



HAL
open science

Une alternative à la naissance en centre hospitalier : les Maisons de Naissance

Aline Albert

► **To cite this version:**

Aline Albert. Une alternative à la naissance en centre hospitalier : les Maisons de Naissance : des structures attendues en France : regard sur leur implantation dans les pays francophones : Québec, Belgique, Suisse. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01882497

HAL Id: hal-01882497

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01882497>

Submitted on 27 Sep 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Une alternative à la naissance en centre hospitalier :
les Maisons de Naissance. Des structures attendues
en France. Regard sur leur implantation dans les
pays francophones : Québec, Belgique, Suisse*



Mémoire présenté et soutenu par

Aline ALBERT

Promotion 2011

Travail de recherche réalisé sous la direction de Marie-Thérèse ARCANGELI-BELGY et sous l'expertise de Bénédicte DE THYSEBAERT

« Naitre, à priori, n'est pas un traumatisme, c'est une étape de la vie humaine. En revanche ce qui peut l'être ce sont les conditions dans lesquelles se déroule la naissance et la façon dont elle fait résonance dans l'histoire du sujet et de sa famille »

*Myriam Szejer (pédo-psychiatre) et
Francine Caumel-Dauphin(sage-femme)*

SOMMAIRE

Sommaire	4
Préface	7
Introduction	9
Partie 1 : Les Maisons de Naissance : une nouvelle structure d'accueil de la naissance et de la parentalité	12
1. Qu'Est-ce qu'une maison de naissance :	13
1.1. Un concept commun	13
1.2. Des expériences étrangères	15
1.2.1. En Amérique du Nord	15
1.2.2. En Europe.....	16
1.2.3. En Australie :	19
2. Ce qui a favorisé l'implantation des Maisons de Naissance, exemple des pays Francophones étudiés	20
2.1. La philosophie de la naissance, un changement de mentalité :.....	20
2.1.1. Après la médicalisation et la technicisation de la naissance, un retour de balancier :	20
2.1.2. Contexte international	22
2.2. Demande des usagers :	25
2.2.1. Un mouvement sociétal :	25
2.2.2. La mobilisation des usagers dans la périnatalité en faveur des Maisons de Naissance.....	28
2.3. Sage-femme : l'évolution d'une profession	31
2.3.1. Rôle de la sage-femme :	31
2.3.2. Evolution de la profession de sage-femme dans ces pays francophones et statut des sages-femmes exerçant en Maison de Naissance :	32
2.4. Reconnaissance des Maisons de Naissance par le système de santé	38
2.4.1. Des soins de santé primaire :	38
2.4.2. Prise en charge par l'assurance maladie :	39
2.5. Un mot sur l'accouchement à domicile.....	40
Partie 2 : Etude	41
1. Présentation de l'étude	42
1.1. Objectifs	42
1.2. Méthode.....	42
1.2.1. Choix de la population :	42
1.2.2. Choix de la méthode :	43
1.2.3. Terrain d'investigation :	43
1.3. Difficultés rencontrées	44
2. Résultats des entretiens	45
2.1. Pourquoi la création d'une Maison de Naissance ?	45
2.1.1. Répondre à la demande de la population :	45

2.1.2.	Une démarche de sages-femmes	48
2.2.	LE CHEMINEMENT	51
2.2.1.	Le projet et le statut de la Maison de Naissance:	51
2.2.2.	Les freins, les difficultés	54
2.2.3.	Les leviers, les soutiens.....	58
2.3.	Caractéristiques propres aux sages-femmes impliquées dans la mise en place de Maisons de Naissance :	62
2.3.1.	Une philosophie :	62
2.3.2.	Des sages-femmes ayant de l'expérience :	64
2.3.3.	Spécificité des conditions de travail :	65
2.3.4.	Des sages-femmes engagées :	67
2.3.5.	Une formation continue et une pratique basée sur les données probantes de la science :	67
2.3.6.	Passer le relais lors des transferts.....	68
2.4.	Caractéristiques propres aux femmes/couples qui se tournent vers un suivi en Maison de Naissance.....	68
2.4.1.	Une population typique	68
2.4.2.	Une population atypique :	71
2.5.	Le bilan aujourd'hui.....	72
2.5.1.	Au niveau professionnel chez les sages-femmes :	72
2.5.2.	Evolution de la demande des femmes/couples :	74
2.5.3.	Evolution des rapports avec les autres professionnels de périnatalité, en l'occurrence les médecins gynécologues obstétriciens :	76
2.5.4.	Des résultats satisfaisants	78
2.5.5.	Autres remarques des sages-femmes :	79
3.	Observations sur le terrain :	81
Partie 3 : Discussion		85
1.	Synthèse de l'étude	86
2.	Qu'en est-il des Maisons de Naissance en France ?	88
2.1.	Une Maison de Naissance en France? Sarlat 1986-1999 [54]	88
2.2.	La « non-histoire » des Maisons de Naissance en France.....	88
2.3.	Des Maisons de Naissance pour 2011 ? Le débat est relancé.....	95
3.	Comparaison de la France avec les trois pays Francophones et perspectives :	98
3.1.	Des modalités d'implantation différentes entre les pays :	98
3.1.1.	Moteur de la mise en place des Maisons de Naissance.....	98
3.1.2.	En France, c'est l'aspect économique qui relance le débat de la mise en place de Maisons de Naissance chez nos politiciens	99
3.1.3.	Une expérimentation ?	102
3.2.	L'existence de freins philosophiques entraînant une disparité dans l'accueil de ces structures par les professionnels de la périnatalité.....	105
3.3.	Exercer en Maisons de Naissance? Un lien avec les changements dans la profession de sage-femme :	108
3.3.1.	Une évolution professionnelle : un changement de mission.....	108
3.3.2.	Particularité de l'évolution de la profession de sage-femme en France	108
3.3.3.	Plus d'autonomie :	111
3.3.4.	Une pratique moins interventionniste basée sur la prévention.....	111

3.4.	Des Maisons de Naissance pour qui ?	111
3.4.1.	Des femmes et couples demandeurs :	111
3.4.2.	Une « sélection » des femmes « à bas risque »	112
3.5.	La problématique du médico-légal dans l'exercice de la profession en Maison de Naissance	113
3.5.1.	La limite des compétences	114
3.5.2.	Nécessité d'une information rigoureuse	114
3.5.3.	Importance de l'expérience professionnelle	115
3.6.	Des Maisons de Naissance françaises d'un autre genre ?	115
3.6.1.	La notion d'attenance	115
3.6.2.	Des Maisons de Naissance à grande échelle	117
3.6.3.	Des éléments qui restent à définir	117
	Conclusion.....	118
	Bibliographie	120
	TABLE DES MATIERES	127
	Annexes	I

PREFACE

Cela fait bien longtemps que j'ai découvert l'existence de Maisons de Naissance, ceci suite à ma rencontre avec une sage-femme libérale lors de mon « stage en entreprise » effectué en classe de 4^{ème} et qui m'avait fait connaître l'association CALIN : Centre Associatif Lorrain pour l'Innovation autour de la Naissance, une association de parents et de professionnels de la naissance sur Nancy.

Comme de nombreuses associations d'usagers, elle soutenait, et soutient encore, la création de Maisons de Naissances, et présente cette structure comme un lieu convivial, où l'on respecte les besoins et l'intimité des parents.

J'ai toujours souhaité devenir sage-femme, et tout ce qui touche à la profession et à la naissance m'a toujours intéressé, j'ai lu des ouvrages, j'ai fait des recherches.

M'interrogeant sur les Maisons de naissance, je me suis aperçue que ces lieux n'existaient pas en France, mais qu'ils étaient présents chez un certain nombre de nos voisins européens comme l'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, la Suisse, ... et en Amérique : Etats-Unis, Canada, ... Je me suis aussi informée sur ce qu'on y faisait : du suivi de grossesse, des cours prénataux, des accouchements, du suivi postnatal. Je me suis aperçue que la sage-femme pouvait y exercer sa profession dans sa globalité, quelque chose de difficilement faisable lors de l'exercice en milieu hospitalier.

Au cours de ma 3^{ème} année à l'école de sage-femme, j'ai eu la chance de partir faire un stage d'observation dans une Maison de Naissance à Québec. Cette expérience restera unique sur le plan humain : un lien qui se tisse avec les couples et les familles ; et professionnel : la découverte d'une autre manière de pratiquer en tant que sage-femme. Cela m'a encouragé dans mon désir de porter mon travail de fin d'étude sur ce thème.

La situation française concernant la mise en place de Maison de Naissance semble ne pas avoir évolué depuis mon premier intérêt sur le sujet. Des femmes françaises de la région vont même accoucher dans les pays voisins pour bénéficier d'un accueil en Maison de Naissance. C'était le cas pour une mosellane qui a accouché à deux reprises dans une Maison de Naissance en Allemagne et qui se retrouve

aujourd'hui dans une bataille juridique pour obtenir les remboursements de ses frais d'accouchement par l'Assurance Maladie, dont le coût étaient significativement moins élevés qu'un accouchement en milieu hospitalier français.

J'ai alors choisi de porter un regard sur la mise en place et le fonctionnement des Maisons de Naissance dans les pays francophones que sont le Québec, la Belgique et la Suisse par des recherches et des rencontres avec les sages-femmes exerçant dans ces Maisons de Naissance afin de discuter de la possibilité de voir naître un jour ces structures dans notre contexte français.

Introduction

La naissance en France a connu de grands bouleversements au cours du siècle dernier. Alors qu'en 1950 près de 45% des accouchements se déroulaient encore à domicile [1], les femmes se sont massivement dirigées vers les établissements hospitaliers dès les années 1960. A partir des années 70-80, l'utilisation de technologies et l'intervention active des professionnels en pré, per et postnatal, a conduit à une médicalisation croissante de la naissance. L'objectif étant de réduire les pathologies obstétricales et d'augmenter la sécurité lors de la grossesse et l'accouchement pour ainsi diminuer la mortalité périnatale. Cependant, cette vision maximaliste des risques semble avoir entraîné la considération au second plan du caractère naturel et physiologique de la grossesse et tend à une déshumanisation de cet événement de la vie qu'est la naissance.

