HAL
open science

Accoucher en maison de naissance : motivations des femmes et expérience de l'accompagnement global à la naissance

Blandine Jamet

To cite this version:

Blandine Jamet. Accoucher en maison de naissance : motivations des femmes et expérience de l'accompagnement global à la naissance. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03200105

HAL Id: dumas-03200105

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03200105

Submitted on 16 Apr 2021

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.

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT -AUVERGNE

Accoucher en maison de naissance : motivations des femmes et expérience de l'accompagnement global à la naissance

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

JAMET Blandine

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT -AUVERGNE

Accoucher en maison de naissance : motivations des femmes et expérience de l'accompagnement global à la naissance

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

JAMET Blandine

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

Remerciements

A ma directrice de mémoire, Aurélie MEJEAN-LAPAIRE, pour son accompagnement, ses remarques constructives, sa grande disponibilité et son aide précieuse tout au long de la réalisation de ce travail.

A l'équipe de sages-femmes de la maison de naissance Doumaïa, pour leur accueil chaleureux et pour m'avoir permis de découvrir la beauté de l'accompagnement global et de l'accouchement en maison de naissance.

A toutes les sages-femmes qui m'ont formée, et à celles qui m'ont accompagnée par leurs conseils dans la réalisation de ce mémoire.

Aux femmes ayant participé à cette étude, pour leurs témoignages et les dialogues enrichissants que nous avons eus.

A ma famille, pour leur soutien inconditionnel au cours de ces six années d'études, et de leurs montagnes russes d'émotions.

A Thibault, pour ses encouragements ces deux dernières années et son soutien de chaque instant.

A tous mes amis, mais plus particulièrement à Lucy, Lyna, Lucie, Jeanne et Ambre, pour tous les instants et les fous rires partagés pendant ces années d'étude.

Abréviations

AAD : Accouchement Assisté à Domicile

ANA : Accouchement Non Assisté

AGN **:** Accompagnement Global à la Naissance

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

APD : Analgésie Péridurale

CIANE : Collectif Inter associatif Autour de la NaissancE

CNGOF : Conseil National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sages-femmes de France

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

MDN : Maison de Naissance

NPEU : National Perinatal Epidemiology Unit

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RBP : Recommandations de Bonne Pratique

SFL : Sage-Femme Libérale

SFN : Société Française de Néonatologie

Table des matières

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Médicalisation et humanisation de la naissance 4

1. Histoire de la naissance en France : d'un accouchement à domicile à un accouchement à l'hôpital 4
2. Périnatalité en France 6
3. Situation actuelle : demandes des couples 11
4. Choix du lieu d'accouchement 13

II. Accompagnement global à la naissance 13

III. Maisons de naissance 15

1. Législation 15
2. Conditions d'expérimentation 16
3. A l'étranger 17
4. Qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France 18

POPULATION ET METHODES

I. Population 20

II. Méthode 20

RESULTATS

I. Données générales 23

II. Analyse du contenu des entretiens 23

1. Vécu des précédentes grossesses 23
2. Choix de l'accompagnement global 25
3. Choix du lieu de naissance : la maison de naissance 26
4. Particularité du suivi de la sage-femme en maison de naissance 29
5. Opinion personnelle sur le suivi 34
6. Opinion de l'entourage 34

DISCUSSION

I. Atteinte des objectifs 36

II. Etude 36

III. Analyse des résultats 38

IV. Projet d'action 50

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LEXIQUE

ANNEXES

Introduction

Toute grossesse et accouchement sont considérés comme potentiellement à risque de complications pour la mère et l'enfant à naître. Cette vision maximaliste du risque a entrainé au cours du XXème siècle une forte technicisation de la grossesse et une prise en charge standardisée des femmes enceintes, afin de diminuer autant que possible les risques inhérents à la grossesse et à l'accouchement.

Cependant, depuis quelques années, de plus en plus de couples souhaitent pouvoir bénéficier de l'accompagnement obstétrical de leur choix. Des associations ont ainsi vu le jour, afin de promouvoir un modèle fondé sur la physiologie et le respect des volontés des personnes à propos du suivi de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et ses suites.

A l'échelle internationale, de nombreuses études mettent en avant les bénéfices du « one-to-one care », encore appelé « une femme, une sage-femme ». La Haute Autorité de Santé (HAS), le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'accordent aussi à recommander le respect de la physiologie de l'accouchement et l'accompagnement par un nombre restreint de professionnels (1, 2).

L'accompagnement global à la naissance (AGN) trouve tout son sens, en permettant un accompagnement médical par une seule personne avant, pendant et après la naissance. Ce type d'accompagnement permet une approche à la fois médicale, psychologique et humaine dans le respect de la femme, des parents et de l'enfant.

Les maisons de naissance (MDN) ont été la source de nombreux débats en France. Ce sont des structures autonomes, gérées par des sages-femmes, qui accueillent les femmes enceintes sans facteur de risque connu, désireuses d'un accouchement physiologique et moins médicalisé, du suivi de grossesse jusqu'à leur accouchement. Aucun hébergement des femmes et des nouveau-nés n'est réalisé, et le suivi des suites de couches est assuré à domicile par les sages-femmes. En 2015, les MDN sont autorisées à fonctionner de façon expérimentale pour une durée de cinq ans, selon un cahier des charges défini (3, 4).

Peu nombreuses sont les femmes bénéficiant d'une telle prise en charge en France, et peu de littérature existe à ce sujet. A l'approche de la fin de l'expérimentation des maisons de naissance françaises, il parait intéressant de se questionner quant aux motivations des femmes qui choisissent un tel suivi, et de mettre en avant leur expérience de l'accompagnement global à la naissance et de l'accouchement en maison de naissance.

Une revue de la littérature abordera l'évolution de la naissance en France, entre médicalisation et volonté d'humanisation de la naissance, puis l'accompagnement global à la naissance et les maisons de naissance.

Une seconde partie présentera l'étude menée et les résultats obtenus. Ceux-ci seront ensuite analysés et discutés afin de mettre en avant les motivations des femmes et leur expérience de l'AGN.

Revue de la littérature

I. Médicalisation et humanisation de la naissance

1. Histoire de la naissance en France : d'un accouchement à domicile à un accouchement à l'hôpital

En France, du XVIIIème siècle à nos jours, les conditions de la naissance ont progressivement mais radicalement changé. On observe deux mutations essentielles : l'une concernant les accompagnants, l'autre le lieu de l'accouchement.

Pendant des millénaires et jusqu'au XVIIIème siècle, les femmes donnent naissance à leurs enfants à la maison, dans un espace chaleureux et familier, entourées de compagnes plus ou moins expertes, parentes, amies et matrone. La mortalité des femmes en couches est estimée à cette époque à 1 ou 2% (5).

Seules les pauvresses ou les filles-mères accouchent à l'hôpital, lieu d'assistance où la mortalité est très élevée, notamment à cause d'épidémies récurrentes de fièvre puerpérale.

Dès la fin du XVIIème siècle, la conscience de la vie et de la mort change dans la société. Les femmes n'acceptent plus de mourir en couches et elles veulent la vie sauve pour elles et leur bébé. Les médecins accoucheurs et les sages-femmes s'imposent alors comme acteurs de la naissance. Avec l'apparition des instruments (leviers et forceps), l'accouchement n'apparait plus comme un acte naturel et instinctif. Il nécessite le recours au médecin accoucheur, seul détenteur du savoir et des instruments, face à qui la femme se retrouve de plus en plus démunie. Les pratiques de la naissance sont progressivement transformées, le médecin fait sortir l'entourage féminin de la future mère, cette dernière devant être allongée sur le dos pour l'accouchement. C'est un premier pas vers la médicalisation de la naissance.

Cependant, à la campagne, la majorité des accouchements restent accompagnés par des matrones, formées sur le tas, dont la pratique est fortement critiquée par les médecins. Après 1760, le pouvoir royal instaure une formation médicale pour les matrones, afin de les transformer en véritables sages-femmes. Des cours itinérants sont ainsi organisés dans l'ensemble de la France par Mme du Coudray, sage-femme formée à l'Hôtel Dieu de Paris. Ces sages-femmes formées à la ville ne sont plus aussi proches des femmes, à la différence des matrones, choisies par les femmes du village (6).

Au début du XIXème siècle, la formation des sages-femmes s'améliore. Elles suivent des cours théoriques et pratiques dans les facultés de médecine et les hôpitaux et elles sont sous contrôle médical. Elles sont en autonomie pour les accouchements normaux et doivent faire appel au médecin pour les accouchements laborieux.

Au XIXème siècle, le pouvoir des drogues anesthésiantes, telles que l'opium ou le chloroforme, est découvert. Son application à l'accouchement conduit les femmes à dépendre exclusivement du médecin, seul détenteur de la possibilité d'un accouchement sans douleur (5). A cette même période, la mortalité maternelle et infantile baisse considérablement à l'hôpital grâce à de nouvelles règles d'asepsie et le début de l'hygiène, permettant de lutter contre la fièvre puerpérale.

Au XXème siècle, les mentalités changent, et la naissance à l'hôpital se répand, notamment dans les grandes villes. L'Etat prend conscience des dangers de la dénatalité de l'entre-deux-guerres, et crée des aides pour relancer la natalité : les salariées les moins payées ayant accouché à l'hôpital reçoivent une indemnité pendant douze semaines, ou encore des allocations mensuelles d'allaitement (7).

L'accouchement devient alors un acte médical et non plus un acte d'entraide comme il l'était autrefois. L'hôpital garde longtemps une image défavorable, marquée par son passé d'assistance aux pauvres. On observe alors la coexistence de deux pratiques en France : la bourgeoisie urbaine et les paysannes accouchant à domicile, et les classes populaires accouchant en milieu hospitalier.

La création de la Sécurité Sociale, en 1945, permet à la femme accouchant à l'hôpital d'avoir accès aux soins sans verser aucune somme. Cette mesure a contribué à faire entrer dans les mœurs l'accouchement en milieu hospitalier. Ainsi, à partir de 1952, la majorité des accouchements a-t-elle lieu à l'hôpital (53% en 1952, 85% en 1962) (8).

La première méthode d'accouchement sans douleur, mise au point au début des années 1950 par le Docteur Lamaze, propose une préparation physique et psychique agissant sur l'anxiété grâce à des techniques de relaxation et de respiration, en incluant le père à la naissance. Les femmes acquièrent alors une maîtrise de leur corps, sont libres de leurs mouvements et deviennent actrices de leur accouchement (9).

Au cours des années 1960-1970, plusieurs idéaux se rejoignent, militant pour la généralisation de l'analgésie péridurale (APD) : les progrès de l'anesthésie, la demande croissante des femmes de ne plus souffrir en accouchant et la volonté du personnel

soignant de ne plus être impuissant face aux accouchement douloureux et parfois difficiles. Certaines femmes voient en l'APD une véritable prise de pouvoir sur leur propre accouchement, permettant de les libérer de la douleur, jusqu'ici inévitable. En parallèle, certains mouvements, notamment féministes, militent pour un droit au soulagement de la douleur lors de l'accouchement (9, 10).

L'APD apparait alors comme un moyen moderne d'abolir la douleur de l'accouchement, sans pour autant altérer l'expérience de la naissance, bien qu'à ses débuts elle ne permettait aucune mobilité de la partie inférieure du corps. Elle devient de plus en plus fréquente et accessible à l'hôpital. Le taux d'analgésie péridurale en obstétrique passe alors de 3,9% des naissances en 1981 à 53,8% en 1995 (11).

La fin du XXème siècle est marquée par d'autres avancées techniques, telles l'échographie et le monitoring, qui confortent les femmes dans la notion d'un accouchement à l'hôpital en toute sécurité (12).

Ainsi, l'évolution qui a conduit les femmes à quitter leurs foyers pour accoucher en milieu médicalisé s'étend sur plusieurs siècles. Elle est due à l'intérêt nouveau des médecins pour l'obstétrique, la volonté des femmes de ne plus mourir en couches et de ne plus souffrir, ainsi qu'à la transformation et la médicalisation de la société, de la naissance et de la petite enfance.

2. Périnatalité en France

a. Prise de conscience politique : plans de périnatalité

Depuis les années 1970, plusieurs plans de périnatalité se sont succédé, avec pour objectif majeur d'augmenter la sécurité de la mère et de l'enfant en imposant des normes de fonctionnement aux maternités. La notion de périnatalité devient un enjeu de santé publique (13). La sécurisation des pratiques devient donc une priorité pour les autorités publiques, qui souhaitent améliorer les indicateurs de santé.

Un premier plan de périnatalité au début des années 1970 met l'accent sur le renforcement des moyens techniques dans les maternités, la formation des professionnels et leur disponibilité. On observe aussi une concentration progressive des sages-femmes vers les grosses structures hospitalières.

Dans les années 1970 à 1980, la rationalisation des choix budgétaires, l'amélioration de la surveillance de l'accouchement et de la réanimation des nouveau-nés a permis une diminution de la mortalité périnatale (13).

Des enquêtes sont réalisées pour évaluer les principaux indicateurs de santé et les pratiques médicales. Elles montrent une nette diminution, entre 1970 et 1980, de la mortalité maternelle (de 28,1 à 12,9 décès pour 100 000 naissances) et infantile (de 18,2 à 10 décès pour 1000 naissances vivantes) (14).

En 1994, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) rédige un rapport avançant la nécessité d'un nouveau plan de périnatalité. Celui-ci met en avant les enjeux psychologiques liés à la grossesse et à l'accouchement pour la femme, l'enfant, et la famille. Au-delà des exigences de sécurité pour la naissance dans les maternités, il insiste sur la poursuite de la réflexion sur les conditions du suivi et de la surveillance des femmes enceintes, l'organisation des filières et l'amélioration de l'accessibilité de prise en charge pour toutes les femmes (15).

Un deuxième plan de périnatalité voit alors le jour entre 1994 et 2000. Son objectif est, entre autres, de diminuer la mortalité périnatale. Il permet de faciliter les transferts in utero* vers des centres obstétricaux comportant un service de néonatologie. Ceci a permis la création de trois types de maternités, selon le niveau de soins assuré pour les nouveau-nés ainsi que l'amélioration du fonctionnement des maternités, grâce au travail en réseau (16).

Les maternités sont désormais classées en trois types, selon leur capacité à gérer le risque pour l'enfant à naître et pour sa mère. Les maternités de type I possèdent une unité d'obstétrique, celles de type II possèdent une unité d'obstétrique et une unité de néonatologie alors que les maternités de type III disposent d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatologie et d'une unité de réanimation néonatale, et sont en général au sein de centres hospitaliers universitaires.

On observe à cette période une augmentation du nombre de césariennes (de 14% en 1991 à 18% en 2001), ce qui correspond à une certaine forme de progrès, en lien avec la diminution de la morbi-mortalité, mais qui témoigne aussi d'une surmédicalisation de la grossesse et de la naissance.

Dans un contexte où la sécurisation de la naissance prime sur l'autonomie des parturientes et sur le déroulement physiologique de l'accouchement, l'Etat met en place

un troisième plan de périnatalité entre 2005 et 2007, intitulé « Humanité, proximité, sécurité et qualité ». Celui-ci propose des mesures visant à améliorer la sécurité émotionnelle, médicale et sociale de femmes et la qualité des soins, en développant une offre plus humaine et plus proche afin de répondre aux différentes attentes des usagers (17).

Ce plan introduit la notion « d'humanisation de la naissance », permettant de recentrer la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement sur la femme, le couple et l'enfant. Il insiste sur la nécessité d'une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance : *« La sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fait pas l'objet d'une attention suffisante, d'après les usagers du système de soin et certains professionnels* » (17) et instaure ainsi un entretien individuel proposé à toutes les femmes au quatrième mois de grossesse.

L'objectif de cet entretien est de favoriser l'expression des attentes des couples, leurs besoins et projet, et de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité à leur disposition.

