vos collègues impliquées, quelle serait votre réponse ?

III – Représentation personnelle du fonctionnement d'une maison de naissance :

1) Lieu et locaux d'une maison de naissance

- Où peuvent se situer les locaux d'une maison de naissance ? Y a t il des contraintes à respecter ? Cadre, décor ?

2) Personnel y travaillant et Organisation du travail

- Qui peut travailler en maison de naissance ?
- Quelle organisation du travail est possible ? Y a t il des contraintes obligatoires ?

3) Type de suivi proposé

- Quel type de suivi est proposé aux femmes enceintes qui y viennent ? Comment s'organise-t-il ?

4) Patientes suivies

- Quelles patientes peuvent être suivies en maison de naissance ? Y a t il des critères d'exclusion ? Primordiaux ? Discriminants ? Lesquels on peut discuter ? Lesquelles sont éligibles ? Pour vous la patiente idéale c'est qui ?

5) Moyens à disposition

- Quel matériel et moyens médicaux sont et doivent être mis à disposition des SF qui y travaillent ? A quoi ont-elles accès ou pas ?
- Quel financement est prévu pour le budget de la maison de naissance ?

IV – Caractéristiques générales

1) Caractéristiques socio-professionnels

- Où avez-vous étudié et quelle est votre l'année d'obtention de votre diplôme ?
- Avez-vous travaillé à l'hôpital après votre sortie de l'école ? Si oui, combien de temps ?
- En quelle année vous êtes-vous installée en libéral ?
- Qu'est-ce qui a motivé votre décision de vous installer en libéral ?
- Quel type de suivi et de services proposez-vous aux femmes enceintes ?

2) Caractéristiques personnels

- Quelle est votre année de naissance ?
- Êtes-vous en couple ? Si oui, quelle est la profession de votre conjoint ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien et de quel âge ? Qui s'en occupe quand vous travaillez ?
- A quelle distance de votre lieu d'exercice se trouve votre domicile ?

8.5 Annexe 5 : Extraits d'entretiens

Pour garder l'anonymat des sages-femmes, je ne donne volontairement pas de détails sur leur âge, pratique, nombre d'années d'expérience. L'entretien est découpé en questions/relances (identifiés par [>Etudiante]) et réponses de la sage-femme (identifiées par [>SF]), qui sont à chaque fois numérotés, ce qui permettait de les situer chronologiquement dans l'entretien et de les retrouver facilement à l'analyse.

8.5.1 Extrait d'entretien avec la SF1

[>Etudiante]42: Et au niveau de [*nom d'un pôle physiologique intra-hospitalier dans lequel la sage-femme travaillait et qui fonctionnait selon le principe d'une maison de naissance*], qu'est-ce que vous diriez qu'étaient les points forts ou les points faibles du fonctionnement ?

[>SF]42: Les points forts, c'est que la patiente se sent en confiance, elle connaît la sage-femme sur qui elle tombe quand..., elle l'a déjà vue, son projet... En plus c'est du one-to-one du coup, on revenait juste pour elle.

[>Etudiante]43: Elle avait une sage-femme.

[>SF]43: Une sage-femme, on restait avec elle de A à Z, on l'accompagnait dans son travail sans prendre la place du papa etc... Mais du coup je trouve que ça aide plus... Pour des patientes qui veulent accoucher vraiment naturellement sans péridurale, le fait d'avoir quelqu'un...en présence continue pour aider à un moment donné quand la douleur devient un peu difficile, mais juste pour être là, tu peux essayer de faire ça, tout discrètement, je pense que ça aide finalement à gérer la douleur et à passer un peu au-dessus, que quand on est désolée, je suis désolée mais j'ai mon autre patiente qui me sonne, je dois y aller.

[>Etudiante]44: Ça coupe la relation.

[>SF]44: Ça coupe la relation et puis elles se sentent... elles sont perdues. Du coup elles craquent plus facilement pour la péridurale. J'ai remarqué, que même pour les premiers bébés des patientes [*nom de la structure*], il y en avait beaucoup qui arrivaient à tenir, pas toutes, il y en a qui craquent et elles ont le droit de craquer, mais je pense qu'il y en a beaucoup qui auraient craqué si on n'avait pas été là en continu.

[>Etudiante]45: C'était cet accompagnement global avec une sage-femme qui leur permettait de mener le projet qui leur correspondait le mieux.