Depuis plusieurs années nous observons une réelle prise de conscience qui d'illustre par la création d'associations d'usagers revendiquant leur conception de la naissance : un respect de la physiologie, un accompagnement plus humain, un libre choix du lieu de naissance...

Les conséquences de la médicalisation de la naissance font débat au sein de la politique périnatale qui est chargée d'améliorer les conditions de la naissance. Des propositions alternatives sont alors envisagées. Parmi elles, les Maisons de Naissances.

Cela fait plus d'une dizaine d'années en France que l'expérimentation de telles structures a été annoncée, sous l'impulsion de Bernard KOUCHNER secrétaire d'état chargé de la santé à l'époque. Mais aujourd'hui, aucune Maison de Naissance n'a vu le jour en France et de nombreux projets locaux ont avorté. Nous pouvons alors nous interroger sur les freins à la mise en place de ces structures dans notre pays.

A l'étranger, des Maisons de Naissance ont été expérimentées, ont fait leurs preuves, fonctionnent et se développent. Nous avons fait le choix de nous intéresser plus particulièrement à trois pays francophones : la Belgique, le Québec, la Suisse qui ont adopté ces structures. Sous quelles modalités ces Maisons de Naissances ont-elles vu le jour dans ces pays? Quels ont été les freins, les difficultés rencontrées? Les soutiens ?

Quelles comparaisons pouvons-nous faire avec la situation française ? Pouvons-nous nous inspirer des ces situations étrangères ?

En première partie nous présenterons le concept de Maison de Naissance. Nous ferons un rapide état des lieux de l'implantation de ses structures à l'étranger et nous montrerons ensuite le contexte favorisant la mise en place des Maisons de Naissance notamment en nous tournant vers les pays francophones de notre étude.

La seconde partie sera consacrée aux entretiens menés auprès de sages-femmes responsables de Maisons de Naissance dans ces trois pays francophones. Cette enquête nous fera connaître les modalités de la mise en place de ses structures au niveau local, les freins, les leviers, les facteurs essentiels pour leur implantation et fonctionnement, du point de vue des premiers professionnels concernés que sont les sages-femmes.

Enfin, en troisième partie nous tenterons d'expliquer pourquoi les Maisons de Naissance tardent à voir le jour en France, et de donner quelques perspectives, grâce à la prise de connaissance du contexte français et des situations dans ces autres pays francophones.

Abréviations :

AAD : Accouchement à domicile

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

CARO : Club d'Anesthésie Réanimation en Obstétrique

CASSF : Collectif Associatif et Syndical des Sages-Femmes

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CLSC : Centre Local de Services Communautaires

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

CSSS : Centre de Santé et de Services Sociaux

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

EGN : Etats Généraux de la Naissance

FSSF : Fédération suisse des sages-femmes

HAS : Haute autorité de Santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation

SFI : Sage-femme indépendante

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

*Partie 1 : Les Maisons de Naissance : une
nouvelle structure d'accueil de la naissance et
de la parentalité*

1. QU'EST-CE QU'UNE MAISON DE NAISSANCE :

Depuis des années, nous observons dans de nombreux pays industrialisés le développement d'alternatives à la naissance classique en milieu hospitalier, comme les centres de naissance, les maisons de naissances, l'accouchement à domicile, la possibilité aux sages-femmes indépendantes d'accéder à des plateaux techniques, etc.

Le concept de Maison de Naissance n'est pas nouveau et ce n'est pas une invention française. De nombreux pays ont permis à ses structures de se développer. En France, cependant, elles font encore l'objet de projet et leur mise en place fait débat.

1.1. Un concept commun

Une Maison de Naissance c'est ... : [2],[3],[4]

...des personnes qui collaborent pour qu'un enfant puisse venir au monde dans un environnement chaleureux et sécuritaire. Des femmes qui souhaitent donner naissance de façon autonome et active en présence de leur compagnon, de leurs proches, et désirent un accompagnement de la naissance dans le respect et l'intimité. Des professionnel(le)s : les sages-femmes qui confortent la confiance des femmes dans leur capacité à accoucher par elles-mêmes et qui savent se tenir disponibles à l'arrière-plan avec leurs compétences techniques et travaillent en réseaux avec les autres professionnels de la périnatalité ; dont les aides natales (spécifiques de certains pays) qui sont formés et encadrés en vue de prodiguer un soutien et une aide à la jeune maman dans la période post accouchement.

... une philosophie qui considère la grossesse et l'accouchement comme des événements physiologiques, naturels dont chaque femme en bonne santé possède les compétences pour les mener à bien.

Le soutien apporté au sein de la Maison de Naissance est destiné à aider la femme à vivre sa grossesse en harmonie avec son corps et son enfant, et à se préparer à la naissance.

Les sages-femmes, par leur place d'expert, l'accompagnent pendant l'accouchement, l'aident lorsqu'elle le demande et interviennent lorsque le déroulement de la naissance l'exige.

... un lieu où l'on se sent presque comme chez soi. Un établissement, plutôt petit, tenu par des sages-femmes, et sans autre équipement médical que celui utilisé par celles-ci, distinct du domicile et du centre hospitalier, mais se trouvant généralement proche de ce dernier, et faisant partie du réseau de santé. La femme peut se sentir en sécurité et protégée pendant la naissance de son enfant.

Une décoration faite avec goût (parfois même par des parents), la possibilité de se détendre et des adjuvants utiles pour le travail (grande baignoire, suspension, tabouret d'accouchement, ballon, coussins, ...) forment une bonne base pour un déroulement serein de la naissance. La femme peut prendre son temps, se baigner, se déplacer librement dans ses propres habits, manger et boire. Son compagnon, ses ami(e)s et ses enfants sont les bienvenus.

C'est aussi un endroit où l'on peut donner de l'information, de l'aide pour les soins du nouveau né, l'allaitement, le devenir parent, etc., l'accompagnement y est personnalisé. C'est un lieu communautaire, où les parents et futurs parents se rencontrent, échangent, se sentent moins seul. Tout cela assure ainsi aux femmes, hommes, couples, parents, futurs parents, et familles bénéficiant de l'accès à ce lieu et ses prestations, une certaine sécurité émotionnelle.

Cette installation est prévue pour accueillir un nombre raisonnable de naissances par année, afin de lui conserver un caractère intime, familial et humain.

... une partie intégrante du système de santé qui assure une action préventive croissante. Les sages-femmes de Maisons de Naissance assurent aux femmes un accompagnement global, en prenant en compte la dimension émotionnelle, affective, psychique et somatique de chacune afin d'optimiser ses compétences tant au niveau de l'accouchement que dans sa relation à l'enfant. Ce suivi associant une femme à une sage-femme référente pendant le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et le post-partum assurant ainsi la « continuité des soins » où priment la prévention des risques obstétricaux et la responsabilisation des femmes par rapport à elles-mêmes et à leurs familles. C'est un apport essentiel à une politique de santé en faveur des femmes et des familles.

1.2. Des expériences étrangères

1.2.1. En Amérique du Nord

Aux Etats-Unis :

Dans les années 70, de nombreuses femmes étaient déçues par l'accouchement en milieu hospitalier et se sont mises à rechercher d'autres options. Pour faire face à un mouvement d'accouchements à domicile non assistés, des solutions alternatives ont dû être envisagées afin de permettre aux femmes enceintes à « bas-risque » de donner naissance en dehors d'un établissement hospitalier, en étant assistées par des sages-femmes qualifiées et dans le plus grand respect des besoins des parturientes et de la physiologie (peu d'intervention médicale et d'usage de médicament).

C'est en 1975 à New York que s'ouvrent la première Maison de Naissance qualifiée de « *(free standing) birthing center* ». Elle est fondée dans le quartier de Manhattan par Ruth Lubic, sage-femme américaine pionnière, qui s'est battue pour obtenir l'autorisation d'ouverture et le financement de cette structure qui a fait ses preuves et qui perdure. Plus tard, Ruth Lubic sera à l'origine d'une deuxième Maison de Naissance dans le Bronx (quartier très pauvre de New York) dans le but de faciliter l'accès des femmes américaines très défavorisées aux soins des sages-femmes. Co-fondatrice et présidente de l'Association Nationale des Maisons de Naissance en 1983 (à l'époque du nom de *National Association of Childbearing Centers*) elle encouragea le développement des Maisons de Naissance. [5]

On compte aujourd'hui aux Etats-Unis plus d'une centaine de Maisons de Naissance « Birth Centers ». Et la plupart des assurances prennent en charge les coûts du suivi des femmes dans ces structures.

Les Maisons de Naissance sont reconnues comme donnant satisfaction aux usagers, comme étant sécuritaire et permettant de faire des économies (étude publiée dans le *New England Journal of Medicine*, 12/28/89). En février 2008, dans un communiqué contre l'accouchement à domicile, le collège des gynécologues obstétriciens américains (ACOG) réitère sa confiance en ce type de structures. [6]

Les Maisons de Naissance sont accréditées par la *Commission for the Accreditation of Birth Centers* (CABC) et regroupées au sein de l'*American Association of Birth Centers* (AABC).