Le sujet de la proximité est aussi abordé, notamment avec le déplacement des sages-femmes à domicile pendant la grossesse et dans le post-partum, et le développement des réseaux de santé de proximité.

Ce plan est un compromis entre les attentes des usagers et celles des professionnels : humanité et sécurité. Il comprend une *« reconnaissance des professionnels de la naissance »* et offre plus de place et d'autonomie à la sage-femme dans la prise en charge de la grossesse à bas risque et l'accouchement normal, et également plus de place à l'écoute des couples (17).

Une autre mesure du plan de périnatalité de 2005-2007 est l'expérimentation de maisons de naissances, attenantes à des plateaux techniques, privés ou publics, permettant d'accoucher dans un contexte moins technicisé, tout en assurant la sécurité par la présence immédiate du plateau technique (blocs opératoires, soins intensifs, réanimation).

b. Gestion des risques

La diminution de la mortalité périnatale observée depuis les années 1980 est fortement liée à la politique de prévention des risques en France.

En effet, en France, toute grossesse et tout accouchement sont considérés comme potentiellement risqués. Cette vision maximaliste du risque a entrainé une surmédicalisation des grossesses normales et une prise en charge standardisée des femmes enceintes, alors que 70 à 80% des grossesses se déroulent sans complications (18).

L'approche fondée sur les risques est à la base des décisions prises depuis des années concernant l'accouchement, le lieu où il se déroule, son type et la personne qui dispense les soins. Cependant, chez des patientes à bas risque sélectionnées en début de grossesse, il est démontré une diminution de la morbidité périnatale lorsque l'interventionnisme est limité (19).

Cette vision a désormais laissé la place à une gestion différente du risque, avec un dépistage précoce des pathologies et une orientation des femmes enceintes vers le niveau de soins approprié.

c. Bas risque et physiologie

« La prise en charge de manière systématique de toute grossesse et de tout accouchement avec le même niveau d'intervention que celui requis par ceux qui présentent un risque, comporte des effets négatifs, tant pour les femmes, que pour les équipes des maternités et la société. » Tel est le constat réalisé en 2008 par le CIANE, le CNGOF, le CNSF et la SFN lors d'un communiqué sur le suivi et l'accompagnement des grossesses physiologique (20).

Le risque se définit comme un *« danger éventuel plus ou moins prévisible »* (21)**.** Il n'existe pas de définition consensuelle de la grossesse à bas risque. Ces grossesses sont celles pour lesquelles la probabilité d'accouchement normal et de naissance normale est la plus grande. On ne peut en effet considérer que la grossesse a été strictement « normale » qu'a posteriori, une fois l'accouchement passé et la mère et l'enfant en bonne santé.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit une grossesse à bas risque comme une grossesse dont l'évolution est physiologique chez une femme en bonne santé et qui le reste.

La physiologie se définit comme le fonctionnement normal de l'organisme humain. Une grossesse est donc physiologique si son évolution est normale. Or, celle-ci peut se dérouler chez une femme présentant des facteurs de risque ou bien une pathologie

antérieure à la grossesse, si cette pathologie ne s'aggrave pas ou n'a pas de conséquence sur la grossesse en cours.

Si tous les accouchements sont des actes naturels, ceux se déroulant sans interventions techniques ni complications sont dits physiologiques. Sans intervention extérieure, un accouchement physiologique repose sur les compétences et le savoir-faire de la mère, la présence et le soutien de ses accompagnants (22).

La HAS a ainsi établi une liste des situations à risque pendant la grossesse et l'accouchement, notamment en fonction des facteurs de risques généraux (antécédents familiaux, facteurs sociaux et environnementaux) et médicaux, des toxiques, des antécédents personnels liés à une grossesse précédente et des maladies infectieuses. Le niveau de risque permet d'attribuer un type de suivi et d'orienter vers un lieu d'accouchement adapté à chaque grossesse (1)**.**

La création des niveaux de risque permet donc une prise en charge adaptée et vise à éviter une surmédicalisation systématique de la grossesse. Cependant, le niveau de risque d'une grossesse peut changer et doit être réévalué à chaque stade de la grossesse. La surveillance doit s'adapter pour prévenir, dépister et diagnostiquer les situations afin d'en optimiser la prise en charge.

La HAS a rédigé des Recommandations de Bonne Pratique (RBP) en 2017 concernant l'accouchement normal et l'accompagnement de la physiologie. Ces recommandations stipulent que « *un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant nait spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère* » (22).

L'OMS déclare que « chez la femme en bonne santé présentant un faible risque obstétrical, le déroulement de l'accouchement peut être considéré comme normal aussi longtemps qu'il n'y a pas de complication » (18).

Le bas risque obstétrical est donc une notion a priori, sachant que la notion de physiologie évolue au cours de la grossesse.

3. Situation actuelle : demandes des couples

Après 1968, en parallèle de la technicisation croissante de la naissance, des mouvements contestataires voient le jour. Ils sont menés par les féministes et des professionnels de santé qui remettent en question la façon dont sont traités les femmes et leurs nouveau-nés. L'approche paraclinique et médicalisée de la grossesse et de l'accouchement est critiquée, décrite comme dénuée d'humanisme. L'accueil de l'enfant est lui aussi remis en question, on prône alors un accueil *« sans violence »,* sans lumière et sans bruit, dans un contact privilégié avec sa mère (23).

Aujourd'hui, certains couples souhaitent sortir du modèle centré sur le risque, et veulent se réapproprier le moment de la naissance. Un nombre croissant de femmes demande un accompagnement plus personnalisé et moins médicalisé, basé sur une approche plus « naturelle » de la naissance. Elles constatent que la sécurité prime et que le relationnel n'est possible que lorsque la situation est entièrement maîtrisée (24).

La demande de ces femmes fait ressortir une volonté d'humanisation de la naissance en respectant le caractère physiologique de l'accouchement et les besoins du couple. La naissance apparaît ici comme un événement familial et intime qu'il faut préserver plutôt que l'objet d'une intervention médicale à haut risque, dans une dynamique de performance. Les couples s'opposent au culte de la performance de notre société actuelle, en contradiction avec la nature de la naissance, de par l'incompressibilité du temps de grossesse et de l'accouchement et son imprévisibilité.

La vague contestataire du système médical est prise en considération par les autorités publiques avec la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, sur les droits individuels et collectifs des patients, qui reconnait leur participation en tant qu'usagers de la santé (25).

Le Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance (CIANE) voit le jour en 2003, à l'occasion des Etats Généraux de la naissance. Le CIANE regroupe des associations concernées par les questions relatives à la grossesse, la naissance et les premiers jours de vie et est agréé pour représenter les usagers dans le système de santé. Il a pour ambition de *« faire mieux entendre les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples et d'améliorer les conditions de la naissance dans notre pays. Il vise à faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, de manière à les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement. »*

En association avec des professionnels de la naissance, il dénonce les effets délétères d'une surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement et met en avant la nécessité de respecter le choix des parents concernant le lieu de naissance et les actes associés à l'accouchement et l'accueil de l'enfant.

Un enquête réalisée par le CIANE en 2014 conclut qu'« *il est important que l'accompagnement des professionnels ne se limite pas à l'aspect médical et technique : il est attendu des professionnels qu'ils soient à l'écoute et capables de s'adapter aux besoins diversifiés des femmes et des couples qui, s'ils aspirent tous à un équilibre entre intimité et soutien, n'ont pas forcément la même définition de cet équilibre* ». (26)

De plus, 17% des femmes interrogées lors de cette étude déclarent ne pas avoir eu le soutien qu'elles souhaitaient par le personnel médical. Elles mettent en avant la solitude à l'approche de la naissance, un manque de soutien bienveillant, un manque d'accompagnement pour la douleur, des visites uniquement techniques et le fait que les femmes se sentent souvent seules.

Dans une enquête publiée en 2010, l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) montre un ressenti mitigé de la part des parturientes. En effet, 77% d'entre-elles déclaraient que leurs choix pour l'accouchement avaient été respectés. Cependant, 36% des femmes avaient souffert de ne pas être libres de se positionner et de bouger librement. Cette enquête souligne trois axes : premièrement, le fait que certaines mères aient l'impression d'avoir été plus « spectatrices » qu'« actrices » de leur accouchement. Deuxièmement, un manque d'explications des actes pratiqués, engendrant un moins bon vécu des couples, et parfois une incompréhension voire une défiance vis-à-vis de l'équipe médicale. Certaines femmes disent s'être senties dépossédées du moment de la naissance au profit de la technicité de l'acte. Le dernier point de discussion montre que les mères demandent un accouchement réalisé dans un cadre sécurisé mais moins médicalisé et plus individualisé (27).

Ces différentes études montrent que la satisfaction globale des usagères est bonne mais que des axes d'amélioration peuvent être proposés, notamment sur l'information, l'accompagnement, et la personnalisation de la prise en charge de la maternité. Cependant, il semble clair que certains usagers soient en demande d'humanisation mais pas exactement en demande de démédicalisation. D'après l'enquête nationale périnatale de 2016, 64% des femmes prévoient d'accoucher sous analgésie péridurale donc

souhaitent un accouchement technicisé. Pour autant, peut-on dire qu'elles ne souhaitent pas d'accompagnement personnalisé et humain ? (28)

4. Choix du lieu d'accouchement

Le choix du lieu d'accouchement est déterminant, car il oriente la trajectoire médicale et l'expérience de la femme enceinte et du couple (24).

En France, l'offre obstétricale est variée, par le statut public ou privé des structures existantes et par leur type d'équipement I, II ou III, ainsi que par la « philosophie » de la maternité, proposant différentes préparations aux couples et des approches particulières (haptonomie, acupuncture, sophrologie…).

La charte des droits de la parturiente, votée par le parlement européen en 1988 demande le libre choix du lieu de naissance par la femme. Cette charte n'a pas été ratifiée par la France (29).

L'enquête nationale périnatale de 2016 montre que les femmes accouchent le plus souvent dans des services spécialisés de type II (69,2% en 2016), dans des services spécialisés de type III (26,4%) et des services de grande taille (29% dans des services réalisant plus de 3000 accouchements par an). Environ 1% des naissances en France ont lieu hors maternité, que ce soit à domicile, en plateau technique ou en maison de naissance (28).

II. Accompagnement global à la naissance

En France, la période de la grossesse et de l'accouchement est intensément encadrée. En effet, le suivi d'une grossesse considérée « à bas risque » comporte au minimum sept consultations prénatales obligatoires, un entretien prénatal précoce, trois échographies, sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et une consultation préanesthésique obligatoire (30).

Une femme enceinte a donc de nombreux interlocuteurs tout au long de sa grossesse. Cependant, la HAS recommande que le « *suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne* » (1). Dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance, un nombre limité de professionnels suit le couple, ce qui peut laisser place à un accompagnement individuel et personnalisé.

L’accompagnement global à la naissance (AGN) est défini par l’Association Nationale des Sages-Femmes Libérales en 2002 :

« 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, surveille et est responsable de l’accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l’enfant. »

Ce type d’accompagnement permet une approche à la fois médicale, psychologique et humaine dans le respect de la femme, des parents et de l’enfant. Un accompagnement personnalisé, moins médicalisé, avec un professionnel connaissant le couple et l’ayant accompagné pendant la grossesse est une alternative souhaitée par un nombre croissant de couples et de professionnels et permet l’établissement d’une relation de confiance importante.

L’AGN est le suivi le plus complet qu’une sage-femme, par sa formation, puisse proposer aux femmes et lui permet d’exercer l’ensemble de ses compétences. En effet, la sage-femme est spécialiste de la grossesse physiologique et intervient à toutes les étapes, des consultations de suivi de grossesse aux suites de couches, pour surveiller le rétablissement de la mère et le bon développement du nouveau-né. (31)

La France est l’un des pays où la formation des sages-femmes est la plus longue et leur champ de compétences plus vaste. (32)

Pour les parents en recherche d’AGN, trois alternatives existent : l’accouchement en plateau technique, à domicile, ou en maison de naissance. Il est possible que plusieurs sages-femmes (deux ou trois maximum), travaillant en équipe, interviennent pour les accouchements selon un calendrier défini.

L’AGN respecte donc un suivi médical réglementé et cohérent, en partenariat avec un réseau de santé défini, et sans discontinuité dans les soins. Il permet de respecter le principe de « une femme, une sage-femme », ou le « one-to-one care »*, sachant que l’’OMS confirme que la continuité des soins est une garantie de la sécurité physique et psychologique des personnes (2).

De plus, le Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) préconise depuis 2008 la mise en place du suivi global pour les grossesses à bas risque (20).

Ce type de suivi bénéficie aussi du soutien de l'Etat. La Cour des Comptes souhaite en effet le faciliter en reconfigurant la tarification des actes réalisés par les sages-femmes (33).

En 2013, une méta-analyse de la Cochrane, regroupant onze essais randomisés compare les soins obstétricaux dispensés par des sages-femmes par rapport à d'autres modèles de soins dans divers pays occidentaux. On constate alors que les femmes suivies par les sages-femmes étaient moins susceptibles d'éprouver des complications pendant la grossesse ou l'accouchement et affichaient un taux de satisfaction plus élevé concernant la mise en place de l'allaitement. Cette étude conclut que la plupart des femmes devraient bénéficier d'un soutien continu par une sage-femme et devraient être encouragées à opter pour cette option dans le cadre d'une grossesse à bas risque obstétrical. (34)

III. Maisons de naissance

1. Législation

Les MDN, structures autonomes dirigées par des sages-femmes, ont été source de nombreux débats en France. Il a fallu attendre octobre 1998 pour que le Ministère de la Santé diffuse un communiqué annonçant la mise en place d'un groupe d'étude sur les maisons de naissance.

Le plan de périnatalité 2005-2007 fait de l'expérimentation des MDN une de ses quatre priorités. En 2011, le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale recommande l'expérimentation des MDN. La loi autorisant l'expérimentation des MDN est votée le 6 décembre 2013 (3).

Le cahier des charges est alors publié en septembre 2014 par la HAS puis l'ensemble des conditions d'expérimentations paraît dans le décret du 30 juillet 2015. (4) Quelques mois plus tard, l'arrêté fixant la liste des neuf maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale est publié (35).

Ces maisons de naissance sont autorisées à fonctionner à titre expérimental pour une durée de cinq ans, soit jusqu'en 2020. Elles sont évaluées après deux années de fonctionnement, puis à la fin de l'autorisation afin d'apprécier leur intérêt d'un point de vue médical et médico-économique.

2. Conditions d'expérimentation

Les MDN sont alors définies comme *« un lieu d'accueil des femmes enceintes du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme à priori normal »* (4).

Pour être admise à fonctionner, la MDN doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention. Elle doit disposer d'un accès direct à cette structure, ce qui permet d'assurer le transport non motorisé des femmes et des nouveau-nés, sans voie publique à traverser.

Une convention avec l'établissement partenaire précise les conditions de transfert des femmes et les modalités d'approvisionnement de la MDN en médicaments par la pharmacie de l'établissement de santé.

La MDN est membre du réseau de santé périnatal dont fait partie l'établissement partenaire. Elle est donc intégrée dans un travail en réseau avec différents acteurs, assurant ainsi la continuité dans la prise en charge de la grossesse.

Le cahier des charges rédigé par la HAS fixe les critères d'éligibilité des femmes enceintes suivies en MDN. Ce sont des femmes dont la grossesse et l'accouchement sont à bas risque et qui souhaitent accoucher dans ce type de structure. Le délai maximal d'inscription en MDN est de 28 semaines d'aménorrhée. Compte tenu du retour à domicile précoce, entre 2 et 24 heures après la naissance selon les MDN, la femme doit obligatoirement bénéficier d'un environnement permettant un accompagnement et un soutien. Le consentement éclairé de la femme enceinte doit être recueilli, après une information complète sur le fonctionnement de la MDN, son caractère expérimental et la prise en charge proposée (4).