[>SF]45 : Oui.

[>Etudiante]46: Et en points plus négatifs ou difficiles ?

[>SF]46: Après, je trouve que... c'est au niveau de la vie privée, c'est...

[>Etudiante]47: Très prenant ?

[>SF]47: C'est prenant, on a peut-être 2 jours de congé, et sur ce jour de congé on est de garde. Si on n'est pas appelé, tant mieux mais si on est appelé... C'est prenant.

[>Etudiante]48: Même à 5 sages-femmes, c'était quand même en terme de disponibilités ?

[>SF]48: Oui. Du coup, on couvrait pas les week end. Donc si c'était le week end, soit il y avait une des sages-femmes qui travaillait, en sachant qu'on fait un week-end sur 2, donc.. Mais il y avait moins cet accompagnement one-to-one parce que s'il y avait une autre patiente en même temps, on ne peut pas non plus dire aux collègues, bah non tu prends une patiente en plus parce que moi j'ai ma patiente [*nom de la structure*]. Après c'était les débuts aussi, à voir si ça continue à avoir plus de demandes et faire entrer plus de filles dans le roulement.

[>Etudiante]49: Et qu'est-ce qui vous a fait arrêter pour le coup ?

[>SF]49: Alors moi j'ai arrêté, j'ai fait une pause carrière à l'hôpital, en fait, d'un an pour venir essayer le libéral et voir si ça me plaisait, me rapprocher de la famille. Je trouvais ça hyper chouette mais c'était pas non plus un travail exclusif finalement et je trouve que c'est chouette de suivre les patientes de A à Z donc je me dis pourquoi pas essayer le libéral et faire les accouchements en plateau technique ou... En test... Enfin je fais pas les accouchements en plateau technique... Donc pendant un an essayer...voir...

[>Etudiante]50: Du libéral et puis voir comment ça se passe. Et pour l'instant, le libéral ?

[>SF]50: Euh.. c'est pas évident quand même... c'est pas évident de se faire connaître, je trouve. Je trouve que ça demande énormément de temps. Je trouve que, c'est toujours pareil, mais je trouve qu'on n'est pas payé à notre juste valeur et qu'il y a plein de frais en libéral. Je discutais à midi avec une copine qui a fait ses études avec moi, qui a bossé avec moi à l'hôpital et qui a démissionné là, au mois de mai pour vivre avec son copain sur Grenoble. Elle faisait des remplacements, et puis elle fait un remplacement à Voiron à temps plein. Elle me dit, purée, j'ai été payée une misère. Après c'est partout pareil mais c'est vrai que...

8.5.2 Extrait d'entretien avec la SF4

[>Etudiante]21: Il n'y a pas d'organisation...

[>SF]21: Aucune!

[>Etudiante]22: Pas de communication...

[>SF]22: Aucune !

[>Etudiante]23: ...entre les sages-femmes.

[>SF]23: Aucune. Voilà. Alors... ton projet... enfin ton idée de mémoire me plaît, mais franchement, vu l'état d'esprit au jour d'aujourd'hui, d'abord entre les sages-femmes libérales et ensuite vu l'état d'esprit de l'hôpital, je ne conçois pas, carrément, qu'une maison de naissance soit réalisable.

[>Etudiante]24: Parce que pour qu'elle fonctionne, il faut qu'il y ait un réseau autour ?..

[>SF]24: Tout simplement !

[>Etudiante]25: ...qui existe.