Au Québec

Au Québec, les Maisons de Naissances se sont créées dans le cadre de projets pilotes afin d'envisager la légalisation de la profession de sage-femme. Ces projets transitoires constituaient le compromis possible entre les pratiques médicales, en milieu hospitalier, et celles des sages-femmes qui avaient pour lieu le domicile (exercice illégal existant à la demande des couples). En 1990 l'Assemblée Nationale adopte la loi concernant la pratique des sages-femmes à titre expérimental. Dès lors, 6 Maisons de Naissances se sont implantées au Québec. En 1999 la profession de sage-femme est légalisée suite à l'évaluation positive de leur pratique et du mouvement pour l'humanisation des naissances [7]. Les sages-femmes sont encore aujourd'hui peu nombreuses au Québec (une centaine) et exercent uniquement au sein des Maisons de Naissance avec toutefois la possibilité d'effectuer aussi les accouchements de leur cliente à domicile ou à l'hôpital si elle bénéficie d'un accès à un plateau technique.

Actuellement il existe 10 Maisons de Naissance au Québec, elles fonctionnent de manière autonome et font partie du système public de santé. Leur succès est tel que le gouvernement dans sa « politique de périnatalité de 2008-2018 » prévoit l'ouverture d'une dizaine de nouvelles Maisons de Naissance au cours de ces dix prochaines années l'objectif étant que 10% des naissances soient accompagnées par des sages-femmes en Maison de Naissance d'ici 2018 [8].

1.2.2. En Europe

L'idée de ces nouvelles structures arrive en Europe dans les années 80, d'abord accueilli par la Suisse et l'Allemagne.

En Suisse, la première Maison de Naissance s'ouvre en 1983 à Lenzbourg. Au cours des années 90, parallèlement à la fermeture de petits hôpitaux régionaux, les Maisons de Naissance se développent dans le pays. Elles sont au nombre de 22 aujourd'hui et accueillent plus de 1000 naissances chaque année [9]. En 1992 s'est créée l'Association Suisse des Maisons de Naissances l'IGGH-CH (*Interessengemeinschaft der Geburtshäuser – Schweiz*), avec l'obligation pour celles-ci d'y adhérer [10].

En Allemagne un groupe de travail s'inspirant des *Birth Centers* aux Etats-Unis, élabore un concept d'une Maison de Naissance indépendante mais travaillant avec une clinique. La première Maison de Naissance allemande voit le jour à Berlin en 1987. Au début des années 90, les demandes dépassent les possibilités d'accueil des Maisons de Naissance ce qui amène à promouvoir leur philosophie dans le pays et permet leur développement. Depuis 1995, après que des parents aient témoigné et fait des procès aux assurances de santé, les frais dans les Maisons de Naissance sont pris en charge. [11]. Aujourd'hui nous pouvons compter près d'une centaine de Maisons de Naissance en Allemagne, une soixantaine est regroupée au sein du réseau allemand des Maisons de Naissance : *Netzwerk der Geburtshäuser*. [12]

Un réseau européen des Maisons de Naissance « *Netzwerk der Geburtshäuser in Europa* » est créé en 1993, les membres fondateurs travaillent dans des Maisons de Naissance d'Allemagne et de Suisse. Le réseau était destiné à promouvoir et coordonner les Maisons de Naissance en Europe. Il a établi les critères caractérisant les Maisons de Naissance :

- « *La Maison de Naissance est une institution de santé primaire dans laquelle les femmes sont considérées comme responsables et libres de leurs décisions.*
- *La Maison de Naissance fonctionne en réseau avec l'ensemble du système de santé publique. C'est un établissement de soins ayant accès aux services obstétricaux, pédiatriques, et néonataux d'un hôpital ou d'une clinique.*
- *La Maison de Naissance est une institution autonome, indépendante des institutions hospitalières ou cliniques, dans la mesure où une assistance à la naissance adaptée aux femmes y est pratiquée par des sages-femmes, dans le cadre de leur compétences.*
- *La direction obstétricale de la Maison de Naissance est sous la responsabilité exclusive des sages-femmes.*

Le choix d'implanter une Maison de Naissance autonome en dehors d'un hôpital est motivé par la volonté : de mettre en place une structure répondant aux besoins des femmes et de leurs familles, d'éviter les infections nosocomiales, de créer un environnement de la naissance chaleureux et convivial centré sur la santé et non sur la maladie, une Maison de Naissance est une petite structure réalisant au maximum 300 accouchements. En règle générale, au delà de ce chiffre, une seconde Maison de Naissance est ouverte». [13]

Plusieurs pays Européens ont rejoint ce réseau qui semble dissout aujourd'hui (Allemagne, Suisse, Autriche, Grande Bretagne, France, Italie, Belgique, ...).

En Italie : la première Maison de Naissance se situe à Milan, c'est *La Casa di Maternità "La Via Lattea"* (la maison de la maternité « La Voie Lacté ») qui succède en 1990 à *La casa del parto*, structure créé après la Seconde Guerre mondiale afin d'accueillir les femmes enceintes et mères célibataires. Elle est maintenant accessible à tous les couples. [14]. Aujourd'hui quatre Maisons de Naissance (*Casa di Maternità*) offrent leurs services en Italie. [15]

En Autriche la première Maison de Naissance, située dans un faubourg de Vienne à Nussdorf a été fondée en 1986 par un médecin : Michael Adam. Elle n'a pas pu se rattacher au Réseau Européen des Maisons de Naissance en 1990 car bien qu'étant une structure indépendante, les sages-femmes collaboraient avec des médecins gynécologues-obstétriciens au sein de l'établissement. Elle a du s'arrêter de fonctionner en 2002 car elle ne faisait pas partie d'une stratégie politique. Elle aura accueilli 4000 naissances. [16]

Aujourd'hui, sept Maisons de Naissance « *geburtshäus* » exclusivement gérées par des sages-femmes sont accessibles en Autriche. [17]

En Grande Bretagne, les Maisons de Naissance « birth centres » se sont développées suite à un rapport ministériel en 1993 : « *Changing Childbirth* » (Changer les Naissances) qui propose une réorganisation des services de maternité, pour prendre en considération la volonté et les besoins des femmes, leur permettre de s'impliquer tout en leur assurant des soins efficaces [18].

La plupart de ces Maisons de Naissance sont autonomes et extérieures à un hôpital mais il existe des hôpitaux ayant une unité de Maison de Naissance au sein de leur établissement à côté de leur unité conventionnelle. [19], [20]

En Belgique, les Maisons de Naissances se sont développées plus tardivement. C'est en 1999 suite à une demande croissante d'accouchements à domicile que s'ouvre la première Maison de Naissance en Wallonie, il s'agit de la Louvière, tenue par Lucette Visée-Maton sage-femme proche de la retraite. Apprenant son succès, d'autres sages-femmes belges créent à leur tour des Maisons de Naissance, certaines se rendront même au Québec, en Suisse ou en Allemagne pour observer et s'inspirer de la pratique et du fonctionnement dans ces structures. [21]

Aujourd'hui la Belgique compte 7 Maisons de Naissance. Un document a été élaboré par l'Union Professionnelle des Accoucheuses de Belgique (aujourd'hui renommée : l'Union Professionnelle des Sages-femmes belges) pour la protection (i-dépôt) de la définition des Maisons de Naissance.

1.2.3. En Australie :

Les premières Maisons de Naissance « Birth-Centers » apparaissent en Australie dans les années 1980, dans le but de fournir un lieu de naissance à « mi-chemin » entre un centre hospitalier et le domicile. Elles deviennent plus populaires dans les années 90 et font désormais partie intégrante du système de soins périnataux. Ces Maisons de Naissance peuvent être rattachées à un service hospitalier ou indépendantes. Suite à l'établissement du Plan National d'Action pour la Maternité (NMAP : National Maternity Action Plan) en 2002, le gouvernement australien doit répondre à la demande des usagers réclamant l'augmentation du nombre de ces structures. Les Maisons de Naissance doivent pouvoir rejoindre un hôpital en moins de 90 minutes, délai largement supérieur à ceux observés en Europe mais ceci s'expliquant par la vaste superficie du territoire et l'isolement de la population dans certaines régions. [22]

Environ 2% des femmes australiennes accouchent chaque année en Maison de Naissance. Il n'existe pas encore de définition standard des Maisons de Naissance en Australie et une étude parue en 2009 a montré que ces structures varient par leur philosophie et leurs caractéristiques pour les prestations de service. [23]

Ainsi, les Maisons de Naissance tendent à se développer dans les pays développés, notamment des pays voisins de la France. Elles peuvent varier dans leur forme mais gardent la même philosophie. Voyons alors ce qui a favorisé leur implantation, en nous tournant particulièrement vers les pays Francophones que sont le Québec, la Belgique et la Suisse.

2. CE QUI A FAVORISE L'IMPLANTATION DES MAISONS DE NAISSANCE, EXEMPLE DES PAYS FRANCOPHONES ETUDIES

2.1. La philosophie de la naissance, un changement de mentalité :

2.1.1. Après la médicalisation et la technicisation de la naissance, un retour de balancier :

Les évolutions liées à la naissance ont été multiples lors de ce dernier siècle et ont véritablement changé la manière d'appréhender celle-ci.

C'est au seuil du XXème siècle que s'affirme la médicalisation de la naissance. Elle est principalement marquée par deux grandes mutations : des découvertes scientifiques qui permettent des progrès biomédicaux considérables en matière de mortalité maternelle et infantile, mais aussi un bouleversement des acteurs présents lors de l'accouchement [1].

Jadis la mise au monde était un événement privé qui se déroulait dans l'intimité du foyer familial, l'accouchement était l'affaire exclusive des femmes, les sages-femmes (ou matrones) faisant appelle au médecin (ou chirurgien) uniquement lorsque l'enfantement se présentait comme problématique. Ensuite, la plus grande technicité mise en œuvre dans le processus d'accouchement, dans le but de faire reculer la mortalité y étant associé, a nécessité son transfert du domicile vers un lieu où toute la technologie se trouve concentrée : l'hôpital, jusqu'alors lieu d'accueil des grandes victimes sociales, lieu de pratique mais aussi de formation et d'expérimentation.