Selon le décret du 30 juillet 2015, les sages-femmes exerçant dans les maisons de naissance assurent la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, la préparation à la naissance et à la parentalité, l'accouchement et les soins postnataux concernant la mère et l'enfant. L'effectif de sages-femmes de la MDN doit être suffisant pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des femmes enceintes.

Une sage-femme est en mesure de pouvoir intervenir à tout moment. Une seconde sage-femme doit être présente dans les locaux lors de l'accouchement, afin d'assister la

première sage-femme, notamment en cas d'urgence et de transfert de la parturiente et de son enfant (36).

Le cahier des charges élaboré par la HAS précise que les sages-femmes exerçant en MDN doivent pouvoir justifier d'une expérience minimale d'accouchements durant les deux dernières années précédant leur intégration à la maison de naissance (4).

3. A l'étranger

A l'heure où la France voit s'implanter des maisons de naissance sur son territoire, ces établissements existent depuis plusieurs dizaines d'années à l'international. Les premiers *birth centers* ont vu le jour à New York en 1975, il en existe maintenant plus d'une centaine aux Etats-Unis. Au Québec, la majorité des accouchements ont lieu en MDN. En Europe, le mouvement s'est d'abord implanté en Allemagne en 1987, puis en Suisse, en Autriche, en Belgique, en Suède, en Grande Bretagne…

Une revue de la littérature, publiée en 2001 par un groupe de travail sur les MDN, avait pour but d'analyser les publications concernant les MDN existantes afin de juger de leur efficacité en comparaison avec un système hospitalier conventionnel. Les études retenues mettaient toutes en évidence une amélioration de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale dans le groupe de grossesses à bas risque. Elle conclut cependant que *« les effectifs des études publiées, leurs hétérogénéités, l'existence d'un seul essai prospectif nous incitent à la prudence* » (37).

Une étude menée en 2015 par le NPEU (National Perinatal Epidemiology Unit) de l'université d'Oxford, dans le cadre d'un programme de recherche sur les lieux d'accouchements en Angleterre montre que les maisons de naissance apparaissent comme des lieux sûrs pour le nouveau-né et offrent des avantages pour la santé de la mère, dans un contexte d'accouchement à bas risque. Il n'y a pas de différence significative entre les services obstétricaux et les maisons de naissances quant à la mortalité et morbidité périnatale. Les mères subissent moins d'interventions et ont davantage de naissances « normales » qu'en service obstétrical (38).

4. Qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France

En novembre 2019, le groupe de recherche sur les MDN a publié le rapport de son étude sur la qualité des soins prodigués en MDN en France, à partir des données des huit maisons de naissances françaises au cours de l'année 2018.

Cette étude concernait toutes les femmes suivies en MDN pendant la grossesse et ayant un accouchement planifié dans ces structures. Au total, 649 femmes ont été prises en charge en MDN au cours du travail, 506 y ont effectivement accouché et 143 ont été transférées et ont accouché dans les maternités partenaires (22%). Concernant l'efficacité des soins, l'étude montrait très peu d'interventions au cours du travail : moins de 3% de rupture artificielle des membranes, moins de 2% d'épisiotomies (contre 20,1% dans l'enquête nationale périnatale de 2016) et 90,5% d'accouchements par voie basse spontanée (contre 67,4% au niveau national). Parmi les critères de sécurité, quel que soit le lieu final d'accouchement, l'étude montrait 1,4% d'hémorragies du post-partum sévères (contre 1,8% dans l'enquête nationale de 2016), 0,5% de déchirures périnéales des 3ème et 4ème degrés (contre 0,8% au niveau national) et 0,4% de ré-hospitalisations dans le mois suivant l'accouchement.

Les complications néonatales étaient très peu fréquentes, un décès néonatal a été identifié. Au total, on identifiait 22% de transferts maternels pendant le travail, principalement hors contexte d'urgence, 6% de transferts d'accouchées (pour hémorragie du post-partum principalement) et 6% de transferts de nouveau-nés (39).

Cette étude montre également que les MDN françaises ont des résultats comparables à ceux des MDN dans les pays à haut niveau de ressource, avec un niveau de sécurité satisfaisant et une très faible fréquence d'interventions.

Le groupe de recherche émet cinq préconisations afin d'optimiser l'organisation des MDN et y approfondir l'étude de la qualité des soins, notamment l'élaboration de recommandations sur les critères d'éligibilité des femmes ainsi que pour les critères de transferts des femmes et des nouveau-nés vers les maternités partenaires.
Il conseille de mettre en place les dispositions permettant de comptabiliser les accouchements en MDN dans les bases de données médico-administratives ainsi que de définir des indicateurs permettant d'évaluer la salutogénèse* et ses effets sur la santé des

femmes et des nouveau-nés. Enfin, le groupe de recherche demande une étude épidémiologique de type cohorte avec suivi à distance qui comparerait des femmes à bas risque ayant accouché en maternité versus en MDN, dans plusieurs domaines : efficacité, sécurité des soins et satisfaction des couples et des soignants.

Ainsi, les MDN constituent une alternative à l'accouchement hospitalier. Elles proposent une prise en charge fondée sur une moindre médicalisation, un modèle de soin continu et centré sur le patient. Cette prise en charge est déjà proposée par de nombreux pays voisins et évaluée depuis plusieurs années.

En France, neuf MDN ont été autorisées à fonctionner, seulement huit sont actuellement en activité, le projet de Vitry-sur-Seine n'ayant pas pu aboutir. Le choix d'un accompagnement global et d'un accouchement en maison de naissance est peu répandu. Pourtant, de plus en plus de couples sont demandeurs d'une prise en charge différente de celle proposée le plus souvent, et désirent un accouchement respectueux de la physiologie et de l'intimité.

Approfondir les raisons qui poussent les femmes à faire ce choix permettra de mettre en avant leurs besoins et leurs attentes, à travers leur témoignage de l'expérience de ce type d'accompagnement global.

L'objectif principal de notre étude est de mettre en avant les motivations des femmes à accoucher en maison de naissance. L'objectif secondaire est de connaître leur vécu de l'accompagnement global à la naissance

Population et Méthodes

I. Population

L'étude a inclus des femmes ayant pour projet d'accoucher en maison de naissance en France métropolitaine, quelle que soit leur parité, enceintes de plus de 35 semaines d'aménorrhée ainsi que des femmes ayant accouché au moins une fois en maison de naissance, encore une fois quelle que soit leur parité.

Les femmes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français ainsi que les femmes mineures n'ont pas été incluses.

II. Méthode

1. Type d'étude

Comme énoncé précédemment, l'objectif principal de cette étude était de connaitre les motivations des femmes accouchant en maison de naissance. L'objectif secondaire de l'étude était de connaitre leur vécu et leur expérience de l'accompagnement global à la naissance.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons opté pour une étude qualitative de type descriptive et interprétative.

L'approche qualitative est issue des sciences sociales. Contrairement aux données quantitatives qui peuvent être mesurées, les données qualitatives sont simplement décrites. Une étude qualitative ne cherche pas à étendre les résultats obtenus à l'ensemble de la population, mais à comprendre et mettre en avant un phénomène, une attitude, un choix.

2. Mode de recueil des données

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs auprès des femmes correspondant aux critères d'inclusion. Ce type d'entretien permet de recueillir des témoignages détaillés dans le but de comprendre le phénomène étudié.

Ces entretiens avaient pour objectif d'obtenir des données qualitatives et descriptives à propos du vécu de la grossesse et du choix de l'accompagnement global à la naissance par des sages-femmes libérales exerçant en maison de naissance.

Les entretiens ont été orientés à partir d'un guide d'entretien (Annexe I) qui aborde le choix de l'accompagnement global à la naissance, le choix de l'accouchement en maison de naissance, le suivi de grossesse par la sage-femme et sa particularité, la place du père dans le suivi de la grossesse, et enfin la préparation et l'accouchement. Pour les multipares, des questions supplémentaires permettaient d'aborder les grossesses précédentes, le choix du type de suivi et du lieu d'accouchement pour ces précédentes grossesses.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone, puis retranscrits en intégralité à l'aide d'un logiciel de traitement de texte, Microsoft Word.

3. Déroulement de l'étude

Le recrutement des patientes s'est fait par deux voies différentes : par un message sur deux groupes Facebook : « Portail Sage-femme » et « Echange sur l'AAD » et par deux sages-femmes libérales proposant un AGN en maison de naissance en Lorraine.

Une fois informées de l'étude, les participantes ont contacté l'investigatrice de l'étude par email. Un rendez-vous téléphonique était alors fixé, après l'envoi par courriel de la lettre d'information qui leur était destinée (Annexe II).

4. Mode d'analyse des données

Afin d'analyser les données des entretiens réalisés, une analyse verticale puis une analyse horizontale ont été réalisées à partir de la retranscription des entretiens.

L'analyse verticale a permis d'analyser chaque entretien individuellement en identifiant des concepts et les thèmes spécifiques à chaque discours.

L'analyse horizontale a permis de comparer les différents thèmes retrouvés dans plusieurs entretiens, permettant d'avoir une vision globale des sujets abordés par les participantes.

5. Aspects éthiques et réglementaires

a. Avis de comité consultatif

Une déclaration a été réalisée auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) du CHU de Clermont-Ferrand. Ce dernier a donné son accord pour cette étude en octobre 2019.

b. Information et consentement

Une lettre d'information (Annexe II), expliquant le but et les modalités de l'étude, a été envoyée par courriel à toutes les femmes souhaitant participer à ce travail de recherche, avant de programmer un entretien téléphonique.

De plus, le consentement oral de chaque participante a été recueilli au début de chaque entretien.

c. Anonymat

Toutes les données personnelles ont été anonymisées. Par exemple, les participantes ont été nommées par des lettres de l'alphabet dans l'ordre de réalisation des entretiens. Le premier entretien a ainsi été réalisé auprès de Mme A, le second auprès de Mme B etc.

Les enregistrements et les retranscriptions d'entretien ont été conservés dans un dossier informatique sécurisé.

Résultats

I. Données générales

1. Déroulement de l'étude

Six entretiens semi-directifs ont été réalisés entre octobre et décembre 2019. Leur durée est comprise entre 27 minutes et 41 minutes, la durée moyenne étant de 35 minutes.

Sur les six participantes, quatre ont indiqué leur volonté d'y participer à la suite de notre message sur deux groupes Facebook concernant la naissance et la parentalité : « Portail Sage-femme » et « Echange sur l'AAD ». Les deux autres participantes ont été informées de l'étude par leurs sages-femmes libérales et nous ont ensuite sollicité.

2. Description de la population de l'étude

Parmi les six femmes interrogées, quatre étaient enceintes, dont une qui avait déjà accouché en maison de naissance pour son premier enfant. Les deux autres participantes n'étaient pas enceintes mais avaient accouché en maison de naissance en 2018, en France.

Les participantes étaient âgées de 29 à 40 ans et vivaient toutes en couple. Quatre femmes vivaient en milieu rural et deux en milieu urbain. Deux des participantes à l'étude avaient une formation d'infirmière, deux étaient mères au foyer, une était analyste financier et une était étudiant chercheur.

Parmi les femmes qui étaient enceintes au moment de l'entretien, il y avait une nullipare, une deuxième pare, une troisième pare et une quatrième pare. Les deux autres avaient accouché en MDN pour leur deuxième et cinquième enfant respectivement.

Le tableau présenté en Annexe III résume les caractéristiques de la population de notre étude.

II. Analyse du contenu des entretiens

1. Vécu des précédentes grossesses

a. Manque de confiance et d'accompagnement

La majorité des femmes interrogées ont un mauvais vécu du suivi de grossesse et de l'accompagnement de leur précédent accouchement, et ont ressenti un manque de soutien de la part des professionnels de santé.

A propos du suivi de grossesse par son gynécologue, Mme E déclare « *Je ne savais pas si c'était normal ou pas, […] pour moi ça a vraiment été une très mauvaise expérience* ».

Pour Mme F, l'incompréhension et l'absence de prise en compte de ses demandes par les professionnels ont été très mal vécues : *« Je me retrouvais avec des violences verbales, presque du mépris et un jugement de la part du gynécologue, qui, quand même, était très violent dans ses paroles »*. Elle a vécu « *deux accouchements, donc où on n'a pas du tout respecté mes demandes […] J'aurais souhaité avoir un accouchement physiologique, que j'ai pas eu »*.

Le choix de Mme D d'accoucher sans analgésie péridurale a été au contraire *« hyper bien respecté par tout le personnel […] mais je ne me suis pas sentie particulièrement soutenue […] Tout de suite quelqu'un est venu me demander si je voulais une péridurale »*.

La confiance envers les professionnels de santé est importante dans le choix du lieu d'accouchement. Mme C a changé de professionnel en cours de grossesse : « *Arrivée au septième mois, j'étais pas en confiance avec cette sage-femme donc on a suivi de se diriger uniquement vers le suivi de maternité de niveau III »*.

b. *Manque d'information*

Plusieurs femmes ont reçu des thérapeutiques ou vécu des examens sans information éclairée préalable lors de précédentes grossesses.

Mme D rapporte : *« On m'a donc injecté de l'ocytocine sans me le dire, clairement ça m'avait pas trop trop plu »*.

Pour Mme E, l'absence d'information a été mal vécue : *« Ma gynécologue me faisait tous les mois une échographie, que ce soit en intravaginal ou sur le ventre. C'était pas forcément bien vécu de ma part mais je ne savais pas si tout le monde vivait ça comme ça ou pas »*.

c. *Vécu de la prise en charge hospitalière*

Lors d'une précédente grossesse, la majorité des femmes interrogées a vécu la prise en charge hospitalière comme très protocolaire et administrative, non personnalisée et peu à l'écoute de leurs demandes et questionnements.

Concernant sa première grossesse, Mme F raconte : « *ça a été le protocole médical du début à la fin […]. Avec des impératifs, des choses à respecter »*. Idem avec Mme B pour qui : *« C'est très procédurier, très médical »*.

Mme E s'était d'abord inscrite dans un hôpital avant de se diriger vers le suivi global pour sa première grossesse. Elle décrit ainsi l'accueil : *« J'ai trouvé ça très administratif. […] J'en garde un très mauvais souvenir, [...] on n'a pas trop répondu à mes questions mais on m'en a beaucoup posé »*.

2. Choix de l'accompagnement global

a. Souhait d'un accouchement moins médicalisé

Pour Mme A, enceinte de son premier enfant, son choix d'accouchement s'inscrit dans une démarche de retour au naturel :*« On avait envie de vivre autrement, [...] d'être plus en lien avec nos besoins, avec la nature, […] pour être un peu plus respectueux de nos convictions profondes et notamment environnementales. »*

Trois femmes sur les six interrogées recherchaient *« quelque chose de différent »*, et voulaient vivre un accouchement moins médicalisé.

Lors de sa première grossesse, Mme E a finalement choisi l'accompagnement global à la naissance (AGN), appréciant à posteriori que *« ça n'a pas du tout été médicalisé »*. Mme B se considère quant à elle comme « *plus proche du côté naturel que du médical »*.

b. Sage-femme connue le jour de l'accouchement

Toutes les femmes interrogées ont mentionné l'importance d'être accompagnée pour la naissance par une personne connue, en qui le couple a confiance et qui connait ses attentes. En effet, pour Mme A, l'accouchement représente *« une étape de la vie où les questions d'intimité, […] et les questions particulièrement vives arrivent »* et elle souligne l'importance de « *pouvoir être entourée par des gens en qui on a confiance »*.