[>SF]25: Il faut qu'il y ait un réseau, il faut qu'il y ait de la communication, il faut qu'il y ait de l'entente et il faut qu'il y ait des gens qui aillent exactement dans le même sens ! [nom d'une SF] a été la deuxième sage-femme à s'installer sur [ville 1]. La première qui a été seule et unique pendant des années et des années, sur [ville 1] j'entends, c'était [nom d'une SF] qui a pris sa retraite en juillet 2016. Quand [nom d'une SF] a commencé à s'installer, moi je travaillais toujours à l'hôpital, donc on avait des contacts régulièrement au téléphone justement pour les sorties précoces, le PRADO commençait plus ou moins à se mettre en place, et [nom de la SF] avait essayé d'installer un petit système, on va dire, il y avait [nom d'une autre SF] et... comment elle s'appelle, [autre SF] aussi qui étaient parties de l'hôpital et qui s'était installée donc elles commençaient à être un petit nombre, et elle avait ... elle essayait d'installer une espèce de petite... au moins astreinte téléphonique par téléphone pour les samedi, les dimanche, les jours fériés, en particulier pour ces sorties précoces et tout. Ça a marché... allez je veux pas être méchante, on va peut-être dire 2 petites années ? Mais au bout de deux petites années, elle a lâché prise. Pourquoi ? Parce que c'était toujours la même qui avait le téléphone ! Parce que... parce que là il y avait des enfants, parce que là on n'était pas là, parce que là ça nous arrangeait pas, parce que ceci, parce que cela, donc tous les samedi ou les dimanches où je pouvais travailler, quand je téléphonais, je tombais toujours sur la même personne. Bah, je comprends qu'au bout d'un moment, tu lâches le morceau et puis tu te dises : bon, bah stop quoi ! Voilà ! Et depuis, donc ça va faire maintenant plus de 10 ans que [nom d'une SF] s'est installée, il n'y a plus jamais eu de remise on va dire "en réseau", tu vois. On aurait pu, parce que bon on commence maintenant à être un nombre relativement intéressant, on doit être 7, 8, 9 je sais plus, un truc comme ça. Y a pas, y a pas.

(...)

[>SF]29 : Donc je... je vois mal comment... comment ça pourrait fonctionner. Et puis, et puis là aussi je suis un peu garce mais ça fait rien, il faut des gens motivés. Et franchement la motivation, pfuu, voilà, c'est pas rien ! Il faut qu'il y ait au minimum 2 sages-femmes, on va dire, d'astreinte 24/24, deux qui vont fonctionner la main dans la main, en sachant que... voilà, si la copine, elle appelle l'autre à 2h du matin, bah il faut qu'elle débarque. Moi, je me dis, attends, pour de simples vacances, on n'est même pas capable de communiquer. Comment veux-tu que ça marche ? Comment veux-tu que ça marche ? Et puis c'est, comment je dirais, c'est quand même un fonctionnement qui est... qui est lourd. Et puis autre chose, il faut quand même qu'il y ait, on va appeler ça gentiment, un "partenariat" avec l'hôpital le plus proche. Alors, il faut savoir quand même que [nom d'une SF] est une sage-femme libérale qui fait vraiment de l'accompagnement global, c'est à dire qu'elle, elle fait encore des accouchements, enfin elle a toujours voulu et elle le fait, des accouchements à domicile. D'accord ?

[>Etudiante.]30: Hum, hum.

[>SF]30: Il y avait aussi à [nom d'une ville] [nom d'une autre SF] qui, passé un moment, enfin au tout début où elle s'était installée, voulait faire des AAD. Mais, il fallait être en accord on va dire, en partenariat avec l'hôpital au cas où, en cas de souci, paf,

[>Etudiante]31: Un transfert...

[>SF]31: En attendant donc l'ouverture du plateau technique. Ca leur a été refusé quand même au début ! Alors je sais pas aujourd'hui trop où ça en est, puisque j'ai de contacts avec personne, donc voilà, le problème est réglé. Mais là comment ça se passe alors ? Ils vont être d'accord si il y a un problème pour les prendre ? [claquement de langue] Passer une convention avec eux maintenant qu'on a droit, enfin qu'on a la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses, tu peux passer une convention avec l'hôpital, il y a pas de problème ! J'ai testé une fois pour envoyer une patiente justement pour bénéficier d'une échographie bah, pas rapidement hein, l'IVG médicamenteuse, c'est pas à 23 semaines qu'on la fait. Et bah on me proposait l'échographie alors que la patiente en théorie serait enceinte de 11 semaines. Bah, c'est bon, on laisse tomber, ça va. Comment on peut faire un partenariat avec une maternité qui aujourd'hui fonctionne, on va dire, au moins à moitié avec des médecins intérimaires ? Ils vont tous être en accord avec ça ? Elle va se faire où ? Parce que je croyais qu'il devait déjà y avoir un pôle d'extension, là, qui devait être inauguré en 2018. Faut qu'ils se dépêchent ! Parce que je pense pas que ça puisse faire comme Quechua, tu sais, hop là ! En deux secondes ! Non, ça peut pas marcher. Non, honnêtement pour moi, c'est pas réalisable.