Etant donnée la haute valeur symbolique attribuée à l'acte d'enfantement, cela constitue un bouleversement social plus profond qu'il n'y parait. L'hôpital et la maternité, lieux anonymes et aseptisés, par ailleurs perçus comme « *milieux aliénant la personnalité et l'autonomie individuelle* » [24] sont les théâtres de la plupart des naissances aujourd'hui.

Dès lors, nous constatons une contrainte d'agir de façon à répondre prioritairement à des normes fixées par les protocoles médicaux et les routines hospitalières ainsi que des pratiques généralisées, des interventions de plus en plus envahissantes, voire même iatrogènes et concernant la grande majorité des accouchements considérés comme physiologiques (70 à 80% selon les statistiques). Le modèle productiviste et standardisé de la naissance a permis de diminuer la longueur du travail et donc la durée du séjour des femmes en salle d'accouchement. La gestion active du travail a rendu l'accouchement beaucoup plus douloureux et étranger au corps des femmes, et pour y remédier, nous avons généralisé l'utilisation de la péridurale, privilégiant une solution technique et pharmaceutique. De plus la surveillance du travail se faisant par des machines tel le monitoring, émettant des alarmes et dont certains sont reliés en centralisations sur des écrans de contrôle dans les salles de garde, a libéré les professionnels d'une présence presque constante auprès de la parturiente en salle de naissance.

Dans cette appropriation progressive et quasi complète du secteur médical de l'une des expériences humaines les plus fondamentales, il est reproché surtout le fait que les progrès en obstétrique ont tendance à faire oublier que « la grossesse n'est pas une maladie ». Cela ne fait qu'amplifier le sentiment de deshumanisation d'un acte qui potentiellement dangereux pour la mère et l'enfant n'en demeure pas moins naturel.

La science a permis la compréhension du corps de la femme, du développement du fœtus, des processus mis en jeu lors de la grossesse et l'accouchement. La médicalisation de la naissance a de belles victoires, certes elle a épargné les terribles et mortelles infections post-natales (après la révolution pasteurienne notamment, fin du 19^{ème} siècle), ainsi que le devenir sombre des nouveau-nés ayant eu des naissances longues et difficiles, elle a également amélioré la prise en charge des pathologies. Mais en contre partie, cela a eu pour effet « *d'établir sur la naissance le pouvoir quasi absolu du corps médical, de transformer l'heureux événement en prouesse scientifique et technique* » [25]. Ainsi, les représentations qui le concernent ont été bouleversées. Et nous découvrons aujourd'hui que cela n'est pas sans dommages. Constatons de plus que les comités d'éthique se penchent sur la naissance.

Cette conception « *sécuritaire* » de l'accouchement qui relève de la « *liberté surveillée* » et de la systématisation de l'encadrement médical et de la technicisation devenu quasiment obligatoire, n'est pas seulement préventive mais préjuge des possibilités pathogènes de toute naissance. Cette conception de la naissance est alors

dominante et très assurée : « *tout accouchement ne peut être considéré comme physiologique, que lorsque la femme et son enfant sortent en bonne santé de la maternité* » [26].

Ainsi, lors de cet événement, les femmes deviennent passives et leurs compétences, quant à la mise au monde de leur enfant, sont fondamentalement mais aussi insidieusement remises en cause.

Les sages-femmes se voient elles aussi, par la forte place occupée par la technicisation, vivre un changement dans leur pratique entraînant pour certaines la frustration professionnelle. Notons que l'arrivée de toute cette innovation a eu pour effet d'amenuiser la fonction d'assistance psychologique et de prise en charge de la douleur qui était traditionnellement dévolue aux sages-femmes en se substituant aux méthodes qu'elles avaient pu développer (le yoga, la sophrologie, l'haptonomie,...) ainsi que leur capacité d'observatrice clinique de l'état de la parturiente.

A l'heure actuelle, il n'est pas question d'un retour en arrière en démedicalisant totalement la naissance, l'enjeu est de proposer une médicalisation raisonnée et une diminution de l'utilisation abusive et non justifiée de la technicisation. Nous observons alors des évolutions des mentalités concernant les représentations de la naissance et cela au niveau international dans les pays développés.

2.1.2. Contexte international

Ces dernières décennies, des acteurs de la périnatalité ouvrent le débat sur la problématique de la médicalisation de la naissance et les solutions à y apporter.

L'OMS, se tournant vers le sujet, a mis en place un groupe de travail technique dont le rapport « *Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique* » [27] est parut en 1997. Il annonce que « *l'adoption irréfléchie de toute une gamme d'interventions inutiles, inopportunes, inappropriées et/ou superflues, trop souvent insuffisamment évaluées, est un risque que prennent nombre de ceux qui essaient d'améliorer les services de maternité* » et classe les recommandations concernant les pratiques liées aux accouchements normaux en quatre catégories (contenu développé disponible en annexe) :

- A. *Pratiques d'une utilité avérée et devant être encouragées*
- B. *Pratiques à l'évidence nuisibles ou inefficaces et devant être éliminées*
- C. *Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander franchement et devant être utilisées avec précaution pendant que les recherches se poursuivent*
- D. *Pratiques fréquemment utilisées de façon inappropriée*¹

Ainsi, au niveau international, il est fait allusion depuis plusieurs années aux soins efficaces (*effective care*), qui sont des soins fondés sur les preuves (*evidence-based care*) ; on parle aussi de médecine fondée sur les preuves : *evidence-based medicine*). Ceci se définit comme « *l'usage consciencieux, judicieux et explicite des meilleures preuves actuelles pour décider des soins des individus* » [28] . Les études publiées sont expertisées pour vérifier leur méthodologie et la valeur de leurs résultats. Le niveau de preuve est déterminé selon des recommandations internationales. Les meilleures preuves sont issues d'études prospectives randomisées ou de méta-analyses, afin d'éliminer les biais. Ces preuves sont réunies et diffusées dans le but d'aider ceux qui vont prodiguer ou recevoir les soins.

Les pratiques recommandées, notamment en périnatalité, proviennent d'une revue systématique internationale permanente analysant, depuis 1989, et classant les études publiées selon leur méthodologie et leur niveau de preuves : *The Cochrane Library*.

Ces recommandations sont facilement accessibles, sous forme :

- de rapport de l'OMS présenté précédemment.
- d'un livre : *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (Guide des soins efficaces pendant la grossesse et l'accouchement)
- d'un site internet avec un accès gratuit pour les synthèses².

Depuis plusieurs dizaines années, des courants humanistes portés par des médecins Français sont apparus : Fernand LAMAZE (années 1950 : pour « l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique »), Michel ODENT (années 1970 : concept de l'accouchement « comme à la maison » avec des salles de naissance « nature » où une partie du travail peut se faire dans l'eau), Frédérick

¹ Cf annexes 1 *Les soins liés à un accouchement normal*

² www.thecochranelibrary.com

LEBOYER (années 1970 : méthode Leboyer, « pour une naissance sans violence »). Ils veulent défendre la capacité de la femme et de son corps à accoucher, en laissant la physiologie guider le travail, ils expriment l'importance du droit à l'intimité, au respect de la femme, du couple et de l'enfant, et préconisent un accueil du nouveau né dans le calme, la douceur. Ces modèles d'accompagnement traversent les frontières et inspirent les professionnels de la périnatalité à l'étranger.

D'autre part, nous voyons apparaître sur le plan international les notions de femme enceinte, de grossesse et accouchement « à *bas risque* », « à *faible risque* », notion de « *bas risque obstétrical* », en opposition au « *haut risque* » sous entendant ainsi des stratégies de prise en charge différentes entre les deux groupes dont les critères et les modalités d'inclusion sont encore discutés aujourd'hui. Cette conception du risque obstétrical « catégorisable » par niveaux vient s'opposer à celle du risque omniprésent, donc uniquement gérable par des médecins spécialistes dans des lieux à haute technologie, et qu'elle réintroduit la physiologie de l'accouchement comme principe organisateur du dispositif, il peut alors s'ouvrir un espace où un discours de « dé-technicisation » de la naissance peut s'exprimer. [29]

Dans les pays permettant le fonctionnement des Maisons de Naissance, l'approche technologique de la maternité prédomine. Cependant, nous notons qu'il existe une ouverture face au développement d'alternatives, dans le but d'améliorer les conditions dans lesquelles a lieu la naissance, en l'occurrence lorsque celle-ci est physiologique, et de lui redonner un caractère plus humain.

En effet, les gouvernements voudraient plus d'efficience des pratiques périnatales. Ceci met en priorité un accompagnement qui garantisse la qualité des soins et la sécurité de la mère et de l'enfant, tout en remettant en question l'excès de médicalisation des grossesses et les accouchements qualifiés « à bas risque », puisque cette sur-médicalisation a un coût élevé.

Alors actuellement dans ces pays sont menées des politiques de périnatalité dans le but de trouver un équilibre afin de préserver le caractère naturel du processus biologique que sont la grossesse et l'accouchement et l'aborder avec humanité tout en profitant des avancées de la science [30]. D'autre part des recommandations sont publiés concernant la prise en charge optimale de la maternité des femmes « à bas

risque » afin d'améliorer la qualité des soins en se fondant sur les données probantes au bénéfice du maximum de patientes [31].

2.2. Demande des usagers :

2.2.1. Un mouvement sociétal :

Plusieurs phénomènes, transformations sociales ont contribué à une prise de conscience des individus qui font part plus facilement de leurs choix, de leurs idées et de leurs attentes, favorisant ainsi l'attrait des usagers pour les Maisons de Naissance.

