

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Accoucher en maison de naissance Quelles histoires ...

Etude sociologique sur les patientes de la maison de naissance CALM
à partir de données recueillies dans les dossiers et d'entretiens

Mémoire présenté et soutenu par Solène GAUDIN
née le 12/07/1993

Sous la direction de Madame Anne-Chantal HARDY

Années universitaires : 2013-2018

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier en premier lieu ma directrice de mémoire, Madame Anne-Chantal Hardy, pour ses précieux éclairages qui m'ont permis de mieux cerner le sujet et ses applications en sociologie.

Merci également à Madame Isabelle Hervo-Desmeure, sage-femme guidante, pour ses précieuses relectures et ses encouragements.

Je voulais également vivement remercier les sages-femmes du CALM pour leur accueil et plus particulièrement Marjolaine CORDIER qui a été soutenante tout au long de ce travail et un interlocuteur clé pendant mes recherches.

Il me faut également remercier les mères qui ont accepté de s'entretenir avec moi et qui m'ont fait confiance. J'ai passé de beaux moments avec vous, parfois, très fort en émotions ...alors merci !

Un grand merci aux Gaudin-Morilleau pour leurs relectures de dernière minute et leur soutien indéfectible.

Et enfin, je remercie mes gadjis préférées, mes amies, qui ont fait de ces quatre années un parcours du combattant très amusant.

Et parce que je souhaiterais me souvenir de cette citation aussi longtemps que possible, la voici :

« Vous faites un métier absolument magnifique ! Vous êtes juste des fées », des espèces de fées, je sais pas ce que vous êtes...parce que non seulement vous connaissez le corps et les bébés mais je veux dire, c'est insensé ce que l'on vous dépose, le temps d'une grossesse et d'un accouchement. » Manuella

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| <i>Introduction</i> | 1 |
| I. Contexte | 2 |
| A) Histoire de la naissance en France et en Occident | 2 |
| 1. Du XVIIème siècle au XIXème siècle..... | 2 |
| 2. XXème siècle et ses politiques natalistes | 4 |
| 3. L'obstétrique moderne marquée par les anesthésiques..... | 5 |
| 4. L'accouchement sans douleur : Dick-Read, Pavlov et Lamaze | 6 |
| 5. Les parturientes Françaises au XXème siècle..... | 7 |
| B) Diversification des lieux de naissance en France..... | 7 |
| 1. Les plans de périnatalité..... | 8 |
| 2. Organisations des maternités aujourd'hui..... | 9 |
| 3. Une demande des usagers | 9 |
| 4. L'humanisation de la naissance | 10 |
| C) Maisons de naissances | 14 |
| 1. Historique..... | 14 |
| 2. Les maisons de naissance en France..... | 14 |
| 3. Les particularités des maisons de naissance françaises | 16 |
| 4. Quel coût pour les usagers ? | 17 |
| II. Etude..... | 19 |
| A) Présentation | 19 |
| 1. Objectifs..... | 19 |
| 2. Méthode..... | 19 |
| 3. Difficultés..... | 20 |
| B) Description du lieu de l'étude et de l'échantillon..... | 20 |
| 1. Lieu d'étude : le CALM..... | 20 |
| 2. Description de la population étudiée..... | 24 |
| C) Analyse qualitative des entretiens | 39 |
| 1. Présentation de l'échantillon | 39 |
| 2. Comment et pourquoi accède-t-on au CALM ? | 40 |
| 3. Que signifie la démedicalisation ?..... | 46 |
| 4. Un entre-femmes | 50 |
| 5. Des pratiques distinctives ?..... | 54 |
| <i>Conclusion</i> | 62 |
| <i>Bibliographie</i> | 64 |
| <i>Annexes</i> | |

GLOSSAIRE

- AGN : Accompagnement global à la naissance
- AM : Assurance Maladie
- AM : Allaitement Maternel
- ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes libérales
- APD : Analgésie Péridurale
- ATCD : Antécédents
- AVB : Accouchement voie-basse
- BMJ : British Medical Journal
- CALM : Comme A La Maison
- CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
- CMN : Collectif Maisons de Naissance
- CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
- CNSF : Collège National des Sages-Femmes
- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- ES : Etablissement de Santé
- ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- FCS : Fausse Couche Spontanée
- FCV : Frottis Cervico-Vaginal
- GO : Gynécologue-Obstétricien
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IMG : Interruption Médicale de Grossesse
- InPES : Institut national de Prévention et Education pour la Santé
- ITG : Interruption Thérapeutique de Grossesse
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MDN : Maison De Naissance
- MT : Médecin Traitant
- PEC : Prise En Charge
- PT : Plateau technique
- SA : Semaine d'Aménorrhée
- SF : Sage-Femme
- UNAF : Union Nationale des Associations familiales
- URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

INTRODUCTION

Les maisons de naissance en France ont vu le jour en fin d'année 2015 après plusieurs années de débats. Huit maisons de naissance organisées en associations de sages-femmes libérales, ont obtenu une autorisation d'expérimentation pour 5 ans. C'est une nouvelle possibilité dans le paysage diversifié des lieux de naissance en France. A l'heure actuelle où les débats sur les violences obstétricales font polémique et réactivent des revendications historiques, les maisons de naissance proposent une image de respect et d'humanisation de la naissance.

Cela va faire trois ans que les expérimentations sont en cours. Cette nouvelle offre d'accompagnement à la naissance séduit les patientes puisque la quasi-totalité des maisons de naissance fonctionnent au maximum de leurs capacités et refusent un certain nombre de parturientes tous les mois. Dans ce contexte, nous avons souhaité nous intéresser à ce sujet pour mieux comprendre à qui s'adressent les maisons de naissance aujourd'hui ? Qui sont les usagères de ces structures autonomes ? Quelles sont leurs motivations, comment et pourquoi y accèdent-elles ?

Afin d'explorer notre sujet, nous avons réalisé une étude sociologique auprès de patientes du CALM (Comme A La Maison), maison de naissance parisienne ayant intégré l'expérimentation et qui milite depuis des années pour la promotion de ces structures en France.

Dans un but d'appropriation du sujet, nous avons tout d'abord cherché à contextualiser les maisons de naissance en France et en occident. Tout d'abord d'un point de vue socio-historique car des siècles de transformations sociales, de politiques publiques et de découvertes scientifiques sont à l'origine des débats actuels autour de la naissance. Ces débats émanent notamment des usagers et s'inscrivent dans un courant d'humanisation de la naissance. Puis, il nous semblait nécessaire d'inscrire les maisons de naissance dans le panorama Français des lieux de naissance pour spécifier leurs particularités.

Dans une seconde partie nous abordons le cœur de notre étude que nous avons réalisée en deux temps ; l'analyse de données recueillies dans les dossiers de patientes du CALM puis la réalisation d'entretiens semi-directifs. Cette analyse nous permet de répondre à notre questionnement initial et dresser un profil de patientes aux motivations identifiées qui nous font affiner le concept de démedicalisation dans un contexte revendiqué d'humanisation de la naissance.

I. Contexte

A) Histoire de la naissance en France et en Occident

1. Du XVIIème siècle au XIXème siècle

Pour comprendre l'origine des débats actuels autour de la naissance, nous allons commencer par étudier les différentes pratiques de l'accouchement qui se sont succédées au cours des siècles et qui témoignent de transformations sociales, culturelles, de découvertes scientifiques et de politiques publiques.

Deux importantes mutations sont observées depuis le XIXème siècle. Premièrement, les changements d'accompagnants de la parturiente et deuxièmement le déménagement des accouchements du domicile vers les établissements de santé. Aujourd'hui en France, la très grande majorité des accouchements ont lieu en maternité et les françaises y cherchent le plus souvent confort et sécurité. C'est donc un acte médical qui se pratique dans des lieux médicalisés.

Au XVIIIème siècle¹, la majorité des françaises accouche à domicile avec ou sans assistance médicale. En effet, il faut comprendre que jusqu'alors, les femmes accouchent dans un espace familial où elles sont entourées de femmes. C'est un événement très particulier car l'accouchement comme la mort se passe là où vit une famille depuis plusieurs générations.

Fréquemment l'accouchement a lieu dans la pièce commune ou dans l'étable². C'est un environnement chaud et chaleureux. La future mère est accompagnée le plus souvent d'une matrone n'ayant pas réalisé d'études mais qui est reconnue et respectée pour son expérience dans le village. La matrone accouche, soigne hommes et femmes et s'occupe aussi de la toilette des morts. Elle est présente du commencement à la fin de la vie. Les autres accompagnantes sont des parentes, amies ou voisines. Pendant le travail, elles se chargent du linge chaud, soutiennent moralement la future mère ... Leur rôle ne s'arrête pas là car après l'accouchement elles font le ménage, préparent les repas de la jeune mère et repassent ainsi régulièrement les jours suivant l'accouchement pour l'aider. Elles sont ainsi rassurantes et accompagnantes et cette solidarité féminine constitue un élément sécurisant dans le rite de passage angoissant d'une première naissance. La plupart du temps, les hommes sont exclus de ce rituel excepté le père lors d'accouchements difficiles. Il apporte alors son expérience du vélage des animaux. La femme accouche à couvert mais dans les positions qu'elle souhaite ; les douleurs de l'accouchement sont présentes mais considérées comme inévitables, d'ailleurs, on retrouve cette notion dans un verset de la Genèse : « tu enfanteras dans la douleur ».

Beaucoup de femmes meurent ou sont mutilées à vie ainsi que leurs enfants. L'estimation est difficile mais 1 à 2% des françaises décèdent en couches au XVIIIème siècle pour différentes causes dont les principales sont : l'infection (fièvre puerpérale), les causes dystociques et les hémorragies du post-partum³.

¹F. THEBAUD, « Du soin et rien d'autres ? Les logiques sociales du grand déménagement », Spirale 2010/2 (n°54), p.31-37

²MF MOREL, « Histoire de la naissance en France (XVII-XXème siècle) », adsp 2007/12 (n°61), p. 22-28

³JP BARDET, K-A LYNCH, GP MINEAU, « La mortalité maternelle autrefois : une étude comparée (de la France de l'ouest à l'Utah) », In: Annales de démographie historique, 1981. Démographie historique et condition féminine. pp. 31-48

L'hôpital n'est alors rien de l'établissement de santé bien connu aujourd'hui, c'est un lieu d'assistance réservé pour les pauvres des villes ou les filles-mères qui souhaitent cacher leur grossesse. A l'époque, la fièvre puerpérale y fait rage et certains auteurs parlent de mourir.

Puis progressivement, les couches cessent d'être accompagnées seulement par des femmes⁴. Des accoucheurs commencent à apparaître (XVII-XVIIIème siècle) et interviennent sur des accouchements compliqués. Ils rédigent des traités d'obstétrique et commencent à vouloir accompagner également des accouchements ordinaires pour accroître leur pratique.

Au départ, il y a quelques réticences à la fois de la part des femmes (plutôt les bourgeoises initialement) qui considèrent les chirurgiens comme des bouchers mais également de la part de leur mari craignant une possible séduction. Rappelons que la morale est alors très religieuse et un accoucheur est un homme qui pénètre dans le cercle familial et dont le travail est focalisé sur l'intimité féminine. Finalement leur intervention entre peu à peu dans les mœurs car ils représentent la sécurité et la force et les maris finissent par encourager leur présence.

Parallèlement, il est important de comprendre que la conscience individuelle et collective de la vie et de la mort se modifie et il devient de moins en moins admis que les femmes meurent en couches, elles souhaitent désormais la vie sauve pour elles et leurs bébés. Avec l'accoucheur, les accompagnantes sortent progressivement de la pièce et les parturientes se retrouvent souvent seules face à lui. L'environnement chaleureux et rassurant se modifie progressivement et apparaissent les instruments qui enterrent l'accouchement comme un acte naturel. Nous sommes au XVIIIème siècle et le forceps décrit par certains comme un instrument miracle divise le monde médical. Véritable instrument de pouvoir, il assoit la supériorité technique des accoucheurs et les ancre au lit des parturientes.

Malgré cela, les matrones continuent de pratiquer la majorité des accouchements durant le XVIIIème siècle. Le pouvoir royal décide alors de les former leur donnant une rapide formation médicale. Nous pouvons d'ailleurs citer Mme Du Coudray formée à l'Hôtel Dieu à Paris à l'origine de cours itinérants organisés dans tout le royaume de France grâce à un brevet royal. Ces nouvelles sages-femmes qui réclament une indemnisation contre leurs services n'ont pas été choisies par les femmes du village, elles ne sont plus aussi proches des accouchées et sont décrites comme moins accompagnantes, plus distantes et plus autoritaires.

Durant le XIXème siècle, la formation des sages-femmes est renforcée et leurs compétences sont mieux définies : accouchements naturels, appel du médecin sur accouchements plus laborieux...

Pendant une grande partie du XIXème siècle, les hôpitaux restent des lieux effrayants et peu fréquentés. Il faut attendre la fin du siècle à la suite des travaux de Semmelweis, Pasteur et Tarnier pour qu'une réelle baisse de la mortalité maternelle soit observée dans ces lieux d'assistance. L'hôpital alors débarrassé de son étiquette de mourir devient de plus en plus attirant pour les femmes.

⁴MF MOREL, « Histoire de la naissance... », op cit., p. 22-28

2. XXème siècle et ses politiques natalistes

Au XXème siècle et plus précisément dans les années 1920-1930, la naissance en milieu médicalisé se répand d'abord dans les grandes villes car il existe peu de maternités dans les campagnes.

L'entre-deux guerres est décrit par Françoise Thébaud⁵ comme une période de transition intéressante pour observer et comprendre le processus de médicalisation de la naissance. Yvonne Kniebeihler parle de « migration décisive » ou de « grand déménagement ». En effet, en 1931, 80% des accouchements restent à domicile mais dans les grandes villes de plus en plus de femmes se dirigent vers les maternités hospitalières. Par exemple, la maternité Baudelocque réalise déjà 3000 accouchements par an avec un modèle de puériculture normative qui se développe. Dès la première guerre mondiale, des accoucheurs comme Adolphe Pinard militent contre le travail des mères dans les usines. Pro-allaitement, il recommande du repos avant et après l'accouchement. Au départ, il est donc très apprécié des féministes malgré son autoritarisme. En effet, c'est à travers lui et ses élèves qu'émerge l'idée de la nécessité d'apprendre à devenir mère en suivant des préceptes médicaux développés dans le *Guide des mères* publié en 1936. Les médecins de l'entre-deux guerres proposent et imposent aux mères des règles de comportement pour une maternité « idéale ».

Dans l'entre-deux guerres, ce sont les femmes des classes moyenne et populaire qui accouchent à l'hôpital tandis que celles des classes bourgeoise et paysanne restent à domicile. Puis rapidement le déménagement s'accélère et en 1950, la majorité des accouchements a lieu à l'hôpital.

Les facteurs et acteurs de ce déménagement sont nombreux. Tout d'abord, il nous faut évoquer la politique nataliste de l'État qui à cette époque s'inquiète du taux de natalité en baisse et souhaite sécuriser les naissances. Celle-ci passe tout d'abord par la création du corps des accoucheurs puis par des mesures répressives sur l'avortement et incitatives à la reproduction.

Mais devant l'échec démographique de ces deux stratégies, sécuriser la naissance pour abaisser les taux de mortalité et morbidité périnatales s'impose. En 1939, le code de la famille et de la natalité est institué, première tentative d'une politique familiale à l'objectif nataliste affiché, les allocations familiales sont renforcées. Les assurances sociales en permettant l'accès plus universel à des soins plus sécurisés contribuent à la médicalisation de la société. Le versement de prestations de l'assurance maternité est d'ailleurs soumis à la participation à des contrôles médicaux pré et postnataux incitant fortement les futures mères à adhérer au système de soins. Ces prestations⁶ concernent les salariés les moins payées et comprennent une prise en charge forfaitaire des frais d'accouchement, le versement pendant douze semaines d'une indemnité égale à la moitié du salaire et des allocations mensuelles d'allaitement. L'accouchement devient un acte médical et non un acte d'entraide et d'assistance. Protéger la maternité est donc impératif pendant l'entre-deux guerres. Ce choix passe alors par sa médicalisation en tentant de lisser les inégalités sociales pour majorer l'état de santé global de la population.

⁵Françoise THEBAUD, « Du soin et rien d'autres ?... », op cit., p.31-34

⁶MF MOREL, « Histoire de la naissance... », op cit., p. 26

Ensuite, l'amélioration des plateaux techniques des maternités et l'avènement des antibiotiques permettent aux maternités d'offrir une plus grande sécurité alors que l'accouchement à domicile apparaît subitement dangereux. Et ceux-ci sont plus accessibles y compris pour les femmes habitant en campagne car la voiture se démocratise.

Le régime de Vichy qui fera suite à cette période décisive de grand déménagement va poursuivre cette politique nataliste. La stratégie passe par la propagande et d'après Eric Jennings⁷, celle-ci avait pour objectif d'attribuer des fonctions natalistes à une série de professions structurées sur des bases corporatistes. Ce régime faisait du renouveau démographique une priorité sociale et les corporations en étaient un outil. L'ordre des médecins fut d'ailleurs une des premières institutions du régime de Vichy en 1940.

3. L'obstétrique moderne marquée par les anesthésiques

Comme nous avons pu le voir, l'accouchement s'est déplacé du domicile vers les structures hospitalières en faisant intervenir de nouveaux acteurs, mieux formés et plus techniques. Parmi ces techniques, l'une d'entre-elles va énormément se développer, l'anesthésie.

En 1831⁸, les propriétés sédatives et anesthésiques du chloroforme sont découvertes et elles sont appliquées pour la première fois à l'accouchement en 1847 par James Simpson, professeur d'obstétrique à l'université d'Edimbourg. Malgré l'opposition violente de certains de ses collègues (effrayés par les effets secondaires de l'anesthésie) et celle des milieux ecclésiastiques (attachés à la lettre de la malédiction biblique), il met au point un protocole pour les accouchements sous chloroforme. La cause du chloroforme est définitivement gagnée lorsqu'en 1853, la reine Victoria demande à accoucher sous chloroforme pour son huitième enfant, créant ainsi la mode de "l'accouchement à la reine". En France, les accoucheurs sont plutôt réticents et en 1856, l'impératrice Eugénie, assistée par l'accoucheur Paul Dubois, refuse l'anesthésie pour la naissance du Prince impérial. Dans les pays anglo-saxons, c'est sous la pression active des femmes que des médecins se mettent à utiliser le chloroforme. En effet, à la fin des années 1840, des parturientes anglaises ayant eu vent de cette découverte font le voyage jusqu'à Edimbourg pour accoucher sous anesthésie. Aux Etats-Unis, les femmes sont bien informées et réclament très tôt l'éther ou le chloroforme. En 1900, aux Etats-Unis, 50% des naissances suivies par des médecins se font sous chloroforme ou sous éther; ce qui a pour conséquence une hausse de l'utilisation des forceps. En 1910, un nouvel anesthésique devient populaire, la scopolamine. Celui-ci fait même l'objet d'actions militantes car un mouvement féministe très virulent fonde une association en faveur de ce nouveau produit (National Twilight Sleep Association). Elles distribuent des brochures et popularisent la méthode avec des conférences, où des accouchées heureuses viennent témoigner. L'histoire anglo-saxonne de l'anesthésie dans l'accouchement est donc intéressante car elle révèle une double demande : celle des femmes qui au tournant des XIXe et XXe siècles combattent à la fois pour le droit de vote et le droit de ne plus souffrir en accouchant ; et celle de nombreux médecins qui en ont assez de leur impuissance devant les douleurs des parturientes.

⁷Eric JENNINGS, « Discours corporatiste, propagande nataliste, et contrôle social sous Vichy », Revue d'histoire moderne et contemporaine, 2002/4 (no49-4) p.224

⁸« Histoire de l'accouchement dans la douleur », consulté le 15/10/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.societe-histoire-naissance.fr/>.

Paradoxalement, cette volonté des femmes à abolir la douleur les conduit à une dépendance accrue du médecin et des techniques.

La première moitié du XX^{ème} siècle sera donc marquée en Grande-Bretagne et aux Etats Unis par l'utilisation systématique et automatique des anesthésiants à l'hôpital. En France, la plupart des médecins sont mal formés aux méthodes d'anesthésie moderne et s'en méfient. De plus, la pression des femmes désirant une anesthésie au cours du travail n'est pas aussi forte que dans les pays anglo-saxons.

4. L'accouchement sans douleur : Dick-Read, Pavlov et Lamaze

Ce n'est qu'en deuxième partie du XX^{ème} siècle qu'apparaissent les premiers contradicteurs à ce nouveau type d'accouchement médicalisé. En Angleterre dans les années 1930, Grantly Dick⁹, accoucheur Londonien, condamne l'accouchement médicalisé sous anesthésie générale alors largement pratiqué dans les pays anglo-saxons. Dans son livre *Natural Childbirth*, il développe une méthode psychologique d'atténuation des douleurs obstétricales dite « accouchement naturel ».

Dans les années 1949-51, dans l'Union des Républiques Socialistes et Soviétiques (URSS) apparaît une autre méthode d'accouchement fondée sur la psychologie dite psychoprophylactique. L'URSS sort de la seconde guerre mondiale et peine à financer les drogues anesthésiantes. Vevoski, disciple de Pavlov, développe une méthode d'accouchement sans douleur qui repose sur la conviction que l'accouchement est un acte physiologique qui n'est pas naturellement douloureux. Les femmes réalisent une préparation à l'accouchement dite en pleine conscience.

Cette méthode s'exporte alors en Europe par l'intermédiaire du médecin accoucheur Français Lamaze exerçant à la polyclinique des métallurgistes (les Bluets). Il est proche du parti communiste et s'inspire de la préparation soviétique dont il a entendu parler lors d'un congrès international d'obstétrique à Paris. Il se rend par la suite à Moscou pour observer des accouchements sans douleur. La méthode qu'il développe propose une préparation physique et psychique agissant sur l'anxiété et visant à supprimer la douleur.

En 1956 en France, les femmes obtiennent les 8 séances de préparation remboursées par la sécurité sociale et cette même année, le pape Pie XII donne son approbation à la méthode¹⁰ grâce au rapport scientifique du Pr Malcovati (obstétricien Italien). Cette approbation pontificale permet aux pionniers de l'accouchement sans douleur, qui souffraient de leurs liens avec les communistes, d'être mieux reconnus.

Aux Etats Unis comme en Angleterre, à la même époque, l'accouchement se déroule à l'hôpital et l'obstétricien impose des protocoles jugés invasifs¹¹ comme : le lavement, le rasage du pubis, l'administration de calmants, l'accouchement sur le dos bras et jambes attachés à la table. L'anesthésie souvent générale est mise en cause dans l'utilisation de forceps et le recours quasi systématique à l'épisiotomie. Les suites de couches étaient souvent difficiles, la séparation des mères et des nouveau-nés était réalisée au nom de l'hygiène. La naissance

⁹ « L'accouchement, une longue histoire », consulté le 23/06/2017, [en ligne], disponible sur lavedesidees.fr/.

¹⁰ Marianne Caron-Leullie, « L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du xxe siècle », Spirale 2008/3 (n° 47) p218

¹¹ « L'accouchement, une longue histoire », consulté le 23/06/2017, [en ligne], disponible sur lavedesidees.fr/.

« naturelle » de Lamaze est une proposition qui séduit beaucoup dans les années 70-80 en redonnant du pouvoir aux femmes sur leurs corps mais elle subit aussi des critiques de certains obstétriciens qui y voient un danger pour la mère et pour le bébé en soulignant ses origines soviétiques.

5. Les parturientes Françaises au XXème siècle

En France, les premières concernées, les femmes, commencent à évoquer dès les années 1930 la violence des accouchements en milieu hospitalier. Des récits d'accouchements sont publiés dénonçant un mépris de l'individualité autour de la naissance et des souffrances inévitables car rappelons-le, les méthodes analgésiques sont plus tardives à arriver que chez nos voisins anglo-saxons. En 1970, Annie Leclerc, professeur de philosophie publie *Paroles de femmes* et livre au grand public un ouvrage provocateur qui fait scandale lors de sa parution. Elle prône un nouveau courant féministe appelé différentialiste qui met en avant la prise de conscience de la féminité et sa différence comme remède à l'impérialisme culturel des hommes. A ce titre, elle juge l'attitude méprisante et condescendante des médecins envers le corps des femmes poussant les femmes à affirmer leurs compétences et leurs désirs, à réclamer une prise en charge plus humaine de l'accouchement de la maternité et faire de la mise au monde un moment de bonheur.

Mais s'opposant à ce courant féministe, d'autres femmes accordent à l'analgésie péridurale la libération de la douleur avant inévitable de l'accouchement et donc une véritable prise de pouvoir sur leur accouchement. Nous sommes en 1980, l'obstétrique moderne est en marche ; déclenchements du travail et césariennes ne cessent d'augmenter. La méthode psychoprophylactique développée par Lamaze s'efface au profit d'une préparation à la naissance plus diversifiée (yoga, relaxation ...)

Nous avons donc pu constater que plusieurs siècles ont été nécessaires pour que les femmes viennent accoucher en milieu hospitalier et ce processus a des causes variées. Les progrès de la médecine, les différentes politiques natalistes, l'exigence d'une baisse des pertes humaines mais aussi une demande des femmes de séparer enfantement et douleur par l'utilisation d'analgésiques ont contribué à ce déménagement. Du domicile vers la salle de naissance, nos sociétés ont réussi à sécuriser la périnatalité et la mortalité maternelle et infantile a très largement diminuée. Un changement d'accompagnants auprès des femmes a pu s'observer, les matrones ont été remplacées par des sages-femmes et des obstétriciens mieux formés mais qui ont parfois fait l'objet de critiques. Nous constatons que des hommes ont été à l'origine des différents courants qui se sont opposés au cours du XXème siècle mais les femmes elles, ne semblaient pas unanimes sur le sujet. Or, le paysage de la natalité s'est depuis transformé et nous pouvons nous demander quelles politiques et mouvements d'usagers en sont à l'origine.

B) Diversification des lieux de naissance en France

La diversification des lieux de naissances en France a commencé en 1970 avec le début des plans de périnatalité. Les objectifs de ces plans ont dû évoluer avec le temps mais aussi avec la société et la demande des usagers.

1. Les plans de périnatalité

L'objectif des plans successifs de périnatalité depuis 1970¹² a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par une importante restructuration de l'offre obstétrico-pédiatrique et par le recours à des normes précises de fonctionnement. Le premier plan périnatal, au début des années soixante-dix a mis l'accent autour de la naissance, principalement sur le renforcement des moyens techniques dans les maternités, la formation des professionnels et leur disponibilité immédiate. Néanmoins, les marqueurs périnatals relevés dans toute l'Europe au début des années quatre-vingt-dix montraient un décalage de la France parmi les 14 nations européennes les plus développées (mortalité périnatale au 13ème rang, mortalité maternelle au 11ème rang...). Sur la base de ce constat, le plan de périnatalité de 1994-2000 a vu le jour. L'idée était qu'en cas de risque prévisible et en l'absence de structures de soins adaptées, le transfert prénatal des mères vers des centres obstétricaux comportant un service de néonatalogie permette de diminuer la mortalité périnatale et la fréquence des handicaps. C'est ainsi que sont apparus le classement des maternités en 3 types.

Les maternités de type I qui concernent les accouchements dits à bas risque au cours du 9e mois de grossesse. Elles prennent en charge des urgences obstétricales (fausses couches, grossesses extra-utérines, césariennes, hémorragies du post-partum), disposent d'au moins une sage-femme présente 24 heures sur 24, d'un obstétricien, d'un anesthésiste réanimateur et d'un pédiatre présent ou rapidement joignable.

Les maternités de type II qui disposent en plus d'un service de néonatalogie permettant la prise en charge des enfants nés prématurément pendant le 8e mois de grossesse (32–36 SA) et/ou nécessitant des soins spécifiques. Au sein de ces établissements existe de plus un service de soins intensifs en néonatalogie (type II b) et certains établissements d'un service de réanimation adulte, leur permettant de prendre en charge les grossesses à risques maternels.

Et enfin, les maternités de type III qui disposent en plus d'un service de réanimation néonatale permettant la prise en charge des enfants nés très prématurément (pendant le 6e ou le 7e mois de grossesse) ou présentant des maladies ou des malformations graves. Ils intègrent également un service d'hospitalisation des grossesses à risque maternel et/ou fœtal, un service de réanimation adulte, de soins intensifs et de radiologie interventionnelle permettant la prise en charge des grossesses à haut risque maternel.

Le plan « périnatalité » de 1994, dont l'objectif était notamment de diminuer la mortalité périnatale a permis en plus d'améliorer nettement le fonctionnement des maternités en développant les transferts in utero et les pratiques de travail en réseau. Néanmoins, un constat s'impose car l'augmentation du nombre de césariennes (de 14 % en 1991 à 18 % en 2013¹³) au-delà du progrès qu'elles représentent, témoigne également d'une « surmédicalisation de la grossesse et de la naissance qui oublie de restituer à cette période de la vie son état naturel »¹⁴. Ce qui a permis d'orienter le plan de périnatalité suivant vers une plus grande diversification de l'offre de soins.

¹² Fabrice PIERRE, « Les maternités au sein du réseau périnatal : organisation actuelle et enjeu à venir », adsp, 2007/12, n°61/62, p 53-57.

¹³ *Ibidem*

¹⁴ *Ibidem*

Ce troisième plan de périnatalité 2005-2007 intitulé « humanité, proximité, sécurité et qualité »¹⁵ comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent. Cet axe « humanité » comprend entre autres : la mise en place de l'entretien individuel du 4^{ème} mois, une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance et la participation des usagers. En plus de la reconnaissance du rôle des usagers, ce plan comprend une « reconnaissance des professionnels de la naissance » et prévoit dans ce cadre l'expérimentation de « maisons de naissance » attenantes à des plateaux techniques.

2. Organisations des maternités aujourd'hui

Depuis le deuxième plan de périnatalité, les maternités privées (à but lucratif ou non) ou publiques sont classées en 3 types et les parturientes « à risque » important sont dirigées vers les maternités de type III afin d'assurer une continuité des soins obstétrico-pédiatriques. Les parturientes dites « à faible risque » peuvent elles, se diriger à la fois vers des maternités de type III ou vers des maternités de type I ou II.

Comme le montre une étude récente de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) concernant les premiers résultats de l'enquête nationale périnatale portant sur les maternités en 2016¹⁶, le mouvement de concentration des maternités se poursuit. Le nombre de maternités recule, passant de 816 en 1995 à 517 en 2016. Les maternités de taille intermédiaire (1000-1500 accouchements par an) sont moins nombreuses. Le nombre des maternités de moins de 500 accouchements par an se maintient et celui des très grandes maternités (plus de 3500 accouchements par an) augmente. Ces très grandes maternités sont pour une grande majorité des maternités de type III. Nous parlons donc d'un transfert de naissances des petites vers les grandes maternités car en 1996, une femme sur deux accouchait en type 1 alors qu'en 2006 ce taux chutait à une femme sur trois. Si ce transfert a permis de réduire la mortalité périnatale, il ne semble plus aujourd'hui être le seul moyen d'améliorer le niveau de soins. En effet, les dernières statistiques de mortalité¹⁷ n'affichent pas de changements significatifs des taux de mortinaissance et de naissance prématurée en France entre 2004 et 2010, alors que c'était le cas dans 13 des 19 pays de l'étude. Parallèlement à ce constat, et comme l'a souligné le dernier plan de périnatalité, des usagers font entendre leurs voix et participent à la diversification et l'évolution des lieux de naissance.