8.5.3 Extrait d'entretien avec la SF 10

[>SF]6: Bah, j'ai... j'ai été assez déçue en fait pendant mes études de sage-femme, c'est pas forcément l'idée que j'avais du métier en fait. Euh... voilà, je me suis retrouvée dans un système hyper médicalisé et pour moi, ça sonnait pas vraiment avec le mot naissance en tous les cas, donc très technique. Et j'ai déjà vu une autre dimension en venant faire des stages d'été dans la Drôme, dans les hôpitaux plus petits où on prenait plus de temps et plus il y avait pas de péridurale systématique par exemple. C'est bizarre ce ton, là... Je pense que...

[>Etudiante]7: Et le stage dont tu parlais ?

[>SF]7: Ça, c'était avec Jacqueline La Villionière. Oui, c'est... Sauf que j'ai pas vu Jacqueline d'ailleurs, quasiment pas, et j'étais avec Bernadette en fait. J'étais inscrite avec un stage avec Jacqueline et je me suis retrouvée avec sa collègue. Et là, c'était vraiment de me reconnecter, me

connecter avec... Là, je me suis dit : "C'est ça que j'ai envie de faire." Euh...[silence]

[>Etudiante]8: Une approche plus globale par rapport à ce que tu disais qui est fragmenté à l'hôpital ?

[>SF]8: [silence] Bah c'est vraiment la sage-femme là, qui est au service du couple, d'une histoire, et pas le contraire en fait. Voilà. J'ai vraiment entendu des femmes parler depuis des désirs profonds, vraiment... C'est des projets vivants. A l'hôpital, le challenge, il est très intéressant je trouve. D'accueillir une patiente qu'on ne connaît pas, et puis de devoir deviner, être au service, de vraiment.. On est dans l'intuition quoi, du projet qui n'est pas forcément dit, mais, oui, qu'est-ce qu'elle a envie de faire ? C'est très chouette. J'ai bien aimé. J'ai bien aimé le rythme un petit peu rapide par moments, clac clac, trois accouchements dans la journée. Voilà. Mais, à un moment c'était plus possible. A un moment... Voilà, et là je pourrais pas retourner dans une cadence comme ça.

[>Etudiante]9: Et qu'est-ce qui te convient mieux dans le libéral même si tu avais aimé le challenge à l'hôpital ? Le rythme ? Le temps que tu peux passer avec les patientes ?

[>SF]9: Je choisis de prendre du temps, oui. J'ai l'impression que ça me permet d'être vraiment plus dans une prévention, en prenant du temps chaque mois dans un suivi de grossesse, j'ai l'impression de... de guider, d'accompagner et on n'attend pas qu'il y ait des problèmes, oui. Ça permet vraiment ça et je trouve que ça se rapproche un peu du côté éducatif, soin primaire.

[>Etudiante]10: Ce que tu avais fait quand tu étais partie en mission.

[>SF]10: Oui.

[>Etudiante]11: Dans ce cadre là par rapport à tes patientes, tu pense qu'une maison de naissance, ça pourra leur apporter un plus, à elles, à toi, ou dans quel sens ?

[>SF]11: Par rapport à l'hôpital ou par rapport à l'accouchement à la maison [rire] ?

[>Etudiante]12: Bah, si jamais il y a un projet de maison de naissance qui arrive à se monter, est-ce que tu te dis : "Je pense que pour mes patientes, ça peut être bien ? Je pense que pour moi ça peut être bien ? Ou je pense que ça n'apporte aucun intérêt pour personne, et pourquoi en fait ?"

[>SF]12: Euh... Ça dépend quel type de maison de naissance en fait.

[>Etudiante]13: Oui ? Qu'est-ce que tu imaginerais ?

[>SF]13: Moi, j'ai visité une maison de naissance en Allemagne il y a pas mal d'années maintenant. Ça m'a vraiment inspiré, et c'est là que j'aurais envie de travailler par exemple.

[>Etudiante.]14: Tu peux me la décrire un peu ?

[>SF]14: C'est une structure complètement indépendante et géographiquement et dans le fonctionnement, une structure complètement autonome gérée par des sages-femmes, avec un accord de transfert quand il y a besoin avec l'hôpital, donc il y a tout un travail en amont qui a été fait, il y a un réel partenariat, mais euh... voilà, vraiment autonome dans les protocoles, dans... dans... Enfin je sais pas exactement comment est faite la sélection des patientes mais je pense que c'est elles qui décident de qui accouchent là ou pas.