Nouvelle place de la femme

Au XXe siècle, dans les sociétés occidentales, la femme, qui a été pendant longtemps placée dans une passivité qui laissait à l'homme toutes les décisions importantes tant au point de vue du droit que des usages et coutumes, commence à faire entendre sa voix. Elle aussi aspire à travailler en dehors du cadre familial tout en ayant des enfants. C'est le cas aux Etats-Unis. En Europe, les pesanteurs sociales sont plus lourdes mais la Première Guerre Mondiale marque une étape importante dans cette évolution par la réquisition des femmes à des tâches impliquant compétences et responsabilités.

Avec le développement de l'économie, les mœurs évoluent, la femme commence à concilier travail et maternité. Elle n'accepte plus d'être cantonnée dans un rôle de reproductrice, elle aspire à devenir active à l'égale de l'homme, de plus par la création des appareils électroménagers, la femme peut se libérer des tâches les plus dures et elle acquiert une nouvelle autonomie. La femme obtient dans de nombreux pays le droit de voter.

Dans les années 1960-1970 apparaissent les mouvements féministes, la femme s'émancipe, elle réclame l'égalité des droits, la libération sexuelle et la légalisation des moyens contraceptifs. Ces changements correspondent à des aspirations nouvelles et ont participé à l'élaboration d'une nouvelle place de la femme dans la société. [32]

Les femmes ont obtenu la libre disposition de leur vie socioprofessionnelle, reproductive et sexuelle. La contraception et l'avortement leur ont donné le droit de donner librement la vie et de l'interrompre si elle n'a pas sa place dans leur histoire. Le

militantisme a procuré aux femmes, du moins en principe, la maîtrise de leur fécondité : ce fut l'étape initiale et tout a fait capitale de leur évolution.

Trente ans après, elles abordent une autre étape qui est la maîtrise de l'accouchement et de la naissance. Cette étape avait déjà été amorcée, notamment grâce à l'avènement de l'accouchement sans douleur, non qu'il ait supprimé les douleurs. Il avait en son temps favorisé l'information des parturientes, en leur permettant de retrouver une part de responsabilité, d'assurance et de dignité, de plus, des « baba-cool » des années 70, bousculant toutes les disciplines, osaient accoucher chez elles avec l'aide de sages-femmes complices. Mais cette émancipation féministe de la naissance est restée minoritaire, elle n'a pas duré bien longtemps et a laissé dans cette période de patriarcat, le champ libre au pouvoir médical.[33]

Aujourd'hui, des femmes revendiquent le respect de leur implication au moment de leur accouchement jusqu'alors trop souvent négligée. Au slogan « *un enfant si je veux, quand je veux* » pourrait se rajouter « *une naissance comme je veux* ».

Emergence d'une demande dans la santé et importance de la participation des usagers et de l'écoute qu'on leur porte

« Les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification sanitaire et à la mise en œuvre des mesures sanitaires qui leur sont destinées » 1978 – Déclaration d'ALMA ATA

La santé ne se définit plus comme la non-maladie, mais comme un état de bien-être, ou tout au moins d'équilibre, physique, psychique et social.

Les progrès de la science médicale suscitent de nouvelles demandes de soins en augmentant les capacités de prévention, de diagnostic, de traitement, de guérison et de réadaptation. Cela se traduit souvent par un accroissement du volume de l'offre et de l'utilisation de services. En effet, le public devient plus exigeant et la demande de santé (signifiant le désir d'un individu ou d'un groupe de population par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service) s'accroît à mesure que les usagers s'habituent à des niveaux de soins plus élevés.

Traditionnellement, le patient s'en remettait au savoir du professionnel, qui était supposé connaître ce qui était bon pour son patient et prenait donc seul les décisions dans l'intérêt du patient, mais avec l'accès à l'information, l'individu a commencé à se

prendre en charge spontanément, il n'est plus seulement un consommateur de soins, il devient un producteur de son état de santé aux différentes périodes de sa vie.

Les usagers de la santé sont les personnes qui utilisent ou sont susceptibles d'utiliser les services de santé (publics ou privés) à des fins préventives ou curatives. Il faut noter que le terme d'usager, représenté par la catégorie de l'usager, semble être devenu le synonyme de malade, patient, client et citoyen, qui sont aussi tous concernés par la santé.

Dans les années 1980-1990 a été développée par les pouvoirs publics l'idée de promouvoir la participation des usagers dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé. Ainsi ces dernières décennies, les services de santé ont placé l'usager au centre de leur organisation, afin d'accorder de plus en plus d'importance à ses attentes, d'améliorer la qualité de l'accueil et de sa prise en charge, ceci passant notamment par les études des besoins, des plaintes, réclamations, satisfactions...

De plus, dans les pays développés, tout usager des services de santé s'est vu s'attribuer des droits garantis par des lois. Il doit les faire respecter dans l'intérêt de sa propre sécurité et de la qualité des soins qu'il reçoit. Une charte européenne des droits des patients, rédigée en 2002 par Active Citizenship Network et 12 associations de citoyens, proclame 14 droits qui visent à garantir un «niveau élevé de protection de la santé humaine» (article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne) et à assurer un niveau élevé de qualité des services de santé des pays européens.

Les usagers et les patients, dont la conscience des enjeux de la santé et des politiques qui les orientent s'est accrue, occupent désormais une place grandissante dans les systèmes de santé. Ils font notamment entendre leurs voix par l'intermédiaire d'associations et de comités d'usagers et de patients, de représentants des usagers de santé, de groupes d'entraide. Ces associations sont de plus en plus impliquées dans l'élaboration et la gestion des politiques de santé mises en place. Elles ont aussi pour but d'accompagner les usagers dans leur démarche, de renseigner sur leurs droits et leurs obligations, de les aider lors de la formulation de plaintes, etc.

Ces comités et associations d'usagers se sont développés dans différents domaines de la santé (SIDA, cancer, maladies rares, ...) et notamment en périnatalité. Notons de plus qu'une Charte des droits de la parturiente a été votée par le Parlement

Européen en juillet 1988³ (charte que la France n'a jamais ratifié), ceci dans le but d'améliorer les conditions dans lesquelles sont prises en charge les femmes pendant la grossesse, lors de l'accouchement et dans le postpartum et de leur garantir la possibilité de faire des choix qui seront respectés.

Intérêt pour l'écologie et retour vers le naturel

Face au constat de la crise écologique qui touche la planète (pollution atmosphérique, réchauffement climatique, perturbation des écosystèmes, ...), des orientations d'actions pour la protection de l'environnement sont mis en place dès les années 1970 (Déclaration de Stockholm de la Confédération des Nations Unies sur l'environnement). Dès lors nous observons au niveau international, l'entrée des écologistes, dans les systèmes politiques.

Depuis ces dernières décennies, nous relevons de plus des démarches individuelles. Des citoyens deviennent plus attentifs au respect de l'environnement, ce qui induit alors de leur part la mise en place d'« éco-gestes » c'est-à-dire d'actions quotidiennes qui visent à la préservation de l'écosystème, au renouvellement des ressources naturelles et à l'établissement de relations sociales éthiques ainsi qu'une consommation responsable. Cette tendance écologique entraîne un retour vers le naturel qui s'observe dans les consommations (produits biologiques, respectueux de l'environnement, ...) et dans les modes de vie (vivre plus sainement, prendre soin de soi), ceci amenant les individus à être plus attentifs à ce qu'ils pensent bon pour eux (et leur environnement) et les rends plus acteurs dans leurs choix.

2.2.2. La mobilisation des usagers dans la périnatalité en faveur des Maisons de Naissance

Parallèlement aux réflexions gouvernementales et du corps médical sur la médicalisation au sein de la périnatalité, notamment au moment de la naissance, et au

³ Cf annexes 2 Charte Européenne des droits de la parturiente

sein du mouvement sociétal décrit précédemment, des femmes et des couples réagissent et prônent un retour au respect du caractère physiologique naturel de la naissance.

Les avancées scientifiques se poursuivent, mais un autre courant de la part des usagers, celui de l'humanisation des services, gagne du terrain. Beaucoup de femmes contestent l'utilisation de la technologie médicale, ainsi que le recours à divers examens et interventions lorsque la grossesse ne présente aucun facteur de risque et se déroule sans complications.

Nous observons au niveau mondial la création de mouvements activistes de la part d'usagers qui se regroupent alors en associations revendiquant une humanisation de la naissance, ceci passant par la volonté de changer les pratiques et politiques qui peuvent être blessantes pour la mère et l'enfant, de stopper des traitements généralisés et des comportements qui bafouent les droits des femmes (sur le plan civil, humain, et médical) correspondant à un abus physique, émotionnel et sexuel des femmes.[34]

Nous assistons de plus au développement de site Internet, blogs, forum qui traitent de la question.

Au Québec, depuis une trentaine d'années, un mouvement social s'est organisé en faveur de l'humanisation des naissances. En 1980, les colloques régionaux de l'Association pour la Santé Publique au Québec (ASPQ), « Accoucher ou se faire accoucher », ont été l'événement précurseur, réunissant plus de dix mille personnes. Ces colloques laisseront ensuite la place dans les années 90 aux Journées Annuelles de Périnatalité, partageant les mêmes objectifs: ils revendiquent plus de physiologie et d'humanisation dans la prise en charge obstétricale. En 2004 a lieu la Conférence obstétrique et santé publique afin d'élargir les perspectives sur les réalités de la naissance. [35]

Parallèlement nous notons l'engagement des groupes membres (au nombre de 35 aujourd'hui) du Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) fondé en 1977, un organisme féministe provincial d'action communautaire autonome qui agit comme force de changement social pour l'humanisation de la période périnatale en faisant reconnaître les droits, le pouvoir et l'engagement des femmes dans tous les aspects de leur expérience périnatale. [36]

Le Mouvement pour l'Autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel (groupe MAMAN) a été fondé en 1995. Les valeurs se fondent sur la

reconnaissance de la grossesse et de l'accouchement comme « *processus naturels et comme expériences appartenant avant tout aux femmes et aux familles* » ses intentions sont entre autres de défendre et promouvoir le droit des femmes de donner naissance dans l'environnement de leur choix, informer et sensibiliser la population et les femmes en particulier afin de les amener à être pleinement autonomes en regard du vécu pré, per et post natal. [37]

Ces organisations témoignent ainsi du mouvement pour l'humanisation des naissances, ancré dans la population et les communautés. Au Québec la réaction des usagers envers la médicalisation est intimement liée à la demande de réhabilitation de la profession de sage-femme.