3. Une demande des usagers

La DREES a lancé une première étude en fin 2006 publiée en 2008¹⁸ pour établir un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes ayant accouché en France avant la concrétisation des mesures du plan périnatalité 2005-2007. Cette étude a permis d'établir que 95% des femmes se déclaraient très ou plutôt satisfaites de leur

¹⁵« Plan périnatalité 2005-2007, humanité, proximité, sécurité, qualité », consulté le 17/10.2017, [en ligne], disponible sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/>.

¹⁶JL LHERITIER, « Les maternités en 2016, Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », DREES, 2017/10 (n°1031), p.1-8

¹⁷Zeitlin J, Mortensen L, Cuttini M, et al, « Declines in stillbirth and neonatal mortality rates in Europe between 2004 and 2010: results from the Euro-Peristat project », J Epidemiol Community Health 2015/12.

¹⁸A-M BROCAS, « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », DREES, 2008/09 (n°660), p.1-5

suivi de grossesse et du déroulement de leur accouchement. Néanmoins, cette étude notait qu'un peu moins de 60% des femmes étaient satisfaites de leur accompagnement par les professionnels de santé et 6% des parturientes interrogées se disaient pas du tout ou plutôt pas satisfaites du déroulement de leur accouchement.

Une étude plus récente du Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE) publiée en juin 2014¹⁹ confirme à la fois ce taux de satisfaction global et ce manque au niveau de l'accompagnement. En effet, 17% des femmes interrogées lors de cette étude déclarent ne pas avoir eu le soutien qu'elles souhaitaient par le personnel médical. Les sous-catégories identifiées étaient : une 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 patientes se sentent souvent seules.

Enfin, l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) dans une enquête publiée en 2010²⁰ affichait également un bon ressenti des parturientes puisque 77% d'entre-elles déclaraient que leur « projet de naissance » ou leurs choix pour l'accouchement avaient été respectés, néanmoins 36% des femmes avaient souffert de ne pas être libre de se positionner ou de bouger librement. Trois axes sont soulignés dans cette enquête. Premièrement, le fait que certaines mères aient eu l'impression d'être plus « spectatrices » qu'« actrices » de leur accouchement. Un certain nombre de témoignages font état d'une médicalisation trop importante des accouchements dits " sans problème ". Deuxièmement, un manque d'explications sur des actes pratiqués qui engendrent un moins bon vécu, une incompréhension et parfois même une défiance vis à vis des équipes et de la pertinence des actes réalisés. Certaines expliquent le sentiment d'avoir été quelque peu dépossédées de ce moment fort en émotion au profit de la technicité de l'acte. Le troisième point de discussion de cette étude souligne un paradoxe difficile à solutionner. En effet, d'un côté les mères demandent un accouchement réalisé dans un cadre sécurisé mais moins médicalisé et plus individualisé. D'après l'UNAF, un équilibre entre ces diverses aspirations permettrait un meilleur vécu des femmes de leur maternité.

Ces différentes études portant sur le point de vue des usagers par des usagers ou par l'état (DREES) sont unanimes sur le fait que globalement la satisfaction des usagères est bonne mais que des axes d'améliorations peuvent être proposés notamment sur l'information, l'accompagnement et la personnalisation de la prise en charge de la maternité. Près de 10 ans après le dernier plan de périnatalité qui visait à amener plus d'humanité dans sa prise en charge, quels sont aujourd'hui les différentes possibilités qui répondent à cette volonté ?

4. L'humanisation de la naissance

L'humanisation de la naissance est souvent mise en opposition avec sa médicalisation. Mais qu'entend-on par humanisation ou médicalisation ?

Selon le Larousse illustré, humaniser signifie « Donner un caractère plus humain, plus civilisé ; rendre plus supportable à l'homme »²¹. En sociologie, on entend par médicalisation le « processus par lequel les phénomènes sociaux sont définis et pris en charge par la médecine »²².

¹⁹ Enquête sur les accouchements, « Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? », CIANE, Dossier n°8 Juin 2014.

²⁰ Enquête périnatalité, « Regards de femmes sur leur maternité », 2010, Unaf, [en ligne], disponible sur www.unaf.fr

²¹ « Humaniser », consulté le 20/10/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.larousse.fr>

S'il semble clair que les usagers sont en demande d'humanisation en revanche, il n'est pas évident qu'ils soient en demande de démedicalisation. En effet et rappelons-le, la grande majorité des parturientes sont satisfaites de leur prise en charge or, celles-ci accouchent surtout dans de très grandes maternités là où les techniques sont les plus présentes. Par exemple, le taux d'analgésie péridurale en France est de plus de 80% et bien qu'un quart des femmes avaient déclaré pendant leur grossesse ne pas vouloir de péridurale lors de l'accouchement, plus de 50% d'entre-elles ont finalement eu recours à celle-ci²³. Cet exemple illustre-t-il en partie un défaut d'accompagnement des parturientes dans la réalisation de leur souhait initial ? En tout cas, il permet de souligner que 3 femmes sur 4 souhaitent accoucher avec péridurale donc souhaite un accouchement médicalisé. Pour autant, peut-on dire qu'elles ne souhaitent pas d'un accompagnement humanisé et personnalisé ?

L'idée serait donc de proposer dans ce contexte de medicalisation des alternatives pour humaniser la naissance tout en garantissant la sécurité des parturientes et leurs bébés.

Ainsi, les maternités tentent depuis plusieurs années de diversifier leur offre de soins dans une démarche de qualité répondant à la demande des consommateurs et dans la continuité du plan de périnatalité de 2005-2007. Nous observons le développement de pôles physiologiques au sein des maternités ou des salles de naissances qui sont moins médicalisées pour les femmes le souhaitant. Des gynécologues-obstétriciens comme Michel Odent ont posé les fondements de ces changements²⁴. En effet, cet obstétricien a eu l'idée d'installer dans des salles de naissances ressemblant au domicile, des piscines gonflables. L'idée est d'utiliser les propriétés relaxantes de l'eau pour soulager les douleurs obstétricales en limitant l'utilisation de médicaments. Il est intéressant de souligner qu'il ne met pas en opposition la science et la physiologie, bien au contraire ; la physiologie est mieux comprise grâce à la science.

Aujourd'hui et comme le souligne le rapporteur de l'Assemblée Nationale en charge du dossier « maisons de naissance », il est impossible de dénombrer les pôles physiologiques existant au sein des maternités et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il n'existe pas de définition claire ni de label de ces filières permettant leur recensement et les services proposés peuvent être extrêmement variés allant d'un aménagement intérieur minimal au développement de salles « nature » avec divers équipements pour aider à la réalisation d'un projet de naissance physiologique tels que des tabourets d'accouchement, baignoires, ballons, suspensions... Néanmoins, selon la dernière enquête périnatale, seules 35% des maternités de type I, 42% maternités de type II et 48% maternités de type III déclarent avoir une salle de naissance physiologique.

Pour répondre à la demande des parents d'un accompagnement plus personnalisé, un tout nouveau modèle de prise en charge a été mis en place. Il s'agit d'un exemple unique dans la région Grand Ouest, la filière physiologique « Parenthèse » de la maternité La Sagesse à Rennes. Une contribution réalisée en Juin 2015 par le Collège National des sages-femmes (CNSF)²⁵ définit une filière physiologique en obstétrique comme « *un parcours de santé spécifique, identifié et intégré aux établissements de santé, destiné aux femmes enceintes qui*

²² MT LACOURSE, *Sociologie de la santé*, 3^{ème} édition, Chenelière Education, 1998.

²³ Inserm, « En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitaient accoucher sans », *Science*, 2015.

²⁴ MH LAHAYE, « Michel Odent : C'est la science qui fera évoluer les conditions d'accouchement », *Marie accouche là*, 2014, [en ligne], disponible sur <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>

²⁵ Collège National des Sages-Femmes, « Contribution commune : la filière physiologique en obstétrique », Février-Juin 2015, [en ligne], disponible sur <http://cnsf.fr>

présentent une grossesse reconnue à bas risque et qui font la demande d'un accompagnement personnalisé et d'une surveillance médicale moins technicisée du travail et de l'accouchement, dans le respect de la physiologie». Les sages-femmes de la filière « Parenthèse » sont salariées de la maternité et ont un fonctionnement semi-autonome (répartition des gardes ...). Les dossiers sont informatisés, identiques aux autres dossiers de la structure mais portent la notion de « suivi Parenthèse ». Elles y pratiquent un accompagnement personnalisé en quadrinôme de sages-femmes (SF) par couple afin que le couple ait déjà fait la connaissance de la SF qui sera de garde le jour de l'accouchement. L'équipe de SF travaillant sur la filière est donc divisée en 2 groupes assurant un roulement fixe sur place et des astreintes à domicile rémunérées au déplacement afin que 2 SF soient présentes à l'expulsion. Trente accouchements sont réalisés par mois en moyenne depuis mai 2017 sur les 3500 accouchements annuels de la maternité. Consultations de grossesse, préparation à la naissance, accouchement et visites du post-partum à domicile sont proposés aux parents qui n'ont pas de frais supplémentaire à payer.

Ainsi, de la salle nature à l'unité physiologique, une importante hétérogénéité existe en établissement de santé (ES) concernant la place accordée à la fois à la physiologie mais aussi à l'accompagnement. Celui-ci peut dans le cadre de filières dédiées, être plus personnalisé voir global.

L'accompagnement global est une marque déposée à l'Institut National de la Propriété Industrielle par le Centre Associatif Lorrain pour l'Innovation autour de la Naissance, le CIANE, l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes et l'Association Nationale des Sages-Femmes libérales (ANSFL)²⁶. Il est défini comme « *Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant* ».

L'accompagnement global à la naissance (AGN) concerne donc une SF libérale pour un couple qui assure un suivi global allant des consultations de grossesse à l'accouchement et au post-partum et ce, dans la limite de ses compétences. Pour les parents en recherche d'accompagnement global et dans la mesure où ce suivi n'est pas proposé en ES, trois alternatives existent. Il s'agit de l'accouchement en plateau technique (PT), l'accouchement à domicile et l'accouchement en maison de naissance.

Certaines SF libérales en France souhaitant faire de l'AGN assistent l'accouchement de leurs patientes en plateau technique. Elles réalisent ainsi toutes les consultations de grossesse, l'accouchement dans une salle de naissance de la maternité et le suivi post-partum des patientes.

La première loi autorisant l'AGN en plateau technique date de 1991²⁷. Aujourd'hui, l'article L6146-2 du code de la santé publique précise les conditions d'accès au plateau technique pour les sages-femmes libérales. Un contrat est conclu entre l'établissement de santé (privé ou public) et la sage-femme. Il fixe les conditions et modalités de cet accord. Par exemple pour avoir accès au PT de Cholet²⁸, une partie du contrat stipule que l'accès au PT devra répondre à plusieurs conditions notamment : le suivi de la grossesse, l'accord écrit de la patiente, un

²⁶ « L'accompagnement global », consulté le 01/12/2017, [en ligne], disponible sur <http://ansfl.org/>.

²⁷ Solène TOUCHARD, *L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples ?*, Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme, 2011

²⁸ X. AIREAU, « Point de vue d'un obstétricien sur le plateau technique ouvert », *Réseau Sécurité Naissance*, consulté le 28/10/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.reseau-naissance.fr>

accouchement physiologique sans péridurale réalisé par sa sage-femme libérale, la signature d'un contrat avec le centre hospitalier, le respect du protocole du service et des protocoles du réseau sécurité naissance et la tenue stricte du partogramme avec passage de témoins clairs en cas de transfert de responsabilité.

La sage-femme verse 10 à 20 % de sa facturation à la maternité qui lui loue son plateau technique en fonction des contrats et des conventions. Dans son mémoire de 2011²⁹, Solène Touchard dénombrait 20 plateaux techniques disponibles sur les 589 maternités Françaises. Cela reste donc une alternative très rare en France malgré son ancienneté.

La deuxième alternative pour un suivi en AGN est l'accouchement à domicile. En France, cela concernerait 3000 à 4000 naissances par an³⁰, mais il est très difficile d'obtenir un chiffre précis. En effet, peu de sages-femmes pratiquent cet exercice notamment parce que leur exercice est la plupart du temps non-assuré. En effet, une SF doit investir près de 20 000 € par an pour s'assurer or son salaire annuel ne le lui permet pas. L'AGN est réalisé à nouveau par une SF libérale et celle-ci assiste l'accouchement au domicile de ses patientes. Cet accouchement est donc non-médicalisé et si les suites se compliquent, un transfert est réalisé vers la maternité la plus proche.

Enfin, une nouvelle offre d'AGN est possible en France depuis 2016, l'accompagnement en maison de naissance (MDN). Une autorisation d'expérimentation a été accordée pour 9 MDN dont 8 en exercice à l'heure actuelle. C'est une nouvelle offre de soins pour les Françaises dont les grossesses sont physiologiques et ne présentent aucun risque a priori. Un accompagnement global à la naissance est proposé et les SF libérales qui y travaillent souscrivent une responsabilité civile professionnelle spécifique.

Ainsi, trois courants d'idées prônent la mise en place de modes de naissances alternatifs à partir des années 1970. D'abord, certains mouvements féministes qui associent la prise en charge de la maternité à un objet de domination des hommes sur les femmes. Ensuite, les mouvements de consommateurs qui en s'appuyant sur des études notent un vécu de la grossesse et de l'accouchement parfois peu satisfaisant et enfin, le courant des humanistes. Celui-ci dénonce globalement l'emprise de la technique sur les hommes et appliqué à la périnatalité, il se fonde sur une approche naturelle du corps et une meilleure prise en compte des attentes des femmes qui accouchent pour permettre à celles-ci et aux futurs parents de jouer un rôle actif dans la naissance.

Les techniques qui avaient pour objectif de protéger et rassurer la mère et l'enfant des risques obstétricaux sont alors critiquées³¹. Péridurale, déclenchement à l'oxytocine, césarienne, épisiotomie, rupture artificielle de la poche des eaux... se sont imposés dans les protocoles des établissements de santé et exposent les parents ayant des projets plus physiologiques à une confrontation avec les équipes obstétricales.

Dans cette optique, les politiques se sont également adaptées et nous avons pu voir une diversification des lieux de naissance jusqu'à la création récente des MDN. Elles semblent être une réponse pour les parents recherchant dans un cadre sécurisé plus de respect de la physiologie par moindre utilisation des techniques avec un accompagnement plus personnalisé. Mais comment fonctionnent-elles en France et à qui s'adressent-elles ?

²⁹Solène TOUCHARD, op cit., p12

³⁰A Coulaud, « Pourquoi l'accouchement à domicile est devenu une pratique controversée », *Libération*, 08/2017

³¹B JACQUES, « De la matrone à l'obstétricien, que partage des rôles pour les professionnels ? », *La santé de l'homme* 391, 2007/09, pages 20-22

C) Maisons de naissances

1. Historique

Les maisons de naissance³², bien que présentes sur le territoire Français à titre expérimental depuis novembre 2015, ont en réalité une histoire bien plus ancienne.

En effet, la première maison de naissance est créée en 1975 à New-York. Celle-ci est l'aboutissement d'un mouvement de consommateurs démarré dans les années 60 dénonçant un mécontentement des patientes sur la prise en charge au sein des maternités. Au départ, le mode alternatif de naissances choisi est celui de l'accouchement à domicile puis apparaissent des espaces dédiés à un accouchement physiologique au sein de structures comme au *Manchester Memorial Hospital*. Les maisons de naissance se développeront par la suite y compris dans d'autres pays comme au Canada où elles sont d'ailleurs être associées à une renaissance de la profession de sage-femme.

Ces « centres autonomes de naissances » appelées *Free Birth Center* ont des points communs malgré une définition qui peut varier selon les pays. L'idée est de regrouper au sein d'une même structure : des activités de périnatalité et des espaces dédiés à l'accouchement (baignoires, cuisine, chambre...). L'ambiance y est décrite « comme à la maison », familiale, avec peu voire pas d'intervention médicale. C'est à partir de 1984 que les maisons de naissances apparaissent en Europe notamment à Berlin en Allemagne, en Suisse, Autriche, Belgique, Suède et Grande-Bretagne.

2. Les maisons de naissance en France

Les maisons de naissance, structures autonomes dirigées par des sages-femmes ont fait l'objet de nombreux débats qui débutent en 1998 quand paraissent les décrets de périnatalité. Bernard Kouchner, ministre de la santé, lance pour la première fois l'idée d'une expérimentation des maisons de naissance³³. Un groupe de travail est constitué et des projets sont lancés comme celui de la MDN des Bluets (ouverte en 2008). Dans son discours inaugurant le plan de périnatalité 2005-2007 qui développe quatre axes d'action dont l'humanité, le ministre de la santé Philippe Douste-Blazy, reprend l'idée formulée quelques années plus tôt : « *Il me semble souhaitable d'individualiser des espaces physiologiques au sein même des maternités et d'expérimenter des maisons de naissance attenantes à des plateaux techniques privés ou publics* ».

Après un échec des débats sur les maisons de naissance dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale en 2011, c'est finalement une proposition de loi de Mme Muguet Dini qui sera à l'origine le 6 décembre 2013 d'une loi autorisant les expérimentations des maisons de naissance. Leur cahier des charges³⁴ est alors publié en septembre 2014 par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le 30 juillet 2015 l'ensemble des conditions

³²Philippe CHARRIER, Gaëlle CLAVANDIER, *Sociologie de la naissance*, Armand Colin, 2013.

³³Rapport n°1560, « Rapport sur la proposition de loi adoptée par le sénat autorisant l'expérimentation des maisons de naissance », consulté le 20/11/2016, [en ligne], disponible sur www.assemblee-nationale.fr

³⁴ « Cahier des charges, expérimentation maisons de naissance », consulté le 25/11/2016, [en ligne], disponible sur <https://www.has-sante.fr/>.

d'expérimentation, la composition du dossier de candidature et ses modalités paraît. A peine 4 mois plus tard, l'arrêté fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale sort.

Les débats qui ont conduit à l'autorisation de cette expérimentation posent plusieurs constats³⁵. « *La prise en charge actuelle des grossesses physiologiques, bien que limitant efficacement les risques, n'est pas optimale dans la mesure où des risques iatrogènes sont induits par leur surmédicalisation [...] Il existe depuis plusieurs années une demande de réappropriation des projets de naissances des futurs parents* ».

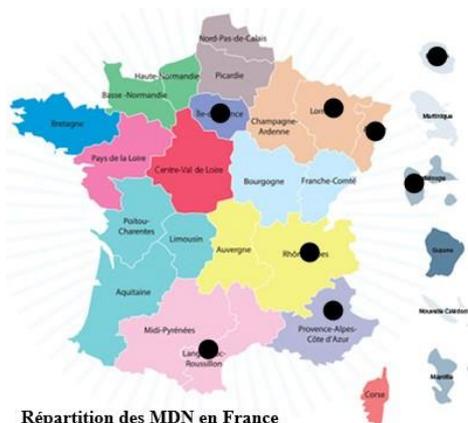
Les maisons de naissance par un accompagnement global à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches sont dans le cadre de la physiologie une alternative qui a fait ses preuves à l'étranger. Plusieurs études internationales ont appuyé ces propos notamment celle britannique de 2011 « Birth place » qui montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les services obstétricaux hospitaliers et les MDN quant à la survenue d'événements graves (mortalité et morbidité périnatale).

Ainsi ont vu le jour en France neuf MDN autorisées à débiter leur exercice de façon expérimentale pour 5 ans.

- Le CALM (Paris) : Comme A La Maison
- Doumaïa (Castres)
- Le temps de naître (Guadeloupe)
- Un nid pour Naître (Nancy)
- PHAM (Bourguin-Jallieu) : Premières heures au monde
- La Maison (Grenoble)
- Manala (Alsace)
- MaNaO (La Réunion)
- Vitry : Le projet de MDN à Vitry n'a finalement pas abouti.³⁶

Chaque MDN transmet un rapport annuel de son activité à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Après deux ans de fonctionnement, les ARS réaliseront une évaluation de chaque expérimentation selon les critères définis par la HAS. A terme, il appartiendra alors aux décideurs publics de généraliser ou non ces structures sur le territoire public³⁷.

Sur la carte ci-dessous³⁸ marquant la répartition des MDN en France par un point noir, on constate l'absence de MDN dans le nord-ouest, sud-ouest et au centre de la France.



³⁵ Rapport n°1560, Op cit.,

³⁶ Nous avons essayé de prendre contact plusieurs fois avec les personnes qui pilotaient le projet afin d'obtenir des explications mais cela fut sans succès.

³⁷ « Maisons de naissance », 02/12/2014, consulté le 02/12/2017, [en ligne], disponible sur <https://www.has-sante.fr/portail/>.

³⁸ « Réforme territoriale, coup d'envoi de la nouvelle architecture », consulté le 27/11/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.gouvernement.fr/>.

3. Les particularités des maisons de naissance françaises

La définition posée par la HAS est la suivante : « Structure au sein de laquelle les sages-femmes assurent, dans le cadre de leurs compétences, 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 post-nataux concernant la mère et l'enfant ». Quelques particularités sont à noter³⁹ :

- Le retour à domicile se fait dans les six heures suivant l'accouchement, il n'y a pas d'hébergement en post-partum pour les mamans et nouveau-nés
- L'ouverture se fait à la demande (astreintes organisées entre les sages-femmes de la maison de naissance)
- L'expérimentation dure 5 ans et la première évaluation aura lieu au bout de 2 ans, les modalités sont stipulées dans l'arrêté du 09.12.2016 précisant notamment le contenu du rapport d'évaluation annuel des MDN.
- La MDN est une personne morale juridiquement distincte des établissements de santé et dont la direction médicale est assurée par les sages-femmes. Son fonctionnement se conforme au cahier des charges publié par l'HAS en septembre 2014
- Une convention est signée entre la MDN et un établissement de santé partenaire (privé ou public) contigu et adhérent au même réseau de périnatalité que celui-ci. L'activité de la MDN est comptabilisée avec celle de la structure associée.
- Les critères d'éligibilité pour l'accouchement en MDN sont définis par la HAS (soit les « femmes à bas risque » c'est à dire ne présentant pas de situations à risques a priori telles que définies dans la recommandation de bonne pratique de la HAS – septembre 2007 - « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées »)
- Le consentement éclairé de la femme est recueilli concernant le dispositif expérimental, la liste des SF et des établissements ayant accès à son dossier et la transmission des informations en cas de transfert.
- La consultation anesthésique est obligatoire avant l'accouchement
- L'accès direct à l'établissement partenaire doit permettre en cas d'urgence un transfert non motorisé et allongé des parturientes et des nouveau-nés sans voie publique à traverser.

Autour de ces règles de fonctionnement, les MDN ont une organisation interne qui peut varier légèrement. Nous avons réalisé un recueil de données par questionnaire (annexe page I) auprès des 8 maisons de naissance en exercice afin de comparer leurs activités et leur organisation interne. Nous pouvons noter que sur les sept MDN ayant répondu à notre questionnaire, cinq sont conventionnées avec une maternité de type I, une avec une maternité de type II et une autre avec une maternité de type III. Parmi ces maternités, la moitié sont publiques puis deux sont conventionnées avec un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC)⁴⁰. Le

³⁹ « L'expérimentation en France », consulté le 15/10/2017, [en ligne], disponible sur <https://www.letempsdenaitre.fr/>.

⁴⁰ ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif) : Ces établissements sont gérés par une personne morale de droit privé - une association, une fondation, une congrégation ou une mutuelle - et ne sont pas soumis à des contraintes pour leur organisation interne. Ils ne sont pas astreints aux règles des marchés publics (mais sont néanmoins invités à s'en inspirer), leur comptabilité est de droit privé et les bénéfices dégagés sont intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services au bénéfice des patients.

fonctionnement interne des MDN françaises répartit les couples par binôme de SF pour un couple (seule une MDN fonctionne en trinôme).

Sur les 7 MDN interrogées, nous retrouvons deux à six SF en AGN par maison de naissance plus un pool de SF de soutien présent au moment de l'expulsion dont le nombre varie. Le temps de travail des SF semble difficile à évaluer mais il conditionne le nombre d'accouchements mensuels car plus il y a de SF au sein de la MDN, plus le nombre de suivi est important allant jusqu'à 18 accouchements par mois. Les astreintes s'organisent de façon très variable au sein des binômes. Actuellement, toutes les MDN interrogées déclarent avoir déjà refusé des patientes par manque de place. Les MDN sont toutes à proximité des maternités (au sein de la structure très souvent) afin de réaliser des transferts rapides. Les relations avec la maternité partenaire sont décrites pour 4 MDN comme « très bonnes », « satisfaisantes » ou « plutôt bonnes ». Pour les autres, « cela dépend des moments », elles sont « à parfaire », parfois source de « tensions lors des transferts » avec une « communication pas toujours aisée ».

4. Quel coût pour les usagers ?

Pour mieux comprendre le coût d'un accompagnement en MDN en France pour les parents et pour la société, il est nécessaire de rappeler quel est le coût d'un accouchement en structure hospitalière.

- En établissement de santé public ou en ESPIC⁴¹ : Les frais d'accouchement (honoraires accouchement, péridurale ...) et les frais de séjour (dans la limite de 12 jours) sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie (AM) et sont remboursés directement à l'établissement.
- En maternité privée⁴² : la prise en charge par l'AM est identique mais les tarifs pratiqués y sont généralement plus élevés avec pour conséquence un reste à charge plus élevé pour les patients.
- En unité ou pôle physiologique attenante à une maternité : les tarifs pratiqués seront en fonction de l'établissement. Si cette unité est attenante à une maternité publique, accoucher au sein de cette unité ne coûtera pas plus cher pour les usagers que s'ils avaient accouché en salle de naissance « classique ». Exemple : la filière « Parenthèse » de la Sagesse à Rennes. Si l'unité physiologique est attenante à une maternité privée non conventionnée, le coût de cet accouchement « alternatif » pour les usagers sera en fonction des dépassements d'honoraires pratiqués.
- Pour tout accouchement pratiqué par une SF libérale en PT, à domicile ou en maison de naissance, la base de remboursement est de 349,44 euros pour un accouchement céphalique unique d'une primipare ou d'une multipare⁴³. Ces tarifs sont souvent jugés insuffisants par les SF libérales qui ont des frais de fonctionnement et tiennent beaucoup d'astreintes pour assurer un accompagnement global à la naissance. Aussi et dans la majorité des cas, les SF pratiquent des dépassements d'honoraires qui peuvent varier de 200 à 1000€. Or, ces modes d'accouchement restant alternatif, peu de mutuelles (à peine la moitié) remboursent ces dépassements d'honoraires⁴⁴.

⁴¹ « Accouchement et retour à domicile : prise en charge et accompagnement », consulté le 25/11/2017, [en ligne], disponible sur <https://www.ameli.fr/>.

⁴² *Ibidem*

⁴³ « Les tarifs conventionnels », consulté le 25/11/2017, [en ligne], disponible sur <https://www.ameli.fr>

⁴⁴ CIANE, « Discrimination économique à l'encontre des lieux d'accouchement dits "alternatifs" : une politique qui ne dit pas son nom », *Enquête sur les accouchements*, Dossier n°2, Juin 2012.

Dans ce contexte, nous pouvons nous demander quel est le coût de ces accouchements pour la société ? L'un des arguments qu'avance le gouvernement avec le lancement des expérimentations maisons de naissance est le coût pour la sécurité sociale. En effet, le Sénat écrivait lors du lancement de l'expérimentation : « *un accouchement par voie basse sans complication est facturé au total environ 2 000 euros à l'hôpital, hors prise en charge du nouveau-né, tandis qu'on estime son coût à 600 euros en maison de naissance* »⁴⁵. Accoucher en MDN ou à domicile aujourd'hui coûte donc moins cher à la sécurité sociale mais coûte plus cher à l'utilisateur qui est remboursé sur la base du tarif conventionnel de la sécurité sociale auquel s'ajoute fréquemment des dépassements d'honoraires pratiqués par les sages-femmes libérales.

La question d'une sélection des parents accouchant en MDN, à domicile ou en PT se pose alors. Ils doivent avancer ces frais et donc en avoir les moyens et nous tâcherons d'apporter des éléments de réponse à cette question dans notre étude.

Par ailleurs, s'il est difficile d'estimer le nombre d'unités physiologiques sur le territoire pratiquant de l'accompagnement global, l'ANSFL estime à 60 le nombre de ses adhérents pratiquant l'accompagnement global à domicile et seules 8 maisons de naissances (dont 6 en métropole) ont été autorisées à fonctionner. La répartition sur le territoire des possibilités pour les parents d'être suivi en AGN est donc très inégale et peut entraîner selon les départements une demande plus importante que l'offre. Par exemple, la MDN CALM à Paris fonctionne avec des listes d'attente et tous les mois un certain nombre de patientes ne peuvent y obtenir un suivi.

En France, l'accès aux MDN semble donc être guidé par des questions à la fois géographiques et économiques mais ce modèle est encore jeune et en expérimentation.

Aujourd'hui il existe 150 « Free Birth Center » aux Etats-Unis, 17 MDN au Canada, 12 en Belgique et 115 en Grande-Bretagne. J'ai eu l'occasion d'effectuer un stage de 3 semaines à la maison de naissance Le Petit Prince en Suisse. Les MDN existent depuis déjà une dizaine d'années chez notre voisin et sont au nombre de 24. Elles sont bien réparties sur le territoire et accueillent 2% des accouchements. L'assurance de base rembourse entièrement les frais d'accouchement aux patients ce qui offre la possibilité à tous les couples le souhaitant d'être suivi en AGN en MDN.

Dans cette première partie nous avons vu que différentes pratiques de l'accouchement se sont succédées au cours des siècles et témoignent de transformations sociales, culturelles, de découvertes scientifiques et de politiques publiques. Le début du XXI^{ème} siècle est marqué par une demande de personnalisation de l'accompagnement par certains usagers qui a abouti à la diversification progressive des lieux de naissance. Le concept d'AGN est déposé et quelques sages-femmes libérales s'emparent de cette pratique en accompagnant les femmes à domicile, en plateau technique et depuis peu en maison de naissance. Notre état des lieux relève de potentielles inégalités d'accès aux maisons de naissance car il y en a peu sur le territoire et celles-ci ont un coût supplémentaire pour les usagers. La deuxième partie de cette étude propose d'aborder les maisons de naissance sous l'angle des patientes qui les ont fréquentés.

⁴⁵ « La maison de naissance, alternative à l'hospitalisation classique », consulté le 03/12/2017, [en ligne], disponible sur https://www.senat.fr/espace_presse/actualites/.

II. Etude

A) Présentation

1. Objectifs

L'objectif principal que nous nous sommes fixé est de comprendre qui sont les patientes qui accouchent en maison de naissance. Comme nous l'avons vu précédemment, il existe aujourd'hui d'autres alternatives à l'accouchement médicalisé en établissement de santé, quel est alors le profil des patientes des maisons de naissance en France ?

Notre intérêt s'est donc porté sur l'étude des caractéristiques socio-démographiques de ces parturientes puis nous avons élargi nos critères pour essayer d'identifier leur rapport au milieu médical en partant de leurs antécédents, leur suivi et leur consommation de soins pendant la grossesse.

Nous souhaitons également observer les interactions qui s'opèrent entre parents et entre professionnels de santé au sein de ces structures. Sont-elles différentes de celles observées habituellement en maternité ? Existe-t-il un réseau préexistant liant les acteurs dans cette structure ou se crée-t-il a posteriori ?