Mme E est rassurée car « *c'est pas la surprise du soignant le jour même […* ». En parlant de la sage-femme, elle précise : *« Mon conjoint comme moi, on est content qu'on sache que c'est elle qui nous attend »*. Pour Mme D : « *un visage connu et ami ça fait du bien dans ces situations »*. Mme B est sereine : *« je sais que je serai bien entourée »*.

Les femmes mettent en avant leur besoin d'une continuité du suivi entre la grossesse et la naissance. Voici la raison principale qui a motivé Mme D pour son choix d'AGN : « *C'est vraiment d'être avec quelqu'un qui allait être avec moi tout au long de la grossesse et à l'accouchement, et quelqu'un qui nous connaît quoi. »*

Le fait de connaître une sage-femme proposant l'AGN a aussi un rôle dans le choix des femmes par rapport au suivi de grossesse et au lieu d'accouchement. En effet,

deux femmes connaissaient déjà la sage-femme libérale avant d'être enceinte. Mme A avait un suivi gynécologique avec la sage-femme qui la suit actuellement pour sa grossesse, elle précise « *Quand on a eu le projet de faire un bébé, ça a paru assez naturel en fait de continuer avec elle dans le projet de maison de naissance.* »

Mme B, dont la sage-femme est « *une amie d'une vingtaine d'années* » avait suivi son activité professionnelle, depuis son installation en libéral jusqu'au projet de loi des maisons de naissance en France et adhérait à sa vision de l'accompagnement de la naissance.

Les trois femmes suivantes ont mentionné l'importance d'être prise en charge par une femme plutôt qu'un homme, qui, en tant que femme et en tant que mère, est plus à même de comprendre le ressenti, les transformations corporelles et psychologiques liées à la grossesse. Mme F rapporte par exemple qu'il était important pour elle que ce soit *« une femme […] qui comprend un peu mieux le vécu d'une maman, d'une grossesse, d'un accouchement »*. Mme B et Mme E précisent qu'elles auraient été gênées d'aborder certains sujets avec un homme. « *Moi, poser certaines questions à un homme […] … ça me branche pas quoi* » (Mme B).

3. Choix du lieu de naissance : la maison de naissance

a. Recherche d'une alternative à un accouchement en maternité

Que ce soit à la suite d'une mauvaise expérience dans le système de soin « classique » ou par volonté d'accoucher autrement, les participantes ont mis en avant la recherche d'une alternative à l'accouchement en maternité traditionnelle.

Mme E avait découvert la maternité lors d'un stage et déclare avoir été « *très choquée par rapport au respect de l'intimité* » et souhaitait être respectée lors de son accouchement.

Mme C parle de « *s'offrir la possibilité de prendre des décisions en conscience* ». Pour elle, il est important d'accoucher en ayant le choix. Il faut connaître « *toutes les alternatives possibles, que ce soit du pas du tout médicalisé au tout médicalisé si on en a besoin.* » Elle est engagée dans *« le milieu de la parentalité et de la maternité en général* » et avait suivi les projets de loi. Elle souhaitait d'ailleurs accoucher en maison de naissance pour son deuxième enfant, mais la naissance a eu lieu avant l'ouverture officielle, en plateau technique. Pour elle, l'accompagnement global est « *un luxe, un cadeau qui nous*

est offert dans un système médical particulier, qui est très précieux […]. C'est une opportunité pour la femme, ça ouvre le champ des possibles ».

La liberté de la position d'accouchement est mentionnée par deux femmes. Mme E pense que le fait d'accoucher en position gynécologique l'aurait « *beaucoup dérangée* ». Quant à Mme B, elle n'a pas pu choisir la position dans laquelle elle a mis au monde ses premiers enfants. Pour elle, la position gynécologique *« est complètement à l'opposé de ce qui devrait être fait »* et elle souhaite pouvoir accoucher dans une autre position.

Plusieurs femmes interrogées ont songé à l'accouchement à domicile. Pour sa première grossesse, Mme C souhaitait accoucher chez elle, mais elle avait finalement accouché à l'hôpital par manque de confiance envers la sage-femme qui l'accompagnait. Pour cette grossesse, elle déclare *« Si mon mari n'avait pas des peurs liées à l'accouchement, moi j'accoucherais sans assistance* ». A propos du choix de l'accouchement en maison de naissance, elle précise : « *Je le fais parce que c'est la position la plus physio à laquelle j'ai accès en étant… ok avec moi-même* ».

Pour Mme E, l'accompagnement d'accouchements à domicile est *« trop dangereux »* pour les sages-femmes. Elle a envisagé d'accoucher chez elle et précise : « *Moi ça me poserait aucun problème, on en a discuté, mais je tiens trop à ma sage-femme ».*

Mme F souhaitait elle aussi accoucher à domicile, mais, faute de sage-femme pour accompagner la naissance, elle s'est dirigée vers la maison de naissance la plus proche de chez elle : *« cette sage-femme ne fait plus à domicile parce qu'elle s'est ralliée aux maisons de naissance ».*

La sœur de Mme A a accouché sans complications à domicile peu de temps avant l'entretien. Cependant, Mme A ne peut pas l'envisager. Elle exprime le besoin « *de cette espèce de sécurité, c'est sécurisant de savoir qu'il y a une porte à passer ».*

b. Environnement familier de la maison de naissance

La majorité des femmes mentionnent l'importance des locaux de la maison de naissance, leur côté chaleureux, et soulignent la différence avec les salles d'accouchement classiques.

Mme B est rassurée par *« le côté médical ».* Elle ajoute : *« j'ai plus l'impression de sérénité, de calme [...]. C'est plus chaleureux, c'est plus intimiste aussi ».*

Deux femmes mentionnent le côté rassurant et intimiste de la maison de la maison de naissance, qui permet de se sentir *« chez soi »* (Mme D). Pour Mme F « *ça ressemble vraiment à un domicile. Il y a aucun mobilier […] qui rappelle le milieu hospitalier, donc c'est rassurant, on a l'impression d'être vraiment libérées de tout ce poids médical ! »*

Lorsque Mme A a visité la maison de naissance, elle a immédiatement souhaité y accoucher. Pour elle, la maison de naissance lui permet d'accueillir son enfant dans *« un endroit qui soit le plus bienveillant et le plus respectueux possible de chacun »*. A propos de la proximité avec la salle de naissance, elle trouve *« sécurisant de savoir qu'il y a une porte à passer et que tout est prêt si besoin »*.

Mme D est persuadée que l'environnement de la maison de naissance lors de son accouchement « *a vraiment facilité les choses, […] moins douloureux, plus rapide […] ça a été vraiment incroyable »*.

c. Place du conjoint dans le choix du lieu d'accouchement

Pour la majorité des femmes, le choix du lieu d'accouchement s'est fait en couple, et avoir l'aval de leur conjoint était primordial pour elles. Mme E précise « *je l'aurais pas fait si il se sentait pas de le faire non plus. C'était vraiment un choix à deux »*. Pour Mme C, il est aussi très important que son conjoint soit confiant et en accord avec ses choix. Selon elle, la grossesse et la naissance *« se font à deux »*, que ce soit pour le choix du lieu de naissance ou celui du professionnel de santé. Elle raconte : *« il faut qu'on soit ok tous les deux sur la personnalité et sur ce qu'on ressent vis-à-vis de ces personnalités-là. On est très fusionnels »*.

Le mari de Mme D est originaire des Pays-Bas, où les accouchements en maison de naissances sont plus répandus que les naissances en maternité. Ainsi, pour lui, « *c'était limite plus normal que d'aller à l'hôpital […], ça ne lui faisait pas peur du tout, il était complètement d'accord »*.

Pour Mme A, le choix a été fait avec son conjoint : « *C'est pas ma sage-femme quoi, c'est la nôtre !»*

Deux femmes ont choisi d'accoucher en maison de naissance sans consulter leur conjoint. Mme B a pris cette décision avec son amie sage-femme : *« on s'est dit « cette fois, c'est toi qui donnes naissance à ce bébé » […] j'ai mis mon mari un peu sur le fait accompli et, finalement, ça lui déplait pas »*. Mme F a elle aussi informé son mari de son choix d'accouchement : « *Il a toujours suivi mes envies et mes choix et il a toujours écouté*

ce que je voulais […]. Il avait pas le choix, il m'a dit « c'est ton bébé, c'est toi qui vas accoucher donc on peut pas s'opposer à la suprématie maternelle » ».

Deux femmes précisent que leur conjoint n'était pas à l'aise à l'hôpital. Le mari de Mme E *« trouve que c'est assez anxiogène* ». Tout comme le conjoint de Mme A qui « *n'aime pas du tout l'hôpital, c'est vraiment pas trop son truc* ».

A l'inverse, le conjoint de Mme F *« avait un peu l'appréhension […] d'accoucher en maison de naissance parce qu'il avait peur qu'il se passe quelque chose* ».

4. Particularité du suivi de la sage-femme en maison de naissance

Les femmes interrogées ont toutes eu une consultation par mois, puis des séances de préparation à la naissance et à la parentalité en fin de grossesse. Pour la majorité des femmes, le suivi était assuré par un binôme de sages-femmes, avec la présence de l'une des deux au moment de la naissance, selon une astreinte dont la femme était informée en début de neuvième mois.

a. Relation de qualité avec la sage-femme

Les femmes décrivent une relation privilégiée avec les sages-femmes. Qualifier cette relation leur est souvent difficile. En effet, Mme F rapporte : *« c'est pas amical […], c'est pas fraternel non plus... Comme si on faisait partie de la même tribu, […] une relation utérine […], transcendantale autour du bébé. Il y a une connexion qui se fait* ». Pour Mme D, la sage-femme est « *presque une amie […] qui donne vraiment l'impression de voir l'humain derrière le soignant* ».

La majorité des femmes décrivent la confiance qui s'est instaurée entre la sage-femme et leur couple. Trois femmes parlent d'une « *confiance totale* ». Mme E précise *« Il y a une confiance qui est forte, c'est la professionnelle qui m'accompagne et je sais que si j'ai une question, elle est disponible.* » Mme A décrit « *une relation de confiance, qui s'établit progressivement* ». A l'approche du jour de l'accouchement, Mme C admet qu'elle pourra compter sur les sages-femmes : *« j'ai tellement confiance en elles, je sais que si j'ai besoin d'elles comme personnes ressources le jour J, elles seront là ! ».*

Mme D avait confiance, en partie grâce à l'expérience de sa sage-femme : « *elle avait une connaissance de la physiologie de l'accouchement qui était hyper développée par rapport aux autres sages-femmes que j'ai pu rencontrer, parce que justement elle faisait que des accouchements « naturels » ».*

b. Ecoute et bienveillance

Trois femmes sur les six interrogées se sont senties particulièrement écoutées par la sage-femme tout au long de leur grossesse. Pour Mme B, les rendez-vous étaient l'occasion d'avoir *« une réponse complète »* à ses questions. Mme E précise *« je la trouve hyper respectueuse en fait, elle est jamais dans le jugement, euh, elle est vraiment dans une écoute active […]. J'ai pas du tout retrouvé ailleurs cette attention qui m'était portée »*. Enfin, Mme C reconnaît : *« La bienveillance et l'empathie du suivi, pour moi c'est vraiment une qualité précieuse »*.

c. Prise en charge globale de la femme

Deux femmes ont mentionné l'importance de la prise en charge non seulement médicale de la grossesse, mais aussi de la femme dans son ensemble, en tenant compte des modifications psychiques apportées à cette période de la vie d'une femme. Ainsi Mme E déclare-t-elle : *« ma sage-femme s'intéresse vraiment à tout, pas que à ma grossesse, elle s'intéresse à moi, à comment je vis la chose »*. Pour Mme F, la particularité du suivi global s'est surtout ressentie à ce niveau : « *Elle prenait beaucoup de temps de savoir comment je vivais les choses intérieurement. Toutes les différentes facettes de la personnalité sont prises en compte, avec le respect de la femme enceinte et l'attention qu'elle porte à l'aspect psychologique et mental. »*.

Deux femmes ont mis l'accent sur la prise en charge de la famille dans son intégralité. En effet, les sages-femmes ont rencontré les autres enfants de la fratrie au cours de la grossesse. Mme E précise que sa sage-femme « *connaît très bien »* son fils aîné. Mme C souligne : *« Nos enfants […] ont aussi leur place et un rôle à jouer … La place elle est là pour la famille, je me sens pas toute seule porteuse de la vie quoi. Je sens qu'on est vraiment globalement, justement, accompagnés. »*

d. Disponibilité des sages-femmes

Quatre des femmes interrogées ont mis en avant la disponibilité des sages-femmes tout au long de la grossesse. Pour Mme B, la disponibilité de la professionnelle est précieuse : *« je peux l'appeler aujourd'hui pour avoir un rendez-vous demain, [...] il y aura toujours une écoute [...], ça pour moi ça n'a pas de prix »*. Mme C précise « *On a toujours trouvé que les sages-femmes elles étaient là pour nous »*. Certaines ont mentionné la durée de leurs rendez-vous *« C'étaient des rendez-vous qui étaient assez longs, qui duraient une heure et demie à deux heures »*. (Mme D).

« Moi j'ai des rendez-vous qui ont duré parfois une heure et demie […]. Elle compte pas son temps, elle est disponible […] Il y a un vrai soutien, avant, pendant et surtout après. » (Mme E).

e. Place du père dans l'accompagnement global

Toutes les femmes ont salué l'accent mis sur la place du père lors de l'accompagnement global à la naissance. L'ensemble des sages-femmes souhaitait rencontrer le père plusieurs fois avant le moment de la naissance, notamment lors de la préparation à la naissance et à la parentalité.

Pour Mme A : « *La paternité, elle démarre bien avant la naissance. Je trouve que le suivi global il permet de laisser une vraie place au papa. [..] Ce choix-là, de faire tout ça ensemble, et qu'il ait une vraie place au moment de l'accouchement [...] Ça lui en a donné une avant aussi* ».

Mme C affirme que son conjoint « *a toujours eu une place hyper importante* » lors du suivi. Idem avec le conjoint de Mme F, qui *« était pris en compte, il était écouté et elles ont répondu aussi à certaines de ses questions … Il a compté autant que possible dans le suivi, dans l'accouchement* ». N'ayant pas été consulté lors du choix du lieu d'accouchement, il est désormais « *un partisan convaincu de l'accouchement naturel, et de cette force que les femmes ont en elles. […] Il a été convaincu, subjugué ! […] C'est le premier à soutenir le projet, et dès qu'il voit une femme enceinte il lui suggère l'idée d'aller accoucher en maison de naissance !*».