Du côté Européen, la réaction des usagers est moins marquée qu'au Québec mais elle demeure tout de même présente, nous la retrouvons plus sous forme d'associations d'usagers que de mouvement nationaux.

En Belgique « Alter-NativeS » est une association de parents désireux de promouvoir le respect et l'écoute des parents et du bébé lors de la naissance. Elle s'est constituée en 2002. Cette association qui affirme que « *l'accouchement est un acte fondamental, qui doit être un événement le plus heureux possible et être gratifiant pour le bébé, pour la mère et pour le père, quelles que soient les circonstances* » souhaite aider les couples à développer leur propre projet de naissance

- en centralisant et en redistribuant de l'information autour de la naissance
- en créant un espace de partage et d'échange des expériences
- en encourageant le dialogue avec les professionnels de la santé
- en soutenant les projets qui rentrent dans la philosophie d'humanisation de la naissance, en l'occurrence les Maisons de Naissance. [38]

En Suisse, les années 1970 sont déjà marquées par un mouvement des femmes qui parlent de réappropriation de leur corps en dénonçant la médicalisation de la naissance. Il existe à ce moment là une vague de demande pour l'accouchement à domicile. Plus tard, des associations d'usagers ont émergé comme l'association Co-Naitre qui « *visent à promouvoir une naissance respectée* » par l'information, la communication, l'orientation et l'accompagnement.

L'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR), basée en France, s'est constituée en réseau grâce à Internet. Elle interpelle aujourd'hui les autorités sanitaires pour exiger la prise en compte des données probantes dans l'organisation des soins en obstétrique et rappelle que les femmes qui accouchent ont des droits qui doivent être respectés [39].

Comme nous venons de voir les usagers tentent de s'organiser « en force » pour œuvrer à l'amélioration des conditions de naissance. Actuellement les femmes/couples demandent plus de respect de leurs souhaits et besoins au cours de la grossesse mais surtout au moment de l'accouchement et font la demande légitime d'avoir le libre choix du lieu de naissance (domicile, Maison de Naissance, hôpital...). Tournons nous maintenant du côté des sages-femmes.

2.3. Sage-femme : l'évolution d'une profession

Les Maisons de Naissance n'existeraient pas sans la présence des sages-femmes qui sont les premiers professionnels impliqués dans ce type de structure.

Notons que dans la majorité des pays où se sont implantées les Maisons de Naissance, la profession de sage-femme a présenté une évolution. Abordons en quelques spécificités puis précisons ensuite le statut des sages-femmes exerçant en Maison de Naissance.

2.3.1. Rôle de la sage-femme :

Le rôle et les compétences des sages-femmes sont repris de manière universelle et complète dans la Définition internationale de la sage-femme⁴. Elle est reconnue par

⁴ Cf Annexes : The International Definition of Midwife, ICM/WHO/FIGO 2005

la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens (FIGO).

2.3.2. Evolution de la profession de sage-femme dans ces pays francophones et statut des sages-femmes exerçant en Maison de Naissance :

Dès le 20^{ème} siècle, l'esprit assez paternaliste de cette époque exprime le plein pouvoir médical. L'autorité imminente des médecins va contribuer à un encadrement encore plus grand des pratiques des sages-femmes qui se voient alors en partie disqualifiée (plus de prescription, plus d'utilisation d'instruments...). L'indépendance qui a longtemps caractérisé le métier de sage-femme va disparaître définitivement.

Dès lors nous observons deux cas de figure dans l'évolution :

- la disparition des sages-femmes au Québec puis leur réintroduction dans le système de santé
- la migration des sages-femmes en milieu hospitalier puis une tendance à l'émancipation vers une pratique plus indépendante pour les deux pays européens.

Cas particulier du Québec : le retour de la profession de sages-femmes **[40]**

Au Québec, le nouveau scénario médical qui se prépare au tournant du 19^{ème} siècle exclut la profession de sage-femme. Cet événement entraîne la disparition d'une profession millénaire qui existe encore partout à travers le monde. Par ailleurs, la création du Collège des médecins en 1847 permet à cette profession de contrôler les sages-femmes. Bien qu'elles s'élèvent contre ces restrictions, les sages-femmes voient alors leur champ de pratique et leur formation diminués et limités. Elles réclament une organisation professionnelle autonome mais le fait d'être régie par le Collège des médecins rendra leur regroupement en corporation impossible. C'est ainsi que le Québec a vu la profession de sage-femme, considérée comme marginale et presque révolue, s'éteindre progressivement pour disparaître presque entièrement dans les

années 1960⁵. Les quelques « résistantes » exerçaient alors dans l'illégalité, sans cadre réglementaire et pratiquaient les accouchements à domicile.

La profession se voit renaître dans les années 1990 suite aux revendications des femmes en périnatalité (dès les années 70) et à la pression exercées par les Québécoises et les différents organismes sur le gouvernement. L'Assemblée Nationale du Québec adopte le projet de loi 4 : « Loi sur la pratique des sages-femmes » en juin 1990 dans le but d'autoriser, à titre expérimental, la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes afin « *d'évaluer les effets de la pratique des sages-femmes sur l'humanisation et la continuité des soins, la prévention des naissances de bébés prématurés ou de faible poids, l'utilisation des technologies obstétricales et l'adaptation des services aux clientèles cibles, dans le but de déterminer l'opportunité de permettre ou non cette pratique et le cas échéant, de déterminer l'organisation professionnelle de cette pratique et le mode d'intégration de la sage-femme dans l'équipe de périnatalité* » [41]. Des sages-femmes se sont alors regroupées dans 8 Maisons de Naissance sous la responsabilité des CLSC (Centre Local de Services Communautaires⁶) qui les avaient financées. Un Conseil d'évaluation était alors chargé de faire une évaluation rigoureuse des projets pilotes, qui consistait en une étude de cas multiples et en une étude comparative avec groupes témoins appariés. Ainsi, une comparaison a été faite entre mille femmes suivies par des médecins et mille femmes suivies par des sages-femmes (donc en Maison de Naissance). La pratique des sages-femmes telle qu'elle a été expérimentée a satisfait les exigences de la loi selon le Conseil d'évaluation qui en confirme l'aspect sécuritaire. Le Conseil d'évaluation publie alors en 1997 un rapport dans lequel il donne les résultats de l'étude sur les projets-pilotes et émet des recommandations concernant l'organisation de la pratique sage-femme. [42]

Ainsi en 1999, se basant les recommandations du Conseil d'évaluation des projets-pilotes, le gouvernement québécois a adopté le projet de loi 28 : « Loi sur les

⁵ Exceptionnellement, de 1962 à 1972, une centaine de sages-femmes reçoivent leur formation à l'Hôpital du Saint-Sacrement, dans le cadre des programmes d'extension de l'Université Laval. Cette formation particulière est destinée à des religieuses missionnaires et à des infirmières orientées vers l'aide internationale.

⁶ Au Québec, le système de santé et de service sociaux est organisé comme tel hiérarchiquement : PALIER CENTRAL = Ministère de la santé et des services sociaux → PALIER REGIONAL = Agences de la santé et des services sociaux → PALIER LOCAL = Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux incluant les médecins de famille, les pharmacies communautaires, etc. et dont le cœur sont les CSSS (Centre de Santé et de Service Sociaux) qui regroupent un ou plusieurs CLSC (Centre Local de Service Communautaire), centre(s) hospitalier(s), CHSLD (Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée)

sages-femmes »[43], par lequel il reconnaissait la légalité de la profession de sage-femme en définissant le champ d'exercice, la création d'un ordre professionnel des sages-femmes du Québec et les mesures visant leur intégration au niveau de la santé. On y trouve un certain nombre de règlements, notamment un *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*.⁷

La loi s'accompagne de la mise sur pied d'un programme d'études universitaires ayant pour objet la pratique sage-femme, donné à l'Université du Québec à Trois-Rivières depuis l'automne 1999.

Les recommandations ministérielles sur la pratique des sages-femmes et ensuite la Loi sur les sages-femmes assurent une autonomie à la pratique des sages-femmes pour que celle-ci se développe en préservant son caractère distinct et spécifique :

« La sage-femme est une praticienne autonome. En œuvrant dans son champ de pratique, elle agit en toute autonomie et est entièrement responsable des gestes qu'elle pose. Elle peut exercer son pouvoir de décision quant à l'application et à l'exécution des actes cliniques qui relèvent de sa compétence sans la supervision ni sous l'autorité d'un autre professionnel.

La sage-femme doit être présente dans les groupes décisionnels. Des moyens doivent lui être fournis et des mécanismes doivent être prévus afin de lui donner accès aux ressources et aux établissements de soins de santé. Les ententes locales entre les différents acteurs ne doivent pas restreindre son autonomie et doivent être respectées.

La pratique de la sage-femme doit être régie par les lois de sa profession »[44].

Ainsi, les sages-femmes québécoises exercent une profession de la santé autonome avec un droit de prescription limité. Notons que leur pratique concerne uniquement le versant physiologique, et pour ces sages-femmes, la grossesse, l'accouchement et la période postnatale constituent des événements sains, naturels et normaux. L'approche qu'elles proposent tend à une utilisation judicieuse de la technologie et des interventions, elles privilégient une attitude préventive basée sur le dépistage, l'information et le soutien et elles assurent un suivi continu et global.