Enfin, l'objectif est de s'intéresser individuellement aux femmes qui accouchent en maison de naissance afin de comprendre ce qui les a conduits vers la maison de naissance. Que recherchent-elles dans un suivi en maison de naissance ? Quel est le vécu de leur expérience ?

2. Méthode

Afin de répondre aux objectifs fixés, nous avons d'abord dû nous imposer le choix d'un lieu d'étude. Devant l'absence de maison de naissance sur la région Grand Ouest, nous nous sommes orientées vers la structure qui accueille aujourd'hui le plus de naissances et qui a le plus grand nombre d'années d'expérience en France, à savoir, le CALM à Paris. Cette MDN rattachée à la maternité des Bluets historiquement connue pour son pôle physiologique et située dans le 12^{ème} arrondissement. Nous avons pris contact avec Marjolaine Cordier, sage-femme au CALM. Ce fût un peu compliqué par la distance et les contraintes de l'activité mais nous avons pu nous accorder sur la méthode et l'organisation du recueil de données. Ainsi, nous avons été accueillis du 6 au 10 mars (période de vacances scolaires) pour passer quelques jours au sein de la structure, observer et décrire notre lieu d'étude. Au cours de cette semaine nous avons recueilli les données écrites dans les dossiers des patientes du CALM. C'est un recueil anonyme dans 100 dossiers de patientes ayant accouché entre avril 2016 et décembre 2017 et qui a fait l'objet d'un accord bipartite entre l'équipe du CALM et la nôtre que vous trouverez en annexe (page IV).

Pour compléter ces données et observations, nous avons réalisé 6 entretiens semi-directifs avec des patientes ayant accouché au CALM avant et pendant l'expérimentation. Elles ont été sélectionnées pour la moitié d'entre-elles lors de la semaine d'observation et de recueil de données et pour la seconde moitié avec l'aide d'une SF du CALM. Ainsi, nous avons pu cibler un peu plus les patientes après une première étude des données recueillies dans les dossiers. Nous avons réalisé ces entretiens entre mars et mai 2017 au cours de différents déplacements à Paris et ils avaient lieu soit au CALM soit au domicile des mamans interrogées.

3. Difficultés

La première difficulté rencontrée mais néanmoins attendue est celle d'avoir un lieu d'étude éloigné puisque je devais organiser mes déplacements à Paris pendant les vacances scolaires ou sur des week-ends libres. Finalement, cela m'a imposé d'anticiper ces déplacements afin d'être le plus efficace possible.

Ensuite, j'ai trouvé difficile de maîtriser la conduite de mes entretiens avec les patientes. Malgré une initiation à la matière qu'est la sociologie, cela reste un domaine difficile à appréhender. J'avais à interroger des femmes qui pour certaines, avaient déjà beaucoup réfléchi ou intellectualisé leur démarche et j'ai eu parfois du mal à déceler le sens des réponses et à recentrer l'entretien sur les thèmes définis au préalable. Ceux-ci ont d'ailleurs dû évoluer avec les entretiens. Par exemple, j'ai compris après 2 entretiens qu'il me fallait prendre un peu plus de recul en évoquant le mode de vie et non seulement la grossesse et l'accouchement.

B) Description du lieu de l'étude et de l'échantillon

1. Lieu d'étude : le CALM

Le CALM est une maison de naissance ouverte depuis 2008. Les SF libérales qui y travaillaient avaient accès au plateau technique de la maternité des Bluets⁴⁶ pour accompagner l'accouchement de leurs patientes. Depuis l'autorisation d'expérimentation, les patientes du CALM accouchent dans les locaux de l'association.

La maison de naissance a une convention médicale avec la maternité des Bluets située à proximité puisqu'il suffit d'emprunter l'ascenseur à quelques pas d'une des sorties du CALM pour accéder au bloc situé juste un étage au-dessus.

La maison de naissance possède son propre règlement intérieur, adhère au Réseau de Santé Périnatal Parisien et possède des protocoles de prise en charge de la douleur, des urgences obstétricales, d'entretiens des locaux ...

- Le CALM : « un lieu militant »

L'association des usagers du CALM a été créée en 2006, en partenariat avec la maternité des Bluets. Elle milite depuis que le projet du CALM existe, et travaille aux côtés des SF pour lui permettre de voir le jour et de fonctionner. L'idée du CALM est née à l'issue du Groupe National de Travail sur les maisons de naissance en 1999 et le projet a été soutenu très tôt par la maternité partenaire des Bluets.

« La maison de naissance est un lieu militant »⁴⁷

Leurs objectifs sont : la promotion du libre choix du lieu de naissance, l'amélioration de la prise en charge des femmes, le respect de leur volonté, l'existence des maisons de naissance et leur acception. Ainsi que « le respect de trois piliers »⁴⁸, des lieux de naissance gérés par les sages-femmes, en accompagnement global et investis par les parents.

⁴⁶ Maternité privée à but lucratif, type 1

⁴⁷ « Présentation et configuration d'une association militante », consulté le 25/11/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.mdncalm.org/>.

⁴⁸ *Ibidem*

Le CALM est adhérente au CIANE et au Collectif Maisons de Naissance (CMN). Le CMN regroupe depuis 2006 une dizaine d'associations de professionnels et d'usagers qui portent des projets de MDN en France. Il a pour objectifs : de promouvoir auprès des pouvoirs publics l'ouverture de maisons de naissance en France, mutualiser les ressources des différents projets (données médicales, organisationnelles, données sur les maisons de naissance à l'étranger), et apporter du soutien aux porteurs de projets. Le CMN est sur le plan national, un interlocuteur unique représentant les différents projets membres face aux pouvoirs publics (parlementaires, ministère, instances).

L'association du CALM regroupe ainsi les SF, les parents et sympathisants autour d'objectifs communs. L'adhésion est obligatoire pour les parents souhaitant être suivi en AGN, elle s'élève à 27€50/an⁴⁹ et celle-ci impose également une participation à la vie associative qui peut se faire de différentes manières (animer des groupes de paroles, réunions, intégrer une des commissions. . .). Le CALM est un lieu d'échange et de partage autour de la parentalité, des activités sont réalisées afin d'animer la vie de la MDN. Ainsi, les parents adhérents peuvent assister à des groupes de paroles autour du vécu du transfert, des ateliers portage de bébé en écharpe, des cours de yoga. . . Ces activités sont payantes⁵⁰, par exemple il faut compter 5€ pour assister à un atelier découverte, 25€ pour le groupe de paroles et 70€ par mois pour le yoga.

Toutes les MDN contactées en France fonctionnent grâce à une association d'usagers qui a milité pour la mise en place de celle-ci. L'adhésion à cette association pour une demande de suivi en AGN par les parents est obligatoire pour toutes les MDN sauf une. Le montant de cette adhésion est entre 20 et 50€.

- Lieu (plans MDN et plateau technique en annexes page V)

La maison de naissance CALM est accessible par le 6 rue Lasson (12^{ème} arrondissement), dont la porte s'ouvre librement en semaine de 9h à 18h. Un visiophone permet d'ouvrir cette porte en dehors de ces horaires.

Les locaux sont situés au fond d'un couloir et on accède à l'entrée après avoir franchi le seuil de la porte.

Dans l'entrée se trouve un porte-manteau et un espace pour laisser ses chaussures. Ceci n'est pas anodin, au CALM comme chez soi, il est commun de se déchausser et se découvrir après avoir passé le pas de la porte. Après avoir franchi le seuil, la pièce principale de la maison de naissance est découverte. Celle-ci est composée d'un salon et d'une cuisine ouverte. S'y trouvent également une machine pour laver le linge, un sèche-linge, des plaques de cuisson électrique, un réfrigérateur et une bouilloire. Cette pièce pourrait représenter le cœur de la maison de naissance (annexes page VI : photographies cuisine et salon). Véritable lieu de vie commune, ce salon est disponible pour tous les usagers du CALM : sages-femmes, futurs parents, anciens parents. On peut y faire une pause-café dans sa journée, y prendre un thé avant d'aller en consultation avec la sage-femme, s'arrêter y manger et réchauffer son plat. Les sages-femmes encouragent d'ailleurs cette présence et cette appropriation des locaux par les parents qui permet également de « *se sentir à l'aise avec les personnes présentes et qui fait partie de la gestion de la douleur à plus long terme* ». Emma (observation : réunion d'information, annexe page XI-XIV)

⁴⁹ *Ibidem*

⁵⁰ *Ibidem*

Un bureau est accessible par une porte verrouillée à droite de l'entrée. C'est un espace où sont rangés les documents de travail des sages-femmes, ainsi que les dossiers médicaux des femmes en cours de suivi. Cette pièce informatisée sert également d'espace de travail pour la sage-femme coordinatrice. C'est une petite pièce qui est ouverte sur la grande salle commune par une large baie vitrée mais qui peut également s'en isoler en fermant les rideaux et la porte (annexes page VII : photographie du bureau des sages-femmes)

A gauche de l'entrée se trouve un local, destiné au rangement des documents et du matériel appartenant à l'association d'usagers. Des portes vitrées au fond de la salle donnent accès à une terrasse couverte. Lors de nos observations, nous n'avons pas pu observer de moments partagés sur cette terrasse mais le temps n'était pas propice.

Sur la droite, un couloir dessert les deux salles de consultation, la salle de préparation à la naissance ainsi que des sanitaires. Une consultation débute souvent autour d'un thé ou d'un verre d'eau dans la salle commune puis se poursuit dans la salle de consultation. Ces deux salles contiennent un point d'eau avec un plan de travail, un bureau, un meuble de rangement ainsi qu'un lit. Le matériel technique n'est pas masqué complètement mais il n'est pas mis en avant (étagères centrales). A la place d'une table d'examen, on trouve un lit médicalisé recouvert d'un drap housse. Cet aménagement peut apparaître comme l'aménagement sommaire d'une pièce de maison plutôt que l'agencement classique d'un cabinet de consultation (annexes page VII, VIII : photographies d'une salle de consultation).

La salle de préparation est recouverte de tapis de gymnastique (annexe page VIII : photographies salle de préparation). Elle accueille notamment les activités de groupe (cours de yoga, de massage, etc).

Une porte permet d'accéder à l'espace naissance. Nous y trouvons une salle de douche avec sanitaires, deux chambres de naissance, un local de ménage ainsi qu'une réserve destinée au matériel médical, à la pharmacie ainsi qu'à l'archivage des anciens dossiers.

Les chambres de naissance contiennent toutes deux un grand lit double, un meuble de rangement, une table à langer, une baignoire d'angle et des sanitaires avec lavabos. Dans les deux chambres des suspensions murales, utiles pendant le travail, sont retrouvées. La baignoire d'angle dont les faïences ont été réalisées par des parents de l'association d'usager peut accueillir une partie du travail voir la même la naissance d'un enfant. Le lit double permet d'accueillir les deux parents facilement, ils peuvent s'y reposer après la naissance confortablement autour de leur enfant. Aucun matériel médical ne trahit l'ambiance chaleureuse de ces chambres qui sont très loin de l'agencement classique d'une salle de naissance (annexes pages IX et X : photographies salle de naissance). Devant les ascenseurs menant au secteur naissance de la maternité des Bluets se trouve un brancard.

- Les sages-femmes du CALM

Le CALM est une maison de naissance gérée par six SF libérales avec le soutien d'une association d'usagers. Les sages-femmes y pratiquent l'accompagnement global à la naissance (AGN). Une sage-femme du CALM propose également des consultations et cours de préparation à des femmes n'accouchant pas à la MDN (activités hors AGN).

Au CALM, une sage-femme accompagne environ 3 accouchements par mois ce qui signifie environ 40 heures de travail par semaine « mais les semaines peuvent varier de 70 à 15 h » témoigne une sage-femme. Elles travaillent en binôme ce qui permet d'alléger un peu les astreintes. Il y a une SF référente par couple et son binôme voit au moins une fois en consultation la patiente durant la grossesse. Néanmoins, elles sont d'astreinte un week-end sur deux et ont au moins « un jour off par semaine et une semaine off sur cinq » me signale l'une d'entre-elles. Les patientes inscrites au CALM sont réparties par sage-femme en fonction de leur lieu d'habitation (pour le suivi post-natal notamment).

Une sage-femme coordinatrice assure diverses missions notamment le secrétariat, les inscriptions, les plannings ... Dans le cahier des charges des MDN ⁵¹, il est précisé l'obligation de la présence de deux SF au moment de l'accouchement. Au CALM, la deuxième sage-femme est appelée SF d'appui. C'est un pool de sages-femmes qui ne font pas parti de l'association de SF du CALM mais qui tiennent des astreintes à tour de rôle. Elles sont 8 ayant une activité libérale pour la plupart et les astreintes sont facturées par le CALM à hauteur d'environ 50 euros l'astreinte et 200 euros si déplacement.

D'un point de vue logistique et assurantiel, l'association de sages-femmes du CALM loue les locaux à l'année et a souscrit à une assurance de responsabilité civile et professionnelle (environ 3000€ par sage-femme et par an) ce qui les distingue des SF libérales pratiquant l'accouchement à domicile⁵².

- Les patientes suivies au CALM

Les patientes qui souhaitent accoucher au CALM doivent obligatoirement assister à une réunion d'information (observation en annexes pages XI-XIV). Elles ont lieu une fois par mois et se concluent par une pré-inscription éventuelle au CALM si aucun antécédent majeur n'est retrouvé à l'interrogatoire. En fonction des disponibilités par sage-femme et par secteur, les couples sont rappelés ou non pour une première consultation. Pour les couples dont la pré-inscription n'est pas validée, la sage-femme coordinatrice envoie un texto. Il est parfois difficile pour ces couples de recevoir ce simple texto et très souvent, ceux-ci rappellent la sage-femme pour avoir plus d'informations sur les raisons de ce refus qui peut être vécu comme une exclusion.

Pour les couples ayant passé cette première étape, une première consultation avec leur sage-femme attitrée est programmée. Tous les dossiers passent ensuite en staff pour évaluer la possibilité ou non de poursuite d'un suivi en maison de naissance. Ce staff implique uniquement les six SF de la MDN mais il est parfois nécessaire de solliciter l'avis d'un gynécologue/obstétricien de la maternité des Bluets. Il est important que les relations interprofessionnelles avec la maternité des Bluets soient sûres afin d'optimiser et sécuriser les transferts au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement. Les dossiers papiers utilisés sont identiques, ainsi, lorsqu'une patiente va en consultation avec l'anesthésiste des Bluets, elle y emmène son dossier obstétrical du CALM, celui-ci est complété par l'anesthésiste et en cas de transfert, les démarches sont simplifiées.

Lors de la première consultation, les couples reçoivent un document d'information et de consentement (annexes pages XV à XVII). Il y indique qui peut être suivi et accoucher au CALM, les conditions de transfert, les dépassements d'honoraires dont il faut s'affranchir et les particularités liées à l'état d'expérimentation (recueil de

⁵¹ « Cahier des charges... », Op Cit.,

⁵² Une sage-femme libérale seule en AGN ne peut s'assurer qu'à partir de 20 000€ par an

données médicales anonymes ...). Les couples qui font le choix d'un suivi au CALM doivent s'affranchir d'un dépassement d'honoraires rarement pris en charge par les mutuelles qui méconnaissent les MDN (annexes pages XVIII), il faut compter environ 1000€ de dépassement d'honoraire pour un AGN. Le document d'information remis aux patientes explique que ces dépassements « *peuvent être adaptés à votre situation selon un accord à définir avec votre sage-femme au début du suivi* ». Après demande de renseignements, une sage-femme nous a expliqué que ces dépassements pouvaient être fractionnés voire si impossibilité totale du couple, non payés.

Pour information, dans le questionnaire que nous avons fait passer aux autres MDN en France, deux MDN ne pratiquent pas de dépassement d'honoraire. En moyenne, ces dépassements sont de 620€ avec un minimum de 400€ et un maximum de 1000€ pour le CALM.

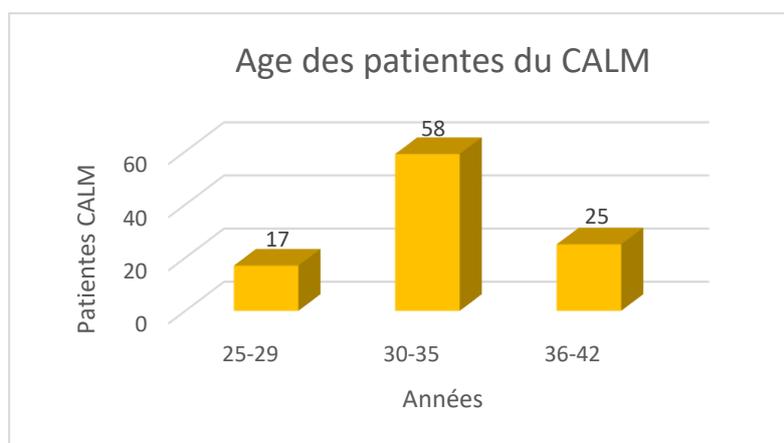
Après avoir décrit notre lieu d'étude, le CALM, son histoire et son mode de fonctionnement nous allons tâcher de faire une description plus précise des patientes choisissant un accompagnement au CALM.

2. Description de la population étudiée

Nous avons choisi de décrire les patientes du CALM en recueillant des données socio-démographiques mais également des données sur leurs antécédents médicaux, leurs précédentes expériences, leurs réseaux de professionnels de santé, les soins dispensés pendant la grossesse suivie au CALM et l'issue du suivi en maison de naissance.

Nous avons ciblé une période d'inclusion qui est la même que celle imposée par l'ARS Ile de France à des fins d'évaluation du CALM. Ainsi pour notre étude, les dossiers inclus recouvrent la période allant d'avril 2016 à décembre 2016. 125 accompagnements ont été effectués sur cette période et nous avons réalisé un recueil de données dans 100 dossiers sur les 125. Il était compliqué de retrouver tous les dossiers. Bien qu'archivés, ceux-ci étaient parfois indisponibles car le suivi n'était pas terminé au CALM et devant le temps limité par nos déplacements, nous avons jugé que ce recueil serait suffisant pour une première description.

a) Age



La patiente la plus jeune est âgée de 25 ans, la plus ancienne a 42 ans.

La moyenne d'âge (et la médiane) est de 33 ans

b) Origine, nationalité

16 patientes du CALM ont une nationalité autre que Française (12% moyenne nationale)⁵³

28 patientes du CALM sont originaires d'un autre pays que la France et parmi elles, 46% sont naturalisées françaises. La moitié d'entre-elles sont originaires de l'Union Européenne puis on retrouve l'Afrique du Nord (Maroc, Algérie), l'Amérique du Nord (Etats-Unis) et du Sud (Brésil, Colombie) et l'Asie.

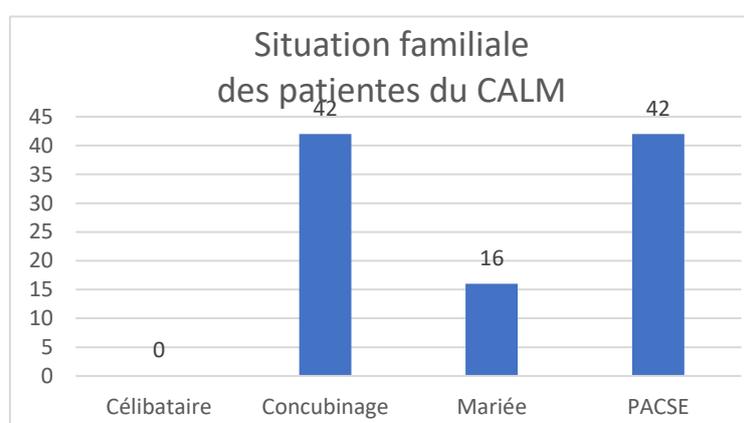
-Afrique Nord : 27%

-Amérique sud : 11%

-Amérique Nord : 7%

-Afrique Sud : 3%

-Asie : 3%



c) Situation familiale

La totalité des patientes suivies au CALM sont en couple.

- 42 vivent en concubinage avec leur conjoint
- 42 sont pacsées avec leur conjoint
- 16 patientes sont mariées.

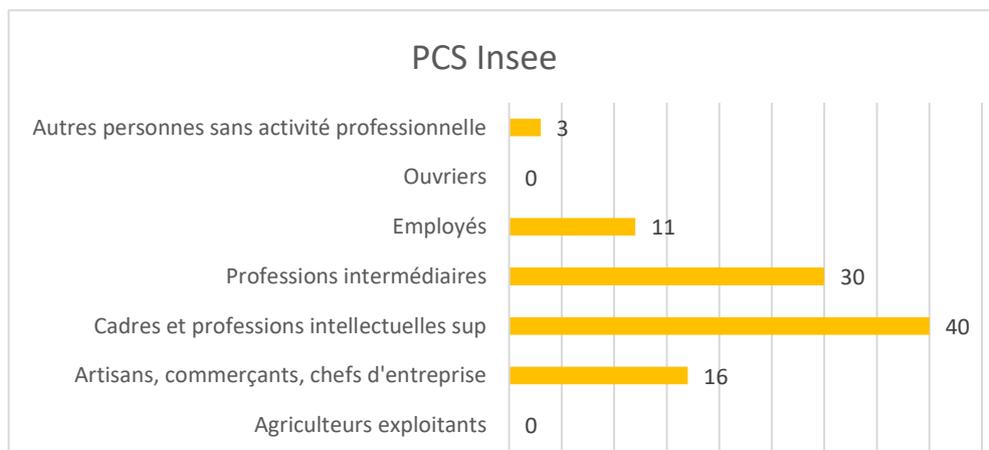
d) Catégories socio-professionnelles (PCS)

Les catégories de l'Insee (2003) classent les métiers en 8 catégories soit :

- Catégorie 1 : agriculteurs exploitants – **Non représentée dans l'échantillon étudié des patientes du CALM**
- Catégorie 2 : artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Catégorie 3 : cadres et professions intellectuelles supérieures – **La catégorie la plus représentée dans l'échantillon étudié.**
- Catégorie 4 : Professions intermédiaires – **La deuxième catégorie la mieux représentée**

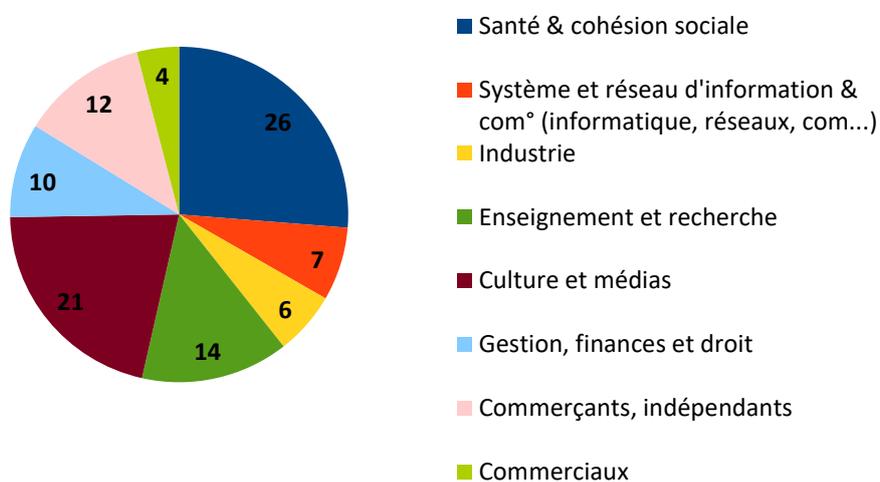
⁵³ « La demande de soins : grossesse », consulté le 30/06/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.cngof.asso.fr/>.

- Catégorie 5 : employés
- Catégorie 6 : Ouvriers - **Non représentée dans l'échantillon étudié**
- Catégorie 8 : Autres personnes sans activité professionnelle - **2 étudiantes en santé et une mère au foyer**



Nous avons souhaité approfondir ce classement pour mettre en évidence des **domaines d'activités**. Dans le graphique ci-dessous, nous observons **3 grands domaines d'activités : la santé** (infirmières, sages-femmes, médecins, psychologues...), **la culture et les médias** (artistes, éditrices journalistes, techniciennes audio-visuel) et enfin **les enseignants-chercheurs** (divers domaines).

Classement des patientes (nombre) par domaines d'activités



Parmi la catégorie socio-professionnelle des cadres (cat 3), 12,5% des patientes travaillent dans le milieu de la santé, **40% dans le domaine culture et médias** et 22,5% sont enseignantes ou chercheurs.

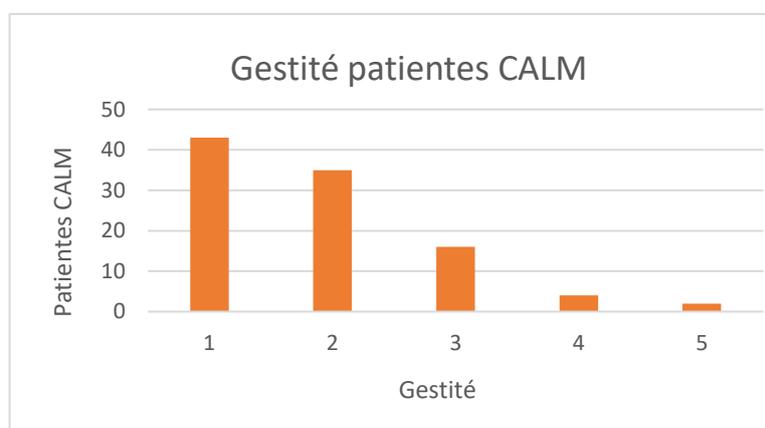
Dans la catégorie socio-professionnelle numéro 4 ou professions intermédiaires, un taux important de patientes travaillant dans **le secteur de la santé** est à nouveau retrouvé. Cela représente **44%** des patientes de la PCS 4 (infirmières, sages-femmes...)

Nous constatons donc plusieurs éléments d'un point de vue strictement socio-démographique. L'âge moyen des patientes du CALM est de 33 ans soit un âge un peu plus avancé que la moyenne nationale qui se situe à 30,4 ans⁵⁴. Elles vivent en concubinage ou sont pacsées en très grande majorité, aucune patiente suivie au CALM sur cette période était célibataire. Les catégories socio-professionnelles identifiées nous permettent d'affirmer que la majorité des patientes sont cadres ou de professions intellectuelles supérieures notamment dans les domaines d'activités que sont la santé, la culture, les médias et l'enseignement.

Pour continuer la description des patientes du CALM, nous allons étudier leurs antécédents et tenter de comprendre quel est leur rapport au milieu médical, leurs suivis antérieurs, leurs consommations de soins avant et pendant la grossesse.

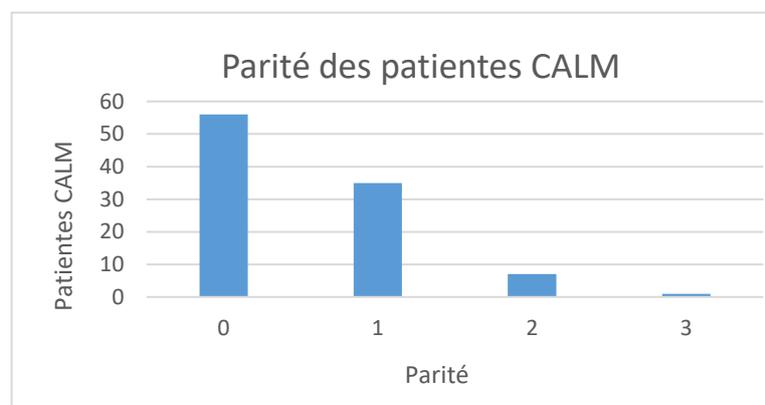
e) Antécédents

(1) Gestité



Une majorité de patientes primigestes sont suivies au CALM puisque 43 d'entre elles débutent une première grossesse. Parmi les non primigestes, 15 patientes du CALM ont fait au moins une fausse-couche spontanée et 11 ont déjà réalisé au moins une interruption volontaire de grossesse.

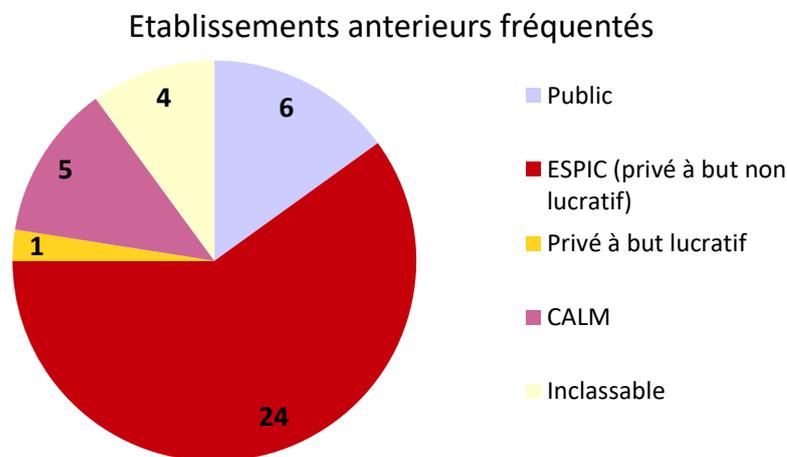
(2) Parité



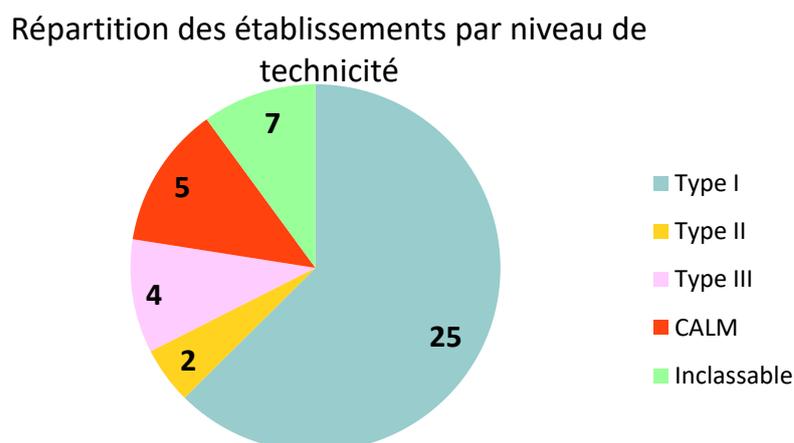
⁵⁴ INSEE, "Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 », Insee première, n°1642, mars 2017.

Parmi les patientes suivies au CALM sur cette période, il y avait 56% de primipares et 44 % multipares. Parmi les multipares, 5 d'entre elles (soit 12%) avaient déjà accouché au CALM dont une qui a accouché d'un quatrième enfant au CALM.

(3) Lieu du premier accouchement



Le graphique ci-dessus nous permet d'illustrer les types d'établissements fréquentés par les patientes du CALM lors de leur premier accouchement. Nous retrouvons une très grande majorité des multipares ayant fréquenté un établissement privé à but non lucratif dit ESPIC. Parmi ces 24 patientes, 18 ont fréquenté la maternité des Bluets, 4 les Lilas et 2 les Diaconesses⁵⁵. Ces trois établissements sont semblables car sont des ESPIC de type I. Ensuite, nous avons retrouvé 6 patientes ayant fréquenté des établissements publics et enfin 5 patientes qui ont précédemment accouché au CALM. 4 dossiers non-renseignés sur le sujet et 4 inclassables (uniquement ville indiquée) complètent la série pour un total de 44 multipares.