Au cours du suivi de Mme D, « *Il y a eu des discussions tous les trois […] il a été préparé, à savoir comment réagir, sur tel type de problématique* ». A propos de ce type de suivi, Mme E déclare *« on s'y est retrouvé vraiment tous les deux […] elle nous connaît très bien* ».

f. Liberté et consentement éclairé, atouts du suivi en maison de naissance

Plusieurs femmes abordent le sujet du respect des choix, et de la liberté. Mme F précise : « *Je voulais être avec une femme qui me laissait tranquille […], qui ne m'imposait rien* ». Mme C avait besoin de « *faire les examens en conscience* ». Elle affirme *« pour cette grossesse je me sens en confiance et je me sens libre dans mes choix* ». Pour Mme E : « *Tout a été accompagné, expliqué, j'ai eu l'impression de pouvoir faire mes choix […]. Là, clairement l'information, on l'a eue !* »

La question du consentement éclairé est aussi abordée par les participantes. A propos de sa sage-femme, Mme D raconte *« elle était toujours à prévenir avant, à demander mon avis. Vraiment très douce et très prévenante, peut-être plus que ce que j'avais pu voir en maternité normale* ». Idem pour Mme E : *« Elle n'a jamais pratiqué aucun soin sans mon avis ».*

g. Préparation à la naissance et à la parentalité personnalisée

Plusieurs femmes rapportent une grande différence entre la préparation faite avec la sage-femme libérale et celle qu'elles ont pu vivre lors de grossesses précédentes. En effet, la majorité des femmes décrit un contenu très adapté à la future mère et au couple, en fonction de leurs attentes. N'ayant jamais été enceinte, Mme A a été surprise des entretiens avec la sage-femme : « *Je m'attendais à ce que ça soit un peu une espèce de protocole […]. J'ai l'impression qu'elle a énormément adapté à nous ».* Mme B avait été suivie à l'hôpital et compare : « *J'ai pas l'impression d'être un numéro quoi, c'est vraiment un suivi personnalisé ».*

Mme D rapporte une préparation *« hyper personnalisée,* [la sage-femme] *s'adapte pas mal à la maman […] C'était pas mal d'échanges, […] une discussion sur comment les choses pouvaient se dérouler, c'était beaucoup plus informel et euh ça dépendait vraiment de quelles étaient mes questions ».* A propos du suivi, Mme E déclare : *« il est vraiment adapté à mes souhaits ».*

Le contenu des séances de préparation à la naissance et à la parentalité varie selon les femmes. Pour les participantes ayant déjà des enfants, les conseils sont adaptés à leurs demandes. Mme C explique : *« En gros elles me demandent de quoi j'ai besoin de parler ».* Mme F précise : « *Elles ne m'ont pas submergée de conseils. […] Elles attendaient plus que ce soit moi qui vienne leur poser des questions ».*

Mme B a un programme personnalisé : « *On va travailler beaucoup sur la gestion de la douleur. Parce que c'est ça qui m'a un peu traumatisé pour le dernier […] du coup j'aimerais bien le gérer un peu mieux, donc là je travaille là-dessus ».*

h. Place du projet de naissance

Un projet de naissance n'a pas forcément été matérialisé pour l'ensemble des femmes interrogées. C'est souvent au cours de la discussion, que la sage-femme recueille oralement les souhaits du couple, afin d'adapter son accompagnement. Pour Mme A : « *les choses ont pas besoin d'être écrites. […] C'est comme si c'était logique et naturel ».*

A propos de formaliser un projet de naissance et de se préparer à la naissance, Mme C se confie : *« Moi qui suis hyper cartésienne et hyper organisée dans mon esprit. Ce jour-là j'ai l'impression qu'il va falloir laisser aller. […] Me préparer, ça me donne des bases théoriques sur des choses à anticiper alors que rien n'est anticipable ».*

Mme F pense elle aussi que la naissance est un moment imprévisible : « *J'avais rien demandé de particulier parce que de toute façon ça ne se passe jamais comme on le souhaiterait ni comme on le pense.».* Mme D avait, elle aussi, ce ressenti *: « Je savais que de toutes façons, j'allais pas pouvoir m'imaginer auparavant comment allait se dérouler cette naissance et que du coup on aviserait bien sur le moment. »*

Deux femmes décrivent un projet de naissance matérialisé, écrit avec leur sage-femme. C'est le cas de Mme E : *« elle nous demande nos souhaits pour l'accouchement, […] elle prend des notes et elle le met dans le dossier ».* Mme D avait elle aussi formulé des demandes par écrit : *« C'était vraiment du basique de chez basique ».*

Deux femmes ont écrit des souhaits, qui seront transmis à l'équipe hospitalière en cas de transfert à la maternité. Mme F se rappelle *« En cas de transfert, il fallait que l'hôpital puisse respecter au plus près les demandes et le vécu que j'aurais pu avoir en maison de naissance. Donc j'avais quand même écrit un plan de naissance qui correspondait plus à des refus médicaux ou des refus de touchers vaginaux… ».*

On note une grande liberté de parole entre les sages-femmes et les couples. Mme A déclare ainsi : « *Je pense qu'on a un espace de parole assez libre et on a exprimé à* [la sage-femme] *[…] des choses qu'il nous semblait importantes de partager au sein de l'équipe d'accouchement ».* Mme C a par exemple beaucoup rediscuté avec les sages-femmes de la délivrance dirigée. Elle raconte ; *« J'ai eu besoin, moi, d'en parler, qu'on soit claires, de voir quelles étaient leurs possibilités et leurs limites. ».*

Les femmes qui étaient enceintes au moment de l'entretien ont été interrogées sur leur ressenti à l'approche de l'accouchement, lors des dernières semaines. Pour Mme A, « *les choses se sont mises en place de manière hyper naturelle, il faut juste débrancher mon cerveau et essayer de trouver d'autres endroits à investir ».* Mme B est confiante *: « je suis sereine. […] J'ai juste peur d'accoucher seule, le stress c'est que mon mari est jamais joignable ».* Quant à Mme E : « *Je me sens confiance parce que je sais qui va m'accompagner […] Ma sage-femme me dit que je suis capable de le faire, elle me donne beaucoup confiance en moi. Je sais que mon mari sera là, j'ai confiance et je sais que mon corps et capable. ».*

5. Opinion personnelle sur le suivi

Toutes les femmes interrogées sont satisfaites du suivi dont elles ont bénéficié au cours de cette grossesse.

« Ah moi j'en suis totalement satisfaite ! […] Je mettrais un 19/20 juste parce que c'est pas hyper proche de chez moi, c'est juste le déplacement quoi » (Mme C). Mme F est également très satisfaite : *« Je pourrais mettre 17/20, 18/20, c'était vraiment très bien ! »*. Idem pour Mme D : *« C'était super par rapport au suivi à l'hôpital […] on s'est vraiment considérés comme hyper chanceux d'avoir pu bénéficier de ce suivi ! »* Mme B est confiante pour la suite : *« Le suivi est parfait et il le restera jusqu'au bout »*.

Mme E est ravie elle aussi : *« Franchement je suis extrêmement satisfaite et je referais le même choix et je suis très reconnaissante du travail des deux sages-femmes qui m'accompagnent […]. Je sais que ça demande énormément d'investissement personnel, d'être en libéral et d'accompagner les femmes comme ça »*.

Mme D conclut *: « Je suis clairement convaincue par ce système. C'est clairement une grande avancée pour les femmes, il est possible d'accoucher sans médecin, sans péridurale […]. Je suis hyper contente d'avoir pu trouver les maisons de naissance et j'espère pouvoir recommencer pour le troisième, un jour. […] Si l'expérimentation est finie et qu'il n'y a plus la possibilité d'accoucher en maison de naissance, je choisirai peut-être d'accoucher à domicile ou en plateau technique. Mais je pense que, une fois qu'on a gouté à la puissance de l'accouchement naturel, c'est un peu compliqué de retourner en maternité ! »*.

6. Opinion de l'entourage

Les réactions de l'entourage des femmes que nous avons interrogées sont assez variées et dépendent beaucoup de l'histoire familiale et personnelle.

Le projet de Mme A, dont la mère souhaitait accoucher en maison de naissance dans les années 1980 et dont la sœur a accouché à domicile, a été plutôt bien accueilli : « *J'ai un univers de personnes autour de moi […] qui se posent ces questions-là et qui ont fait des choix […] soit un peu avant-gardistes pour ma maman, soit particuliers pour ma sœur »*.

La belle-famille de Mme D est originaire des Pays-Bas donc *« ils trouvaient ça tout à fait normal »*. Du côté français, elle raconte : *« Ma mère au début était d'abord un peu interrogative, à dire « si tu veux accoucher sans péridurale tu peux le faire à l'hôpital » »*.

Le choix de l'accouchement sans analgésie péridurale a beaucoup interrogé, certaines personnes de l'entourage ne comprenant pas pourquoi vouloir souffrir alors que la médecine peut y remédier. Mme D raconte : *« C'est plus mes amies qui ont été un peu interrogatives quant au fait que, ben … on pouvait pas avoir de péridurale […] Je me suis rendue compte que c'était quelque chose qui n'était pas forcément très connu »*.

L'entourage des femmes a souvent exprimé des inquiétudes par rapport aux complications possibles à la naissance lors d'un accouchement hors hôpital. Mme D prend pour exemple sa mère : *« Elle a été pas mal rassurée par le fait que […] c'est dans l'enceinte d'une maternité »*

Dans la famille de Mme F, *« il y a eu beaucoup d'inquiétudes :« Et si ça se passe mal, mais tu te rends pas compte, t'es folle, mais ça va pas bien d'avoir envie de souffrir comme ça » »*. Elle ajoute :*« j'ai essayé de les rassurer et bon ils étaient pas rassurés quand même ! »*.

Mme E considère que son entourage ne l'a *« pas poussé vers ce choix là, au contraire »*. Elle affirme : *« Il faut beaucoup expliquer, de choses intimes, du coup qu'on à fait le choix d'accoucher dans cette position-là, par rapport à l'hôpital. […] Au début ils sont hyper septiques, « quoi une maison de naissance ? Mais tu te rends compte, si il arrive quelque chose à ton bébé à la naissance ?! », il faut expliquer que c'est naturel et normal. Mais bon, maintenant ça va. »*

Délibérément, Mme C n'a pas parlé de son choix d'accouchement à son entourage, « *J'en ai besoin pour me protéger moi. »*.

Discussion

I. Atteinte des objectifs

Les entretiens réalisés nous ont permis d'atteindre les objectifs de notre étude. Son objectif principal était de mettre en avant les motivations des femmes accouchant en maison de naissance. Parmi les principales raisons, l'on retrouve l'accompagnement par une personne connue, respectueuse de leurs choix. L'objectif secondaire était de connaître leur vécu et leur expérience de l'accompagnement global à la naissance. L'expérience des femmes enceintes et des femmes ayant déjà accouché en MDN nous a, entre autres, permis de répondre à cet objectif. La discussion qui suit permet par ailleurs d'analyser les résultats de notre étude.

II. Etude

1. Forces de l'étude

L'expérimentation des MDN étant relativement récente, le vécu des femmes suivies dans ces structures a jusqu'à présent peu été exploré. Cette expérimentation touchant à sa fin durant la réalisation de notre étude, il semblait pertinent de mettre en avant les motivations des femmes et leurs demandes par rapport à l'accompagnement de la grossesse. Notre étude constitue, à ce jour, la seule étude qualitative portant sur les femmes accouchant en MDN en France.

La réalisation d'entretiens semi-directifs représente un point fort de notre travail. En effet, ce mode de recueil de données a permis de laisser s'exprimer librement les femmes, sans les interrompre. De plus, l'entretien téléphonique a aidé les femmes à se livrer. En plus de l'information écrite puis orale en début d'entretien, plusieurs participantes nous ont redemandé en cours d'entretien si les propos étaient bien anonymisés car elles nous confiaient des informations personnelles et intimes. Avec une approche quantitative et un questionnaire, nous ne serions certainement pas allés si loin dans l'exploration du phénomène étudié.

Les entretiens téléphoniques étaient réalisés à un moment de la semaine choisi par les femmes. Cela leur a permis de s'organiser pour être totalement disponibles au moment de l'entretien, et cela a donné lieu à véritable échange permettant le recueil de données pertinentes.

La diversité des femmes interrogées est un autre point fort de l'étude, tant sur le plan de la parité, que sur le vécu des précédents accouchements. La recherche qualitative n'ayant pas pour but d'extrapoler et de généraliser les résultats à la population générale, cette diversité a notamment permis d'apporter une richesse dans les résultats.

Les femmes interrogées étaient originaires de différentes régions et étaient donc suivies dans différentes maisons de naissance, cela nous a permis de recueillir des informations sur le fonctionnement de plusieurs maisons de naissance françaises.

2. Limites de l'étude

Le faible nombre d'entretiens réalisés constitue une des limites de l'étude. En effet, peu de maisons de naissances ont répondu favorablement à notre demande, ce qui a rendu le recrutement des participantes plus difficile. Les femmes qui ont été interviewées ont heureusement toutes été très loquaces.

Par ailleurs, notre étude se déroulant sur une période de temps limitée, cela n'a pas permis d'inclure plus de participantes. Pour ce faire, il aurait fallu plusieurs personnes pour recueillir et exploiter les données.

Cependant, au vu du caractère qualitatif de l'étude, et non extrapolable à l'ensemble de la population, les données sont intéressantes pour mettre en lumière le vécu de certaines femmes, faisant un choix d'accouchement différent.

Il existe un biais de sélection, la majorité des femmes recrutées faisant partie de groupes Facebook concernant la naissance. Elles étaient pour certaines très engagées dans le milieu de la parentalité et donc très informées sur les différentes possibilités de suivi et de lieu d'accouchement. De plus, la population de notre étude comptait notamment des femmes ayant déjà accouché en maison de naissance, une voire deux années avant l'entretien. Un biais de mémoire est donc possible pour ces femmes-là. Cependant, au vu des objectifs de notre étude, il nous semblait aussi intéressant d'interroger ces femmes, qui avaient ainsi un certain recul sur leur grossesse et leur accouchement.

Enfin, le manque d'expérience de l'investigatrice représente un point faible de l'étude. La réalisation d'entretiens semi-dirigés a été un réel apprentissage, nécessitant une adaptation permanente à chaque femme et chaque histoire de vie. De plus, la richesse des discours des femmes, le temps nécessaire pour la retranscription intégrale et la longueur des entretiens ont constitué une réelle difficulté pour l'analyse.

III. Analyse des résultats

1. Vécu des précédentes grossesses

L'intégralité des femmes interrogées ayant déjà fait l'expérience d'un suivi de grossesse et/ou d'un accouchement en maternité pensent que cela a influencé leur choix d'AGN. En effet, dans notre étude, plusieurs femmes rapportent un manque d'information quant aux gestes effectués et aux thérapeutiques administrées lors d'un précédent accouchement.
Cependant, la loi Kouchner, relative aux droits des malades, stipule que « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » (25).

A ce sujet, une étude de la DRESS en 2006 sur la satisfaction des usagères en maternité montre que seulement 65% des usagères étaient satisfaites de leur suivi de grossesse et de l'accouchement et 6% des femmes déclaraient être peu ou pas satisfaites de leur prise en charge. De plus, si la majorité des femmes dressaient un tableau positif des conditions dans lesquelles s'est déroulé leur accouchement, elles se montraient plus sceptiques quant à la capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale et les implications potentielles sur leur santé. Ce sentiment de manque d'information est aussi retrouvé au moment du séjour en maternité : elles étaient ainsi entre 15 et 35% à être plutôt pas ou pas du tout satisfaites des informations et conseils médicaux prodigués en suites de couches (40).

Le manque d'accompagnement et de soutien au moment de la grossesse puis de la naissance peut engendrer un vécu négatif et parfois être ressenti comme « traumatisant ». C'est ce qui ressort des témoignages des femmes que nous avons interrogées. Celles qui avaient accouché en maternité rapportent un défaut d'écoute de la part du personnel, voire parfois un jugement et de la violence verbale, un sentiment d'humiliation. Il est aussi question d'une prise en charge protocolaire et peu personnalisée, et pas en accord avec la projection qu'elles s'étaient faites de la naissance.

Une revue de la littérature, rédigée en 2009 par Denis A et Callahan S., montre les répercussions du vécu de l'accouchement sur l'état émotionnel de la mère et du père en post-partum. Il peut même apparaitre un état de stress post-traumatique*. Après un accouchement, 1,3 à 6% des femmes vivraient un syndrome de stress post-traumatique

significatif sur le plan clinique. Ce stress est souvent lié à une perte de contrôle, un sentiment d'impuissance et un manque d'information sur les procédures mises en place au moment de l'accouchement. Les représentations et les attentes de la femme par rapport à l'accouchement ont un impact sur sa santé psychologique en post-partum. En effet, les représentations développées par les femmes lors de la grossesse viennent affecter la perception de l'événement. Si les représentations et le déroulement réel ne coïncident pas, cela constitue un facteur de risque de troubles psychologiques en post partum, tels que déception, culpabilité, dépression et traumatisme (41).