A l'heure actuelle, les sages-femmes québécoises sont toutes salariées et travaillent au sein d'une Maison de Naissance, sous contrat avec un CLSC. La

⁷ Cf annexes 4

rémunération pour un temps plein (35 heures) se situe entre 42 500 \$ et 72 000 \$ (30 000€ et 51 000€) selon l'ancienneté. Une somme additionnelle de 3 600 \$ (2500€) est payée à une sage-femme à temps plein pour la disponibilité 24 heures par jour et une sage-femme à temps partiel reçoit un montant proportionnel. L'équipement et le matériel sont fournis par l'employeur. Le coût de l'assurance-responsabilité professionnelle est partagé par le centre de santé communautaire et la sage-femme à qui on déduit de sa rémunération une somme annuelle de 750 \$ (env. 500€). [45]

Les sages-femmes travaillent en équipe dans chaque maison de naissance. La taille de cette équipe varie de 3 à 11 sages-femmes selon la taille des communautés qu'elles servent (la majorité compte 6 à 8 sages-femmes). Elles travaillent en binôme, c'est-à-dire que deux sages-femmes travaillent en horaires inversés, quand l'une est de congé, l'autre est de garde, la femme rencontrera donc au cours de sa grossesse les deux sages-femmes susceptibles d'être là pour son accouchement en première sage-femme.

La plupart des sages-femmes à temps plein sont responsables de 40 accouchements par année à titre de sage-femme principale et assistent à 20 à 30 accouchements additionnels comme deuxième sage-femme.

En Europe, une évolution quasi similaire entre la Belgique et la Suisse : prises de conscience et changements de mission des sages-femmes [46], [47]

Dès le début de l'institutionnalisation des naissances (fin 19^{ème} siècle), des sages-femmes s'organisent en associations professionnelles afin de mieux défendre leurs intérêts, c'est ainsi que se crée en 1894 la *Société suisse des sages-femmes* (SSSF) aujourd'hui renommée *Fédération suisse des sages-femmes* (FSSF) et en 1912 une *Union professionnelle des accoucheuses de Belgique* aujourd'hui renommée *Union professionnelle des sages-femmes Belges* (UPSfB). Mais, dans la deuxième partie du 20^{ème} siècle, avec à raison pour l'époque, la médicalisation et l'hospitalisation des naissances, les sages-femmes perdent peu à peu leur exercice en indépendante, elles cèdent leur place à l'obstétricien et obtiennent le statut d'employé. Le déplacement des accouchements du domicile à l'hôpital fait de la sage-femme (appelée jusqu'en 2007 « accoucheuse » en Belgique), qui est alors insérée au sein de la hiérarchie hospitalière, une « auxiliaire » qui seconde fidèlement le médecin dans l'accomplissement de son projet médical. Cela a fortement modifié le rôle et la fonction des sages-femmes.

Notons que ces sages-femmes qui exercent désormais à l'hôpital se retrouvent dans une situation professionnelle plus stable, plus confortable, leur statut de salarié leur offre une meilleure rémunération que l'exercice indépendant, des avantages en termes d'horaires, de congés et d'organisation de travail. Et cela présente beaucoup plus d'attraits aux yeux de la jeune génération que la dure «autonomie» des sages-femmes installées à leur compte. Délivrées à l'hôpital des responsabilités angoissantes reposant sur leurs consœurs indépendantes (de part leur fonctionnement sous couvert du médecin), de l'obligation d'être disponible à toute heure et de parcourir plusieurs kilomètres pour se rendre, en toute saison et par tous les temps, au domicile des accouchées, les sages-femmes hospitalières ne voient pas en contrepartie l'intérêt de leur travail diminuer. Les rares sages-femmes indépendantes, voient alors le champ de leur activité professionnelle diminuer car l'accouchement à l'hôpital devient « la norme », elles perdent ainsi intérêt à leur travail et ne voient pas l'utilité de se perfectionner pour une situation qui ne peut s'améliorer. Ainsi tandis que les premières générations s'indignent de l'institutionnalisation de la naissance qui menace leur gagne-pain à domicile, les générations suivantes en viennent à voir dans les maternités un moyen de s'assurer une existence matériellement plus stable et le traumatisme est ressenti a posteriori par les générations des années 1970 et au-delà qui jettent un regard rétrospectif sur la perte d'autonomie subie sur le long terme. De plus, le féminisme a bousculé l'ordre établi. Des revendications sociales et symboliques surgissent: la présence du père en salle d'accouchement, l'avènement de la préparation à la naissance, etc. Le métier de sage-femme évolue et se diversifie, les hôpitaux n'ont plus le monopole de la pratique. De nombreuses femmes expriment le désir d'accoucher à domicile et la pratique indépendante tend à se redévelopper.

En 1980 sont promulguées les directives CEE qui, en fonction de la libre circulation des diplômés au sein de l'Union Européenne, uniformisent au maximum la formation de sage-femme et la pratique professionnelle.

L'enseignement devient autant pratique que théorique et suit les progrès de la médecine. Il évolue dans sa durée et ses modalités (accessibilité, formation autonome, passage où non par une école d'infirmière...).

Concernant l'exercice professionnel, des réajustements sont effectués pour mieux déterminer la pratique des sages-femmes. En Belgique, l'Arrêté Royal du 1er février 1991 relatif à l'exercice de la profession de sage-femme a actualisé et élargie les

compétences de la sage-femme. Le Conseil national des accoucheuses a été installé en novembre 1999 et il a travaillé pendant plusieurs années pour adapter la législation à l'évolution de la profession. Il a, fin 2006, par des modifications de l'Arrêté Royal n°78 du 10 novembre 1967 (relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales) proposé : le terme « sage-femme », au lieu de, « accoucheuse », la formation autonome, le droit de prescrire des médicaments, le droit d'aider la femme dans la connaissance et la maîtrise de son périnée, le droit de pratiquer les échographies fonctionnelles. Il a mieux déterminé également ses compétences en autonomie et/en collaboration avec les médecins.

Aujourd'hui, des sages-femmes s'acharnent à rendre l'accouchement plus humain, se battent pour remettre à la femme ce qui lui appartient : son libre droit d'enfanter là où elle se sent avec son bébé dans la meilleure sécurité. Par leur pratique, elles offrent soutien, réconfort, informations (afin que les parents puissent faire des choix éclairés) et humanisation des soins à la femme, au couple qui vient frapper à sa porte. Elles souhaitent d'autre part se réapproprier la physiologie dont elles sont par définition les expertes et exercer pleinement leur rôle.

Ainsi de plus en plus de sages-femmes se tournent vers une pratique indépendante (libérale) : elles travaillent dans leur propre cabinet ou dans des Maisons de Naissance, ceci leur permettant d'avoir une plus grande autonomie et liberté dans leur pratique et de s'adapter aux évolutions sociales. Cependant la majorité des sages-femmes exercent toujours à l'hôpital. En 2010, on dénombre en Suisse 3000 sages-femmes dont 2200 employées en hôpital et 800 indépendantes (soit près de 27%). En Belgique, 80% des suivis de grossesse sont encore assurés par des gynécologues [48]

Les sages-femmes exerçant en Maison de Naissance dans ces deux pays européens ont donc le statut d'indépendante. Leur champ de pratique est alors précisé dans des publications : « *extra-muros* ». L'accouchement à domicile et en Maison de Naissance est une compétence répertoriée dans le Profil professionnel de la sage-femme en Belgique, établi et publié par le Conseil National des Accoucheuses en 2006. En Suisse, des recommandations pour la pratique de ses SFI avaient été rédigées en 1995 par la FSSF (elles sont consultables en annexes).

Leur rémunération se fait sur les bases des prestations remboursées par l'assurance maladie de base⁸:

- Établi par convention avec L'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité = la sécurité sociale belge) pour la Belgique (si la sage-femme est conventionnée, elle est tenue de respecter les honoraires prévus, si elle n'est pas conventionnée, la sage-femme peut libéraliser ses honoraires).

- Établi par convention de la FSSS avec SantéSuisse (association faîtière de la branche de l'assurance-maladie sociale), selon la LaMal (Loi Fédérale sur l'assurance maladie).

Ces SFI souscrivent à l'assurance responsabilité civile et professionnelle. En Suisse, elles sont assurées pour des dommages allant de cinq à dix millions. Le coût de l'assurance est d'environ 650 CHF par année. En Belgique, l'assurance correspond à la catégorie 3 « *Sage-femme indépendante avec accouchements à domicile* » et s'élève à 875 € par an. [49]

2.4. Reconnaissance des Maisons de Naissance par le système de santé

2.4.1. Des soins de santé primaire :

Au sein de leur pays d'implantation, les Maisons de Naissance représentent : « *un service de première ligne* » au Québec, « *une institution de santé primaire* » en Belgique et en Suisse.

Ces deux qualifications rejoignent le concept commun de « soins de santé primaire » dont les principes ont été élaborés dans la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, adoptée par les Etats membres de l'OMS. [50] Considéré à la fois comme un niveau de soins et comme une approche globale de la politique sanitaire et des prestations de services, ses principes sont entre autres : des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, peu coûteuses, scientifiquement valables et

⁸ Cf annexes 5 pour une idée de la tarification

socialement acceptables, qui sont délivrés dans des lieux de premier niveau, considérés comme la « porte d'entrée » du réseau de soins et de services de santé (transfert dans des niveaux supérieurs et plus spécialisés au besoin). Ils associent de plus une action de promotion de la santé et de prévention et reposent sur un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination de l'individu.

L'OMS résume le concept ainsi : « *Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de leur communauté par des moyens acceptables pour eux et à un coût que les communautés et le pays puissent assumer. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté.* ». [51]

Les Maisons de Naissance visent donc à assurer ces soins de santé primaire dans le domaine de la périnatalité.

2.4.2. Prise en charge par l'assurance maladie :

Au Québec tous les coûts des services proposés au sein des Maisons de Naissance (prestations des sages-femmes et frais d'hébergement) sont pris en charge par la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec).