Ce second schéma permet de confirmer que le niveau de technicité recherché par les patientes du CALM dès leur premier accouchement était un type I. En effet, 25 patientes ont accouché dans des maternités de type I soit des établissements qui n'offrent pas une prise en charge maximale en cas de pathologie maternelle ou fœtale et le

⁵⁵ Maternités réputées pour leurs prises en charges plus physiologiques des grossesses à bas risques

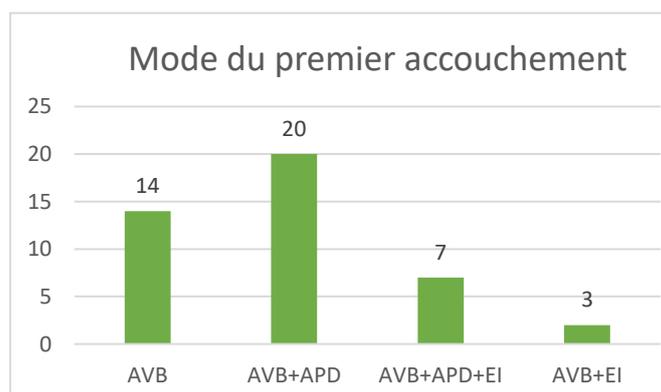
cas échéant sont transférées dans des maternités type 2 ou 3. Ensuite, 4 patientes ayant accouché précédemment en type III (Trousseau, Necker, Kremlin Bicêtre) puis 2 patientes ayant choisi une maternité de type 2.

A noter que sur cet item, nous trouvons 5 dossiers pour lesquels cette information n'est pas renseignée ainsi que 4 lieux inclassables avec juste une ville nommée et donc devant le nombre de possibilités associés, l'information n'a pas pu être traitée.

En croisant les données sur le vécu des accouchements antérieurs et les établissements fréquentés, nous constatons que 5 patientes avaient fréquenté un type 1 et 2 patientes en type 3. Ramené en pourcentage par rapport au nombre total de femmes ayant déjà accouché en niveau 1, cela fait 20% de mauvais vécu après un accouchement en type I et 50% de mauvais vécu après un accouchement en niveau 3. La représentativité de ces chiffres peut être questionnée mais ici nous constatons que le vécu des accouchements ultérieurs est influencé par le type d'établissement fréquenté et il semble moins bon en type III qu'en type I.

Ainsi, nous constatons que la majorité des patientes suivies au CALM sont des mamans qui n'ont jamais accouché (56%). Dans les établissements antérieurs fréquentés par les multipares de notre échantillon, nous retrouvons surtout des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et des maternités publiques. 17 des 40 multipares (soit presque la moitié des multipares) avaient accouché précédemment dans la maternité partenaire du CALM, Les Bluets (ESPIC type I) ce qui ne peut pas être une coïncidence dans le choix ultérieur des femmes vers le CALM. Et enfin, la grande majorité des établissements fréquentés auparavant étaient des maternités de type I, réalisant moins d'accouchement comme nous l'avons vu en II. B) avec des prises en charges plus individualisables. Nous allons maintenant essayer de voir si un évènement dans leurs antécédents pourrait être à l'origine de la décision d'un suivi moins médicalisé en maison de naissance.

(4) Types d'accouchement et vécu
(a) Premier accouchement



Sur le graphique ci-dessus⁵⁶, notons que 16 multipares du CALM ont déjà accouché sans analgésie péridurale et 3 malgré une extraction instrumentale. Lors de leur premier accouchement, 27 multipares avaient eu recours à l'analgésie péridurale.

⁵⁶ AVB : Accouchement voie basse, APD : Analgésie péridurale, EI : Extraction instrumentale

Soit un taux d'accès à la péridurale de 63% lors du premier accouchement des multipares du CALM tandis que la moyenne nationale s'élève à 81,4%⁵⁷

Nous retrouvons un taux moyen de 21% d'extraction instrumentale dans les antécédents des patientes du CALM ce qui correspond au taux moyen observé dans les maternités françaises.⁵⁸

De plus, pour les multipares ayant déjà accouché deux fois, nous observons un recours encore moins important à la péridurale (3 patientes) et le maintien d'un non-recours à la péridurale pour celles qui avaient déjà accouché sans APD.

(b) Vécu des accouchements ultérieurs

Cette donnée était présente dans les dossiers dans la partie anamnèse obstétricale soit la description des grossesses et accouchements antérieurs et parfois complétée dans un encadré intitulé « pourquoi le CALM ? »

Dans les dossiers étudiés, **9 patientes (soit 22% des multipares) pour lesquelles un mauvais vécu de leur accouchement précédent est noté.** Parmi les explications renseignées sur ce mauvais vécu nous retrouvons :

- > Extraction instrumentale (n=3)
- > Épisiotomie (n=3)

Le taux d'épisiotomies retrouvé dans les antécédents est de l'ordre de 25% (10 patientes). Parmi elles, 3 patientes auraient un mauvais vécu de leur accouchement pour cette raison.

- > Pré-travail long (2)
- > DPIO (décollement du pôle inférieur de l'œuf) subi
- > Douleur
- > Transfert Bleuets

2 patientes auraient un **mauvais vécu** de leur **grossesse**. Les raisons évoquées dans les dossiers sont : une pneumonie pendant la grossesse pour la première et pour la seconde, une interruption sélective de grossesse sur un jumeaux.

2 patientes auraient également eu un **vécu difficile du post-partum** (dépression, suites douloureuses – infection épisiotomie)

(5) Antécédents obstétricaux

Il y a peu d'antécédents obstétricaux notables chez les patientes du CALM dans le cadre de leurs maternités précédentes. Parmi les antécédents notables, nous retrouvons : dysthyroïdie, pneumonie, herpès, endométrite du post-partum, thrombopénie, oligoamnios, hydramnios, IMG du second jumeau après le décès du premier. Tous les dossiers du CALM sont présentés en staff avec l'équipe de sages-femmes au complet. S'il y a un doute sur le suivi en maison de naissance pour raisons médicales, un gynécologue-obstétricien des Bleuets est appelé pour donner un avis avant d'engager le suivi. De plus, si une pathologie est constatée en cours de grossesse, un transfert vers les Bleuets est possible à tout instant afin d'assurer un suivi adéquat pour la future mère.

⁵⁷ « Données épidémiologiques générales sur la grossesse », HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles , janvier 2012, consulté le 30/06/2017, [en ligne], disponible sur <https://www.has-sante.fr/>.

⁵⁸ M MANGIN, "Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultat d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des CHU », Mars 2010, [en ligne], disponible sur <http://www.em-consulte.com/>.

A noter que 4 patientes suivies au CALM sortent d'un parcours d'aide médicale à la procréation : 2 fécondations in vitro, une insémination artificielle avec sperme du conjoint (et un autre cas sans plus de précision)

f) Allaitement

Sur les 44 multipares, seule une patiente n'avait pas allaité lors de sa précédente grossesse (pas d'explication renseignée dans son dossier). La durée moyenne d'un allaitement maternel pour les multipares du CALM qui avaient déjà allaité est de 17 mois. Avec un minimum de 4 mois et un maximum de 5 ans.

En France en 2013 (DREES), moins d'un enfant sur cinq est allaité pendant 6 mois.⁵⁹ « [...], l'allaitement est plus fréquent parmi les femmes de 30 ans ou plus, diplômées et de catégorie socioprofessionnelle supérieure. Les femmes qui allaitent le plus longtemps sont souvent âgées de 30 ans ou plus, sont cadres ou inactives, avec plusieurs enfants au foyer »

g) Suivi gynécologique et médical des patientes du CALM

(1) Quels professionnels : Médecin traitant (MT), sage-femme (SF), gynécologue-obstétricien (G/O)

Nous sommes probablement face à un biais de déclaration puisque :

> 45% des patientes ont un G/O cité dans le dossier du CALM

> 10% des patientes ont une SF citée dans le dossier du CALM

> le reste (45%) pose question → le suivi gynécologique est-il absent ou est-ce un biais de remplissage de dossier ?

De plus, seules 21% des patientes ont un MT indiqué dans le dossier du CALM, ce qui conforterait plutôt l'idée initiale d'un défaut de présence de cette information dans les dossiers car nous constatons pour la plupart des patientes du CALM un suivi à jour des antécédents médicaux, chirurgicaux et gynécologiques.

(2) Antécédents gynécologiques, frottis cervico-vaginal (FCV)

Les informations concernant le suivi gynécologique des patientes du CALM sont très bien renseignées dans les dossiers. Nous pouvons illustrer le propos précédent en étudiant les FCV des patientes du CALM. En effet, cette case du dossier est remplie dès la première consultation.

Sur les 100 dossiers étudiés, seulement 6 dossiers n'ont pas l'information du dépistage du cancer du col de l'utérus renseigné. Pour 85 patientes, leurs FCV sont à jour (ils datent de moins de 3 ans après deux frottis espacés de 2 ans). Reste donc 9 patientes non à jour de leur FCV lors de la première consultation de grossesse au CALM. Donc plus de 90% des patientes du CALM bénéficient d'un dépistage du cancer du col de l'utérus lorsque la moyenne nationale est d'environ 57%.⁶⁰ Par ailleurs, les pathologies gynécologiques signalées en entretien et notées dans le dossier ont toutes été suivies et traitées ou sont en cours de traitement (exemple : condylomes vulvaires traitées par laser ou opération d'un polype utérin etc...)

⁵⁹ DREES, « Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance », DREES n°958, avril 2016.

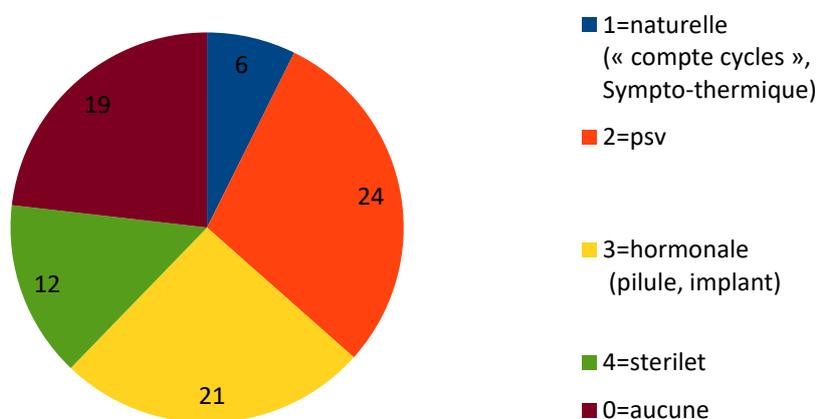
⁶⁰ « Dépistage du col de l'utérus en France », 10/12/2013, *Le Webzine HAS*, consulté le 28/08/2017, [en ligne], disponible sur <https://www.has-sante.fr/portail/>.

Concernant les antécédents obstétricaux et gynécologiques des patientes du CALM, nous pouvons poser plusieurs constats. Tout d'abord, un probable attrait initial donc dès la première grossesse pour une prise en charge plus physiologique. En effet, 16 multipares (environ 40%) avaient déjà accouché sans péridurale la première fois et on observe un temps d'allaitement très long de 17 mois en moyenne. Malgré un recueil incertain de nos données sur le vécu des accouchements ultérieurs, un mauvais ressenti de prise en charge ne semble pas être la motivation la plus fréquente qui a redirigé les femmes vers le CALM car seules 22% des multipares auraient ce ressenti. Et enfin, grâce à notre indicateur de suivi gynécologique qu'est le FCV, nous constatons que les patientes du CALM sont très suivies car 90% d'entre-elles affichent un frottis à jour. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les patientes suivies au CALM ne sont pas en refus de médicalisation et nous allons approfondir cette notion en étudiant leur consommation de soins.

(3) Contraception des patientes du CALM

Grâce au graphique ci-dessous, nous constatons que le premier moyen de contraception choisi par les patientes du CALM est une méthode barrière à savoir le préservatif. Viennent ensuite des méthodes hormonales à savoir pilule (19) et implant (2), 19 patientes ont déclaré ne pas utiliser de moyen de contraception puis 12 patientes utilisaient un stérilet (DIU) mais il n'est pas précisé dans le dossier si celui-ci est hormonal ou au cuivre. A noter que 6 couples avaient fait le choix d'une méthode naturelle de contraception comme la méthode sympto-thermique par exemple.

Types de contraception des patientes du CALM



Nous avons croisé les données sur les contraceptifs choisis par les patientes du CALM et leur âge car l'utilisation des contraceptifs en France est en train de changer (régression de l'utilisation de la pilule au profit du DIU notamment) et il est intéressant de voir si les patientes du CALM échappent ou non à ces tendances. Pour cela le premier tableau décrit la population du CALM étudiée et le second tableau est publié par l'Inpes et le ministère de la santé en 2017⁶¹.

⁶¹ INPES, « Baromètre Santé 2016, contraception », *Santé Publique France*, septembre 2017.

| Age | Aucune | DIU | Implant, anneau, patch | Pilule | Préservatif | Pilule + préservatif | Méthodes Naturelles | Total |
|--------------|----------|-------------|---------------------------|-------------|-------------|----------------------|------------------------|-------|
| 25-29 | | 3 | 1 | 4 | 2 | | 1 | 11 |
| 30-44 | 19 | 9 | 1 | 15 | 21 | | 6 | 71 |
| Total | 19 (23%) | 12 (15%) | 2 (2%) | 19 (23%) | 23 (28%) | 0 | 7 (8,5%) | 82 |

| Age | Aucune | DIU | Implant, anneau, patch | Pilule | Préservatif | Pilule+préservatif | Méthodes naturelles |
|-------|--------|-------|---------------------------|--------|-------------|--------------------|---------------------|
| 25-29 | 5,5% | 19% | 7,3% | 43,8% | 16,3% | 4% | 4,2% |
| 30-44 | 6,7% | 34,7% | 4,1% | 28,2% | 13,8% | 1,2% | 5,8% |
| 25-44 | 6,1% | 26,9% | 5,7% | 36% | 15% | 2,6% | 5% |

Le moyen de contraception le plus utilisé par les patientes du CALM est le préservatif et c'est une vraie différence par rapport à l'utilisation moyenne des Françaises. En effet, quand 28% des patientes du CALM utilisent le préservatif entre 25 et 44 ans, le chiffre national sur cette même tranche d'âge est de 15%. C'est la pilule qui prédomine en utilisation sur cette tranche d'âge (36%) quand ce n'est que le second moyen de contraception privilégiée par les patientes du CALM.

Il nous faut également souligner l'utilisation importante des méthodes naturelles à savoir cape, diaphragme, sympto-thermique... En effet, 8,5% des patientes du CALM la déclare quand la moyenne nationale est de 5%. Enfin, 23% des patientes du CALM ne déclare aucune contraception. C'est quatre fois plus que la moyenne nationale et nous pouvons nous poser la question d'un biais dans le remplissage des dossiers. En théorie, les méthodes naturelles regroupent les méthodes⁶² : Ogino, sympto-thermiques, Billings, le retrait et MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée). Est-ce possible que certaines méthodes naturelles aient été associées à une absence de contraception ?

Pour résumer, les patientes du CALM diffèrent de la moyenne nationale par leur non-utilisation de contraception et leur utilisation importante de méthodes barrières telles que le préservatif et les méthodes naturelles. Nous pouvons émettre l'hypothèse d'une idéologie du « naturel » dans leurs choix de contraception puisque les méthodes non-chimiques sont privilégiées et diffèrent de la moyenne nationale.

h) Grossesse suivie au CALM

(1) Echographies

Les échographies de grossesse sont faites à l'extérieur du CALM.

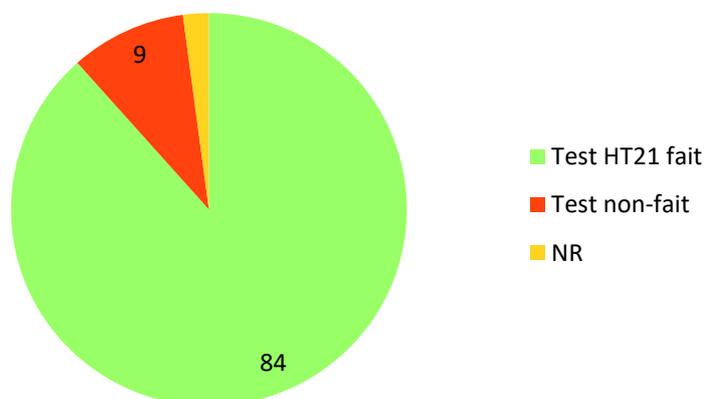
41 patientes de notre échantillon ont réalisé plus de 3 échographies recommandées pendant leur grossesse et la moitié d'entre-elles n'avaient pas de justification médicale.

⁶² « Les méthodes naturelles », consulté le 12/10/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.choisirscontraception.fr/>

(2) Dépistage de la trisomie 21

Ce dépistage associe des mesures échographiques et la réalisation d'une prise de sang s'effectuant au premier ou 2ème trimestre. Le graphique ci-dessous illustre le fait que la très grande majorité des patientes du CALM réalisent ce test. En effet, 84 patientes ont choisi de faire ce dépistage. Le taux de dépistage T21 à l'échelle nationale est de 84%⁶³, ainsi, les patientes du CALM suivent cette norme.

Réalisation du test T21 des patientes du CALM



En dehors des échographies et consultations de grossesse, les patientes du CALM rencontrent fréquemment d'autres professionnels de santé.

Le tableau ci-dessous reprend les informations retrouvées dans les dossiers à ce propos :

| Professionnels rencontrés au moins 1 fois | Préparation à la naissance autres | Ostéopathe | Acupuncteur | Naturopathe Homéopathe | Dermatologue | Endocrinologue |
|---|--------------------------------------|------------|-------------|---------------------------|--------------|----------------|
| Nombre de patientes | 24 | 30 | 9 | 3 | 2 | 9 |

Le suivi au CALM comprend des séances de préparation à la naissance le plus souvent réalisées en même temps qu'une consultation de grossesse. Malgré la préparation proposée au CALM, nous notons que 24 patientes réalisent une préparation supplémentaire à leur frais en dehors du CALM notamment de l'haptonomie pour 15 d'entre-elles puis : l'hypnose, la sophrologie, la préparation en piscine et le yoga.

30 patientes du CALM ont rencontré au moins 1 fois un ostéopathe pendant leur grossesse.

(3) Nombre de consultations au CALM

Globalement, le nombre de consultations de grossesse suit la tendance nationale puisque le nombre moyen de consultations est de 6,63 (33 patientes ont bénéficié de 6 séances) pour un début de suivi moyen à 15 semaines. Suivi débuté au plus tôt à 7 SA et au plus tard à 27 SA.

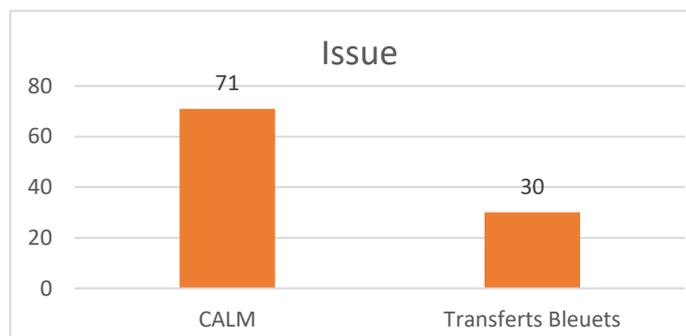
Une patiente a bénéficié de seulement 3 consultations et le maximum de consultations observées s'élève à 11.

⁶³ Inserm et DREES, « Enquête nationale périnatale, rapport 2016 », *Epopé*, octobre 2017.

Donc, dans leur consommation de soins pendant la grossesse, les patientes du CALM réalisent un peu plus d'échographie non-justifiées, un dépistage de la trisomie 21 à hauteur de 84% (qui suit la moyenne nationale) et une double préparation à la naissance pour 24% d'entre-elles avec la consultation fréquente d'un ostéopathe car 30% des patientes du CALM voient au moins une fois pendant la grossesse un ostéopathe. En revanche, la fréquence des consultations est normative, le nombre dépend de la date de début de suivi à raison d'une consultation par mois. Cette donnée confirme l'idée que les patientes du CALM sont observantes dans le suivi de la grossesse et plutôt consommatrices de soins.

i) Issues

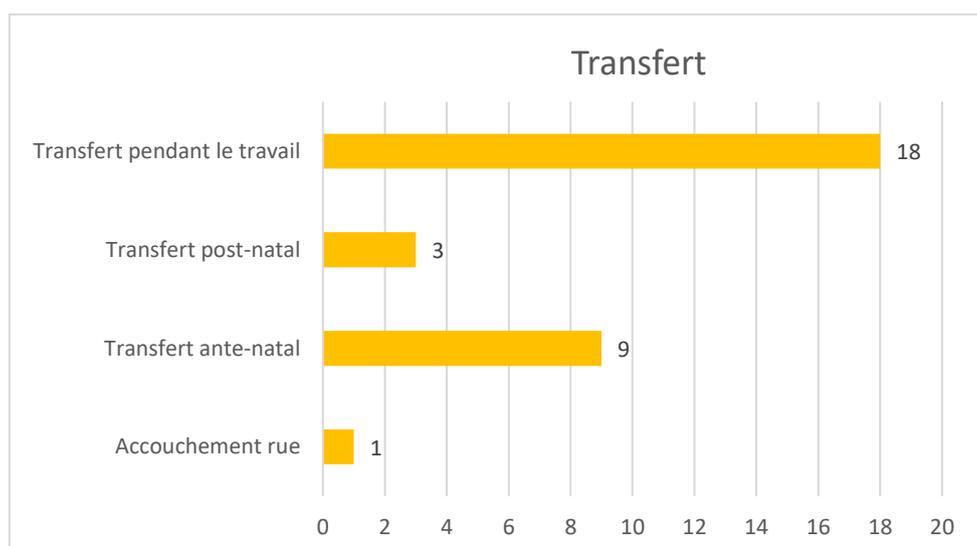
(1) Transferts aux Bluets



Parmi les patientes suivies au CALM, près de **30%** subissent un **transfert** à la maternité partenaire, les Bluets. Ces transferts se font **majoritairement au cours du travail** (18 patientes) mais nous observons également des **transferts anté-nataux** (9 patientes) et **post-nataux** (3 patientes).

A noter qu'un accouchement s'est déroulé pour partie hors de la maison de naissance mais la suite de la prise en charge s'est effectuée au CALM.

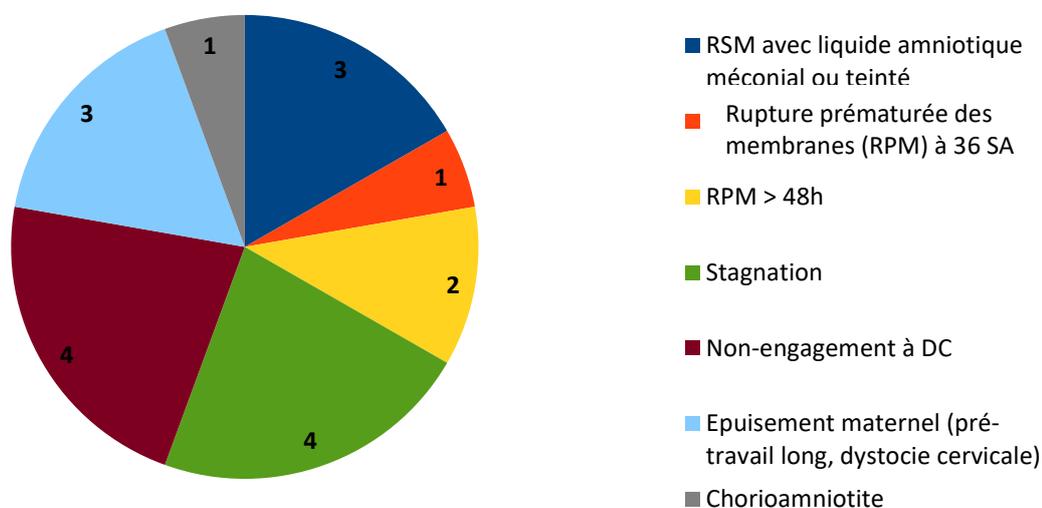
Parmi les transferts, 83% concernent des patientes n'ayant jamais accouché soit 24 patientes.



➤ Motifs de transfert anté-nataux : 5 transferts sont expliqués par un siège, 1 transfert pour thrombopénie gestationnelle, 1 autre pour une anémie importante, 1 terme dépassé et 1 diabète gestationnel lié à un régime mal équilibré.

- Motifs de transferts post-nataux : 1 hématome puerpéral (thrombus vaginal), 1 nouveau-né hypotrophe et 1 infection néonatale bactérienne précoce.

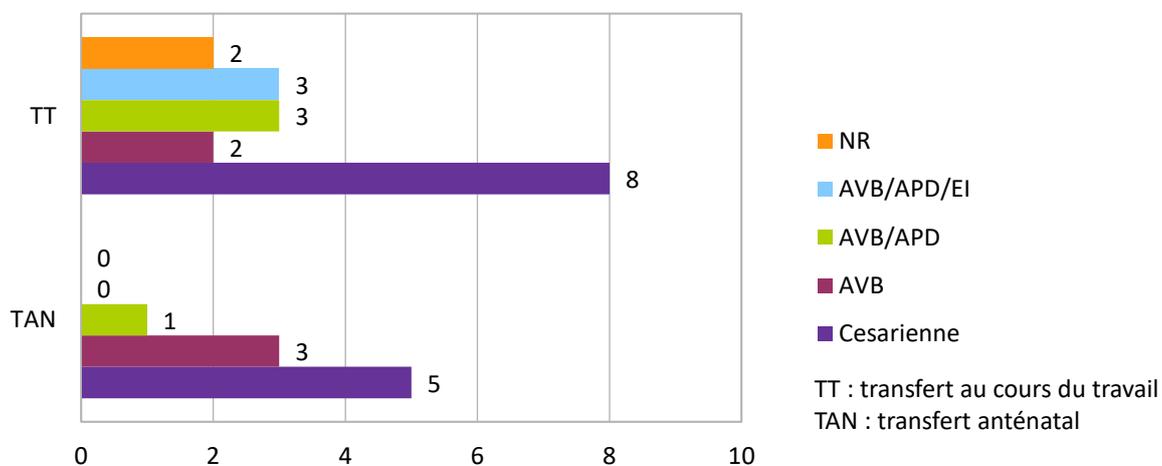
Causes de transfert au cours du travail



- Motifs de transferts au cours du travail : Les 2 premières causes de transferts en cours de travail observées sont le non-engagement à dilatation complète (DC) du fœtus et la stagnation de la dilatation. Puis juste après, nous retrouvons la rupture spontanée des membranes (RSM) avec un liquide amniotique teinté ou méconial et l'épuisement maternel après un long pré-travail ou une dystocie cervicale. Parmi les transferts au cours du travail, 33% des patientes (6/18) bénéficieront d'une péridurale. On retrouve peu dans les dossiers le souhait d'une analgésie péridurale comme raison de transfert mais plutôt la « fatigue maternelle » après une période de pré-travail longue par exemple.

- Issues des transferts :

Issues transferts



L'issue des transferts post-nataux est moins détaillée, seule la pose d'une rachianesthésie et un méchage réalisé dans la prise en charge de l'hématome puerpéral sont mentionnés.

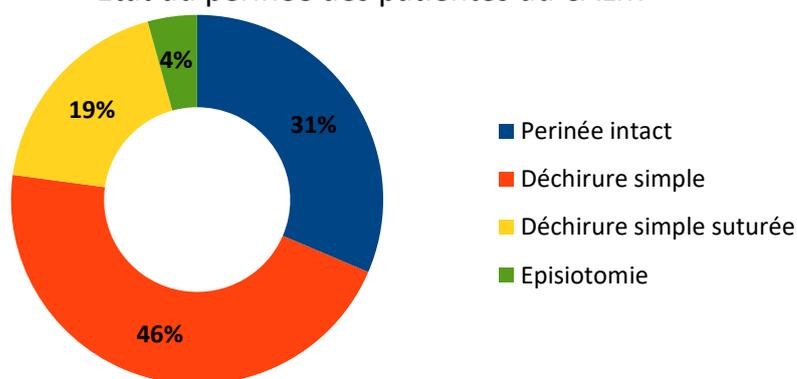
(2) Etat du périnée

64% des patientes qui accouchent au CALM ont une déchirure simple du périnée. Et seules 28% des déchirures simples sont suturées.

Les épisiotomies sont réalisées dans un contexte d'anomalie du rythme cardiaque fœtal. En moyenne en France, ce taux est de 22,5%⁶⁴ lorsqu'au CALM il s'élève à 4%. Nous remarquons une différence de pratique ici puisque les sages-femmes du CALM réalisent peu de sutures et peu d'épisiotomie. Cela pourrait s'expliquer en partie par l'absence de péridurale qui peut compliquer la réalisation d'une suture avec la nécessité de réalisation d'une anesthésie locale.

(3) Adaptation à la vie extra-utérine

Etat du périnée des patientes du CALM



En reprenant la totalité des Apgar de notre échantillon, on peut voir que à 1, 3 et 5 minutes de vie les pourcentages d'enfants avec un Apgar à 10 sont réciproquement de 70%, 91% et 98%.

Ces chiffres sont très comparables à la population stricte d'enfants nés au CALM puisque les taux d'Apgar à 10 à 1, 3 et 5 minutes de vie sont alors de 71%, 91% et 100%

Adaptation des nouveau-nés de toutes les patientes suivies au CALM

| Apgar 10 à 1' de vie | 3' de vie | 5' de vie |
|----------------------|-----------|-----------|
| 69 | 90 | 97 |
| 70% | 91% | 98% |

Adaptation des nouveau-nés du CALM strictement

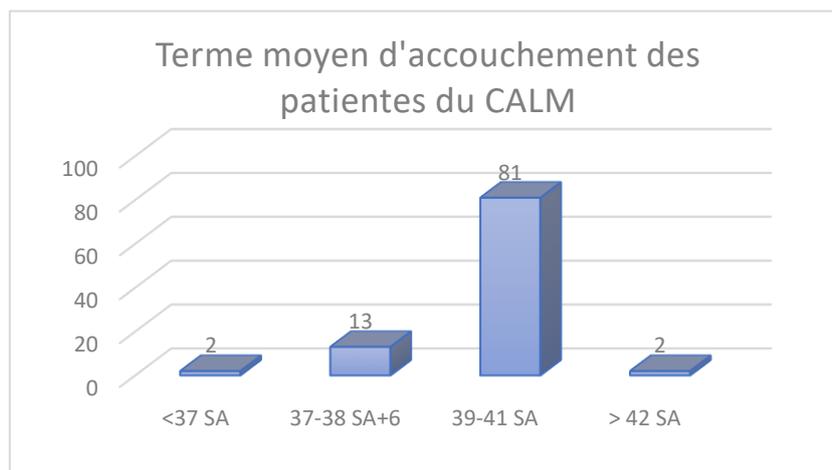
| Apgar 10 à 1' de vie | 3' de vie | 5' de vie |
|----------------------|-----------|-----------|
| 50 | 64 | 70 |
| 71% | 91% | 100% |

En se basant sur les chiffres nationaux de 2010⁶⁵, les Apgar des enfants suivis au CALM correspondent à la moyenne nationale car 6 enfants avaient un Apgar inférieur à 8 à une minute de vie et 1 seul enfant avait un Apgar inférieur à 8 à 5 minutes de vie. Sur les 6 enfants avec un Apgar inférieur à 8 à la naissance, 4 avaient été transféré au cours du travail pour stagnation de la dilatation et non-engagement à dilatation complète.

⁶⁴ « Enquête nationale périnatale, rapport 2016 », Op. cit.,

⁶⁵ DREES, « La situation périnatale en France en 2010 », *Etudes et Résultats*, n°775, octobre 2011

(4) Terme moyen de naissance



On constate que la grande majorité des patientes du CALM accouchent entre 39 et 41 SA (83%).

Les patientes qui ont accouché avant 37 SA et après 42 SA ont été transféré aux Bleuets.