Il semble donc primordial que chaque patiente puisse bénéficier du type de prise en charge qu'elle espère, sous réserve que son état de santé le permette, afin de vivre au mieux ce moment unique que constitue la naissance, et pour appréhender la période du post-partum dans les meilleures conditions possibles.

2. Souhait de l'accompagnement global et de l'accouchement en maison de naissance

Une étude portant sur les motivations des femmes accouchant en plateau-technique, réalisée par E. Vitrai en 2018, montre que les trois critères les plus recherchés lors du choix de l'AGN sont *« un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement », « un accouchement physiologique avec le moins possible de médicalisation* » ainsi que *« le respect des choix, du projet de naissance* » (42).

Ces critères ont aussi été retrouvés dans notre étude. En effet, la majorité des femmes souhaitaient être accompagnées par le même professionnel tant lors de la grossesse qu'à l'accouchement et dans les suites de couches. Selon le témoignage des patientes, beaucoup d'entre-elles souhaitaient une prise en charge non classique. Que ce soit à la suite de récits des grossesses et accouchements de leur entourage ou pour avoir elles-mêmes connu un suivi classique, ces femmes ont ressenti le besoin d'avoir un accompagnement différent.

a) Besoin d'être accompagnée par un professionnel connu

Dans une étude réalisée en 2008 par N. Dutriaux et al. concernant le vécu et les attentes des usagers des maternités françaises, il est mis en avant que les usagers sont généralement favorables à un suivi par une seule personne (71,1% des femmes et 67,9% des hommes) (43).

La HAS préconise d'ailleurs que « *le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne* » (1).

Plusieurs des femmes interrogées dans notre étude connaissaient la sage-femme libérale qui les accompagnait avant d'être enceinte, et souhaitaient une continuité dans le suivi. Ces sages-femmes les ont donc informées de leur activité en AGN et cela a pu influencer leur choix.

L'information reçue par les femmes a en effet une grande importance pour la suite de la grossesse et dans le choix du lieu d'accouchement. Dans notre étude, les patientes ont principalement eu connaissance de l'existence de l'AGN et de l'accouchement en maison de naissance par des recherches personnelles à propos de la naissance et de la parentalité, par leur entourage ou par la rencontre avec une sage-femme libérale, qu'elle soit déjà connue ou non au moment de la découverte de la grossesse. Il s'agit donc d'une démarche personnelle qui s'inscrit parfois dans un mode de vie plus simple, avec un retour aux choses essentielles et une volonté d'être libre dans ses choix.

b) *Volonté d'un accouchement plus naturel*

Parmi les femmes ayant participé à notre étude, la majorité rapporte le souhait d'un accouchement le plus physiologique possible, moins médicalisé. Certaines femmes mentionnent la liberté de position et de mouvement lors de l'accouchement. L'accompagnement de la douleur et le soutien dans le choix d'un accouchement sans analgésie péridurale était aussi souhaité par les participantes. D'après l'enquête périnatale de 2016, seulement 14,6% des femmes ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale avant leur arrivée à la maternité (28). Le choix d'un accouchement sans APD concerne donc une minorité de femmes mais qui demandent à être accompagnées et soutenues dans ce choix. L'accompagnement proposé nécessite d'être adapté à chaque femme et à ses besoins, qu'elle souhaite une APD ou non.

D'après une étude réalisée par le CIANE en 2012 sur la douleur lors de l'accouchement, les femmes qui ne voulaient a priori pas d'analgésie péridurale et qui ont fini par en avoir une, mettaient en cause : un défaut d'accompagnement, l'absence d'alternatives proposées et le fait qu'on ne leur ait pas laissé le choix. 56% de ces patientes n'étaient pas satisfaites de leur prise en charge. L'accouchement en MDN permet de proposer une alternative à ce qui a fait défaut à ces femmes, grâce à un soutien continu adapté et personnalisé (44).

Nous avons retrouvé plusieurs études dans la littérature montrant que le « one-to-one care », une sage-femme pour une femme, permet d'améliorer les issues maternelles, fœtales et néonatales notamment concernant les épisiotomies, les extractions instrumentales ou la prématurité. Les femmes ayant ainsi bénéficié d'un soutien continu par une sage-femme ont souvent vécu un accouchement moins médicalisé, et ont notamment moins recours à une APD (34).

L'OMS confirme que la continuité des soins est une garantie de la sécurité physique et psychologique des personnes (2). De plus, le CNGOF préconise depuis 2012 la mise en place du suivi global effectué par un professionnel de la périnatalité, médecin ou sage-femme, pour les grossesses à bas risque (45).

Outre la parfaite connaissance du dossier médical, la présence, la surveillance, la vigilance et le soutien continu de la sage-femme qui propose un AGN constituent pour les femmes le moyen de vivre leur accouchement en toute sécurité, malgré l'absence de l'environnement hospitalier et technicisé. Ce type de suivi permet de diminuer les interventions non justifiées telles que la rupture artificielle des membranes, l'utilisation systématique d'oxytocine et leurs effets parfois iatrogènes. Les protocoles hospitaliers, bien que parfois nécessaires, permettent de donner une procédure type de prise en charge des femmes. Cela va à l'encontre de la philosophie même de l'AGN, par la prise en charge très personnalisée des couples.

c) Environnement de la maison de naissance

L'environnement chaleureux et familier de la maison de naissance a été cité de nombreuses fois par les participantes, qui soulignent aussi, pour celles qui connaissaient, la différence avec les salles d'accouchements plus classiques. De plus, même si la majorité des femmes interrogées souhaitent un accouchement peu technicisé, celles-ci se préoccupent de la sécurité le jour J pour leur bébé et elles-mêmes.

La sécurité que représente la proximité de la MDN avec le service des urgences obstétricales est ainsi un critère important et parfois rassurant, dans le choix du lieu d'accouchement.

En plus d'un accompagnement différent, les femmes recherchent un environnement différent et une alternative à la maternité, dans le respect de l'intimité du couple, tout en gardant un cadre sécuritaire pour la naissance de leur enfant. La maison de naissance constitue pour elles cette alternative, plus qu'un accouchement en plateau technique, qui

reste dans les locaux de l'hôpital et donc soumis à des protocoles plus stricts, rendant la prise en charge différente si le processus physiologique est altéré.

Pour une grande partie des femmes interrogées, le choix de l'accouchement dans la maison de naissance s'est fait en couple, et l'avis de leur conjoint était primordial. Cela rejoint le besoin de sécurité affective lors de la grossesse. En effet, le couple doit vivre le choix d'AGN avec la même adhésion, un investissement moindre de la part du conjoint n'est pas envisageable dans ce type de suivi.

Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude de E Vitrai. Ainsi, pour 89,7% des femmes interrogées, le conjoint avait participé au choix de l'AGN et de l'accouchement en plateau technique. La majorité d'entre-eux (85,2%) affirmait avoir très bien vécu l'accouchement et avoir pris une place active dans l'accompagnement de leur conjointe (42).

En France, en 2016, 0,6% des accouchements ont eu lieu à domicile, ce pourcentage regroupant les accouchements prévus et non prévus à domicile (28). Plusieurs femmes interrogées auraient souhaité accoucher à domicile, mais n'ont pas pu, pour certaines à cause du refus de leur conjoint, pour d'autres, à défaut de sage-femme pour les accompagner.

En 2018, seulement 88 sages-femmes libérales françaises pratiquaient des accouchements à domicile et ont accompagné 1347 naissances, que les femmes aient accouché effectivement à domicile ou en structure médicale après un transfert en cours de travail. On peut émettre l'hypothèse que la diminution de la couverture du territoire s'est accompagnée d'une augmentation des accouchements non assistés (ANA) et que certains couples font ce choix volontairement, ne voulant pas renoncer à leur projet d'accouchement à domicile (46). La généralisation des MDN pourrait permettre de limiter les ANA, qui se déroulent en l'absence de tout professionnel de la naissance.

Au contraire, les participantes à notre étude, ont renoncé à ce projet d'accouchement à domicile pour aller en maison de naissance afin d'être correctement accompagnées et en sécurité. Certaines femmes mentionnent les peurs de leur conjoint quant à l'accouchement à domicile, rassuré et sécurisé par un accouchement dans le cadre de la maison de naissance.

3. Suivi de qualité par la sage-femme

a) Relation de confiance

La volonté d'un suivi par une même personne, parfois avant la grossesse, puis pendant et après la naissance, exprime la relation de confiance qui s'instaure entre les sages-femmes et les couples tout au long de la grossesse. La plupart des sages-femmes proposant l'AGN en maison de naissance fonctionnent en binôme. Les couples sont donc suivis par un nombre très restreints de professionnels qu'ils ont choisis, conformément aux recommandations de la HAS de 2016 (1).

Qualifier la relation développée avec la sage-femme lors de la grossesse s'est avéré difficile pour la majorité des femmes interrogées. Elles décrivent une relation forte, privilégiée, restant professionnelle et non une amitié, une relation de femme à femme, basée sur l'écoute, et une grande confiance mutuelle. Une femme rapporte d'ailleurs avoir été amenée à renoncer à un accouchement à domicile pour une précédente grossesse à cause d'une mauvaise relation avec la SFL et un manque de confiance. L'« *humanité* » de la sage-femme est mise en avant par une des femmes de notre étude. Apporter de l'humanité à la naissance était d'ailleurs l'un des principaux objectifs du plan de périnatalité de 2005-2007 (17).

Les femmes désirent un accouchement dans le respect de l'intimité de leur corps et celui nouveau-né à la naissance et décrivent un profond respect des choix, une grande bienveillance et une disponibilité importante de la part des sages-femmes.

Au niveau national, à la suite des témoignages de violences obstétricales, le CNGOF a créé un label, Maternys, pour répondre aux attentes des femmes enceintes et valoriser les établissements qui s'engagent à « *mettre la bienveillance au centre de leurs préoccupations* ». Les maternités labellisées s'engagent à mettre en place des améliorations progressives, basées sur les évaluations des femmes grâce à des formulaires de satisfaction et une plateforme en ligne (47).

b) Liberté et empowerment

Les femmes interrogées rapportent une volonté d'être libre dans leurs choix, et de prendre les décisions en conscience concernant leur santé et leurs volontés pour

l'accouchement. Elles souhaitent être actrices de leur prise en charge et de leur accouchement.

La relation de confiance ainsi développée implique un rapport de réciprocité où chacune, femme et sage-femme, croit aux compétences de l'autre, ce qui permet à la sage-femme de laisser le pouvoir décisionnel à la femme (48).

Le concept d'empowerment est particulièrement présent dans l'accompagnement global à la naissance. L'empowerment est une approche qui vise à permettre aux individus d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie. Il n'existe pas de traduction française de ce terme, on pourrait le définir comme « pouvoir d'agir » ou encore « autonomisation » (49).

L'empowerment s'oppose ainsi au paternalisme médical, pointé du doigt dans les nombreux témoignages de violences gynécologiques et obstétricales. Cette logique paternaliste, où le praticien sait mieux que la femme et agit ainsi dans son intérêt efface la volonté de la femme au profit du savoir médical (50).

Dans sa thèse publiée en 2006, L. Chinchard-Sepeda montre que l'empowerment est favorisé lors de la grossesse et l'accouchement par des soins de qualité, le fait de pouvoir décider, être encouragé et respecté, et avoir confiance et valoriser le processus naturel du travail. Le respect des sages-femmes envers les femmes aide les femmes à décider des soins et diriger ce qui se passe. Les femmes demeurent des personnes entières, comme mères, femmes et êtres humains (51).

Plusieurs femmes que nous avons interrogées mentionnent ainsi la prise en charge « globale » dont elles ont bénéficié en tant que femme et en tant que mère d'autres enfants. Les femmes décrivent l'attention portée par leurs sages-femmes sur le côté psychologique de la grossesse et des modifications corporelles et psychiques qu'elle apporte. De plus, les sages-femmes prenaient en charge la famille dans sa globalité, en incorporant les aînés dans le suivi de grossesse. Les femmes rapportent parfois des séances spécialement dédiées pour les ainés, où était abordé le fait de devenir grand frère ou grande sœur. Pour les autres femmes, les aînés étaient toujours les bienvenus lors des consultations et pris en compte.

Une étude a été publiée en 2010 concernant des femmes ayant eu une expérience positive d'un accouchement à la suite d'un premier accouchement traumatisant. Elle montre que parmi les facteurs essentiels à la guérison, des soins et une communication de

qualité avec la sage-femme, dont le partage d'informations pendant l'accouchement, permettent une possibilité de contrôle pour les femmes. L'empowerment ayant a un effet guérisseur (52).

c) Préparation à la naissance et à la parentalité personnalisée

Les femmes interrogées dans notre étude mettent en avant la différence entre la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) qui a été faite précédemment à l'hôpital pour une autre grossesse et pour cette grossesse en AGN. Elles décrivent pour ce dernier cas un contenu personnalisé, adapté aux demandes du couple et elles sont très satisfaites. Certaines avaient en effet vécu des séances de PNP en groupe, au sein duquel les besoins et les attentes des femmes étaient variées et ne coïncidaient pas nécessairement avec les leurs. Ces séances de PNP ont malgré tout pu donner lieu à des partages d'expérience, décrits comme « *enrichissants* » pour certaines femmes.

Cependant, certaines femmes soulignent le manque de personnalisation des cours collectifs parfois réalisés dans les maternités. Dans son étude portant sur la satisfaction des femmes ayant suivi une PNP classique dans une maternité de type III, M. Tempier montre que les attentes des femmes quant aux thèmes abordés lors ce ces séances de PNP ne sont pas satisfaites, notamment les thèmes de la parentalité et des soins post-nataux. (53)

D'autres types de PNP, non classique, sont ainsi plébiscités par les femmes ces dernières années. Elles attendent moins d'aspect médical, et une alternative au modèle théorique actuel, avec d'autres préparations telles l'haptonomie, le yoga ou encore l'hypnose. Cela permettrait de sortir d'une pédagogie basée sur l'apport de connaissances, afin de se tourner vers une pédagogie active qui replace la femme au centre de l'apprentissage (54).

Dans ses recommandations pour la pratique clinique en PNP, la HAS rappelle que l'approche éducative proposée « *ne se réduit pas à une transmission passive d'informations* ». (55) Elle fait référence à une volonté d'implication et de participation active des couples. La notion d'empowerment prend tout son sens dans cette vision de la PNP, les femmes acquièrent ainsi un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé. Les couples sont encouragés à prendre une place dans la construction et l'appropriation des savoirs et compétences nécessaires pour s'adapter à leur nouveau rôle de parents. La connaissance renforce le sentiment de pouvoir influencer ce qui se passe lors de la naissance, par ses choix et ses actes (56).

L'AGN et la préparation proposée par les sages-femmes permet de placer chaque couple au centre de la préparation, en prenant en compte la place du futur père et son importance dans la naissance.

d) Valorisation de la place du père

L'intégration du père dans la naissance, tant au niveau de la grossesse que de l'accouchement, est relativement récente dans la culture occidentale. En France, elle date des années 1970. Les pères souhaitent aujourd'hui s'engager davantage dans cet événement. Ils sont nombreux à exprimer leur besoin d'être présents et reconnus dès le début de la grossesse et pas uniquement au moment de la naissance de leur enfant. Aujourd'hui la présence du père semble quasiment incontournable lors de la naissance (57).

Certaines femmes interrogées affirment même que si leur conjoint n'avait pas souhaité un tel suivi, elles auraient accepté d'y renoncer. Cela met en évidence l'importance de l'implication du père dans le suivi de la grossesse et le choix du lieu de naissance.

Une étude réalisée par A. Kopff-Landas et al. en 2008 concernant le vécu de l'accouchement des couples qui attendent leur premier enfant révèle que les pères sont parfois insatisfaits du soutien qu'ils apportent et pensent que celui-ci ne correspond pas aux besoins de leur femme. Ils décrivent même un sentiment d'inutilité et d'impuissance (58).