[>Etudiante]15: Les sages-femmes qui s'occupent de la maison de naissance, pas l'hôpital ?

[>SF]15: Oui.

[>Etudiante.]16: Et les locaux c'était comment ?

[>SF]16: Alors j'ai le souvenir d'un grand hall... c'était une maison un peu... tu vois de là-bas. Mais une maison assez bourgeoise avec un grand hall d'entrée, une grande pièce avec du parquet qui servait de prépa, de salle de prépa, de rencontre, ils font une porte ouverte un peu tous les mois, en fait. Que les patientes puissent connaître la maison de naissance. Et puis à l'étage, donc il y a une cuisine aussi, accessible, très sympa. Voilà, on peut cuisiner dans la maison. Et à l'étage,

il y a deux ou trois chambres. Voilà. Je me souviens pas trop salle de bain, tout ça, je me souviens de... Pareil, parquet, rideaux, vraiment cosy. Et je me souviens plus non plus combien de naissances elles faisaient chaque mois.

[>Etudiante]17: Et combien il y avait de sages-femmes non plus ?

[>SF]17: Oh, je dirais cinq-six comme ça. Pas plus. Oui, c'était petit, même... peut-être trois-quatre même.

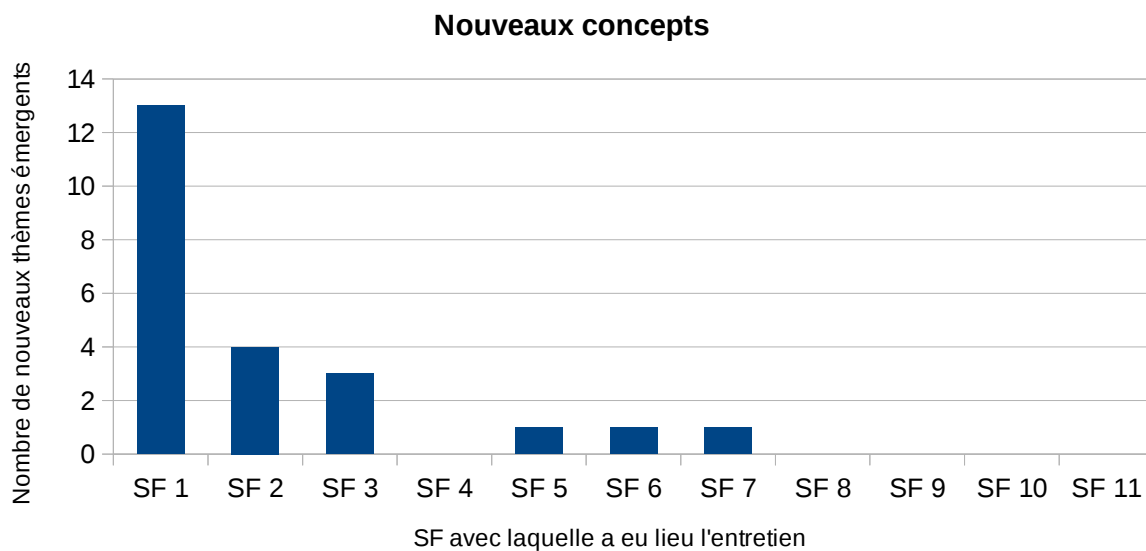
[>Etudiante]18: Et c'était un suivi... Est-ce qu'elles faisaient chaque sage-femme suit chaque patiente ou est-ce que ?..

[>SF]18: Hum... Je ne sais pas, mais moi en tous les cas, là ce qui me conviendrait c'est de... d'être... d'être au moins deux référentes pour chaque patiente. Deux ou trois grand maximum en fait. Euh... Mais le fait d'être plusieurs dans une structure, ça te permet aussi de définir les périodes où tu es présente ou pas dans l'année. Mais les périodes où tu es présente, je pense que c'est important qu'on soit pas trois ou quatre référentes pour la même patiente. Pour l'instant c'est comme ça. Parce qu'il y a une relation de confiance qui s'installe, qui se construit...