En résumé, nous constatons qu'une femme sur trois suivie au CALM n'accouchera pas au sein de la structure et sera transféré aux Bleuets, la maternité partenaire. La très grande majorité des patientes transférées (83%) sont des primipares et finalement seules 33% des patientes transférées auront une péridurale. L'adaptation à la vie extra-utérine des nouveau-nés du CALM est comparable à la moyenne nationale qu'ils soient transférés ou non. En revanche, on distingue de nettes différences de pratiques concernant la réalisation d'épisiotomie ou de sutures.

La description des patientes du CALM nous permet de poser les constats suivants : d'un point de vue socio-démographique, l'âge moyen est de 33 ans soit un âge un peu plus avancé que la moyenne nationale. Elles vivent strictement en couple (concubinage ou pacsées majoritairement) et sont issues de catégories socio-professionnelles élevées car elles sont cadres ou de professions intellectuelles supérieures en majorité. L'étude de leurs antécédents nous permet de mieux comprendre leur rapport au milieu médical. En effet, les patientes ne semblent pas être dans un refus de la médicalisation car elles sont plutôt très suivies médicalement comme le témoigne notre indicateur qu'est le frottis cervico-utérin ; elles semblent être dans une démarche de moindre médicalisation de leur accouchement. Cette démarche s'observe d'ailleurs dès leur première grossesse pour certaines multipares car les petites maternités de type I étaient privilégiées et près de 40% d'entre-elles avaient déjà accouché sans péridurale. D'ailleurs, la moitié des patientes du CALM suivies sur cette période avaient accouché au Bleuets antérieurement et ce report des patientes de la maternité partenaire vers le CALM témoigne probablement d'un réseau de professionnels commun. Le choix de la maison de naissance n'est donc pas strictement lié à un mauvais vécu de la prise en charge antérieure.

Enfin leur consommation de soins avant la grossesse (contraception) et pendant la grossesse (PNP, ostéopathie...) met en évidence deux choses. Premièrement un souhait de moindre utilisation de médicaments car nous avons un taux important de femmes qui ne prennent aucune contraception ou des méthodes barrières non-hormonales. Deuxièmement, le souhait d'un suivi optimal avec des consultations mensuelles, le dépistage quasiment systématique de la trisomie 21 et une consommation de soins de confort notamment l'ostéopathie, les échographies non-justifiées ou la multiplicité des PNP.

Ces observations ont déjà été constatées dans plusieurs études. Par exemple, dans son mémoire sur le profil sociologique des femmes effectuant un suivi prénatal chez une sage-femme libérale⁶⁶, Bénédicte Bobenrieth observait également des femmes en situation sociale stable, en couple, appartenant à des catégories socio-professionnelles plutôt élevées. Elle décrit ces patientes comme bienveillantes à l'égard des médecines parallèles et attachées à des valeurs naturelles et écologiques. Les patientes de la MDN CALM à Paris s'inscrivent dans la lignée de ces observations à une échelle encore plus marquée car nous étudions ici une population parisienne. Cela pose la question d'une pratique assez élitiste dans un contexte de démedicalisation à affiner car les patientes du CALM ne semblent pas être dans une démarche de refus de soins.

C) Analyse qualitative des entretiens

1. Présentation de l'échantillon

| Entretien | Nationalité | Age | Parité | Age enfant suivi au CALM | Lieu de l'accouchement | Situation maritale | Profession | Conjoint |
|--|-------------|--------|--------|--------------------------|---|---------------------|---|---|
| 1 Juliette <i>Entretien réalisé au CALM</i> | Française | 28 ans | 1 | 2 ans et demi | AVB/Plateau technique des Bluets | Vie maritale | Ethnologue | Jules, 30 ans, chercheur en physique |
| 2 Magalie <i>Entretien réalisé au CALM</i> | Française | 37 ans | 1 | 3 ans et 5 mois | AVB simple CALM | Vie maritale | Radiologue hôpital public | Haut fonctionnaire au ministère de l'écologie |
| 3 Manuella <i>Entretien réalisé dans un square</i> | Française | 44 ans | 2 | 4 mois et demi | AVB simple CALM | Mariée | Editrice, traductrice | Patrice, 50 ans, éditeur |
| 4 Solange <i>Entretien réalisé chez elle</i> | Française | 30 ans | 1 | 3 mois | Césarienne pour siège | Vie maritale, PACSE | Juriste dans une agence d'état | Emmanuel, monteur dans l'audiovisuel, intermittent du spectacle |
| 5 Ellen <i>Entretien réalisé chez elle</i> | Anglaise | 41 ans | 3 | 2 mois | Transfert anté-natal pour malformations cardiaques de l'enfant, AVB simple aux Bluets | Mariée | Professeur d'anglais dans éducation nationale | Sébastien, 41 ans, chargé de clientèle dans la finance |
| 6 Marie-Adèle <i>Entretien réalisé chez elle</i> | Française | 31 ans | 2 | 3 mois | AVB simple au CALM | Mariée | Professeur Anglais en lycée | David, professeur d'Anglais |

⁶⁶ Mémoire sage-femme « Profil sociologique des femmes effectuant un suivi prénatal chez une sage-femme libérale » Bénédicte BOBENRIETH 2012

Nous avons rencontré trois des six mamans interrogées lors de la première semaine d'observation au CALM. Juliette fait partie de l'association du CALM depuis son accouchement en 2015. Notre rencontre se déroula au CALM le jour où elle organisait la venue d'une équipe de journalistes réalisant un reportage sur la MDN. Nous nous sommes entretenues et ce même jour, Juliette me présenta Magalie. Elle aussi a accouché au CALM avant l'expérimentation. Elle participait au cours de yoga et a accepté un entretien. Le CALM est une structure qui existe depuis 2008 de façon très semblable à aujourd'hui (seul le lieu final de l'accouchement, qui se réalisait sur le plateau technique des Bluets est changeant). Aussi, nous avons décidé de conserver ces entretiens qui nous apportait de premières données intéressantes nous permettant de préciser les thèmes abordés en entretien.

Enfin, cette même semaine, nous avons rencontré Ellen qui était à terme et allait accoucher sous peu. Nous l'avons contactée quelques mois plus tard pour réaliser un entretien.

La distance imposant un minimum d'organisation, nous avons contacté Marjolaine⁶⁷ quelques semaines plus tard après analyse des données pour cibler un peu plus notre échantillon de patientes vues en entretien. Nous avons fait le choix d'interroger des patientes primipares mais aussi multipares ayant un plus ou moins bon vécu ultérieur de l'accouchement ainsi que des patientes ayant été transférées aux Bluets. Ainsi, Marjolaine a sollicité des patientes correspondant aux profils recherchés puis nous les avons contactées par la suite afin d'obtenir leur accord et organiser un entretien.

Après cette prise de contact, nous avons planifié sur deux jours en mai quatre entretiens que nous avons réalisés au domicile des patientes ou dans leur quartier de résidence. Les entretiens sont en annexes à partir de la page XIX.

2. Comment et pourquoi accède-t-on au CALM ?

a) Comment ont-elles connu le CALM ?

Nous souhaitions savoir comment les usagers du CALM l'avaient découvert et pour cela nous avons repris les données recueillies dans les dossiers. En effet, un encadré fréquemment rempli s'intitulant « pourquoi le CALM ? » faisait parfois l'objet d'une phrase sur le ou les moyens de découverte du CALM.

Nous constatons ainsi 3 trois grands modes de découverte du CALM. Celui qui semble prédominer est celui du réseau d'amis (connaissances suivis au CALM ou ayant déjà accouché au CALM). Le second moyen qui est mis en évidence dans les dossiers est celui faisant référence à des recherches personnelles (articles de presse ou de magazines, recherche sur internet...). Enfin, nous retrouvons un mode d'accès au CALM par expérience de la maternité des Bluets, chose que nous avons déjà mis en évidence dans notre recueil de données sur les antécédents obstétricaux.

Nos entretiens ont confirmé ces données puisque nous constatons que 2 d'entre elles sont passées par leur réseau de professionnels de santé pour apprendre l'existence du CALM. Pour deux autres, ce sont des amis qui leur ont appris l'existence du CALM. Ellen, quant à elle, a pris connaissance de ce lieu par un réseau très spécifique, un groupe anglophone. Ceci n'est pas anodin. Comme nous l'avons vu dans l'histoire des maisons de naissance, celles-ci étaient présentes sur le territoire anglais bien avant la France et la culture de médicalisation autour de la

⁶⁷ SF au CALM, c'est avec elle que nous avons pris contact initialement pour la réalisation de l'étude à la MDN

naissance y est différente. Pour ne citer que deux exemples, en Grande-Bretagne, seules 2 deux échographies sont recommandées, et en première intention, les femmes « à bas risque » sont dirigées vers des structures peu médicalisées (« Birth Centers »). Ainsi, à la recherche d'un système alternatif plus proche du naturel, Ellen s'est orientée vers ce groupe anglophone et y a appris l'existence du CALM à Paris.

Enfin, les autres mamans déclarent avoir fait des recherches seules sur la question et ont appris l'existence du CALM en lisant des articles sur internet ou dans des livres.

Au vu du faible nombre d'usagers (en comparaison avec une maternité), nous nous étions posé la question d'un réseau social préexistant. Nous entendons ici un ensemble d'entités (groupe ou personnes) qui échangent entre eux par des liens créés et vécus lors d'interactions sociales. Ces relations peuvent être des relations d'amitié, de proximité, professionnelles ou des relations accessibles et mises en œuvre par internet. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de réseau préexistant au cours de nos entretiens. Néanmoins, l'analyse des données présentes dans les dossiers, tant dans l'encadré « pourquoi le CALM ? » que dans l'analyse des catégories socio-professionnelles uniformes avec la prédominance de certains domaines d'activités comme la « culture et les médias », laisse à penser que nous ne pouvons exclure l'hypothèse d'un réseau préexistant. Nous notons également que pour certains couples, le réseau se crée pendant ou après la grossesse et il semble que cela soit encore plus vrai pour les mamans qui ont un fort sentiment d'appartenance au CALM.

Voilà par exemple ce que disent Manuella et Juliette sur ce sujet :

« Tu vois en fait, c'est après que le réseau s'est créé. C'était pas avant ... » Manuella

« Assez vite, vers les 2 mois de mon fils, j'avais commencé le yoga post-natal ici. C'était toutes les semaines et je suis revenue beaucoup au CALM car j'habite juste à côté. J'ai fait des ateliers [...] et ça c'était super précieux parce qu'en fait, je me suis fait des copines [...] de discuter ensemble, de voir qu'on se posait les mêmes questions [...] J'imaginai pas la vie associative qu'il y avait et j'imaginai pas ce que ça apportait [...] ne pas être seule en tant que jeune maman et puis je me suis fait des copines que je continue à voir ! [...] ça fait partie des trucs super précieux que j'ai trouvé au CALM. » Juliette

Faire le choix du CALM n'est donc pas seulement choisir un lieu de naissance. C'est également partager des valeurs, une idéologie et des goûts dans sa communauté. Nous sommes alors au-delà des pratiques habituelles et c'est intéressant de l'identifier.

b) Pourquoi le CALM ?

Pourquoi le CALM est une question que nous avons abordée lors de nos entretiens. Il nous semblait intéressant de comprendre les motivations profondes des femmes souhaitant accoucher en maison de naissance. Nous avons dégagé 4 quatre grands axes que nous allons pouvoir développer.

(1) L'absence de péridurale

Le premier axe que nous avons fréquemment retrouvé lors de nos entretiens est le désir d'accoucher sans péridurale. En effet, trois des mamans interrogées parlent d'un « accouchement sans péridurale » et quasiment toutes en parlent spontanément au cours de l'entretien et comme une des motivations à l'accouchement en MDN.

Les deux mamans ayant déjà accouché ont fait l'expérience de la péridurale même si déjà pour leur premier accouchement, elles avaient un souhait initial de ne pas y recourir. Celle-ci est alors associée à de mauvais souvenirs ; du geste en lui-même ou du vécu de l'accouchement sous péridurale. Nous pouvons identifier des motivations sous-jacentes au désir d'accouchement sans péridurale. Tout d'abord, un souhait d'accouchement plus « naturel » donc moins technique :

« Tu sais la péridurale ça va aussi avec une plus grande médicalisation » nous confie Juliette.

Deuxièmement, un désir de garder le contrôle, Juliette et Solange nous disent ceci :

« C'est quand même fou de se dire que la péridurale ça enlève la douleur, mais ça enlève pas du tout ce que le corps fait. Ton corps, il subit exactement la même chose ! Seulement toi, tu le sens pas ! Et moi je trouve ça hyper flippant de me dire ça. . . En fait, ton esprit et ton corps sont plus du tout en accord. Donc pour moi, c'est une dissociation, une division. Corps et esprit ne font plus un [. . .] ça fait flipper de dire qu'on arrive à être dissocié » Juliette

« J'avais aussi peur de la péridurale et des conséquences de la péridurale et du fait de pas pouvoir . . . que la péridurale allait me mettre en mode automatique et que je pourrais plus gérer » Solange

Cette notion de « maîtrise » est très importante et peut-être mise en lien avec nos résultats précédents montrant une population socialement privilégiée et de haut niveau intellectuel. La péridurale est alors vécue comme une perte d'autonomie.

Une troisième raison sous-jacente à ce désir d'accoucher sans péridurale est celui de vouloir « sentir », Manuella nous dit :

« Je sais que je connais un peu mon corps pour avoir dansé longtemps et donc je voulais avoir la possibilité de sentir, en tout cas d'être maîtresse de mon corps. C'était pas dans un but de tout contrôler, c'était dans un but d'être présente à cette aventure »

« Si je fais ça, c'est parce que [. . .] c'est quand même un truc énorme d'accoucher, c'est quand même un moment dans une vie, un peu de dingue quoi ! Et ça m'énerve de pas le vivre ! Moi j'ai envie de vivre les choses. Et je suis une vraie chochette ! C'est pas que j'ai envie de souffrir [. . .] c'est pas une vieille morale judéo-chrétienne [. . .] ce n'est pas « souffre parce que tu es une femme », vraiment pas ! Mais . . . c'est une aventure et je trouve ça beaucoup mieux quand on le vit » Marie-Adèle

Dans l'entretien avec Manuella, le registre corporel est très présent. Il est dans beaucoup de réflexions et d'autant plus autour de l'accouchement qu'elle décrit même comme « animal ».

(2) Accompagnement global

L'accompagnement global est une autre motivation majeure des patientes du CALM. Les termes employés pour qualifier ce suivi sont ceux-ci :

- « le suivi par une seule sage-femme »,
- « suivi global »,
- « un accompagnement personnalisé »,
- « un interlocuteur privilégié »,
- « quelqu'un qu'on connaît ».

Ce système d'accompagnement apporte un soutien psychologique⁶⁸ à la future mère qui comme nous l'avons vu historiquement n'était pas seule car entourée de ses pairs. Aujourd'hui, il est compliqué d'assurer un tel

⁶⁸ « L'accompagnement global : une femme, une sage-femme », consulté le 20/11/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.psychologies.com/>.

soutien dans les structures hospitalières et l'accompagnement global à la naissance inscrit la sage-femme comme un interlocuteur clé.

« Je voulais pas avoir à faire à pleins d'interlocuteurs à l'hôpital qui me connaîtraient pas [...] je voulais connaître la sage-femme qui serait là pour mon accouchement car je voulais pouvoir dire à mon enfant : « c'est elle qui était là » [...] ça fait partie de son histoire [...] et pour moi, c'était important » Juliette

Pour Juliette, l'accompagnement global c'est aussi identifier des personnes clés dans sa vie et celle de son enfant. Elle nous parle d'un anonymat en structure hospitalière :

« On peut pas poser une question sans raconter tout son dossier [...] On est anonyme ! Et on doit toujours se présenter et re-présenter toute l'histoire et comme en plus c'est pas évident ! [...] (Avec les sages-femmes du CALM) On a confiance en la personne qui nous répond, cette personne nous connaît, connaît notre histoire, on a pas besoin d'expliquer tout le dossier avant de poser la question, on sait que la réponse est pour nous et ça, c'est important ». Ellen

Cet accompagnement défini par les patientes est donc dans ce cadre vécu comme un confort, *une relation personnalisée, non-anonyme, considérée*. Nous verrons que les liens tissés avec la sage-femme sont très forts dans ce cadre.

(3) Un choix militant, féministe ?

Le troisième grand axe retrouvé dans nos entretiens comme motivation au suivi au CALM est déduit de la présence importante dans le discours d'un vocabulaire militant et féministe.

En effet, les mots « militant » et « féministe » sont fréquemment retrouvés. Nous pouvons imaginer que le CALM par son engagement associatif dans la mise en place des expérimentations maison de naissance et son militantisme à promouvoir les femmes comme « actrices de leur grossesse et de leur accouchement »⁶⁹ rassemble des profils tout autant engagés. Des théories psychologiques présentent la grossesse comme un moment fondamental dans la vie d'une femme. L'enjeu est alors le développement de l'identité féminine avec l'idée de penser l'accouchement comme une expérience conclusive. Monique Byldowski⁷⁰ décrit la grossesse comme un moment propice à la transparence psychique intéressant le développement personnel. Crise identitaire, mise à l'épreuve de soi ou rupture pour un nouveau commencement, l'expérience de la maternité serait pour certaines femmes une façon de se réaliser totalement.

« Je me dis que j'ai envie de le vivre, je veux ressentir, je veux vivre tous ces beaux textes que j'ai lu sur l'accouchement qui vous disent que c'est une part super importante de votre vie de femme. [...] Il y avait un côté revendicateur [...] un gros côté militant inconscient, qui disait : « non, non, je suis capable de le faire et j'ai pas besoin de la médecine ! [...] C'est un peu le côté féministe poussé à l'extrême de dire, je veux accoucher, je veux ressentir et en profiter le maximum que je puisse [...] je veux pas qu'on me pique ce moment, je veux le vivre au maximum, le mieux possible » Magalie

Pour Magalie, être militante c'est être capable de faire seule, sans la médecine. Ici, elle associe l'exercice de la médecine, son métier, à une perte d'autonomie pour elle, la patiente. Profiter, vivre le moment passe par « sentir » et c'est sa façon d'être féministe. Elle semble alors avoir une représentation genrée de la médecine.

Dans ce cadre, Juliette fait le lien avec les violences obstétricales :

⁶⁹ « Présentation et configuration d'une association militante », Op. cit.,

⁷⁰ Monique Byldowski, *La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Edition PUF, 2008

« Par ailleurs, je suis une féministe bien connectée sur internet et donc, c'est là aussi que j'avais lu des choses sur les violences obstétricales » Juliette

Comme nous l'avons vu en décrivant notre population étudiée, ces violences n'ont pas été subies en majorité pour les multipares mais celles qui s'en sont senties victimes comme celles qui ne l'ont pas vécu, avancent cet argument en faveur des maisons de naissance. Dans ce contexte, il semble important d'essayer de définir ce qu'est la violence obstétricale.

Marie-Hélène Lahaye, juriste de profession éclaire la définition des violences obstétricales dans un billet dédié⁷¹, pour elle, il s'agit de l'addition de deux violences. La violence institutionnelle et la violence basée sur le genre. Elle définit ainsi ces deux violences : « *La violence institutionnelle produite dans les institutions de soins, telles que les hôpitaux est fabriquée notamment par la mise en place de procédures, de gestes techniques et d'organisation du service [...]. Il s'agit de violence physique mais également de « violence silencieuse » qui nie la personne et rend aveugle aux signaux de l'autre. La violence de genre, quant à elle, est un phénomène massif et spécifique qui touche les femmes parce qu'elles sont femmes. Elle est issue de rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes [...], s'appuie également sur les stéréotypes de genre qui assignent des caractéristiques physiques et mentales différentes selon les sexes, justifiant un rôle prédéfini dans la société pour les hommes et pour les femmes. L'organisation sociale s'appuyant sur ces stéréotypes crée une hiérarchie entre les rôles masculins et féminins [...]. La violence obstétricale qui s'exerce à ce moment précis qu'est la grossesse et l'accouchement, s'inscrit pleinement dans cette appropriation du corps et des capacités reproductives féminines. La pathologisation de phénomènes physiologiques normaux que sont la grossesse et l'accouchement est un moyen de soumettre les femmes aux médecins, et donc assurer un contrôle sociétal très puissant sur leur corps au moment où elles exercent leur capacité de reproduction. »*

Elle conclut en donnant sa propre définition de la violence obstétricale :

« *Tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente »*

Les patientes du CALM associent donc le suivi en maison de naissance à une forme de protection contre les violences obstétricales, un lieu où sont respectés leur autonomie et leur féminité.

(4) Un suivi individualisé et rassurant

Nous avons vu que l'accompagnement global à la naissance est une motivation à l'accès au CALM et il l'est d'autant plus car les patientes sont en recherche d'individualisation et de personnalisation de leur suivi. Nous aurions pu imaginer que les patientes faisant le choix d'un accouchement moins médicalisé sont peu stressées pendant la grossesse ou l'accouchement. Or, une partie des patientes avec qui nous nous sommes entretenus se disent elles-mêmes anxieuses de nature.

« J'étais psycho ! [...] Je suis quelqu'un de normalement angoissée et inquiète en général, mais là ! J'avais une angoisse de la mort, c'est-à-dire que j'avais les gencives qui saignaient un peu, j'étais persuadée qu'il y avait un truc, il fallait que j'aille chez le dentiste dans les deux heures qui suivent [...] J'ai vu je pense tous les types de spécialistes : dermatologue, dentiste ... ». Solange

Manuella relève ce paradoxe entre son souhait d'accouchement physiologique mais pas de démedicalisation :

⁷¹ MH LAHAYE, « Qu'est-ce que la violence obstétricale ? », Marie accouche là, mars 2016, [en ligne], disponible sur <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>

« C'est marrant d'ailleurs, j'y pense maintenant mais parce que j'ai choisi d'accoucher au CALM sans présence médicale, je voulais quand même être bien entourée au maximum de ce à quoi j'avais accès »

La prise en charge en accompagnement global au CALM semble donc correspondre à des profils de mamans assez anxieuses comme Ellen le souligne :

« J'aime bien être enceinte mais il y a beaucoup de stress autour [...]. La structure du CALM est super bien pour ça puisqu'on peut poser une petite question en envoyant un sms à notre sage-femme. [...] Et en fait, ça permet de déstresser. Je pense que j'ai pu vivre les grossesses beaucoup plus calmement et sereinement au CALM à cause ça parce que sinon, on se retrouve aux urgences. [...] Ça correspond à beaucoup de profils différents en fait ! Aussi bien à quelqu'un de très cool ou relax mais aussi à quelqu'un de très anxieux. » Ellen

Au CALM, elle trouve systématiquement et en temps record une réponse à ses questions. Cela l'apaise et elle sort de son « schéma anxieux ». Pour ce profil de patiente, la proximité du plateau technique est un indispensable, comme le souligne Manuella et Solange :

« C'est vraiment un facteur important pour moi, le fait que le CALM se trouve au rez de chaussée des Bluets. T'es comme à la maison mais t'es pas à la maison ! T'es quand même dans un immeuble où il y a une maternité et un hôpital [...] tout est là en cas d'urgence pour sauver la situation ». Manuella

« Je n'aurais pas accouché au CALM si la maison de naissance n'était pas dans la maternité. Je n'aurais pas pu lâcher prise [...] Le concept de la maison de naissance isolée... ça par contre je suis pas prête. Je trouve qu'on est quand même sur un des seuls moments de vie où on est en danger vraiment [...] Donc la MDN ok, l'accouchement naturel ok, mais une proximité car on est quand même dans une société où on a développé tout un tas de technologies, de pratiques qui permettent aussi aujourd'hui de... vivre mieux » Solange

Mais un deuxième profil se distingue parmi nos interrogées. En effet, Marie-Adèle et Magalie avaient un désir d'accouchement à domicile pour leur deuxième enfant qui était déjà plus ou moins dessiné pour le premier accouchement mais ne s'est pas concrétisé car pour l'une et l'autre, le mari notamment préférait un cadre plus sécurisé. Au cours de l'entretien, le registre anxieux est beaucoup moins retrouvé. En réponse à la question de l'importance de la proximité avec le plateau technique, voici ce que Marie-Adèle répond :

« Moi je voulais accoucher à la maison donc... mais pour mon mari, oui. C'était très rassurant du coup. Et c'est vrai que ça l'est, de fait. Si j'avais accouché à la maison, j'aurais dû avoir une réflexion sur : « est-ce que ça me fait peur ou pas ? ». A aucun moment je me suis dit ça à la maison de naissance. Mais c'était pas ma motivation propre, plus mon mari qui me voyait pas accoucher à la maison. Qui ne nous voyait pas accoucher à la maison » Marie-Adèle

En se corrigeant, Marie-Adèle insiste : « qui ne nous voyait pas accoucher à la maison ». Ainsi, l'accouchement à domicile impliquerait beaucoup plus le conjoint et ici, le futur père ne semblait pas prêt pour cette étape contrairement à sa femme.

Magalie tisse des liens entre l'accouchement en maison de naissance et à domicile :

« Pour moi c'est un peu la même chose d'accoucher en maison de naissance ou d'accoucher à la maison étant donné que l'on accouche naturellement, sans les moyens médicaux en dehors de l'hôpital [...] A posteriori, je me dis qu'accoucher en maison de naissance, c'est un moyen de se rassurer et de rassurer les autres par rapport au danger de l'accouchement naturel parce que justement on se dit, il y a la maternité à côté. [...] ça me semble assez logique de donner naissance à la maison, c'est le lieu où l'on vit, si l'on considère que c'est pas un problème médical la grossesse et l'accouchement, alors c'est normal de naître à la maison comme ça devrait être normal de mourir à la maison ». Magalie

Pour Magalie accoucher en maison de naissance, c'est presque comme à la maison mais cela ne l'est pas, aussi, elle a décidé d'accoucher à son domicile pour un second accouchement.

Nous constatons que ces deux profils extrêmes dans leur appréhension de la grossesse et l'accouchement sont attirés par le principe de la maison de naissance. La proximité du plateau technique est vu comme un élément décisif sécurisant l'accouchement pour les mères ou pour les pères.

Dans cette première partie, nous observons ainsi différents modes d'accès au CALM. Que ce soit par le réseau de professionnels de santé, d'amis ou par des recherches personnelles, les patientes ont diverses motivations. Nous mettons notamment en évidence le souhait d'accoucher sans analgésie péridurale, la recherche d'un accompagnement personnalisé continu allant de la grossesse au post-partum ainsi que des intentions militantes et féministes. La maison de naissance semble alors s'adresser à différents profils de patientes y compris celles nourrissant beaucoup d'appréhensions autour de la maternité. Elles y trouvent un cadre sécurisant par la proximité du plateau technique des Bluets et du fait de l'individualisation d'un suivi qui s'exerce même hors les murs (communications à distance par téléphone...).

3. Que signifie la démedicalisation ?

En abordant la question des motivations à un suivi au CALM, nous abordons également la notion de « médicalisation » qui semble s'opposer au concept d'accouchement naturel. Mais nous avons vu que les patientes du CALM étaient complètement intégrées dans les systèmes de soins, nous pouvons alors nous demander quel est vraiment le sens qu'elle donne à leur démarche et quelle est la nature des liens qu'elles entretiennent avec les soignants dans ce contexte.

a) Caractérisation de l'accouchement

Il semble intéressant de commencer par voir comment les femmes nomment cet accouchement.

Dans le tableau ci-dessous, nous résumons les termes employés par nos interrogées :

| Manuella | Solange | Marie-Adèle | Juliette | Magalie | Ellen |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| « Accoucher sans péridurale » | « Respect de la physiologie » | « Accoucher sans péridurale » | « Je n'accouche pas à l'hôpital » | « Accoucher au CALM » | « Accouchement sans péridurale » |
| « Accouchement respectueux » | « Accouchement naturel » | « Accouchement de rêve » | | « Accoucher moi-même » | « Approche naturelle » |
| « Accouchement physiologique » | | | | « Accouchement naturel » | |
| | | | | « Accoucher naturellement » | |

Tout d'abord, la motivation d'un « accouchement sans péridurale » puis les notions d' « accouchement physiologique » ou d' « accouchement naturel » sont retrouvées. L'Institut national d'excellence en santé du Québec définit l'accouchement physiologique ou naturel sous l'unique terme « normal birth »⁷². L'accouchement est naturel lorsqu'il ne s'accompagne que de peu ou même d'aucune intervention humaine. Lorsque de telles interventions s'avèrent nécessaires, elles sont faites en respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement.

⁷² Collège National des Sages-Femmes, « Contribution commune : la filière physiologique... » Op. cit.,

Ainsi, l'accouchement s'accompagne mais ne nécessite pas forcément d'intervention humaine. Celles-ci ne sont pas exclues car en cas de nécessité elles seront réalisées en respectant au mieux la physiologie. Cette notion d'intervention humaine est importante et nécessite un accord préalable des patientes car s'il y a intervention, cela peut être dans un contexte d'urgence et l'information peut alors être compliquée à donner. Au CALM, cet accord est passé dès le début du suivi dans le contrat que signent les parents (annexes page XV)

Pour les mamans interrogées, ce terme prend différentes définitions, pour Solange, l'accouchement naturel s'inscrit dans une démarche plus globale :

« Prendre soin de soi, de se respecter tout en respectant... en ne forçant pas mon corps [...] Prendre conscience de soi, accepter son corps [...] C'est une démarche qui est venue sur 2 ou 3 ans quand même y compris dans notre mode de consommation »

Pour Manuella, les termes d'accouchement physiologique ou respectueux sont confondus et le sens qu'elle donne est le suivant :

« Je connais mon corps pour avoir dansé longtemps et donc je voulais avoir la possibilité de sentir, en tout cas d'être maîtresse de mon corps. Pas dans un but de tout contrôler mais dans un but d'être présente à cette aventure »

On commence alors à apercevoir la différence entre la définition professionnelle et profane de l'accouchement physiologique qui s'intègre dans une démarche plus globale et personnelle de retour au naturel, d'écoute.

Une autre définition est retrouvée en entretien, « l'accouchement respectueux », le « respect de la physiologie ». Le respect est un sentiment de considération envers quelqu'un et qui porte à le traiter avec des égards particuliers⁷³. Dans l'« accouchement respectueux », nous retrouvons cette notion d'accompagnement considéré, de traitement particulier, qui s'adresse à la future mère dans ce moment intime qu'est l'accouchement. En entretien nous retenons cette notion d'accouchement respectueux dans une logique d'individualisation de la prise en charge d'où l'attrait pour l'AGN.

Au-delà de la caractérisation de leur accouchement, nous pouvons nous intéresser à la manière dont les patientes du CALM s'orientent au sein du système de soins et comment elles l'utilisent.

b) Une parfaite orientation en fonction de leur demande

Quel que soit le profil, toutes les patientes de notre échantillon affichent une certaine aisance dans leur orientation au sein du système de santé. Elles s'adressent et sont à la recherche de professionnels qui répondent à leurs besoins exprimés, leur demande.

En dehors de la grossesse, Ellen choisit un pédiatre disponible qu'elle peut appeler « chaque jour » si elle a une question, qui « donne pas mal d'homéopathie » et qui respecte son choix de ne pas faire tous les vaccins à ses enfants. Sa gynécologue « intervient pour le groupe naissance » et est « ouverte pour tout ce qui est allaitement long ». Ellen dit « être plutôt convaincue par mettre le moins de produits dans mon corps et celui de mes enfants » et donc elle s'entoure de professionnels de santé qu'elle juge non « fermés à tout ce qui est alternatif ».