Notre étude montre, au contraire, la place laissée aux pères lors de la naissance dans le cadre de l'AGN, et l'importance de la prise en charge du couple, de la future mère comme du futur père lors de la grossesse.

La majorité des conjoints des femmes interrogées dans notre étude ont participé au choix de l'AGN et de la maison de naissance. De plus, tous les pères ont participé activement au suivi de la grossesse, en étant présents à la plupart des consultations. D'après leur femme, ils ont trouvé leur place dans les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, où ils étaient pris en compte et avaient la possibilité de s'exprimer. Les femmes ayant déjà accouché nous ont rapporté l'importance du soutien de leur conjoint et de la place qui leur était donnée au moment du travail et de la naissance.

L'AGN aide ainsi les pères à trouver leur place, et à se préparer à leur rôle d'accompagnant lors de la naissance et de futur père. L'AGN leur permet d'avoir, eux aussi, une personne référente à qui s'adresser pendant la grossesse et l'accouchement.

e) Projet de naissance

La HAS définit le projet de naissance comme *« l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période post natale, y compris les conditions d'un retour précoce au domicile et les recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents.* » (1).

Celui-ci s'élabore au cours d'un dialogue avec le professionnel qui suit régulièrement la femme enceinte. Plusieurs des femmes de notre étude rapportent l'absence de respect des demandes qu'elles avaient spécifiées dans un projet de naissance pour une précédente grossesse.

En France en 2016, 3,7% des femmes ont rédigé un projet de naissance, et 17,2% ont exprimé leurs demandes oralement à l'arrivée en maternité. Seulement 3,4 % des femmes ont estimé que leurs demandes n'étaient plutôt pas ou pas du tout satisfaites par l'équipe hospitalière (28).

Dans une étude réalisée par le CIANE en 2012 concernant le respect des souhaits et le vécu de l'accouchement, 63% des femmes interrogées considèrent que l'équipe a fait de son mieux pour satisfaire leurs demandes ou leurs souhaits, et 26% que cela n'a été que partiellement le cas (59).

Un suivi effectué par une, voire deux personnes, permet une connaissance parfaite des attentes du couple et peut donner lieu à discussion préalable entre le couple et les sages-femmes concernant les possibles limites des souhaits exprimés. Au contraire, lors d'un accouchement en structure hospitalière, une discussion préalable est possible avec les responsables de l'équipe, mais pas avec la personne qui accompagnera le travail et l'accouchement.

En effet, les femmes interrogées lors de notre étude décrivent de longues discussions avec la sage-femme libérale à propos de ce qu'il est possible ou non de mettre en place lors de l'accouchement. Les pratiques des sages-femmes diffèrent sur ce point, certaines jugent

utile de formaliser par écrit les souhaits exprimés, notamment en cas de transfert à la maternité pendant le travail, alors que certaines femmes l'estiment au contraire non nécessaire, faisant confiance à la sage-femme, qui sera présente lors de l'accouchement, les connaissant parfaitement et ayant entendu leurs souhaits.

Dans l'étude du CIANE, le sentiment de respect des souhaits est fortement corrélé à celui d'avoir été, ou pas, laissée seule pendant l'accouchement. En effet, 77% des femmes qui considèrent que leurs souhaits n'ont pas été respectés disent avoir été laissées seules alors qu'elles auraient apprécié la présence d'un professionnel (59). Certaines femmes de notre étude ont ainsi fait le choix de l'AGN et de la maison de naissance afin de bénéficier un soutien adapté et continu, et d'un accompagnement adapté à leurs besoins, gage du respect de leur projet de naissance.

4. Satisfaction unanime des femmes

L'intégralité des femmes que nous avons interrogées se sont déclarées satisfaites du suivi dont elles ont bénéficié au cours de cette grossesse.

La satisfaction est subjective, elle dépend de la réponse à un besoin et est liée à la qualité. Ainsi, les femmes évaluent leur satisfaction à travers leurs propres valeurs et besoins plutôt que la qualité des soins reçus, de manière neutre.

Cette satisfaction maternelle si élevée peut sûrement s'expliquer par les points forts que citent les patientes concernant l'AGN et l'accouchement en maison de naissance, notamment la qualité de la relation entre le couple et les sages-femmes mais aussi le suivi décrit comme personnalisé, bienveillant et humain. Cela est possible grâce à un suivi sur la durée par un nombre très limité de personnes, ayant une parfaite connaissance de la femme et du couple. Ce suivi demande une grande disponibilité de la part des sages-femmes, cette disponibilité étant largement appréciée et mise en avant par les femmes interrogées.

Dans une étude réalisée par A. Méjean-Lapaire à propos de l'activité des sages-femmes en consultation prénatale en centre hospitalier, les sages-femmes rapportent toutes un manque de temps lors des consultations. En effet, la durée des consultations, une vingtaine de minutes, est souvent imposée par l'établissement, et les sages-femmes doivent ainsi ajuster le contenu des consultations à la durée prévue (60). D'après notre

étude, le suivi prénatal en MDN permet de laisser plus de souplesse quant à la durée des consultations.

L'étude de E. Vitrai retrouve des résultats similaires, 95,6 % des femmes ayant fait le choix de l'accouchement en plateau technique sont satisfaites et quasiment la totalité des patientes referaient le choix de l'AGN et du plateau technique pour une future grossesse (42).

5. Entourage parfois incompréhensif

Les réactions de l'entourage des femmes interrogées par rapport à leur choix du lieu de naissance sont assez variées. La plupart expriment des peurs, en cas de complications pour la mère ou le nouveau-né. Cependant, le rapport sur la qualité des soins prodigués en MDN en France montre que celles-ci ont un niveau de sécurité suffisant (39).
Ce rapport pourrait ainsi permettre aux couples de rassurer leur entourage, inquiet pour la sécurité de la femme et son nouveau-né.

Le choix de l'accouchement sans analgésie péridurale est aussi incompris. A une époque où la médecine peut soulager efficacement la douleur, certains évoquent parfois un retour aux siècles précédents.

Horowitz et al. ont observé que si l'analgésie péridurale était de plus en plus souhaitée, les femmes étaient également plus nombreuses à vouloir accoucher sans anesthésie. L'utilisation importante de l'APD et le refus de certaines femmes à recourir à cette méthode questionnent sur les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans anesthésie (61).
Une étude de N. Séjourné portant sur les motivations des femmes à accoucher sans APD montre que les femmes n'ont pas les mêmes attentes concernant leur accouchement, selon qu'elles souhaitent ou non une APD. Les femmes souhaitant accoucher sans péridurale évaluent l'accouchement comme « moins horrible et plus naturel » et pensent qu'une femme est forte durant son accouchement (62).

Les femmes racontent ainsi les réactions de leur entourage, entre soutien et incompréhension, et la nécessité de réexpliquer le sens de ce choix d'accouchement différent. Elles ont su faire abstraction des inquiétudes de leur entourage en faisant,

malgré tout, le choix d'accoucher en maison de naissance, ce qui témoigne encore une fois de leur d'empowerment.

IV. Projet d'action

La fin de l'expérimentation des MDN approchant, le gouvernement a annoncé oralement en février 2020 la pérennisation des MDN. Il considère que l'expérimentation est positive, les MDN constituant une option complémentaire dans l'offre de soins de périnatalité. En effet, l'étude menée par le groupe de recherche sur les MDN, portant sur l'activité des huit structures au long de l'année 2018 a permis de confirmer que les exigences en matière de pertinence, d'efficacité et de sécurité des soins qui y sont prodigués sont satisfaites. Ce rapport publié en novembre 2019 a révélé un niveau de sécurité satisfaisant et conforme aux données étudiées sur des cohortes de population plus importantes, notamment au Royaume-Uni ou en Australie. (39)

L'offre existante sera pérennisée dans le droit commun. Cependant, au moment de la rédaction de ce mémoire, les modalités ne sont pas définies, et une éventuelle généralisation à l'ensemble du territoire national n'est pas précisée. Nous pouvons seulement dire que la pérennisation et la généralisation des maisons de naissances permettraient d'offrir aux couples un autre modèle de soins autour de la naissance. Ce déploiement permettrait aussi à la France de rattraper le retard qu'accuse la France sur les pays voisins, en matière d'offre en santé périnatale.

Un sondage concernant les MDN a été réalisé par Ipsos en février 2020 pour le Collectif des Parents des Maisons de Naissance auprès de 1000 femmes constituant un échantillon représentatif de la population féminine française de 18 à 45 ans. Il rapporte que près d'une femme sur cinq, soit 19% des femmes interrogées, souhaite ou aurait souhaité de manière certaine un accouchement en maison de naissance. Cela représenterait plus de 130 000 naissances par an.

Or, la loi Kouchner, relative aux droits des patients, précise que chaque personne a le droit de recevoir une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qui lui sont proposés (25). Ainsi, il semble pertinent de proposer à tous les couples, lors de la grossesse une information claire et loyale sur les possibilités qui s'offrent à eux en matière de périnatalité. Les différents lieux d'accouchements et les différents types de suivi qui s'offrent aux couples devraient en effet être proposés de manière systématique et objective. L'entretien prénatal précoce, au quatrième mois

pourrait être le moment adéquat. Le Ministère des Solidarités et de la Santé a d'ailleurs annoncé en 2019 l'inscription de cet entretien aux consultations obligatoires, et ce à partir de 2020 (63). Une information sous forme d'affiche et de dépliants pourrait aussi être réalisée et diffusée par les réseaux de santé périnataux ou les conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes, en étant régulièrement actualisée, afin de correspondre à l'offre de soin locale.

Envisager la généralisation des MDN à l'ensemble du territoire permettrait de répondre à toutes les demandes, la prise en charge proposée en maternité ne correspondant pas à la personnalisation souhaitée par certains couples.

De plus, la publication des résultats de cette étude dans une revue à destination des sages-femmes, qui font notamment de l'accompagnement global à la naissance pourrait être judicieuse. En effet, l'expérience des femmes, mise en lumière dans ce mémoire, est enrichissante et pourrait permettre aux sages-femmes de découvrir leurs expériences et leurs points de vue à propos du suivi dont elles ont bénéficié en maison de naissance.

Conclusion

Ce travail de recherche nous a permis de mettre en avant les motivations des femmes à accoucher en maison de naissance ainsi que leur expérience de l'accompagnement global à la naissance. Six entretiens téléphoniques ont été réalisés auprès de femmes souhaitant accoucher en maison de naissance et/ou y ayant déjà accouché pour leur précédente grossesse.

Les principales raisons du choix de l'accompagnement global à la naissance sont claires. Les femmes interrogées tiennent à être suivies par une sage-femme connue et souhaitent un accouchement avec une moindre médicalisation et une plus grande liberté, et une décision médicale partagée.

Des expériences antérieures décevantes d'accouchements en maternité ont parfois poussé certaines femmes interrogées à faire le choix d'un accompagnement différent. Les pratiques hospitalières avaient alors été perçues comme protocolaires et peu personnalisées. Les femmes reprochaient aussi un manque d'information quant aux gestes effectués et thérapeutiques administrés.

Les femmes développent une relation de grande confiance avec les sages-femmes qui les accompagnent en maison de naissance. La liberté de parole lors des séances de PNP, rapportées comme très personnalisées et adaptées aux besoins des couples, permet aux femmes de faire des choix éclairés. Les femmes mettent en avant l'importance du respect des choix posés.

La naissance représentant un évènement familial et intime, la place laissée au père et à la fratrie dans l'accompagnement global pousse aussi les femmes à faire ce choix, bien qu'encore marginal. Le choix de l'accouchement en maison de naissance est souvent fait en couple et permet de laisser une réelle place au père, ce dès la grossesse. Ce choix interroge souvent l'entourage des femmes, en particulier le choix d'un accouchement sans analgésie péridurale.

L'accouchement en maison de naissance constitue ainsi pour les femmes une alternative à l'accouchement en maternité. Elles recherchent un accompagnement différent, dans un environnement différent de celui des salles de naissance, mais tout aussi sécurisé et plus propice au respect de la physiologie de l'accouchement. En effet, la MDN séduit les couples par son côté intimiste et chaleureux, tout en gardant un côté sécuritaire pour la naissance de leur enfant, par la proximité avec le service des urgences obstétricales. Cela constitue pour les femmes le moyen de vivre sereinement leur

accouchement, en partie grâce au soutien continu de la sage-femme, adapté à leurs besoins.

Les femmes interrogées dans notre étude sont toutes très satisfaites du suivi qui a été mis en place lors de la grossesse, certaines affirment même ne plus vouloir retourner à l'hôpital lors d'une prochaine grossesse.

Il semble important que tous les futurs parents soient informés de tous les types de suivi et les lieux de naissance qui s'offrent à eux, et qu'une politique soit mise en place, tant au niveau local qu'au niveau national, pour que ceux-ci puissent faire un choix éclairé quant au lieu de naissance de leur enfant.

Les maisons de naissance font partie intégrante de l'offre de soins en périnatalité dans la plupart des pays à haut niveau de ressources, et ont déjà été évaluées. Elles ont un niveau de sécurité satisfaisant et conforme aux résultats européens, comme le montre le rapport publié par le groupe de recherche sur les maisons de naissance en France. Elles modifient l'offre de soins en périnatalité, en proposant un système de soins centré sur la femme et ses besoins dans un parcours de soins continus et assuré par un nombre très restreint de professionnels. En revanche, ce mode de fonctionnement demande une très grande disponibilité de la part des sages-femmes proposant l'AGN.

Il semblerait pertinent de réaliser une étude qualitative auprès de ces sages-femmes. En effet, ce mode d'exercice demande un très grand investissement personnel et familial ainsi qu'une grande disponibilité. Dans une optique de pérennisation et de généralisation des maisons de naissance françaises, mettre en avant leur vécu de l'exercice du métier de sage-femme via l'accompagnement global semble approprié.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. has-sante.fr 2016 [cité 26 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

2. World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva : WHO; 2016

3. LOI n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. JORF n°0284 (2013)

4. Haute Autorité de Santé (HAS). Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance [Internet]. has-sante.fr 2014 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf

5. Morel M-F. Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle). Actual Doss en Santé Publique. 2008;(61/62):22-28.

6. Gélis J. L'enquête de 1786 sur les « sages-femmes du royaume ». Annales de Démographie Historique. 1980;299-343.

7. Thebaud F. Quand nos grands-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux guerres. Lyon : Presses universitaires de Lyon; 1986.

8. Knibiehler Y. La révolution maternelle : femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945. Paris : Perrin; 1997.

9. Caron-Leulliez M. L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du XXe siècle. Spirale. 2008;47(3):21-6.

10. Arnal M. Les enjeux de l'accouchement médicalisé en France et au Québec. Travail, genre et societes. 2018;39(1):201-6.

11. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F, National Coordination Group of the National Perinatal Surveys. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2012;41(4):1-15.

12. Knibiehler Y. Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le début du XXe siècle. Rennes: Presse de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2007.

13. Breart G, Dumazaubrun C. La périnatalité en France : 20 ans d'évolution. Med/Sci. 1993;9(3):323-326.

14. Rumeau-Rouquette C, du Mauzaubrun C, Rabarison Y. Naitre en France, 10 ans d'évolution. Paris: Inserm-Doin; 1984.

15. Haut Comité de la Santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité. Éditions ENSP. Rennes; 1994.

16. Ecole Nationale de la Santé Publique. Périnatalité, le plan du gouvernement: dossier d'information. Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville; 1994.

17. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Plan « périnatalité » 2005 2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Ministère chargé de la santé; 2004.

18. Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé et Recherches Génésiques. Les soins liés à un accouchement normal [Internet]. 1997 [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_/fr/

19. Maria B, Dauptain G, Gaucherand P, Cohen H, Vige P, Berthet J, et al. Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. J Gynec Obstet Biol Reprod. 2008;32(7):606-16.