[>Etudiante]19: Donc tu imaginerai un système un peu de roulement sur la présence, et que chaque couple, il est en référence... [interruption par le téléphone qui sonne puis conversation téléphonique avec une patiente]

8.6 Annexe 6 : Thèmes nouveaux émergents à chaque entretien

Saturation des données



8.7 Annexe 7 : Tableau de caractérisation de la population de sages-femmes interrogées

J'ai choisi volontairement de ne pas fournir le tableau descriptif de la population, qui était plus intéressant pour observer et décrire cette population que ce tableau de caractérisation, dans un souci d'anonymisation des données car les sages-femmes étaient facilement identifiables dans ce tableau, au minimum par les professionnels de santé de la région considérée.

	Moyenne, Médiane Et Ecart-Type	Minimale et maximale
Nombre d'années moyen d'expérience totale	15,6363	De 1 à 25 ans
Nombre d'années médian d'expérience totale	14	
Ecart-Type du nombre d'année d'expérience	9,81	
Durée moyenne d'exercice hospitalier	10,59	De 1 à 21 ans
Durée médiane d'exercice hospitalier	9	
Ecart-Type de la durée d'exercice hospitalier	6,18	
Durée moyenne d'exercice en libéral	6,2	De 1 à 20 ans
Durée médiane d'exercice en libéral	4,5	
Ecart-Type de la durée d'exercice libéral	6,37	
Age moyen des sages-femmes	40,36	De 25 à 57 ans
Age médian des sages-femmes	38	
Ecart-Type de l'âge des sages-femmes	10,44	
Nombre moyen d'enfants	1,3636	3 n'en ont pas, 8 en ont (2 en ont 1, 5 en ont 2, 1 en a 3)
Nombre médian d'enfants	2	
Durée moyenne domicile-cabinet (en mns)	14,09	De 5 à 30 mns
Durée médiane domicile-cabinet (en mns)	10	

Résumé :

But : L'objectif de ce mémoire était de décrire les freins et les leviers à la création et à l'exercice en Maison de Naissance des sages-femmes libérales autour de Romans-sur-Isère.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative descriptive prospective monocentrique réalisée par entretiens semi-directifs, à l'aide d'un guide d'entretien, auprès de 11 sages-femmes libérales travaillant autour de Romans-sur-Isère. Nous avons ensuite réalisé à partir de la retranscription intégrale des entretiens une analyse thématique horizontale.

Résultats : L'analyse thématique des résultats a montré que l'implantation d'une maison de naissance n'est envisageable que si les sages-femmes peuvent s'y sentir en sécurité. Dans ce cadre, le statut de la sage-femme en maison de naissance semble valorisant, mais une reconnaissance financière pourrait et devrait accentuer ce constat. Le travail en collectif et au sein d'un réseau communicant pourrait vaincre le frein de la disponibilité extrême de la sage-femme. Enfin, la maison de naissance représenterait dans le territoire de santé considéré une alternative supplémentaire et positive pour les patientes, d'après les sages-femmes, en partie grâce à l'accompagnement global qui y serait proposé.

Conclusion : Si les sages-femmes interrogées pensent qu'une maison de naissance pourrait représenter une opportunité pour elles ou pour leurs patientes et que le territoire de Romans-sur-Isère s'y prête bien, la mise en place du réseau nécessaire à son bon fonctionnement demande de se rapprocher des tous les acteurs concernés.

Mots-clefs : Maison de naissance, sages-femmes libérales, étude qualitative, sécurité, accompagnement global

Abstract:

Objective: The aim of this study was to describe the obstacles and levers for the creation and practice in a Birth House of independent midwives around Romans-sur-Isere.

Materials and methods : It is a qualitative descriptive prospective single-center study conducted by semi-directive interviews, using an interview guide, with 11 independent midwives working around Romans-sur-Isère. We then carried out a horizontal thematic analysis from the full transcript of the interviews.

Results : The thematic analysis of the results showed that the establishment of a birth house is only possible if the midwives can feel really safe in there. In this context, the status of the midwife in a birth house seems rewarding, but financial recognition could and should accentuate this finding. Collective work and a communicative network could overcome the brakes on the extreme availability of the midwife. Finally, the birth house would represent an alternative in the health territory considered additional and positive for the patients, according to the midwives, partly thanks to the one-to-one care that defines it.

Conclusion : Even if the midwives in this study think that a birth house could represent an opportunity for them or their patients, and that the territory of Romans-sur-Isère seems to be adequate, setting up the network necessary for its proper functioning asks to be closer to all the actors concerned.

Key words : Birth house, independent midwives, qualitative study, security, one-to-one care