⁷³ « Respect », consulté le 20/11/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.larousse.fr>

Pendant la grossesse, Manuella considérait qu'au vu de son âge, elle était à risque d'avoir un enfant avec « des problèmes de gènes ». Bien que les résultats du test combiné de trisomie 21 aient été rassurants, elle souhaitait « éviter » d'avoir un enfant handicapé car c'est selon elle « un cadeau piégé que d'offrir la vie à un enfant handicapé [...] nos sociétés ne sont pas faites pour [...] On était pas la bonne famille Patrice et moi ». Elle s'est orientée sous les conseils de sa gynécologue vers un « échographe spécialiste des malformations anténatales » qu'elle a revu « spontanément » pour sa deuxième grossesse. Elle a également choisi d'effectuer un diagnostic prénatal non-invasif (à sa charge) pour « finir de me rassurer là-dessus ».

Solange se décrit comme « psycho » pendant sa grossesse, elle a consulté beaucoup de spécialistes et a fait le choix d'un gynécologue-obstétricien qui l'a « suivi pendant toute la grossesse en parallèle ». « J'ai apprécié d'être suivie par mon gynéco, c'était extrêmement confortable aussi » le « mix CALM plus mon obstétricien ».

Nous constatons qu'elles identifient toutes parfaitement les différents professionnels de santé qui les entourent. Le rôle de chacun est complètement maîtrisé, aucune erreur de citation de professionnel n'est faite pendant l'entretien. Elles s'orientent justement en fonction de leur priorité dans le soin et cela est possible car elles comprennent le langage médical.

c) La faculté d'être actrice

Notre échantillon sur entretien est plutôt représentatif de la population étudiée avec prédominance de domaines d'activités comme la santé, les enseignants-chercheurs. Nous constatons que les patientes savent s'orienter, sont à l'aise avec le langage et les pratiques médicales. Ceci leur permet d'être pleinement actrice et de se placer comme décideur. En effet, l'exemple de Marie-Adèle nous permet de l'illustrer. Voici ce qu'elle nous confie au sujet de la péridurale :

« Je me suis renseignée, j'ai lu, j'ai regardé des émissions, j'ai regardé des documentaires. J'ai voulu un peu creuser pour voir si ce que l'on disait en France sur ne pas boire et ne pas manger c'était partout pareil. Parce qu'au contraire en Angleterre on m'avait dit [...] « vous allez courir un marathon et on ne peut pas courir un marathon sans être bien hydratée et sustentée ». Donc je me disais c'est pas possible que de l'autre côté de la Manche, où c'est quand même pas des débiles mentaux, on me dise un truc et je traverse la Manche et on me dit que si je bois je vais mourir. Et en fait j'ai eu mes réponses et elles sont assez claires quoi ! Mais bon, j'ai dit ça à l'anesthésiste et il a pas aimé ! [...] J'avais quand même des documents. . . c'était pas dans Biba que j'ai lu ça quoi ! » Marie-Adèle

Marie-Adèle déclare ici avoir fait des recherches sur l'autorisation ou l'interdiction de boire et manger sous péridurale. Elle s'est fait un avis qu'elle a affirmé auprès de l'anesthésiste français : « je leur avais dit que je refusais de ne pas m'hydrater et de ne pas manger ». Elle s'affiche ici comme actrice dans son parcours de soins en montrant sa capacité à s'opposer aux prescriptions médicales et à développer un argumentaire.

d) Le refus d'imposition médicale

Le refus ou rejet de la médicalisation est une motivation qui n'est pas nommée comme tel dans les entretiens mais que l'on retrouve pour deux raisons. Premièrement, une histoire familiale qui a laissé de très mauvais souvenirs des hôpitaux comme Juliette :

« J'ai vu des soignants qui individuellement étaient sûrement des gens bienveillants et bien attentionnés . . . et j'ai vu comment la structure de l'hôpital faisait qu'ils ne pouvaient pas ! Enfin ils ne pouvaient pas faire autrement, qu'au

final avoir des attitudes maltraitantes [...] je voulais pas de ça pour la naissance de mon enfant. D'abord je voulais pas que ce soit associé à de mauvais souvenirs [...] je voulais quelque chose de différent et j'avais la chance de savoir qu'à l'époque, c'était quelque chose de possible » Juliette

Deuxièmement, une mauvaise première expérience peut être la cause du rejet du milieu hospitalier. Marie-Adèle qui a vécu pendant quelques années en Angleterre a fait suivre une très grande partie de sa grossesse là-bas. Elle a déménagé en France au 9^{ème} mois et a accouché à Necker :

« C'était une salle avec des trucs partout [...] j'étais toute nue avec une espèce de blouse dégueulasse, je n'avais plus possibilité de déambuler parce que j'étais sous monitoring en continu [...] j'avais l'impression d'être dans une logique de chiffre, 3-4-8 c'était vraiment affreux [...] Une fois que la péridurale a été faite, refaite, mal faite, je me suis endormie et on m'a réveillé, on m'a demandé de pousser, j'ai rien senti... j'ai mis au monde mon bébé, j'ai rien senti »

Mais au-delà des expériences qui peuvent être traumatisantes, il nous faut souligner que ce n'est pas un discours majoritaire puisque tous les autres entretiens confirment plutôt nos statistiques. Ce sont des patientes très observantes qui ne rejettent pas le système médical mais font le choix de la maison de naissance pour d'autres raisons comme nous l'explique Manuella :

« J'ai choisi d'accoucher au CALM sans présence médicale, je voulais quand même être bien entourée au maximum de ce à quoi j'avais accès [...] pour être confiante par rapport à l'état de santé de mon bébé. [...] C'était pas un refus (de la médicalisation), c'était un désir de faire autrement mais en profitant de ce à quoi on a accès quand même en amont [...] Je suis pas du tout contre le principe de la présence de la médecine, je suis pas une intégriste ! »

De plus, il est intéressant de faire le lien avec le choix d'une absence de péridurale. Nous avons vu précédemment que la péridurale signait la médicalisation pour nos patientes. Elle est associée à une perte d'autonomie alors qu'elles souhaitent « maîtriser » leur accouchement et garder le contrôle. Pour Marie-Adèle, la médicalisation, est alors vécue comme une imposition, un manque de confiance :

« J'ai peut-être un petit côté, j'aime bien contrôler les choses quoi. Très certainement ! [...] J'aime bien être en contrôle, j'aime bien gérer et surtout, je m'en sens capable donc une fois qu'on a dit ça, je vois pas pourquoi on m'imposerait des choses que je ne veux pas [...] et qu'on me fasse pas confiance » Marie-Adèle

L'analyse de nos entretiens, associée à l'analyse des données recueillies dans les dossiers nous pousse à interroger le sens de la démedicalisation. En effet, les patientes du CALM ne semblent pas être dans une démarche de refus de la médicalisation. Comme nous l'avons vu précédemment, elles sont observantes de leur état de santé, de leur suivi, y compris pendant la grossesse. Elles admettent un besoin de sécurisation de la naissance avec la proximité du plateau technique, vont en consultation tous les mois... Néanmoins, elles semblent dans une logique de « retour au naturel » allant de pair avec une moindre médicalisation. Elles souhaitent une utilisation minimale de produits chimiques, sont plus consommatrices de médecines alternatives... Dans le même temps, les patientes que nous avons interrogées savent parfaitement s'orienter dans notre système de santé, elles comprennent le langage médical, sont capables de se positionner contre certaines prescriptions et argumentent leurs choix. Elles se positionnent comme actrices dans ce système. La péridurale associée à la médicalisation de l'accouchement est perçue comme une perte d'autonomie, une imposition alors qu'elles recherchent « la maîtrise » de leur grossesse, de leur accouchement. Nous pouvons émettre l'hypothèse que nous sommes dans un « discours de la démedicalisation » spécifique d'une certaine population (urbaine, issue de PCS supérieure) qui vise à se démarquer d'une médicalisation vécue comme une domination mais pas à rejeter les différentes branches de la médecine qui sont maîtrisées.

Le concept de démedicalisation est donc à analyser beaucoup plus finement que la simple non-médicalisation vers un retour au naturel puisque l'on pourrait imaginer un autre « discours de la démedicalisation » chez d'autres populations par exemple rurales.

Dans cette démarche et si la médicalisation est associée à une imposition, les femmes ne souhaitent pas se retrouver en position de subordination par rapport aux professionnels de santé et font le choix d'un suivi entre-femmes.

4. Un entre-femmes

a) Rapport à leur mère

Il est intéressant de s'intéresser à l'impact que peuvent avoir le récit des mères de nos patientes. En effet, l'entrée dans la grossesse s'accompagne d'une redéfinition des liens qui unissent les patientes à leur famille⁷⁴. La mère par le récit, transmet à sa fille le savoir sur la féminité, sur l'enfantement et en devenant mère, la femme cesse symboliquement d'être l'enfant de ses parents.

Lors de nos entretiens, nous constatons que seule une patiente du CALM n'a pas eu le récit de sa mère et voici ce qu'elle en dit :

« Mais tu vois, ça c'est un truc de fou, de mère en fille, on s'en parle pas du tout de ça ! Du tout ! Mais ça va chercher très loin en fait ... on s'en parle pas pour se protéger ... mais de quoi ! On fait tout le contraire ! [...] Après on n'est pas toutes capables de parler de cette expérience là aussi ! J'en ai bien conscience ! C'est pas facile de parler de son intimité, même au sein d'une famille ... » Manuella

Pour les autres patientes du CALM ayant eu le récit de leur mère, nous constatons que certaines de nos patientes se sont construites en opposition avec le parcours de leur mère comme Ellen par exemple :

« Elle aussi, elle a eu beaucoup de contractions, des saignements ... les médecins lui ont dit qu'elle avait perdu un jumeau [...] Après, ils ont dû la réveiller pour pousser. Un moment, ils pensaient qu'il y avait un problème donc mon père a été banni de la salle d'accouchement et ils l'ont oublié dans le couloir [...] Donc du coup, c'est surtout pas ça que je voulais en fait [...] Ca semble pas l'avoir traumatisée mais ce que moi je prends de son récit, c'est en fait qu'elle était accompagnée mais pas vraiment. [...] Donc oui, je me suis un peu construite en opposition à ça. ». Ellen

Pour d'autres, elles s'inscrivent dans le même courant de pensée que leur mère comme Magalie :

« Je crois qu'il y avait la péridurale à ce moment là mais elle n'en a pas voulu. Je crois qu'elle comprenait complètement que je veuille accoucher naturellement et que ça la choquait pas du tout ». Magalie

Magalie nous explique ici que sa mère ayant eu une démarche initiale sans péridurale également, elle a bien accepté le désir d'accouchement naturel de sa fille. Néanmoins, elle dit « je crois » ce qui laisse à penser qu'elle doute de son acceptation. Nous constatons dans nos récits que plus l'accouchement des mères est différent du projet de leur fille, moins l'acceptation est bonne :

« Elle a fait une hémorragie pour la naissance de ma sœur [...] Mon père a eu très peur [...] Ce que j'avais toujours entendu petite c'est que ma mère avait toujours voulu accoucher en clinique pour être avec son gynécologue et à

⁷⁴ Béatrice JACQUES, *Sociologie de l'accouchement*, Edition PUF, 2007

l'époque parce qu'à l'hôpital, tu n'étais pas sûre de pouvoir accoucher sous péridurale [...] Donc évidemment quand j'ai dit, je veux accoucher en maison de naissance ! [...] Mon père était très opposé. » Juliette

Finalement, si certaines femmes s'inscrivent dans une continuité générationnelle, il semble que pour d'autres patientes interrogées, ce ne soit pas le cas. Les récits des générations précédentes ont probablement contribué à inscrire les patientes dans une démarche en rupture générationnelle. Ces femmes parlent peu de leur famille et leurs mères ne sont pas présentées comme soutien moral dans cette « aventure » ce qui pose la question suivante : Vers quelle figure maternelle se tournent-elles pour partager leur grossesse et leur accouchement ?

b) Lien avec la sage-femme

(1) Comment est-il qualifié ?

En interrogeant les femmes sur leur lien avec la sage-femme, plusieurs qualificatifs sont évoqués. Tout d'abord la notion de confiance :

« [...] Moi j'avais un lien de confiance absolu en fait, intense est le bon terme là-dessus. [...] C'était vraiment beaucoup de confiance et qui n'est pas commun avec un praticien dans le milieu médical. » Solange

« Et il y a toute cette relation de confiance qui est vraiment hyper importante » Ellen

« C'est quelqu'un en qui je faisais totalement confiance. Vraiment. C'était un lien de grande confiance » Juliette

Ensuite, la notion de connaissance :

« Si tu as pas quelqu'un qui te connaît, qui sait tes peurs et tes craintes, tes trucs quoi... et bien, c'est pas possible ! [...] Je pense que tout le monde serait d'accord avec moi. Avec ou sans péridurale, si tu connais la personne, ça va un peu mieux quoi. » Marie-Adèle

Nous retrouvons également une notion d'amitié mais qui est modérée par l'existence de compétences professionnelles :

« C'est comme une amie qui a une super compétence professionnelle » Ellen

« Quelqu'un en qui tu fais confiance, où tu fais même un transfert presque, parce que tu as l'impression que c'est ta meilleure amie. » Marie-Adèle

(2) Une relation soignant-soigné dans un rapport égalitaire

La connaissance mutuelle exprimée par les patientes, les comparaisons qu'elles font avec une relation d'amitié sont des notions originales dans la description d'une relation soignant-soigné. Comme l'exprime Magalie, le rapport soignant-soigné est repensé :

« On est dans un rapport égalitaire, presque d'amie à amie. C'est pas l'autorité médicale qui vous pose des questions, on n'a pas peur des questions ! [...] Et donc c'est pas du tout stressant ! » Magalie

« Quand je dis qu'il n'y a pas la même relation d'autorité... si, ils ont cette relation d'autorité puisqu'ils ont une compétence médicale que l'on a pas mais c'est pas présenté comme si [...] C'est comme si la blouse blanche ils nous imposent des choses alors que j'ai l'impression qu'avec la sage-femme c'est toujours un dialogue [...] Je la connais, je sais qu'elle va me respecter » Ellen

Ce rapport d'autorité soignant-soigné est remis en question par les patientes du CALM et c'est plutôt la notion d'un rapport égalitaire qui est exprimé. D'ailleurs, c'est une volonté des soignants du CALM. La structure est organisée « comme à la maison », les premiers temps de la consultation sont repensés, la poignée de main est remplacée par une bise et l'on propose systématiquement le partage d'un thé en début de consultation ...

Une nette modification du rapport soignant-soigné est identifiée par les patientes et semble être appréciée. Nous pouvons attribuer à cette relation la recherche d'une médicalisation non-imposée. Les patientes dans un refus de domination à la fois symbolique et sur les corps se confortent dans une relation avec les sages-femmes du CALM beaucoup plus personnelle.

Marie-Adèle nous confie ceci :

« Je sais qu'il y a pas beaucoup de dignité en ce qui concerne l'accouchement en terme de ...fluides corporels et tout le reste [...] C'est tellement plus naturel de le faire avec des gens que l'on connaît et [...] en qui on a confiance. [...] Quand une complète forme de pudeur et un respect du corps sont au rendez-vous, et bien du coup, il n'y a pas à se faire violence à aucun moment. [...] On arrive à un stade où on est très intime avec sa sage-femme [...] c'est une intimité de soignant à soigné quand même, même si sur le moment on est un peu obligé d'oublier quand même [...] ce que l'on arrive pas à faire à l'hôpital [...] on arrive pas à oublier que c'est un médecin ou une sage-femme [...] Le tutoiement en fait... ça fait sens ! Une fois qu'on a vu une femme accoucher, on va pas la tutoyer ! S'appeler par son prénom parce que c'est tellement intime ce qu'on va vivre avec cette personne ! C'est le summum de l'intimité franchement ... » Marie-Adèle

L'accouchement par sa nature si intime questionne la relation soignant-soigné. Pour Marie-Adèle, l'accouchement intime et « animal », nécessite une relation de confiance et de respect. Il lui semble logique de se tutoyer et cette relation soignant-soigné modifiée est appréciable pour ne pas avoir à se faire violence. Soulignons ici que nous sommes sur un tutoiement d'égal, comme on tutoie un proche, et non un tutoiement de domination.

(3) La séparation

Après plusieurs mois de suivi en AGN arrive un temps de séparation entre la patiente et la sage-femme. Il y a eu les consultations de grossesse, l'accouchement, les visites post-natales à domicile et la patiente, nouvellement mère voit le suivi avec la sage-femme s'estomper. Comment vivent-elles cette séparation ? Quelles stratégies mettent-elles en place pour compenser cette séparation ?

Tout d'abord, il y a les mères pour qui la séparation était naturelle et logique. Manuella dit ceci :

« C'est paradoxal parce qu'on est extrêmement proche de part tout ce qu'on lui livre de notre histoire de couple [...] Mais en même temps, ça s'arrête là. On reste des patientes pour elle tu vois ? Je sais que pour l'instant nos trajectoires sont encore parallèles mais elles vont se séparer, enfin ... à moins qu'on reste à militer au sein de l'association [...] mais sinon, on va se séparer tu vois ? Donc notre lien ... oui c'est ça, on est très proches mais en même temps, on va se perdre de vue ».

Voici ce que nous confie Solange :

« J'ai trouvé ça normal [...] Julie a sous-entendu, elle m'a donné une ordonnance pour aller faire de la rééducation périnéale en dehors. Et moi j'ai trouvé ça normal car il y avait des femmes qui aujourd'hui avaient besoin d'elle.

Ce dont moi je n'avais plus besoin de manière essentielle. Donc moi je l'ai vachement vécu comme ça. Voilà, c'est terminé, nous étions ensemble pour vivre ça et aujourd'hui c'est pas ma psy, pas mon amie, elle était là pour m'aider à mettre au monde mon bébé et c'est ce qu'elle a fait super bien. Donc ça j'ai l'impression de l'avoir très bien vécu. Et au contraire, je me disais que je voulais pas abuser d'elle après [...] Je trouvais ça normal [...] Que Julie ait du temps pour d'autres femmes [...] Je trouvais ça assez normal d'avoir donné Julie » Solange

Elle semble plus subir cette séparation car c'est Julie qui lui a « sous-entendu » et pour ne pas « abuser d'elle », elle prend ses distances. Ellen l'exprime comme cela :

« J'ai l'impression de ne pas subir, que ça vient de ma part. C'est à moi d'entretenir ou pas et je sens que ça sera accueilli à la fois par les sages-femmes et par le CALM et qu'en même temps il y a cette notion de comme il y a toujours des nouveaux parents qui viennent, il y a un roulement » Ellen

Ce double registre d'être à la fois acteur de cette séparation (car le contact reste possible si souhaité) et à la fois, le sentiment qu'elle soit imposée (par le roulement avec les nouveaux parents) est fréquemment retrouvé dans nos entretiens. Néanmoins, cela reste un « moment pas forcément simple à gérer » comme l'exprime Juliette.

Cette séparation difficile pourrait venir confirmer l'hypothèse que les sages-femmes sont très proches de leurs patientes dans des configurations familiales qui leur laisse cette place. La relation soignant-soigné n'est pas seulement personnalisée, elle est intense, singulière, intime et crée un réel sentiment de séparation lorsque le suivi se termine.

Dans les stratégies développées par les patientes pour une séparation plus douce, nous retrouvons par exemple la pratique de la rééducation périnéale avec une sage-femme du CALM :

« Il y a un deuil un peu mais il se fait très en douceur parce que comme il y a la rééducation du périnée. Et je l'ai choisi, parce que j'habite hyper loin moi ! Mais j'étais pas prête à arrêter d'aller au CALM et à arrêter de voir Hélène. [...] Quand même, 4h de trajet par semaine ! Et donc en fait naturellement au bout d'un moment tu en as un peu marre. Et puis tu sens que ton bébé grandit et que tu n'as plus ta place. Tu vois des femmes qui sont enceintes de 3 mois [...] Tu sens qu'il faut se pousser quoi ! Et donc ça se fait naturellement [...] En tout cas moins violemment que si après l'accouchement on devait se dire : « Allez, au revoir, salut, ciao ! » Marie-Adèle

Pour Marie-Adèle, faire la rééducation au CALM était un vrai choix mais cette séparation subie qu'elle qualifie de « deuil » serait trop brutale sans cela.

Le constat de cette relation pourrait contribuer à une redéfinition du rôle du professionnel et de sa place dans l'accompagnement de la maternité.

(4) Engagement dans l'association, ressource ou contrat moral

La séparation pouvant être difficilement vécue, Juliette décrit le CALM (le lieu et l'association) comme une ressource dans ce moment :

« C'est vrai qu'au moment du post-partum, le suivi se relâche [...] C'est pas forcément simple à gérer [...] Tu sais que tu peux toujours appeler ta sage-femme ! [...] On s'est vues pas mal mais c'est vrai que faire la transition avec l'après c'est... finalement la logique, tu es capable de faire seule avec ton enfant et la sage-femme s'efface et c'est normal mais...[...]. Je suis revenue beaucoup au CALM car j'habite juste à côté. J'ai fait des ateliers [...] C'était super précieux [...] Quand j'ai commencé à être toute seule avec lui, je suis venue pas mal au CALM »

L'association est tantôt vécue comme une aide à la parentalité, un moyen de sociabilisation voire une « deuxième famille » pour Manuella. Mais elle est également parfois vécue comme une obligation, le respect d'un contrat moral discuté dès l'inscription à la MDN. Par exemple voici ce qu'en dit Solange :

« Il va falloir (que je retourne au CALM) car il faut que je m'investisse un peu dans l'association [...] en fait, c'est le fonctionnement du CALM. Pour bénéficier on intègre l'association et donc après il faut participer un peu »

Ainsi, que les femmes soient en rupture générationnelle ou non dans leur logique d'accouchement, le rapport soignant-soigné observé au CALM est original. Ce lien est qualifié par les patientes comme amical, respectueux, permettant une confiance absolue mais sans en oublier la compétence professionnelle de la sage-femme. Les patientes recherchent alors « un rapport égalitaire » avec leur sage-femme. Celui-ci s'oppose au « rapport d'autorité » synonyme pour elles d'une relation de domination où elles se sentent moins libres de s'exprimer. Cette relation avec la sage-femme semble donc vouloir inverser les rapports entre l'autorité médicale et les patients et s'inscrit dans la logique globale de remise en cause de la médicalisation vécue ici comme une imposition.

Les liens tissés avec la sage-femme sont forts. En effet, lorsque le suivi s'arrête, après des mois d'accompagnements, vient un temps de séparation qui peut-être plus ou moins compliqué à gérer par les patientes et la vie associative du CALM peut s'avérer être une ressource.

5. Des pratiques distinctives ?

La distinction est un concept largement traité en sociologie notamment grâce à Pierre Bourdieu qui s'attacha à la perception sociale du corps⁷⁵. La distinction (qui n'est pas forcément consciente) est un moyen utilisé par les individus pour se distinguer. Il existe différentes pratiques distinctives mais toutes ont un point commun, catégoriser socialement les individus. Selon Denis Saint-Amand⁷⁶, cette catégorisation permet aux sujets sociaux d'être « rendus distincts (différents) et/ou distingués (élégants) ». En effet, les pratiques distinctives orientent la façon dont nous sommes perçus, socialement objectivés, et sont propres aux conditions sociales (niveau d'instruction, l'origine sociale...). Elles peuvent être communes au sein d'un même groupe social, permettant alors, une distinction collective. Ainsi, la distinction produit des effets d'adhésion ou d'exclusion.

Dans ce paragraphe, nous posons la question d'assimiler l'accouchement en maison de naissance à une pratique distinctive et pour cela, nous traiterons trois thèmes retrouvés lors des entretiens : la place des pères, le regard des autres et l'importance accordée à la réussite de son accouchement.

a) Place des pères

Dans ce suivi entre-femmes, nous pouvons nous demander quelle place est laissée au père et au partage avec l'entourage. L'un des arguments avancé par les usagers des maisons de naissances lorsque l'on évoque les expérimentations est la place accordée au père⁷⁷. Il aurait plus l'opportunité de s'impliquer et d'être lui-même

⁷⁵ Pierre BOURDIEU, « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps », In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 14, avril 1977. Présentation et représentation du corps. pp. 51-54.

⁷⁶ Denis SAINT-AMAN, « Distinction », Le lexique socius, consulté le 23/12/2017, [en ligne], disponible sur <http://ressources-socius.info/>.

⁷⁷ M THOMAS, « Expérimentation des maisons de naissance : pourquoi chaque maternité devrait s'en inspirer ? », L'Obs Le

acteur au moment de la naissance de son enfant. Nous n'avons pas pu interroger les pères afin d'avoir leur ressenti mais nous avons questionné les mères sur ce sujet.

(1) Le choix de la maison de naissance

Tout d'abord, est-ce un projet de couple ? Est-ce coconstruit ? Quelle est sa place dans le choix de la maison de naissance ?

En posant cette question aux mères voici leurs réponses :

« Oui, (c'était mon choix). Après, je me rappelle pas exactement comment il a réagi quand je lui ai présenté ça. Je pense qu'il s'est dit que je ferais ce que je voudrais de toute façon. J'ai l'impression qu'il avait quelques réticences au début mais Claire-Marie, la sage-femme, a su le rassurer » Ellen

« Non pas du tout ! (démarche de couple) C'est complètement la mienne. Là-dessus mon conjoint a jamais été directeur ou demandeur. Concernant la grossesse et sur le mode de vie aussi [...] Ce qui fait que lui, il avait vu des amis qui avaient eus des enfants et il fallait faire comme eux quoi ! Donc quand je suis arrivée en lui expliquant que je voulais pas faire ce chemin-là, j'ai dû... il arrivait pas à entendre au début [...] mais c'est qu'il comprenait pas ce que j'essayais de lui expliquer [...]. Un accompagnement personnalisé, par exemple, je pense que ça parle plus aux femmes qu'aux hommes en plus ! » Solange

« Non, c'était la mienne (la démarche vers la MDN), David il comprend juste pas pourquoi je veux pas de péridurale. Il trouve ça complètement con. Mais il est très respectueux de mon choix[...] C'était plutôt ma décision, lui, ça l'a plutôt emmerdé plus qu'autre chose d'aller faire des entretiens d'une heure et demi à l'autre bout de Paris ! » Marie-Adèle

La réponse des femmes de notre échantillon est unanime. C'était leur choix, leur recherche et elles ont emmené leur conjoint dans ce projet. Deux différences ensuite, soit les pères ne comprennent pas le projet au départ : Pourquoi vouloir souffrir ? Pourquoi cette démarche originale ? Et les femmes expliquent leur démarche à leur compagnon avant que celui-ci les rejoigne dans le projet. Soit les conjoints bien que non-instigateurs du projet trouvent la démarche logique : « Mon compagnon, il a dit oui très naturellement parce que lui... ça semblait évident pour lui que la grossesse et l'accouchement c'était quelque chose de naturel et qu'on avait pas besoin d'aller à l'hôpital si ça allait bien. » Magalie

(2) L'adhésion au projet

Ce projet ne venant pas des pères, comment adhèrent-ils par la suite à cette prise en charge ? Dans quelle mesure prennent-ils part à l'accompagnement en MDN ?

Malgré certaines réticences au départ, les conjoints semblent respecter le choix des femmes et les accompagnent quasi-systématiquement aux consultations de grossesse.

Solange nous dit ceci :

« Je lui avais dit : je ne fais ça que si tu viens avec moi ! Donc c'est ça qui fait qu'il est entré dans la démarche. [...] Et ensuite il a été très interpellé par le discours. Après je pense que c'est pas du tout un convaincu sur l'aspect accouchement naturel [...] Mais il a vraiment intégré, compris comment ça se passait, ça l'a intéressé il a trouvé ça super à pleins d'égards [...] Il a fait quasiment toutes les séances de préparation à la grossesse avec Julie. C'est cool,

parce qu'on a vraiment... lui était capable de dire à Julie quand... de pousser un peu le sujet sur le fait que j'avais des psychoses... ». Solange

Elle ne lui a pas laissé le choix, il devait participer aux consultations et elle a apprécié sa présence et reconnaît son rôle d'acteur y compris pendant les consultations de grossesse. Néanmoins, d'après Solange, il n'est pas complètement convaincu par ce modèle.

Pour Ellen et son mari, malgré des réticences au départ, il a été convaincu par la suite :

« Je pense qu'il aime bien le projet, il aime vraiment le projet et pour Aaron, ça lui semblait une évidence quand je lui ai demandé ».

(3) Quel vécu des mères de la présence de leur conjoint pendant l'accouchement ?

A défaut d'avoir le point de vue des pères et au-delà de leur adhésion au projet, quelle place ont les pères dans l'entretien et notamment pendant la description de l'accouchement au CALM ?

Manuella nous dit que pour elle ce moment a été d'autant plus fort car son mari était acteur et présent :

« Pour lui, il y avait une présence quoi ! Active, beaucoup plus forte avec ce genre d'accouchement respectueux quoi [...] Elise l'a fait venir avec moi. Patrice était derrière moi et j'étais vraiment appuyée sur lui et je me servais de son corps et de sa force. [...] La sage-femme elle a été instigatrice de ça tu vois ? Parce que Patrice était entièrement disposé et disponible mais il savait pas trop comment s'y prendre ! [...] Je me suis sentie aussi très très forte qu'il soit là » Manuella

Ainsi, certaines femmes interrogées accordent de la place au père dans le récit de leur accouchement. Elles décrivent telle position, telle réflexion pour les motiver... D'autres en revanche accordent beaucoup moins de place au père dans ce récit. La place est alors plus limitée et le père est cité dans l'organisation du départ à la MDN par exemple (enfants, bagage, appel du taxi etc...). Ils sont en revanche peu cités par la suite, la mère étant plutôt dans la description de ses sensations corporelles... En revanche, toutes citent la présence et les encouragements de la sage-femme au moment de l'accouchement. Voici ce que dit Marie-Adèle en parlant de la place de son mari et de la sage-femme :

« Lui, il s'est fait chier à Necker parce que ça endort et au CALM, il s'est un peu moins fait chier mais il a servi à rien. De toute façon il aurait pu ne pas être là, ça aurait été pareil... Je n'avais besoin de personne à part ma sage-femme mais je lui ai dit ! Parce que lui il aime pas trop ça tu vois... les accouchements. Et en fait, j'ai changé parce que avant je pensais que c'était très important que le père soit là et en fait, je trouve que c'est une violence qu'on impose aux hommes. [...] C'est bien qu'il puisse décider aussi ! Et du coup je lui ai dit que pour le coup, si ils voulait pas être là... ça m'était égal (pendant l'expulsion) ». Marie-Adèle

« C'est bien qu'il puisse décider aussi » laisse à penser que normalement, il lui est accordé peu de place. Pour elle et dans la mesure où elle n'a besoin que de la sage-femme pendant l'accouchement, alors son mari devrait être libre de ne pas être là s'il le souhaite. MDN ou pas, elle attend peu de lui pendant l'accouchement et estime que lui ne souhaite pas une place d'acteur dans ce moment.

Plus globalement dans les récits des mères, on constate que les pères sont présents mais tout de même moins que la sage-femme. Souvent d'ailleurs, la sage-femme est décrite comme motrice dans la place que prend le père pendant l'accouchement (positions et encouragements...).