20. Collectif Interassociatif Autour de la NaissancE, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, Collège National des Sages-Femmes, Société Française de Néonatologie. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités, fondamentaux. [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr 2008 [cité 25 mai 2019].
Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_pc48a.pdf

21. Grand Larousse illustré. Paris:Larousse; 2020.

22. Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. [Internet] has-sante.fr 2017. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf

23. Leboyer F. Pour une naissance sans violence. Paris:Points; 1980.

24. Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris:Presses Universitaires de France; 2007.

25. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF n°0001 (2002).

26. CIANE. Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? [Internet]. ciane.net 2014 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/CianeDossierAccompagnement2014.pdf

27. Union Nationale des Associations Familiales. Enquête périnatalité: « Regards de femmes sur leur maternité ». Journal du droit des jeunes. 2012;314(4):28.

28. DREES, INSERM. Enquête nationale périnatale Rapport 2016. [Internet] 2017. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

29. Parlement Européen. Chartre des droits de la parturiente. 1998.

30. Thomas C. L'accompagnement global par les sages-femmes, démédicaliser la naissance pour une autre gestion du risque. Anthropologie et Santé. 2017;(15):22.

31. Article L4151-1. Code de la santé publique. (2016)

32. Blanchard L. Sages-femmes en Europe: vers une analyse comparative de la formation et des conditions d'exercice de la profession en Europe [Mémoire : sage-femme]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2016.

33. Cour des comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. [Internet] 2011. [cité 18 mai 2019]. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Rapport_securite_sociale_2011_role_sages_femmes_systeme_de_soins_6.pdf

34. Shandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models of care versus other models of care for childbearing women. Cohrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015 [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5

35. Arrêté du 26 novembre 2015 fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale. JORF n° 0274 (2015).

36. Décret n°2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. JORF n°0176 (2015).

37. P Viossat JCP. Maisons de naissance : revue de la littérature. J Gynecol Obstet et Hum Reprod. 2001;30(7):680-7.

38. Hollowell J, Rowe R, Townend J, Knight M, Li Y, Linsell L, et al. The Birthplace in England national prospective cohort study : further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. Health Service and Delivery Research. 2015;3(36).

39. Chantry A, Sauvegrain P, Roelens I, Guiguet-Auclair C, Goyet S, Venditelli F. Rapport d'étude sur la qualité des soins dispensés en maisons de naissance en France. [Internet] 2019. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf

40. DRESS. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. [Internet]. 2008 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf

41. Denis A, Callahan S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. J Thérapie Comport Cogn. 2009;19(4):116-9.

42. Vitrai E. Accouchement en plateau technique lors de l'accompagnement global à la naissance : motivation et satisfaction des patientes [Mémoire: sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2018.

43. Dutriaux N, Chevalier I, Muray JM, Dran C. Vécu et attentes des usagers d'une maternité francilienne. La Revue Sage-Femme. 2008;7(4):177-86.

44. CIANE. Douleur et accouchement [Internet]. ciane.net 2013. [cité 8 fév 2020]. Disponible sur: https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf

45. Puech F, Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de « l'accouchement physiologique ». 2012.

46. APAAD. L'accouchement accompagné à domicile. Pratique des sages-femmes françaises accompagnant les naissances à domicile - Etat des lieux 2018 [Internet]. 2019 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: http://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2019/09/ETAT-des-LIEUX-AAD-FRANCE-2018.pdf

47. MATERNYS | Les engagements du label [Internet]. Maternys. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: https://www.maternys.com/engagements-label-maternys/

48. Gagnon R. Au cœur de la pratique sage-femme québécoise : la relation de confiance. La revue Sage-femme. 2013;12(5):214-219.

49. Bacqué M-H, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? Idées économiques et sociales. 2013;173(3):25-32.

50. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical [Internet]. 2018 [cité 20 mars 2020] Report n°2018-06-26-SAN-034. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629-2.pdf

51. Vadeboncoeur H. L'accouchement, des impacts dont on parle peu : empowerment ou traumatisme. [Internet] 2010. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: http://www.aspq.org/documents/file/25-11-10_15h40_h-vadeboncoeur_accouchement-empowerment-ou-traumatisme.pdf

52. Thomson G, Downe S. Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. J Reprod and Infant Psychol. 2010;28(1):102-112.

53. Tempier M. Etude de la satifaction des femmes ayant suivi une préparation à la naissance et à la parentalité « classique » dans une maternité de type 3 en Aquitaine [Mémoire sage-femme]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2016.

54. Bernard MR, Eymard C. Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. Santé Publique. [Internet]. 2012 [cité 7 mars 2020];24(4):283-289. Disponible sur https://doi.org/10.3917/spub.124.0283

55. Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : recommandations professionnelles. [Internet] has-sante.fr 2005 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

56. Cheyney M. Homebirth as systems-challenging praxis: knowledge, power, and intimacy in the birthplace. Qualitative Health Research. 2008;18(2):254-267.

57. Echène A. La participation du père à la naissance, regard dans l'après-coup de la séparation. Dialogue. 2010;190(4):147-158.

58. Kopff-Landas A, Moreau A, Séjourné N. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2008;36(11):1101-4.

59. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. ciane.net 2012. Disponible sur: https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf

60. Méjean-Lapaire A. Analyse de l'activité des sages-femmes en consultation prénatale en vue de la conception d'une ingénierie de formation [Mémoire: Master Sciences de l'Education]. [Clermont-Ferrand]: ESPE, Université Clermont-Auvergne; 2019.

61. Horowitz E, Yogev Y, Ben-Haroush A, Kaplan B. Women's attitude toward analgesia during labor-a comparison between 1995 and 2001. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004;117(1):30-32.

62. Séjourné N, Callahan S. Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2013;42(1):56-63.

63. Pacte pour l'enfance, Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. [Internet] solidarites-sante.gouv 2019. [cité 25 mars 2020] Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf

Lexique

Les mots définis ci-dessous sont suivis d'un astérisque (*) dans le document.

One-to-one care : modèle de soins continus développé au Royaume Uni, où une sage-femme réalise le suivi prénatal de la femme enceinte et l'accompagne en permanence lors de l'accouchement puis dans les suites de couches.

Salutogénèse : soins de prévention ayant pour objectif de renforcer la santé et de limiter les interventions et la iatrogénie qui leur est associée. Dans le cadre de la grossesse, la salutogénèse permet de maintenir les femmes dans le bas risque obstétrical

Etat de stress post traumatique : trouble anxieux sévère qui apparait à la suite d'un évènement particulièrement traumatisant. Les symptômes varient d'une personne à l'autre, mais peuvent prendre la forme de reviviscences, évitement, troubles du sommeil et cognitifs…

Transfert in utero : transfert d'une femme enceinte vers une autre maternité dont le niveau de soins est adapté à son état de santé ou à celui du fœtus

Annexes

ANNEXE I : Guide d'entretien

1. **<u>Avez-vous des enfants ?</u>**

<u>Si multipare</u>

- Combien d'enfants avez-vous ?
- Par qui avez-vous été suivie durant la grossesse n°1, n°2, etc ? *Suivi hospitalier, libéral ?*
- Où avez-vous accouché pour la grossesse n°1, n°2, etc ?
- Pourquoi aviez-vous fait ce choix ?
- En une phrase, que retenez-vous du suivi :
    - de ces grossesses
    - et de ces accouchements ?

2. **<u>Choix du suivi global et de l'accouchement en MDN</u>**

- Qu'est-ce qui vous a poussé à faire le choix du suivi global ? (par un groupe restreint de personnes, pendant la grossesse, à l'accouchement et dans les suites de couches) *(influence de l'entourage, amies, expériences des autres, internet)*
- Comment avez-vous découvert les MDN ?
- Qu'est-ce qui vous a attiré dans ce **type de suivi** ? *par rapport aux autres grossesses ?*
- Qu'est-ce que le **suivi** global pouvait vous apporter a priori par rapport à un suivi plus classique (à l'hôpital, en cabinet libéral) ?
- Qu'est-ce qui vous a attiré dans ce **lieu** d'accouchement ? *par rapport aux autres grossesses ?*
- Qu'est-ce que **l'accouchement** en MDN pouvait vous apporter a priori par rapport à un accouchement à l'hôpital, à domicile… ?
- Que recherchiez-vous en faisant ce choix ?
- Était-ce un choix personnel ? A deux ? (*avez-vous demandé l'avis de votre conjoint ?)*
- Que pense votre entourage de ce choix d'accouchement ?

3. **<u>Le suivi en MDN, la relation avec la SF</u>**

- Qui vous suit pour cette grossesse ? *(Depuis quand ? où ? A quelle fréquence ?)*
- Quelles sont les particularités de son suivi ? *(écoute, explications, consentement éclairé, décision médicale partagée, respect de la pudeur, empowerment …)*
- Le courant passe bien entre vous ? (*qualité de la relation…)*
- Avez-vous un projet de naissance, *autre que le fait d'accoucher en mdn* ? (*rédigé, discuté avec les SF, contenu ?)*
- Est-ce que vous suivez des séances de PNP ? *(avec qui, qui l'accompagne, individuel/collectif depuis quand ?…). Mettre en évidence ce qu'apporte la PNP en MDN par rapport à la PNP ailleurs*
- Comment vous sentez vous à l'approche de l'accouchement ? (*confiante ? préparée ? entourée ? prête ?)*
- Globalement, que pensez-vous du suivi qui a été mis en place pour cette grossesse ? (*satisfaction*)

- Qu'attendez-vous du suivi de ces dernières semaines avant la naissance de votre bébé ? (*consultations, PNP, disponibilité)*

4. <u>Place du père</u>

- Votre conjoint connait-il la SF qui vous suit ?
- A-t-il pu la rencontrer plusieurs fois ? (suivi, PNP ?)
- Son implication dans votre **suivi** : est-ce important pour vous ? *(opinion suivi global)*
- Son implication dans la **PNP** : est-ce important pour vous ? Et lui, comment se sent-il à l'approche de l'accouchement ?
- Pensez-vous que le suivi en MDN lui est profitable ? (*Par rapport aux grossesses précédentes* ?)

- Quel est votre âge ?
- Que faites-vous dans la vie ?
- La date du début de grossesse ? *(ou terme) ou date d'accouchement*

ANNEXE II : lettre d'information

ACCOUCHER EN MAISON DE NAISSANCE :
MOTIVATIONS ET EXPERIENCE DES FEMMES

Investigateurs :

- JAMET Blandine, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand.
- Sous la direction de

- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail :

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée « Accoucher en maison de naissance, motivations et expérience des femmes ». Cette étude s'inscrit dans le cadre du travail de recherche de fin d'études de Blandine JAMET et est sous la responsabilité , sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand.

Pourquoi cette étude ?

Neuf maisons de naissances sont en expérimentation en France depuis 2013. Le choix d'un accompagnement global et d'un accouchement en maison de naissance est peu répandu. Pourtant, de plus en plus de couples choisissent ce type de suivi et désirent vivre un accouchement respectueux de la physiologie.

En tant qu'étudiante sage-femme, j'ai rarement eu l'occasion d'échanger avec des couples ayant fait ce choix d'accompagnement à la naissance. J'ai donc décidé, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, d'approfondir les raisons qui poussent les femmes à faire ce choix. J'espère ainsi mieux comprendre leurs attentes et tenir compte des apports de cette recherche dans ma pratique future.

J'envisage un temps d'échange avec vous pour discuter du choix que vous avez fait en optant pour la maison de naissance et pour connaître votre expérience du suivi global.

L'étude en pratique

Je souhaite interroger plusieurs femmes lors d'un entretien téléphonique individuel, guidé par des questions pré établies. Chaque entretien téléphonique sera enregistré puis retranscrit afin d'être analysé.

Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat et les personnes impliquées dans l'étude sont soumises au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018) vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous

concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décider d'arrêter votre participation à l'étude.

Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en m'adressant une demande écrite à

Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude, contactez les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données,

ANNEXE III : Tableau descriptif de la population de l'étude

	Grossesse MDN	Accouchements précédents	Age	Profession	Lieu de vie
Mme A	Enceinte de 36 SA *Premier enfant*		32 ans	Infirmière	Milieu rural
Mme B	Enceinte de 36 SA *Quatrième enfant*	3 AVB - hôpital	40 ans	Mère au foyer	Milieu rural
Mme C	Enceinte de 36 SA *Troisième enfant*	1 AVB - CHU 1 AVB - PT	35 ans	Etudiant chercheur	Milieu urbain
Mme D	A accouché en MDN en 2018 *Deuxième enfant*	1 AVB- hôpital	30 ans	Analyste financier	Milieu urbain
Mme E	Enceinte de 35 SA *Deuxième enfant*	1 AVB en MDN	29 ans	Infirmière puéricultrice	Milieu rural
Mme F	A accouché en MDN en 2018 *Cinquième enfant*	4 AVB - clinique privée	40 ans	Mère au foyer	Milieu rural

AVB : Accouchement par Voie Basse

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PT : Plateau Technique

Résumé

Introduction : Certains couples sont demandeurs d'une alternative à la prise en charge hospitalière de la naissance, très technicisée et standardisée. Les maisons de naissance, actuellement en expérimentation, proposent ainsi d'allier accompagnement personnalisé et sécurité, grâce au soutien continu des sages-femmes, de la grossesse aux suites de couches.

***Objectifs* :** Mettre en avant les motivations des femmes qui accouchent en maison de naissance et décrire leur expérience de l'accompagnement global à la naissance

***Méthode* :** Il s'agit d'une étude qualitative, de type descriptive et interprétative. Six entretiens semi-directifs ont été réalisés chez quatre femmes enceintes souhaitant accoucher en maison de naissance et chez deux femmes ayant déjà accouché en maison de naissance en France.

***Résultats et discussion* :** Les femmes souhaitent un accompagnement personnalisé, respectueux de la place du père, ainsi que la présence d'un professionnel connu lors de l'accouchement, permettant le respect de leurs choix. La maison de naissance permet de respecter le caractère intime de la naissance tout en apportant une sécurité, par la proximité des urgences obstétricales. Plusieurs études montrent comme nous l'importance du respect des choix et du soutien, dans le vécu de la naissance. De plus, les maisons de naissance françaises ont un niveau de sécurité équivalent à celles des pays voisins.

***Conclusion* :** L'information concernant les lieux de naissances disponibles pour les futurs parents doit devenir une priorité afin qu'ils puissent choisir librement ce qui leur convient le mieux. La diversification des lieux de naissance, par la généralisation des maisons de naissance à l'ensemble du territoire français, est nécessaire pour répondre aux demandes des couples.

***Mots clés* :** accompagnement global à la naissance, maison de naissance, physiologie, suivi prénatal, relation de confiance, soutien continu, médicalisation, consentement éclairé.

Abstract

Background : Couples want an alternative to hospital care when it comes to birth. Birth centers are experienced in France, allowing to combine personalized support and safety, thanks to midwifery one-to-one care.

***Objectives* :** This work's goal was to show women's motives to give birth in a birth center, and to describe their experience of this type of follow-up.

***Methods* :** A descriptive and interpretative qualitative study was conducted. Six women were interviewed : four pregnant women who wanted to give birth in a birth center, and two women who had already given birth in a birth center.

Findings and discussion : Women want a personalized follow-up, that respects the father's place, support from a known professional during delivery, and respect for they choices. The birth center can respect the intimate nature of birth while the proximity of the emergency room gives some security. Several studies show that respecting choices and continuous support are vital regarding birth experience. Furthermore, french and european birth centers have a similar safety level.

***Conclusion* :** Informing future parents about the birth places available needs to be a priority so they can to freely choose what is best for them. Generalizing birth centers to the whole country is necessary to meet couples' requests.

Key words : birth center, one-to-one care, prenatal follow-up, trusting relationship, continuous support, informed consent, medicalization, childbirth