Ainsi, à travers le regard des femmes, il semble qu'il y ait un décalage entre le discours sur la place des pères en MDN et la réalité. Cela laisse une question en suspens : qu'appelle-t-on «la place des pères»? Ici, cela correspond à la place que les femmes (future mère et sage-femme) leur accorde et se veut participative. Mais est-ce la place que les pères souhaitent ? Comment vivent-ils cette expérience ?

b) Regard des autres

(1) La famille

Comme pour les mères des patientes du CALM, l'acceptation par la famille peut être liée au propre choix de naissance ou aux expériences des différents accouchements. Manuella a fait le choix d'en révéler le moins possible à sa famille pour se protéger de la réaction de sa mère : «J'ai très vite cessé d'en parler à ma famille. [...] J'ai pas arrêté d'en parler mais j'ai minimisé les détails. J'ai gardé les détails du processus et du cheminement intérieur pour moi ».

En se positionnant en rupture avec les expériences familiales, Magalie et Juliette se distinguent de ce qui est connu ou reconnu et parfois, en éprouvent des conséquences. Magalie a choisi de ne pas en parler quand Juliette, elle, en a parlé à ses parents. Son père est pédiatre en réanimation néonatale. Elle a souffert et souffre encore de leur jugement : «Ça a un peu tendu les relations familiales à un moment... », «On s'est quasiment engueulé », «C'était très conflictuel... », «Je crois qu'il (son père) avait pas son mot à dire là-dedans mais bon ! Je crois qu'il est toujours pas très très à l'aise avec l'idée [...] C'est un peu comme ça à chaque fois que l'on se voit. »

Solange admet que pour sa famille «l'accouchement naturel, c'était loin ! C'était mon choix et tant que Emmanuel était d'accord avec ça, il y avait pas de souci, mais ça leur parlait pas on va dire. L'idée de vouloir accoucher naturellement leur parlait pas. »

Elle dit se distinguer du «cheminement classique» familial mais sans forcément en avoir subi des conséquences.

Pour Magalie, ses parents acceptaient bien l'idée de l'accouchement en maison de naissance, ils étaient d'ailleurs présent le jour J et ont participé à son contentement : «J'étais très contente d'être à la maison dès le premier soir, même s'ils sont pas restés très longtemps. On a fêté le lendemain mais le soir même ils sont venus et j'étais vraiment très contente ».

Nous retrouvons plus la description de moments partagés chaleureux et bienveillants en entretien lorsque l'acceptation par la famille était favorable à la MDN.

Ainsi, il semblerait que nous ayons deux profils qui se dessinent. Soit le choix de la maison de naissance s'inscrit dans une continuité familiale et alors la famille vient renforcer l'expérience. Soit ce choix est une distinction dans l'histoire familiale qui peut poser le problème d'acceptation par la famille et donc avoir des conséquences sur le vécu de la grossesse voir un renforcement de l'isolement familial. Qu'en est-il concernant le regard des amis ?

(2) Les amis

Nous avons vu que la plupart des patientes interrogées en entretien s'étaient créé un réseau au sein de la maison de naissance a posteriori telle une pratique distinctive partagée collectivement au sein de la MDN. Mais la majorité d'entre-elles ont eu des réflexions sur leur choix de la maison de naissance par leurs amis et cela est

confié en entretien spontanément pour toutes. Leur choix n'a pas forcément produit une adhésion dans leur réseau d'amis. Nous retrouvons notamment beaucoup d'incompréhensions au sujet de l'absence de péridurale :

« J'ai eu beaucoup d'incompréhensions aussi sur le fait de pas vouloir accoucher avec la péridurale » Solange
« Il y a des copines qui sont carrément : ah tu veux accoucher sans péridurale ? Bah vas-y tiens ! Bon courage ! Genre c'est ta lubie de bobo ou je sais pas quoi ! Et oui ça m'a surprise car je suis tellement entière et tellement juste directe que j'étais étonnée que des copines puissent penser ça tu vois ! Je me suis dit tant pis, elles se trompent, elles ne me connaissent pas bien ! » Manuella

Pour Solange comme Manuella qui ont ressenti de l'incompréhension de la part de leurs amis, cela ne semble pas avoir affecté leur démarche et leur projet. Pour Magalie, médecin, cela fut difficile de subir ces réflexions de la part de ses pairs et amis, elle dit avoir souffert de devoir se justifier de son choix :

« Après c'est vrai que quand j'en parlais à d'autres notamment, du côté médical, la plupart des gens étaient ... n'avaient que le côté risque en tête ! Clairement. Et moi je me retrouvais un petit peu en peine à me justifier et c'était même un peu emmerdant d'avoir à se justifier ! » Magalie

A la suite de sa première grossesse, elle a d'ailleurs commencé à lire beaucoup sur les conséquences médicales de la surmédicalisation afin de pouvoir répondre précisément à ses détracteurs.

Mais les critiques ont ancré en elle la notion suivante que l'on va aborder, « faire ses preuves », prouver aux autres que c'est possible, « réussir son accouchement ».

c) Réussir son accouchement

(1) Pour soi-même et pour les autres

Au cours de nos entretiens, nous avons relevé à plusieurs reprises la phrase « réussir son accouchement ».

« J'aime pas le terme réussir, parce que c'est pas non plus... ça devrait pas être un objectif de se dire : je vais réussir à accoucher sans péridurale. Mais vu la société dans laquelle on est, c'est un peu comme ça quand même. » Magalie

Réussir son accouchement serait la construction d'une pression sociale de réussite liée cette fois-ci à l'accouchement. Serait-ce alors être capable d'accoucher seule sans analgésie, dans une sorte de combat interne⁷⁸ opposant ce désir profond et les douleurs de l'enfantement ?

Cependant dans nos entretiens, une deuxième notion vient rapidement compléter la première et « réussir son accouchement » devient lié à « faire ses preuves » soit prouver aux autres que c'est possible. Voici ce que nous confie Magalie :

« J'ai déjà fait mes preuves, j'ai déjà montré aux gens que c'était possible d'accoucher naturellement... Je pense que c'est ça dans ma tête. Alors que si la première fois je n'avais pas pu accoucher naturellement, je me serais dit : voilà j'ai voulu faire la fanfarone et puis bah non, en fait c'est pas possible, je suis comme tout le monde. [...] Montrer aux gens que je pouvais faire [...] Je voulais surtout pas que ça échoue ! » Magalie

Ici Magalie nous explique que si elle avait échoué dans son projet initial d'accouchement qui n'est pas « comme tout le monde », elle s'en serait voulu à elle-même et en plus elle n'aurait pas pu montrer aux gens qu'elle

⁷⁸ Amal Abdel-Baki, Marie-Josée Poulin « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. II. Perspectives psychodynamiques du vécu normal durant les phases de la grossesse et l'accouchement », *Psychothérapies* 2004/1 (Vol. 24), p. 11-16. DOI 10.3917/psys.041.0011

pouvait faire. La phrase « je voulais surtout pas que ça échoue » témoigne de l'importante pression qu'elle se met dans la réussite de son projet.

Mais alors pourquoi vouloir « réussir son accouchement » ?

Marie-Adèle nous apporte un premier élément de réponse dans ce paragraphe :

« Au début (le CALM), c'est pas forcément hyper accueillant dans le sens où . . . peut-être moi je sais pas me faire accueillir mais il faut attendre un petit peu de temps, un peu comme si il fallait faire ses preuves quoi [...] Et puis genre la graduation c'est l'accouchement. Et là une fois que c'est fait, on est dans le saint des saint » Marie-Adèle

Elle utilise ici un symbole religieux pour associer la réussite de l'accouchement en maison de naissance et son acceptation dans la communauté que constitue le CALM.

Pour d'autres comme Manuella, réussir son accouchement c'est avant tout une voie vers l'épanouissement personnel :

« C'est comme un rêve tu sais cette naissance pour moi. Par rapport au cheminement personnel d'une femme, je me dis que c'est comme un rêve [...] Tout ce que tu rêves en tant que femme, ton homme qui est un socle, découvrir ta féminité profonde [...] En fait, c'est fondamental. Je l'ai vécu quoi !

Ce que nous pouvons dire c'est que pour réussir quelque chose, il faut l'avoir un minimum projeté ou verbalisé. Or, quand nous questionnons les mères sur leur accouchement, elles sont unanimes : « non, je n'avais pas imaginé mon accouchement » mais celui-ci doit rester dans un cadre lui, très précis.

(2) Un cadre contraignant

Ce cadre qu'elles jugent peu complet pour laisser place à l'improvisation est commun à toutes : accoucher sans péridurale, à la maison de naissance avec une sage-femme qu'elles connaissent. Comme le souligne Juliette, le sentiment de réalisation du projet initial et donc de réussite de son accouchement va de pair avec le fait de rester dans le cadre premier.

« Parce qu'on est pas trop sorti de mon schéma non plus ! Je sais pas si un changement radical . . . » Juliette

Nous pourrions donc juger ce cadre comme assez contraignant de l'extérieur puisque celui-ci est évalué en terme d'échec ou réussite. Si on s'éloigne de ce cadre en étant transférée par exemple, le vécu de l'accouchement est fortement impacté et c'est ce que nous allons illustrer en étudiant les entretiens des patientes transférées.

(3) Vécu d'un transfert

Pour rappel, un transfert c'est la transmission du dossier obstétrical d'une patiente du CALM à un établissement de santé, en l'occurrence les Bluets. En cas de pathologie sévère et comme la maternité des Bluets est une maternité de type I, le transfert peut aller jusqu'à un autre établissement plus spécialisé dans la pathologie.

Un transfert peut avoir lieu à différents moments, soit en anténatal si la pathologie a été identifiée pendant la grossesse. Soit au cours de l'accouchement si celui-ci se complique et dépasse les compétences seules des sages-femmes du CALM. Soit en post-partum si une pathologie est identifiée tardivement et nécessite une hospitalisation.

Les deux patientes interrogées ont été transféré en anténatal l'une pour un siège, l'autre pour une malformation cardiaque chez l'enfant à naître. Pour Solange et Ellen, l'accouchement en MDN était donc impossible.

Ce que nous pouvons constater c'est que Solange et Ellen n'ont pas eu le même vécu de ce transfert et leur accouchement. Ellen a finalement pu accoucher sans péridurale au sein de la maternité des Bluets, accompagnée par la sage-femme du CALM. Elle a un très bon vécu de cet accouchement qu'elle qualifie de « super ».

A l'inverse, l'accouchement de Solange est très éloigné du cadre initial. Elle a finalement « choisi » d'accoucher par césarienne de son enfant positionné en siège. Elle semble avoir un vécu encore difficile de cet accouchement :

« Je savais que ça allait être un regret que j'aurais toujours de pas avoir accouché par voie basse. Et effectivement, c'est quelque chose qui me manque, je le sens [...] Je m'entends encore dire que je n'ai pas accouché [...] et donc c'est pour ça que les suites ont été dures » Solange

Au-delà de la proximité entre le projet initial et l'accouchement réalisé, il semble que le vécu des patientes transférées soit influencé par la qualité du lien entre la maison de naissance et la maternité sous convention. Pour Ellen qui a vécu 2 transferts du CALM vers les Bluets, ces liens comptent car ils conditionnent aussi la présence de la sage-femme au sein du bloc obstétrical :

« Je me suis sentie très isolée et très seule et d'autant plus qu'au moment du transfert, c'était comme une barrière et j'ai l'impression que c'était un peu ... les sages-femmes n'avaient pas trop le droit de venir puisque c'était comme si c'était vu comme si elles piétinaient sur le territoire des Bluets, je sais pas ... » Ellen

« La présence d'Aline, je savais que tout allait bien se passer car j'avais confiance en elle [...] J'ai l'impression que tout le monde a vraiment fait le maximum pour que ça aille super bien pour moi et pour Aaron en fait. Et ça c'était vraiment super » Ellen

Ainsi, la sage-femme du CALM se place comme acteur essentiel dans le ressenti et le vécu de l'accouchement en cas de transfert et cela pour nos deux patientes interrogées :

« La fois où j'ai failli partir et ça a failli passer par voie basse à ce moment-là, Julie est venue et sur le moment on a parlé et oui, j'étais super confiante, elle m'avait rassurée à nouveau et j'y allais quoi ! » Solange

« Donc la naissance c'était très très bien passée mais parce que Claire-Marie a su me rassurer ou le fait de juste la voir, m'a rassuré parce que je savais que tout allait bien se passer » Ellen

« Et les sages-femmes du CALM m'ont donné la confiance de faire confiance en mon corps et j'ai fait confiance en mon bébé ! » Ellen

Les qualités d'écoute, de réassurance et de confiance des sages-femmes citées par nos patientes participent donc au vécu de l'expérience.

Enfin, quelles sont les stratégies développées par les patientes pour mieux vivre leur transfert ?

Ellen a tout mis en place pour rester le plus fidèle à son projet initial :

« Ça m'a fait encore plus accrocher au projet qu'on avait voulu quand les spécialistes nous ont dit que l'on pouvait accoucher dans une structure niveau 1. Et ensuite on a eu l'autorisation qu'Aline pouvait nous accompagner dans la salle d'accouchement et ça c'était vraiment super puisque j'ai eu l'impression que le projet de naissance a été respecté en fait. » Ellen

Tant et si bien que pour elle, son projet de naissance a été respecté, elle en est très satisfaite malgré le transfert au Bluets.

Solange a développé une stratégie a posteriori de l'accouchement pour tenter de l'accepter :

« C'est impressionnant l'allaitement là-dessus, ça m'a énormément fait cicatriser tous les regrets que je pouvais avoir. Ça m'a vraiment permis d'accepter mon accouchement l'allaitement [...] J'avais pas réussi à accoucher comme tout le monde, par voie basse je veux dire. Mais par contre, j'avais quand même réussi à créer tout le reste, il y avait pas de soucis là-dessus » Solange

Dans ce paragraphe, Solange nous explique plusieurs choses. Tout d'abord pour elle, le transfert et la césarienne ce n'est pas « accoucher comme tout le monde ». Deuxièmement, elle nourrit des regrets sur cet accouchement mais l'allaitement lui a permis de mieux y faire face et même de « cicatriser ». C'est donc un véritable échec dont elle nous parle, une blessure interne et l'allaitement plus qu'une ressource devient un pansement cicatrisant.

Le cadre de l'accouchement en maison de naissance aujourd'hui « hors-norme » distingue les femmes de leurs pairs. Il semble intellectualisé par les patientes du CALM dans une démarche globale aux motivations diverses : démedicalisation, accompagnement personnalisé, maîtrise de son accouchement sans imposition médicale...

Cette distinction expose les mères à un vécu plus compliqué vis-à-vis de leurs proches (amis, famille...) qui n'adhèrent pas à cette pratique mais elles trouvent de nouvelles proximités au sein du réseau de la MDN. Dans ce contexte, nous pourrions parler d'un « défi » qu'elles se lancent à elles-mêmes et aux autres d'où elles peuvent en sortir « comblées » (Manuella), entrant dans le « saint des saints » (Marie-Adèle) d'une pratique élitiste. Mais elles peuvent aussi en cas d'« échec » en sortir blessées au point de nier leur accouchement comme Solange nous l'a exprimé et il semble que l'acceptation de la réalité soit ensuite un processus difficile.

Les liens forts tissés avec la sage-femme et mis en évidence dans nos entretiens conditionnent le vécu de la grossesse et de l'accouchement quel que soit le résultat et pose la question d'une nouvelle définition de l'accompagnant dans un rapport égalitaire et non de subordination. Dans ce contexte, il aurait été intéressant de questionner les pères pour savoir s'il trouvait leur place dans ce suivi entre-femmes en comparaison d'un suivi « plus classique » en établissement de santé.

CONCLUSION

Alors finalement, accoucher en maison de naissance : quelles histoires ?

Nous avons réalisé notre étude dans une seule des huit structures en expérimentation. Aussi, il est compliqué de généraliser mais notre étude apporte des premiers éléments de réponse à la question.

Tout d'abord, les patientes sont majoritairement primipares, en situation stable et issues de catégories socio-professionnelles plutôt privilégiées dans les domaines de la santé, la culture et l'enseignement. L'analyse de leurs antécédents nous permet d'introduire la question de leur motivation. Contrairement à ce que nous aurions pu imaginer, un nombre relatif de patientes se tournent vers la MDN après un mauvais vécu d'accouchement.

Leurs motivations sont plurifactorielles mais nous pouvons conclure que ce sont des patientes en recherche d'une moindre médicalisation et notamment de leur accouchement. Néanmoins, elles ne sont pas en refus de médicalisation et nous pouvons le constater à plusieurs niveaux. Elles sont très bien suivies pendant et en dehors de leur grossesse comme nous l'avons vu avec les indicateurs gynécologiques, elles sont observantes de leurs rendez-vous pendant la grossesse et plutôt très consommatrices de soins. Mais cette consommation est orientée dans une logique de retour au naturel avec une moindre utilisation de produits chimiques et un attrait pour les médecines alternatives. Nous avons donc des patientes qui sont actrices de leur santé et plutôt dans une logique de maîtrise de leur accouchement et de leur grossesse.

La médicalisation est définie comme une imposition et donc la relation soignant-soigné trouvée en MDN est appréciée. Elle est décrite sans lien de subordination dans un rapport égalitaire où elles se sentent libres de faire des choix.

En effet, l'accompagnement continu réalisé par les sages-femmes du CALM est décisif dans le vécu de la maternité. Les patientes se placent dans une démarche « hors-norme » en distinction plus ou moins importante de leur mère, famille ou amis et les sages-femmes et nouveaux pairs trouvés en MDN semblent avoir un rôle de soutien sans faille et continu tout au long de ce parcours. Aussi, les MDN s'adressent à différents profils de femmes y compris les patientes plutôt anxieuses qui apprécient la disponibilité des sages-femmes et la proximité du plateau-technique sécurisant leur prise en charge.

Il apparaît un enjeu décisif autour de cet accouchement finalement assez cadré. Il se traduit en termes de réussite ou d'échec mais en cas de transfert, le vécu positif de l'accouchement peut être compromis or nous parlons ici de l'issue subie par un tiers des patientes du CALM. A l'inverse, si le projet est réussi, la satisfaction des mères est exceptionnelle et se traduit même comme un « accomplissement » personnel.

Nos entretiens nous ont permis d'avoir le regard des femmes sur la place des pères dans ce suivi en AGN. Il aurait été intéressant d'interroger les pères sur la place participative qu'il leur est accordée par les femmes en MDN afin d'apporter quelques éléments de réponse à une question qui reste en suspens : « quelle est la place des pères pendant l'accouchement ? »

Ces expérimentations voient le jour après plusieurs années de débats et une demande des usagers d'humanisation de la naissance et d'un meilleur accompagnement de la maternité.

Les maisons de naissance proposent un accompagnement global à la naissance intimiste dans un cadre sécurisant pour praticiens et patients et pourraient alors répondre à la demande des usagers ne souhaitant pas de péridurale. Cependant, le contexte actuel soulève des inégalités d'accès. Géographiquement tout d'abord puisque seules 8 maisons de naissance existent et elles sont réparties de façon disparate sur le territoire. Elles sont de plus, limitées par leur capacité et ont recours à des listes d'attentes pour certaines. Se pose ensuite la question d'une inégalité d'accès selon la richesse car la grande majorité des MDN Françaises pratiquent des dépassements d'honoraires non pratiqués en établissement public ou en ESPIC.

Nous avons vu que l'accompagnement global à la naissance pratiqué en MDN et revendiqué par les usagers a un réel impact positif sur le vécu de la maternité. Peut-être serait-il intéressant de développer davantage ces structures sur le territoire en augmentant le remboursement par l'AM de l'accouchement dans la mesure où, même en le multipliant par deux, le coût d'un accouchement en MDN serait toujours bien inférieur à celui d'un accouchement en ES. Ainsi, les sages-femmes libérales pourraient revoir leurs dépassements d'honoraires à la baisse et les patients, quels que soient leurs moyens financiers pourraient avoir accès à ces structures. Par exemple en Suisse, l'assurance de base rembourse intégralement aux couples le suivi en MDN. Une autre proposition pour élargir l'accès à l'AGN pourrait être de développer les filières physiologiques au sein des établissements de santé comme à la maternité la Sagesse (Rennes). Depuis mai 2017, les femmes s'inscrivent spécifiquement dans cette unité, sont suivies en trinôme ou quadrinôme de sages-femmes assurées de connaître celle qui sera présente le jour de l'accouchement. Le cadre sécurisé est confirmé et il n'y a pas de dépassement d'honoraire pratiqué.

Ce mémoire m'a permis de découvrir une nouvelle façon d'exercer le métier de sage-femme, en AGN. La relation privilégiée qui s'installe entre la patiente et la sage-femme pendant la grossesse semble offrir un confort apprécié par les deux parties dans ce moment si privilégié qu'est la naissance. Ce fut l'occasion de conduire un travail de recherche en sociologie qui m'a beaucoup appris. J'ai ainsi dû prendre du recul et remettre en cause mes hypothèses de départ. Enfin, en situant les MDN dans leur contexte socio-historique, j'ai pu m'approprier le milieu, en perpétuel évolution, dans lequel je vais commencer mon expérience professionnelle. Les débats actuels sur les violences obstétricales laissent à penser que la parole des usagers va continuer à prendre une place de plus en plus importante dans la remise en cause de nos pratiques et la nécessaire évolution de notre système. Les maisons de naissance en France sont victimes de leur succès et cela, malgré les inégalités qui vont de pair avec leur fonctionnement actuel. Il semble maintenant important de faire le point sur leurs activités étant à mi-parcours de fonctionnement et prendre la décision d'étendre ou non cette nouvelle offre de soins dans notre système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- MT LACOURSE, *Sociologie de la santé*, 3^{ème} édition, Chenelière Education, 1998.
- Philippe CHARRIER, Gaëlle CLAVANDIER, *Sociologie de la naissance*, Armand Colin, 2013.
- Monique Bydlowski, *La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité*, PUF, 2008
- Béatrice JACQUES, *Sociologie de l'accouchement*, PUF, 2007

Etudes :

- Jean Louis LHERITIER, « Les maternités en 2016, Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », DREES, 2017/10 (n°1031), p.1-8
- A-M BROCAS, « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », DREES, 2008/09 (n°660), p.1-5
- Enquête sur les accouchements, « Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? », CIANE, Dossier n°8 Juin 2014.
- Enquête périnatalité, « Regards de femmes sur leur maternité », 2010, Unaf, [en ligne], disponible sur www.unaf.fr
- Zeitlin J, Mortensen L, Cuttini M, *et al*, « Declines in stillbirth and neonatal mortality rates in Europe between 2004 and 2010: results from the Euro-Peristat project », *J Epidemiol Community Health* 2015/12.
- CIANE, « Discrimination économique à l'encontre des lieux d'accouchement dits "alternatifs" : une politique qui ne dit pas son nom », *Enquête sur les accouchements*, Dossier n°2, Juin 2012.
- INSEE, "Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 », *Insee première*, n°1642, mars 2017.
- M MANGIN, "Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultat d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des CHU », Mars 2010, [en ligne], disponible sur <http://www.em-consulte.com/>.
- DREES, « Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance », DREES n°958, avril 2016.
- INPES, « Baromètre Santé 2016, contraception », *Santé Publique France*, septembre 2017.
- Inserm et DREES, « Enquête nationale périnatale, rapport 2016 », *Epopé*, octobre 2017.
- DREES, « La situation périnatale en France en 2010 », *Etudes et Résultats*, n°775, octobre 2011

Articles :

- Françoise THEBAUD, « Du soin et rien d'autres ? Les logiques sociales du grand déménagement », *Spirale* 2010/2 (n°54), p.31-37
- Marie-Françoise MOREL, « Histoire de la naissance en France (XVII-XXème siècle) », *adsp* 2007/12 (n°61), p. 22-28

- JP BARDET, K-A LYNCH, GP MINEAU, « La mortalité maternelle autrefois : une étude comparée (de la France de l'ouest à l'Utah) », In: Annales de démographie historique, 1981. Démographie historique et condition féminine. pp. 31-48
- Eric JENNINGS, « Discours corporatiste, propagande nataliste, et contrôle social sous Vichy », Revue d'histoire moderne et contemporaine, 2002/4 (no49-4) p.224
- Marianne Caron-Leullie, « L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du XXe siècle », Spirale 2008/3 (n° 47) p218
- Fabrice PIERRE, « Les maternités au sein du réseau périnatal : organisation actuelle et enjeu à venir », adsp, 2007/12, n°61/62, p 53-57.
- Inserm, « En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans », Science, 2015.
- MH LAHAYE, « Michel Odent : C'est la science qui fera évoluer les conditions d'accouchement », *Marie accouche là*, 2014, [en ligne], disponible sur <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>
- Collège National des Sages-Femmes, « Contribution commune : la filière physiologique en obstétrique », Février-Juin 2015, [en ligne], disponible sur <http://cnsf.fr>
- X. AIREAU, « Point de vue d'un obstétricien sur le plateau technique ouvert », Réseau Sécurité Naissance, consulté le 28/10/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.reseau-naissance.fr>
- A Coulaud, « Pourquoi l'accouchement à domicile est devenu une pratique controversée », *Libération*, 08/2017
- B JACQUES, « De la matrone à l'obstétricien, que partage des rôles pour les professionnels ? », *La santé de l'homme* 391, 2007/09, pages 20-22
- MH LAHAYE, « Qu'est-ce que la violence obstétricale ? », *Marie accouche là*, mars 2016, [en ligne], disponible sur <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>
- Pierre BOURDIEU, « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps », In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 14, avril 1977. Présentation et représentation du corps. pp. 51-54.
- Denis SAINT-AMAN, « Distinction », *Le lexique socius*, consulté le 23/12/2017, [en ligne], disponible sur <http://ressources-socius.info/>.
- M THOMAS, « Expérimentation des maisons de naissance : pourquoi chaque maternité devrait s'en inspirer ? », *L'Obs Le Plus*, Décembre 2013

Mémoire et thèses :

- Solène TOUCHARD, *L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples ?* Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme, 2011

Sites internet :

- « Histoire de l'accouchement dans la douleur », consulté le 15/10/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.societe-histoire-naissance.fr/>.
- « L'accouchement, une longue histoire », consulté le 23/06/2017, [en ligne], disponible sur <http://laviedesidees.fr/>.
- « Plan périnatalité 2005-2007, humanité, proximité, sécurité, qualité », consulté le 17/10.2017, [en ligne], disponible sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/>.
- « Humaniser », consulté le 20/10/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.larousse.fr>
- « L'accompagnement global », consulté le 01/12/2017, [en ligne], disponible sur <http://ansfl.org/>.

- Rapport n°1560, « Rapport sur la proposition de loi adoptée par le sénat autorisant l'expérimentation des maisons de naissance », consulté le 20/11/2016, [en ligne], disponible sur www.assemblee-nationale.fr
- « Cahier des charges, expérimentation maisons de naissance », consulté le 25/11/2016, [en ligne], disponible sur <https://www.has-sante.fr/>.
- « Maisons de naissance », 02/12/2014, consulté le 02/12/2017, [en ligne], disponible sur <https://www.has-sante.fr/portail/>.
- « Réforme territoriale, coup d'envoi de la nouvelle architecture », consulté le 27/11/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.gouvernement.fr/>.
- « L'expérimentation en France », consulté le 15/10/2017, [en ligne], disponible sur <https://www.letempsdenaitre.fr/>.
- « Accouchement et retour à domicile : prise en charge et accompagnement », consulté le 25/11/2017, [en ligne], disponible sur <https://www.ameli.fr/>.
- « La maison de naissance, alternative à l'hospitalisation classique », consulté le 03/12/2017, [en ligne], disponible sur https://www.senat.fr/espace_presse/actualites/.
- « La demande de soins : grossesse », consulté le 30/06/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.cngof.asso.fr/>.
- « Données épidémiologiques générales sur la grossesse », HAS / *Service des bonnes pratiques professionnelles*, janvier 2012, consulté le 30/06/2017, [en ligne], disponible sur <https://www.has-sante.fr/>.
- « Dépistage du col de l'utérus en France », 10/12/2013, *Le Webzine HAS*, consulté le 28/08/2017, [en ligne], disponible sur <https://www.has-sante.fr/portail/>.
- « Les méthodes naturelles », consulté le 12/10/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.choisirscontraception.fr/>
- « L'accompagnement global : une femme, une sage-femme », consulté le 20/11/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.psychologies.com/>.
- « Respect », consulté le 20/11/2017, [en ligne], disponible sur <http://www.jarousse.fr>

ANNEXES

| | | |
|------|---|-------|
| I- | Partie socio-historique..... | II |
| A) | Questionnaire transmis aux maisons de naissances (google form) | II |
| | | III |
| II- | Partie étude..... | IV |
| A) | Accord bipartite pour recueil anonyme de données au CALM | IV |
| B) | Plans de la maison de naissance | V |
| C) | Photographies | VI |
| 1. | Salon et cuisine..... | VI |
| 2. | Bureau des sages-femmes..... | VII |
| 3. | Salle de consultation..... | VII |
| 4. | Salle de préparation | VIII |
| 5. | Salle de naissance | IX |
| D) | Observations..... | XI |
| 1. | Réunion d’observation | XI |
| E) | Document du CALM..... | XV |
| 1. | Information et de consentement du CALM..... | XV |
| 2. | Honoraires des sages-femmes du CALM..... | XVIII |
| III- | Entretiens..... | XIX |
| A) | Tableau résumé..... | XIX |
| B) | Entretiens : Juliette, Magalie, Manuella, Solange, Ellen, Marie-Adèle | XIX |

I- Partie socio-historique

A) Questionnaire transmis aux maisons de naissances (google form)

Recueil de données sur les Maisons De Naissance (MDN) en France

Ce questionnaire a pour but de recueillir quelques données sur votre organisation et votre activité de façon à enrichir mon mémoire de fin d'études portant sur les MDN en France. Cela ne devrait pas vous prendre plus de 10 minutes et les réponses sont libres. Si vous avez des remarques sur ce questionnaire, n'hésitez pas à m'en faire part. Vous remerciant par avance de votre participation,

Cordialement,

Solène G

1. Adresse e-mail *

2. Combien de sages-femmes travaillent au sein de la MDN ? Quel est leur temps de travail ? Comment s'organisent les astreintes ?

3. Comment s'organise l'AGN ? (un binôme de SF pour un couple, un trinôme de SF pour un couple...)

4. Depuis combien de temps réalisez-vous des accouchements au sein de la MDN ? Combien d'accouchements réalisez-vous par mois en moyenne ? Devez-vous refuser des couples car trop de demandes ?

5. Quelles activités proposez vous en PNP ? Combinez-vous une consultation de grossesse avec une séance de préparation ou organisez-vous des groupes de parents pour les séances de PNP ?

6. Avec quelle maternité êtes-vous conventionnés ? Où est située la MDN par rapport cette maternité ? Est-ce que le partenariat se passe bien ?

7. Pratiquez-vous des déplacements d'honoraires ? Si oui, à combien s'élevaient-ils ?

8. Est-ce qu'une association d'usagers est en lien avec la MDN ? L'adhésion est-elle obligatoire pour les parents qui sont suivis en AGN ? A combien s'élève cette adhésion ?

9. Avez-vous des remarques ? D'autres idées à me partager ?

10. Acceptez-vous que je vous contacts de nouveau si j'ai d'autres questions ?

Une seule réponse possible.

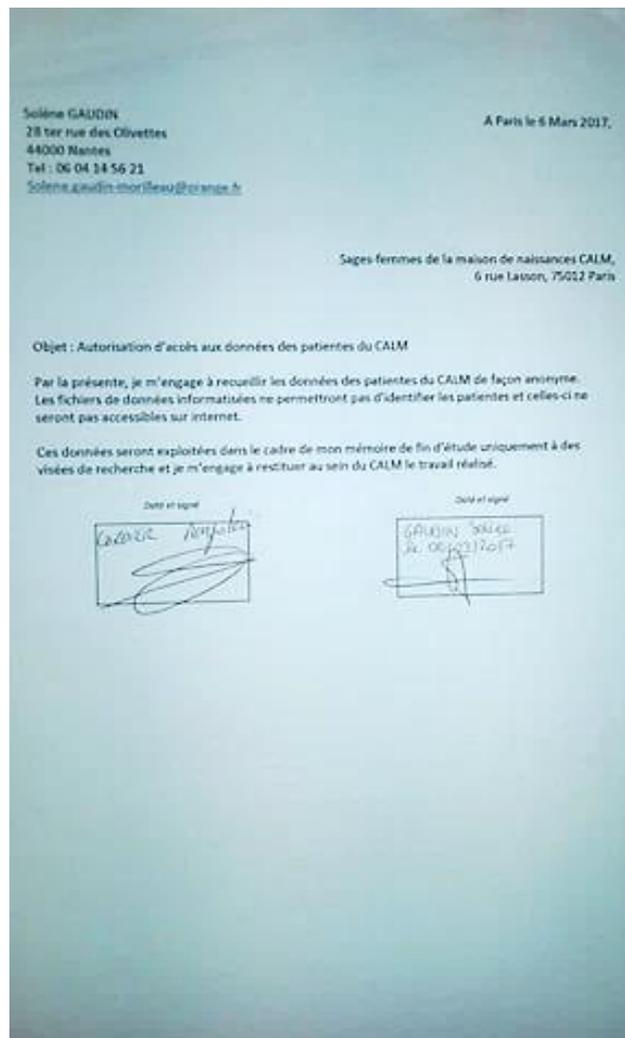
- Oui
 Non

Fourni par

https://docs.google.com/forms/d/1Qx6ehwXQUuU3WmaLz3elnB7L_BDNvGcMpNwlyfNCC2e/edit

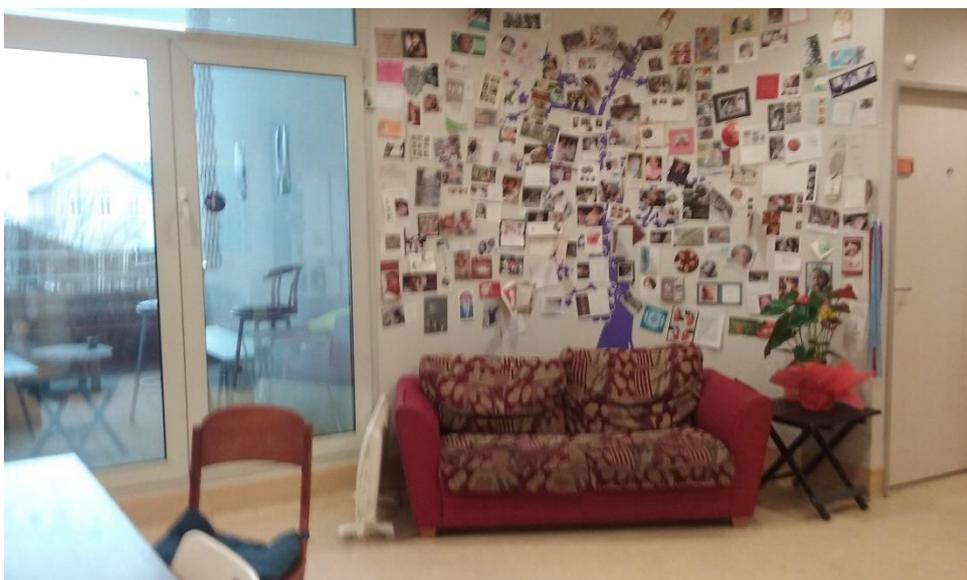
II- Partie étude

A) Accord bipartite pour recueil anonyme de données au CALM



C) Photographies

1. Salon et cuisine



2. Bureau des sages-femmes

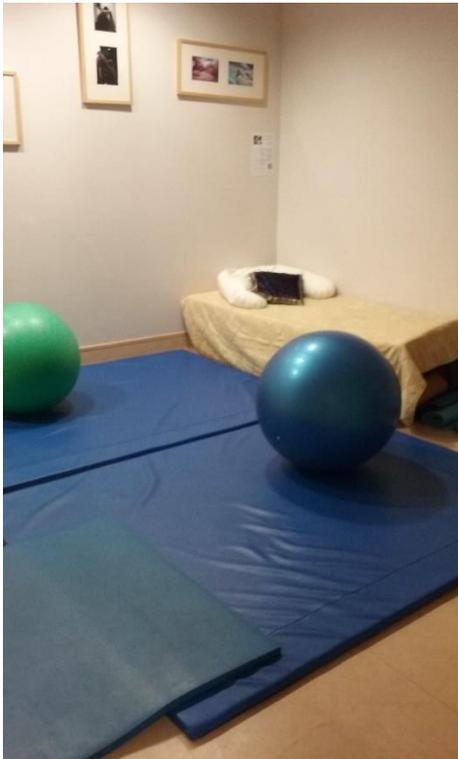


3. Salle de consultation

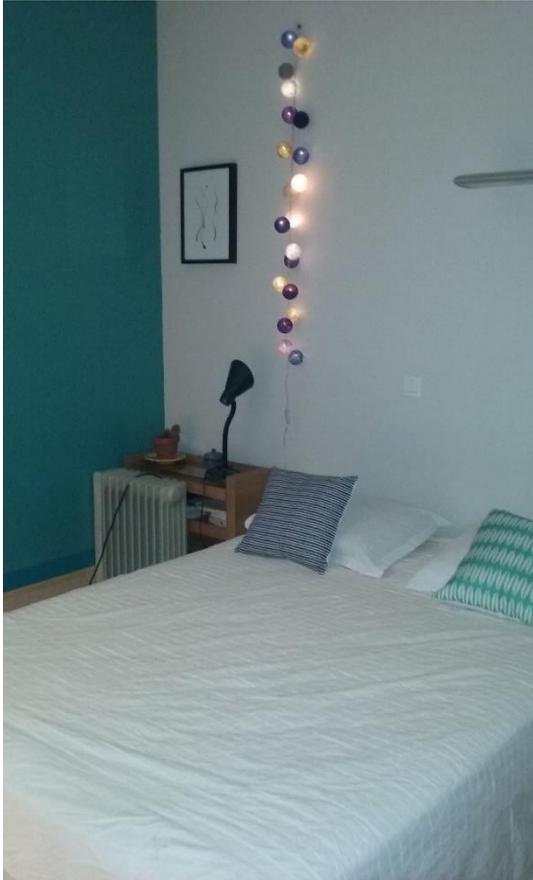


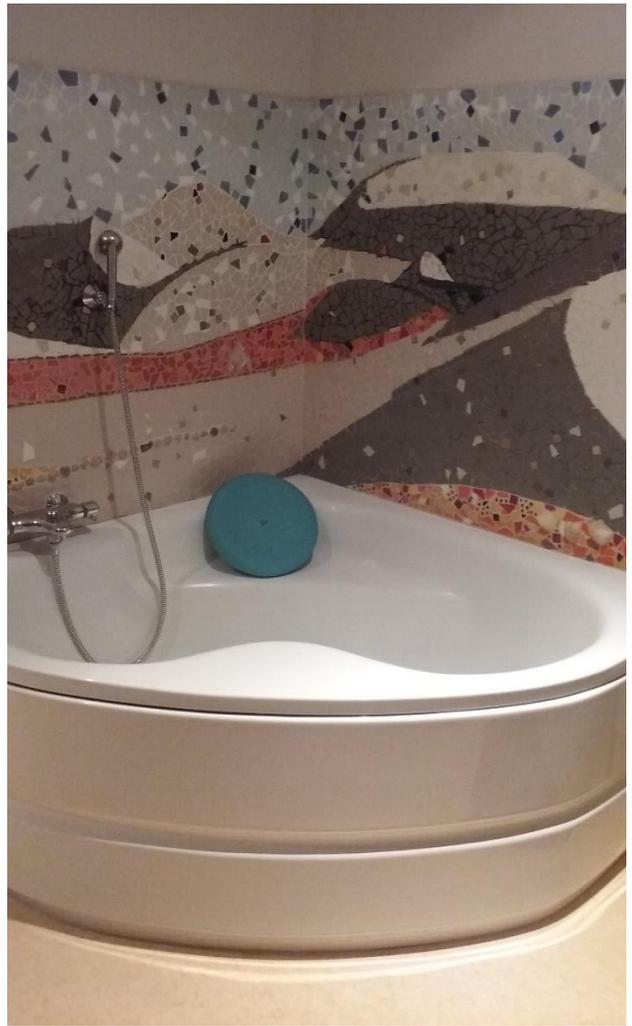


4. Salle de préparation



5. Salle de naissance





D) Observations

1. Réunion d'observation

Réunion d'informations pour les futurs parents le 07/03/2017 à 19h

La réunion d'information, un préalable pour s'inscrire. Les futurs parents qui souhaitent être suivis et accoucher au CALM sont conviés à une réunion d'information tous les premiers mardis du mois à 19 h pour assister à une présentation de la maison de naissance.

Pour assister à une réunion d'information, pas besoin de réserver ni de confirmer votre venue. En revanche, souvenez-vous que le suivi au CALM est sous conditions.

À l'issue de cette réunion, les futurs parents à qui l'accompagnement global à la naissance proposé par le CALM convient, laissent alors leurs coordonnées (en précisant la date du terme). Puis, une sage-femme recontacte le couple et lui propose un premier entretien afin d'évaluer ensemble si les conditions de suivi et d'accouchement au CALM sont bien réunies.

Étant donné les difficultés pour s'inscrire dans une maternité à Paris d'une part, et parce que la première rencontre avec la sage femme n'a pas lieu tout de suite, il est fortement conseillé de s'inscrire par précaution, dans une maternité.

C'est la fin de journée au CALM, la maison est quasiment vide.

Je suis en pause avec Emma sur le balcon du CALM, le soleil commence à décliner. Nous discutons des études, de tout et rien puis commençons tranquillement l'installation du séjour.

Eva me prévient : "nous attendons beaucoup de parents - 15 femmes - près de 30 personnes".

Nous commençons par sortir le mobilier encombrant sur le balcon, fouillant les moindres pièces de la maison à la recherche de chaises, pouf et ballons en tout genre. Le grand séjour s'improvise en pièce d'accueil spacieuse.

La réunion de ce soir est animée par 4 personnes comme habituellement. 2 sages-femmes du CALM et 2 membres de l'association des usagers du CALM.

Ce soir, c'est donc Mélanie, Sébastien, Carole et Emma qui sont présents pour présenter le CALM aux futurs parents.

Mélanie arrive en premier, armée de jus de fruits et gâteaux apéritifs. C'est la première fois qu'elle anime cette réunion, elle dit avoir lu tous les documents dénichés afin d'être prête pour ce soir. Elle semble un peu stressée, nous dit qu'elle veut vraiment expliquer aux gens que l'on peut souhaiter se tourner vers un accouchement naturel sans que ce soit après une mauvaise expérience. Elle, a d'ailleurs très bien vécu son premier accouchement avant le CALM. C'était un siège et elle a pu accoucher voie basse. Elle en est très contente !

Elle me raconte son deuxième accouchement au CALM avant le début de l'expérimentation, rapide, en tête cette fois-ci ! Puis elle a décidé de s'engager dans la vie de l'association des usagers du CALM. Elle est dans la commission médicale "qui porte très mal son nom d'ailleurs!" car elle est pharmacienne et aime les missions de cette commissions. Notamment écrire des dépliants sur la gestion de la douleur, sur le périnée ...

Les couples attendus arrivent progressivement, les places vides se font rares, jusqu'à ce qu'il n'y ait carrément plus du tout de place et des gens dans le couloir. Il y a près de 50 personnes.

Emma, Carole, Sébastien et Mélanie sont groupés tant bien que mal à l'autre bout de la pièce.

La réunion débute par une présentation brève des animateurs. Les deux sages-femmes, leurs parcours professionnels et leur arrivée au CALM.

Viens ensuite la présentation des parents animateurs. Sébastien ancien et futur parent du CALM et Mélanie qui a 2 enfants. Tous deux expliquent leurs rôles respectifs dans l'association des usagers du CALM au sein respectivement, de la commission politique et de la commission médicale.

La réunion se poursuit par un très grand tour de parole des futurs parents du CALM. Chacun se présente donc brièvement, le terme de la grossesse, pourquoi le CALM...

En vrac les parents expliquent leurs motivations, un mini-CV avec à la clé une place potentielle et rêvée au sein du CALM.

Je suis : “sage-femme”, “ostéopathe”, “praticienne en hypno-naissance”...

Je connais : “des amis qui ont accouché au CALM”, “ma soeur était votre patiente”, “c’est notre réseau”

Je souhaiterais un : “accouchement moins médicalisé”, “une alternative à l’accouchement à domicile”, “un suivi global”, “une approche plus personnalisée”, “pour le côté associatif”.

Seul un homme s’est exprimé dans cette réunion, ce sont les futurs mamans qui avec un peu d’appréhension prennent chacune leur tour la parole.

“J’aimerais beaucoup accoucher en maison de retraite” dira même une maman !

Il y a peu de place, comme l’explique Eva dès le début de la réunion. “Pour Août les inscriptions sont closes, il reste quelques places pour Septembre sur liste supplémentaire, pour octobre, novembre, vous êtes dans les temps”.

A l’annonce du terme de la grossesse, certaines mamans annoncent avoir “peur de ne pas être prise car c’est pour septembre”.

Liste supplémentaire ou non, il faut rester jusqu’à la fin de la réunion pour pouvoir s’inscrire.

La réunion se poursuit par un petit historique sur la maison de naissance et une brève explication de l’expérimentation en cours pour 5 ans.

Puis, mêlée à l’histoire de la maison, l’association des usagers est expliquée aux futurs parents. Le mode de fonctionnement par commissions, leurs missions.

L’association de parents anime la vie de la maison de naissance par des groupes de paroles par exemple en cas de transfert et avec des psychologues. Il y a les cours de yoga les jeudi et vendredi après-midi, des ateliers de portage, de tricot ou sur l’allaitement maternel, des “moments de partage” sur la place du père, l’arrivée d’un deuxième enfant. Un grand ménage par trimestre pour “tout vider et s’approprier les lieux”. La SMAR (semaine mondial pour accouchement respectueux), moment fort organisé par l’association avec des invités spéciaux.

L’association a pour but “d’impliquer les parents, mais n’est pas réservée à ceux qui accoucheront ici.”

Emma reprend la main, car oui, “venir au CALM pour tous ces moments, c’est une façon de se sentir à l’aise dans le lieu et avec les personnes avec qui on est. Et cela fait partie de la gestion de la douleur !”

Carole enchaîne sur le suivi médical au CALM, le fonctionnement en binôme des sages-femmes.

Une SF est référente du couple, c’est elle qui fera la majorité des consultations avec eux. L’autre SF suit le couple au moins une fois pendant la grossesse. Ainsi, le jour J, la sage-femme qui sera là sera connue du couple.

“Car nous ne pouvons pas être d’astreinte non-stop” s’explique Emma. “Nous sommes de garde un week end sur deux et seul un jour dans la semaine est bloqué ; un repos vrai”.

Quelques parents font la mou. Une maman lève la main : “Oui, mais ma soeur qui a accouché au CALM était avec quelqu’un qu’elle ne connaissait pas !” “Elle a changé 3 fois de sage-femme”.

Ses explications sont précises sur le déroulé du travail, incriminent les sage-femmes qui n’auraient pas été suffisamment loin dans la prise en charge. Le doute s’installe chez certains parents dans l’assemblée. Emma répond, cherche à comprendre mais ... “ça arrive, c’est très très rare” dit-elle.

Après, il faut pouvoir “rester ouvert aux incertitudes” explique Emma car il y a sinon un risque de moins bon vécu.

Mélanie cherche alors à détendre l’atmosphère : “Mais le plus souvent, on accouche avec notre sage-femme référente, il doit se passer quelque chose !”. Quelques hochements de tête approbateurs : “c’est normal, elles peuvent pas être tout le temps d’astreinte !”

Le cours de la présentation reprend. Une consultation dure 1h à 1h30, la préparation à la naissance est faite en même temps. Les prises de sang et échographies se font à l'extérieur. Un rendez-vous aux Bleuets est prévu avec l'anesthésiste afin de s'assurer de l'analgésie si transfert il y a. La loi sur les expérimentations des maisons de naissance impose également la présence d'une sage-femme d'appui afin que 2 sages-femmes soient présentes lors d'un accouchement de nuit, "elle est là en back-up si besoin".

L'inscription dans une maternité est recommandée. Une fois que l'inscription au CALM est validée, une inscription automatique est faite au Bleuets puisque le CALM est en convention médicale avec eux. Mais au cas où l'inscription au CALM serait impossible (contres-indications médicales ...), il est préférable d'avoir un "plan B".

Les grandes conditions pour pouvoir être suivie au CALM sont :

-Habiter maximum à 40' en transport au commun du CALM

-Le bébé doit se présenter en tête après une grossesse de déroulement normal

-Pas de suivi possible au CALM en cas de grossesse gémellaire ou antécédent de césarienne.

Au premier rendez-vous avec la SF référente, le point est refait sur les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux. Tous les dossiers du CALM sont ensuite "staffés" en équipe.

Après l'accouchement au CALM il y a un retour précoce à domicile. Le couple et bébé restent au minimum 4h à la maison de naissance. Il est possible de rester la nuit entière après l'accouchement. Puis, la sage-femme effectue des visites à domicile. Au minimum 3 fois la première semaine. Ce sont des visites d'environ 1h également. Puis il y a la visite post-natale à 1 mois. A 2 mois la maman peut débiter le yoga post-natal au CALM.

L'aspect financier est également abordé durant la réunion. Il faut compter environ 1000€ de dépassement d'honoraires et ceux-ci sont rarement pris en charge par les mutuelles.

Sébastien explique que les sages-femmes passent beaucoup de temps avec les patientes, que c'est beaucoup d'investissement d'être disponible à tout moment et que les mutuelles ne se sont pas encore mises à jour sur les suivis en maison de naissance.

"Mais si on est plusieurs à leur envoyer des courriers, on fera bouger les choses !"

La parole est de nouveau laissée aux futurs parents, quelques uns posent des questions :

"L'aîné peut-il être présent lors de l'accouchement au CALM ?" Oui si il y a quelqu'un qui est "présent pour s'assurer de son confort et que tout est prévu au cas où..." répondra Emma.

"Que pouvez vous nous dire sur la crise aux Bleuets ? Qu'est-ce que se passerait si les Bleuets fermaient pour le CALM ?" C'est Carole qui donne une brève explication sur les Bleuets, assurant que, même si elle n'est pas forcément au courant de tout, la situation est plus stable désormais.

Après près plus d'une heure de réunion, il est proposé aux parents de visiter le CALM et à l'issue, une inscription possible auprès des sages-femmes. Sébastien distribue les fiches d'adhésion à l'association (27€50) et Mélanie accompagne les parents dans les salles de naissances, les bureaux de consultation, la salle de yoga... Elle partage son expérience avec les futurs parents, répond à de nouvelles questions sur le suivi, l'accouchement. La visite s'organise spontanément par groupe de 3-4 couples autour de Mélanie puis Sébastien à grand renfort d'anecdotes personnelles.

Puis progressivement se constitue une file d'attente devant les bureaux des sages-femmes qui pré-inscrivent les parents. Les couples discutent peu les uns avec les autres dans cette file d'attente. Parfois, on peut même repérer une certaine appréhension sur les visages. Seront-ils acceptés pour une naissance au CALM ? Y aura-t-il suffisamment de place car il y a beaucoup de monde ce soir ?

Les aurevoirs sont familiers et plutôt chaleureux après un verre de jus et une dernière conversation avec les sages-femmes et les parents de l'association.

Les parents sont ensuite contactées par sms 2 à 3 jours plus tard pour la confirmation ou non d'une place au CALM. C'est la sage-femme coordinatrice qui se charge de répartir les couples par sage-femme selon la carte géographique et la disponibilité de chacune.

E) Document du CALM

1. Information et de consentement du CALM



Document d'information des patientes

Vous avez choisi de faire suivre votre grossesse à la maison de naissance du Calm.

Ce projet entre dans le cadre de la loi sur l'expérimentation des maisons de naissances en France (loi du 6 décembre 2013). Cette loi prévoit une expérimentation sur 5 ans au terme desquels l'activité des maisons de naissance sera évaluée.

Le Calm est une maison de naissance gérée par des sages-femmes libérales avec le soutien d'une association de parents qui y pratiquent l'accompagnement global à la naissance (AGN). Il associe une femme (un couple) et une sage-femme du début de la grossesse à la consultation post-natale : suivi médical de grossesse, préparation à la naissance et à la parentalité, accouchement et soins post-nataux de la mère et de l'enfant.

La sage-femme vous propose un rendez-vous mensuel et individuel d'environ 1h30 au cours duquel elle effectue le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité. Elle s'assure du bon déroulement de la grossesse, vous oriente sur les examens complémentaires à pratiquer et, en fonction de vos besoins, vous prépare à l'accouchement et aux premiers jours avec votre bébé.

Ces rendez-vous sont remboursés aux tarifs prévus par la sécurité sociale, mais les sages-femmes du Calm pratiquent un dépassement d'honoraires (voir le tableau ci-joint) pris en charge par certaines mutuelles. En cas de difficulté financière de votre part, les dépassements d'honoraires peuvent être adaptés à votre situation selon un accord à définir avec votre sage-femme au début du suivi. La sage-femme d'appui présente sur les quelques heures entourant la naissance est requise par la loi afin de soutenir la première sage-femme et l'assister en cas de besoin ; la sécurité sociale n'ayant pas encore prévu d'acte pour rémunérer sa présence, elle est salariée par la maison de naissance.

Au calm, les sages-femmes travaillent en équipe et partagent grand nombre de valeurs communes autour de l'accompagnement global à la naissance. Afin d'assurer la sécurité et la pérennité de l'activité de la maison de naissance, les sages-femmes qui pratiquent le suivi global ont besoin de périodes de repos régulières. L'accouchement pourra donc être accompagné par votre sage-femme référente ou bien par une autre sage-femme de l'équipe, en fonction des périodes d'astreintes préalablement établies. L'un des rendez-vous de suivi sera donc effectué avec une autre sage-femme afin de faire plus ample connaissance avec l'équipe.

L'accouchement aura lieu dans les chambres de naissance du Calm. Le travail sera accompagné par une sage-femme du Calm qui fera appel à une seconde sage-femme (sage-femme d'appui) lorsque la naissance sera imminente. Celle-ci assurera une présence discrète et sera disponible en cas de besoin. Après la surveillance immédiate post-accouchement, vous rentrerez chez vous par vos propres moyens dans les quatre à douze heures qui suivent la naissance, il n'y a donc pas de séjour en maison de naissance.

La sage-femme passera chez vous dans les 24 heures qui suivent le retour à domicile puis a minima à 3 et 5 jours post accouchement ou plus selon vos besoins. Il vous faudra organiser la visite médicale obligatoire pour votre enfant auprès d'un pédiatre ou d'un médecin généraliste en ville dans les 8 jours qui suivent sa naissance (idéalement entre le 4ème et le 6ème jour). La sage-femme vous informera et vous orientera à propos des différents dépistages néonataux recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) (test de Guthrie et test de dépistage de surdité neonatale).

Qui peut être suivi au Calm ?

Pour accoucher au Calm, il faut remplir les conditions suivantes :

- la future maman doit être en bonne santé physique, psychique et sociale (soutien à domicile par un proche);
- la future maman attend un seul bébé (pas de jumeaux);
- la future maman n'a jamais eu de césarienne (pas d'utérus cicatriciel).

Les critères d'éligibilité de suivi au Calm sont fixés en fonction des critères de grossesse à bas-risques définis par la HAS.

Chaque dossier est discuté en équipe de sages-femmes du Calm après le premier rendez-vous. Un avis supplémentaire peut être demandé à l'équipe médicale de la maternité partenaire ou à un médecin spécialiste.

Qui peut accoucher au Calm ? Les conditions de transfert

- la grossesse s'est déroulée normalement ;
- le bébé se présente la tête en bas (pas de présentation du siège) ;
- la grossesse est arrivée à terme, donc au moins à 37 semaines d'aménorrhée ;
- le travail a débuté spontanément avant 42 semaines d'aménorrhée ;
- la mère et l'enfant supportent bien le travail d'accouchement qui évolue de manière physiologique.
- si une péridurale vous était nécessaire, le transfert serait organisé vers la maternité des Bluets.

Cf. recommandation de la HAS pour le suivi des grossesses à bas-risques.

Il appartient à la sage-femme de faire une évaluation permanente de la bonne santé de la mère et de l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers jours du nouveau-né. En cas de doute, elle peut demander un avis ou organiser un transfert vers la maternité des Bluets ou une maternité adaptée à la situation.

Les sages-femmes travaillent en réseau avec différents partenaires afin de garantir la sécurité des mères et des enfants. Le Calm a établi une convention médicale avec la maternité des Bluets et travaille en réseau avec le centre national de référence en hématologie périnatale (CNRHP hôpital St Antoine Paris 12ème). La structure adhère au réseau périnatalité de Paris.

Les sages-femmes du Calm sont formées à différentes méthodes d'accompagnement de la douleur basées sur la respiration, la thérapie posturale...

En vue de l'évaluation de l'expérimentation les données médicales des patientes du Calm seront utilisées de manière anonyme

Les pratiques du Calm seront soumises à plusieurs évaluations au cours de l'expérimentation. Pour cela, des statistiques et l'analyse des dossiers seront effectuées sur le déroulement des grossesses, accouchements et transferts sans mention des noms ou autre marqueur d'identité, en conformité avec le respect du secret médical. Ces données pourront également être publiées dans le cadre de la recherche sur le modèle maison de naissance.

Le Calm, un lieu de formation à la physiologie

Des étudiants sages-femmes sont accueillis régulièrement au Calm et participent à tous les aspects de la vie de la maison de naissance. Ils assistent donc aux consultations, séances de préparations à la naissance, accouchements, visites à domiciles, réunions professionnelles... Cette mission de formation à la physiologie des sages-femmes nous tient particulièrement à cœur. Cependant, vous pouvez refuser la présence d'un(e) étudiant(e) à tout moment du processus.

Le Calm, un projet associatif fort, porté par les parents

La maison de naissance n'existerait pas telle qu'on la connaît sans l'implication déterminée de parents du Calm. En effet, l'association loi 1901 des usagers milite depuis que le projet du Calm existe, et a toujours travaillé aux côtés des sages-femmes pour lui permettre de voir le jour et de fonctionner. Il vous sera demandé de vous investir dans l'association (cf document « je m'investis au Calm »).

Recueil du consentement

Nous soussignés Madame

Monsieur

déclarons par la présente avoir pris connaissance du principe et des modalités de fonctionnement du Calm. Ceux-ci correspondent à notre attente concernant ce que nous avons choisi de vivre pour l'arrivée de notre enfant.

La physiologie, ses rythmes et nos besoins seront respectés au cours de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, dans le cadre de l'accompagnement global pour lequel la sage-femme soussignée engage sa disponibilité.

La relation avec les sages-femmes est basée sur une confiance mutuelle.

Nous avons été informés sur les limites du champ de compétences des sages-femmes et acceptons qu'un transfert vers la maternité des Bluets ou une maternité adaptée à la situation soit organisé dans le cas où la sage-femme le juge nécessaire en pré, per ou post-partum.

Nous autorisons l'utilisation des données médicales nous concernant après anonymisation, dans le cadre de l'expérimentation et de la recherche.

Nous déclarons avoir lu le document ci-dessus,

Fait à Paris, le

Le futur père :

La future mère :

La sage-femme:

2. Honoraires des sages-femmes du CALM

| ACTES | CODES Sécurité sociale des actes | TARIFS CALM | PART Sécurité Sociale | PART Mutuelle ou à charge de la patiente |
|--|--|--|-----------------------|--|
| 1er entretien (ouverture du dossier) | SF15 | 60 | 42 | 18 |
| Consultation médicale | C | 30 | 23 | 7 |
| Préparation à la naissance | SF12 | 50 | 33,6 | 16,4 |
| Accouchement sans transfert | Primipare: JQGDO10 Multipare: JQGDO12 +K | 300 astreinte à payer au début du 9 ^{ème} mois+ 699,44 accouchement | 349,44 | 650 |
| Accouchement avec transfert | JQQP099 | 300 astreinte à payer au début du 9 ^{ème} mois + 650 accouchement | 112 | 838 |
| 2 premières visites de suites de couches | SF16,5+IFD (déplacement à domicile) | 80 | 48,8 (44,8+4) | 31,2 |
| Visites suivantes (1 ^{ère} semaine) | SF12+IFD | 80 | 37,6 (33,6+4) | 42,4 |
| Rééducation périnéale | SF7 | 25 | 19,6 | 5,4 |

III- Entretiens

A) Tableau résumé

| Entretien | Nationalité | Age | Parité | Age enfant suivi au CALM | Lieu de l'accouchement | Situation maritale | Profession | Conjoint |
|--|-------------|--------|--------|--------------------------|---|---------------------|---|---|
| 1 Juliette <i>Entretien réalisé au CALM</i> | Française | 28 ans | 1 | 2 ans et demi | AVB/Plateau technique des Bluets | Vie maritale | Ethnologue | Jules, 30 ans, chercheur en physique |
| 2 Magalie <i>Entretien réalisé au CALM</i> | Française | 37 ans | 1 | 3 ans et 5 mois | AVB simple CALM | Vie maritale | Radiologue hôpital public | Haut fonctionnaire au ministère de l'écologie |
| 3 Manuella <i>Entretien réalisé dans un square</i> | Française | 44 ans | 2 | 4 mois et demi | AVB simple CALM | Mariée | Éditrice, traductrice | Patrice, 50 ans, éditeur |
| 4 Solange <i>Entretien réalisé chez elle</i> | Française | 30 ans | 1 | 3 mois | Césarienne pour siège | Vie maritale, PACSE | Juriste dans une agence d'état | Emmanuel, monteur dans l'audiovisuel, intermittent du spectacle |
| 5 Ellen <i>Entretien réalisé chez elle</i> | Anglaise | 41 ans | 3 | 2 mois | Transfert anté-natal pour malformations cardiaques de l'enfant, AVB simple aux Bluets | Mariée | Professeur d'anglais dans l'éducation nationale | Sébastien, 41 ans, chargé de clientèle dans la finance |
| 6 Marie-Adèle <i>Entretien réalisé chez elle</i> | Française | 31 ans | 2 | 3 mois | AVB simple au CALM | Mariée | Professeur Anglais en lycée | David, professeur d'Anglais |

B) Entretiens : Juliette, Magalie, Manuella, Solange, Ellen, Marie-Adèle

RESUME

Les maisons de naissance en France sont apparues dans notre paysage diversifié des lieux de naissance sous la forme d'expérimentations. Au-delà des inégalités d'accès mises en évidence, ce travail en sociologie s'intéresse aux femmes qui ont fait le choix d'accoucher en maison de naissance, d'être suivies en accompagnement global. Le recueil de données socio-démographiques et la réalisation d'entretiens auprès des patientes du CALM nous permettent d'apporter de premiers éléments de réponses concernant ces femmes en affinant notre définition de la démedicalisation, en mettant en évidence un suivi entre-femmes ou en posant la question de pratiques distinctives.

Mots clés : Maison de naissance, accompagnement global à la naissance, sage-femme, démedicalisation, pratique distinctive, entre-femmes.