En Belgique, les prestations des sages-femmes sont remboursées par l'INAMI. Si la sage-femme est conventionnée, le remboursement est de 100%, à l'exception des séances de préparation à la naissance qui ne le sont que partiellement.[52]

En Suisse, similairement à la Belgique, l'assurance de base obligatoire prend en charge les prestations des sages-femmes, notons la participation partielle de 100CHF pour les cours de préparation à la naissance.

Toute fois, les frais de fonctionnement des Maisons de naissance (hébergement, électricité, eau, repas, matériel, etc.) s'élevant à plusieurs centaines d'euros (variable selon la Maison de Naissance et la durée du séjour) ne sont pas remboursés par les caisses d'assurance maladie en Belgique et en Suisse. Certaines assurances complémentaires peuvent prendre ces dépenses en charge totalement ou partiellement et des fonds de solidarité peuvent aussi être débloqués pour les personnes n'ayant pas les

moyens de payer ces frais. Mais cela reste bien souvent une somme importante à charge des usagers.

Cependant nous notons une évolution en Suisse, les Maisons de Naissance ont été introduites dans la LaMal suite au vote du 21.09.2007 des Chambres fédérales et peuvent dorénavant figurer sur la liste des hôpitaux, ce qui permettra de fixer des tarifs avec les assureurs maladie et les cantons. La principale conséquence pour les futurs parents est une égalité des participations financières pour toutes les femmes de Suisse qu'elles choisissent de mettre au monde leur enfant dans un hôpital ou une Maison de Naissance. Les cantons ont donc jusqu'en 2012 pour édicter des tarifs et incluent les Maisons de Naissance sur leur liste des hôpitaux. Et Santéuisse (assureurs maladie suisses) doit aussi fixer des tarifs. Les frais du séjour en Maison de Naissance sont encore en négociation.

2.5. Un mot sur l'accouchement à domicile.

Il est important de noter qu'en Belgique et en Suisse l'accouchement à domicile a toujours été pratiqué par les sages-femmes qui ne rencontrent pas de problème pour s'assurer. Le taux tourne autour de 1 à 2 % pour ces deux pays.

Au Québec l'accouchement à domicile, pratiqué illégalement avant la mise en place de projets-pilotes en vue de la légalisation de la profession, n'est autorisé dans la loi que depuis juin 2004 suite à l'adoption du *Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors de l'accouchement à domicile*. Notons que l'obtention d'une entente concernant l'assurance-responsabilité des sages-femmes pour l'accouchement à domicile a rendu cette option enfin applicable en avril 2005. [53]

Ainsi aujourd'hui, la plupart des sages-femmes exerçant au sein d'une Maison de Naissance continuent de donner la possibilité aux femmes d'accoucher à domicile si les conditions sont favorables. Elles sont rémunérées et assurées de la même manière que pour un accouchement en maison de naissance.

Partie 2 : Etude

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Objectifs

Au vu de la non-existence des Maisons de Naissance en France, nous avons décidé de nous tourner vers d'autres pays Francophones : Belgique, Québec, Suisse où ces structures fonctionnent et se développent.

L'objectif de ce mémoire était d'étudier les facteurs impliqués dans la mise en place de Maisons de Naissance et par notre étude les déterminer au niveau local.

Ainsi nous souhaitons repérer les raisons de l'implantation de Maisons de Naissance dans ces pays francophones.

Ce qui nous a intéressé également était de rendre compte des freins et des leviers rencontrés lors de leur mise en place.

Nous voulions aussi essayer de comprendre la philosophie des sages-femmes s'étant lancées dans l'aventure ainsi que la particularité des couples choisissant ce suivi.

Enfin nous voulions connaître l'évolution de ces structures après leur mise en place.

1.2. Méthode

1.2.1. Choix de la population :

Comme nous l'avons vu en première partie, le principal professionnel impliqué dans la mise en place et le fonctionnement des Maisons de Naissance est la sage-femme. Nous avons alors choisi de mener l'étude auprès de sages-femmes ayant vécu la création de leur Maison de Naissance. Elles sont aujourd'hui les sages-femmes responsables, ou les sages-femmes les plus impliquées dans leur Maison de Naissance. Nous trouvons intéressant d'obtenir leur point de vue sur les facteurs impliqués dans la mise en place de ces structures.

1.2.2. Choix de la méthode :

Nous accordons de l'importance à laisser la parole aux sages-femmes pour obtenir des informations plus complètes et personnelles. Nous avons ainsi choisi de mener notre étude de manière qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs avec ces sages-femmes.

Cet outil correspond à notre recherche puisqu'il est ni entièrement ouvert, ni entièrement fermé. Il évite à la fois de censurer les propos de l'interlocuteur, et de s'éloigner du sujet. Il nous semble aussi intéressant car il permet la reformulation des dires de la personne, enrichissant parfois le contenu par la précision ou l'approfondissement de la réflexion.

Cette méthode doit nous permettre de percevoir directement le vécu de ces sages-femmes, unique et riche de ressentis, dont elles pourront faire part librement. Nous avons élaboré un guide d'entretien⁹, comprenant des questions de relance afin de maintenir un cadre lors de l'entretien.

Nous avons choisi d'enregistrer nos entretiens sur dictaphone de façon à être plus libre et plus attentive à la discussion puis de les retranscrire en intégralité par la suite afin de pouvoir les analyser dans leur ensemble.

1.2.3. Terrain d'investigation :

Nous avons dû établir un terrain d'investigation. Notre réflexion s'est portée sur la mise en place des Maisons de Naissance dans les pays Francophones que sont la Belgique, le Québec et la Suisse. Notre choix s'est naturellement porté sur ces trois pays en raison de leur proximité avec la France, proximité à la fois géographique pour les deux pays européens, linguistique et culturelle pour les trois pays, nous souhaitons ainsi voir les variations et ressemblances inter-pays au sujet de l'implantation des Maisons de Naissance. Il semblait alors utile d'avoir un échantillon de sages-femmes dans chacun de ces trois pays. L'objectif principal était de six entretiens. Soit deux dans chaque pays ; pour des raisons d'organisation nous n'avons pu en réaliser que cinq : deux au Québec, deux en Suisse et un en Belgique.

Le recrutement s'est effectué parmi les Maisons de Naissance du Québec, de Belgique et de Suisse francophones. Nous avons contacté plusieurs sages-femmes

⁹ Cf annexe 12 grille d'entretien et annexe 13 entretiens

responsables de Maisons de Naissance par téléphone ou par mail afin de leur demander si elles acceptaient de participer à un entretien dans le cadre de notre travail de fin d'étude portant sur les Maisons de Naissance. La sélection de nos interlocutrices s'est faite suite aux réponses positives de celle-ci.

1.3. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées se situent surtout au niveau de l'organisation de l'étude. Notre choix était de se rendre sur place, afin de rencontrer les sages-femmes dans leur milieu. En effet, quatre des cinq entretiens se sont déroulés au sein même des Maisons de Naissance, un cinquième s'est déroulé pour des raisons pratiques au domicile de la sage-femme, mais nous nous sommes aussi rendue dans sa Maison de Naissance. Ces sages-femmes devant être disponibles pour leurs parturientes au moment de l'accouchement. Nous avons dû repousser un entretien pour cause d'accouchement à venir et une autre sage-femme avait une parturiente en début de travail lors de notre arrivée au rendez vous, nous avons alors rencontré une autre sage-femme qui n'était pas encore en exercice lors de la création de la Maison de Naissance, la sage-femme responsable a cependant pu apporter des précisions lorsque la parturiente est partie déambuler à l'extérieur.

Il y avait également une difficulté dans le fait que l'entretien était une méthode nouvelle pour nous, nous avons donc expérimenté pour la première fois dans le cadre de ce mémoire la réalisation d'une grille d'entretien, la mise en place et la direction d'un entretien ainsi que sa retranscription intégrale. Mais nous nous sommes progressivement familiarisée avec cette méthode.

Il était difficile parfois de savoir comment « recadrer » le discours des sages-femmes qui s'étendaient par moment beaucoup, tout en ne risquant pas de passer à côté d'une affirmation essentielle.

La difficulté était aussi de garder un regard objectif sur ce que les sages-femmes livraient, afin de ne pas influencer leur discours.

2. RESULTATS DES ENTRETIENS

Présentation :

N° ENTRETIEN	Expérience professionnelle des sages-femmes avant mise en place MdN	Année ouverture MdN	Distance MdN-hôpital
E1 Québec	terminait ses études de sages-femmes après avoir exercé la profession d'infirmière en obstétrique en centre hospitalier	2008	env. 150m
E2 Québec	exerçait dans l'illégalité (faute de légalisation de la profession au Québec) et pratiquait les accouchements à domicile	1994	env. 10km
E3 Belgique	avait exercé en hospitalier près de 25 ans, était devenu sage-femme enseignante puis indépendante avec accès à un plateau technique pendant un certain temps	2005	env. 500m
E4 Suisse	a exercé à l'hôpital puis en tant que sage-femme indépendante agréée avec accès à un plateau technique puis indépendante pratiquant l'accouchement à domicile	1999	env. 3km
E5 Suisse	a exercé comme sage-femme hospitalière puis indépendante avec accès à un plateau technique et pratique des accouchements à domicile 2 ^{ème} sage femme présente : a exercé pendant 4 ans en hospitalier après avoir obtenu le diplôme et a rejoint l'équipe de la Maison de Naissance il y a trois ans	1999	env. 20km

Remarques : les sages-femmes rencontrées ont souhaité mettre en place le tutoiement.

2.1. Pourquoi la création d'une Maison de Naissance ?

Nous avons cherché à connaître les facteurs ayant motivé le projet et la création de chacune des Maisons de Naissance. Le facteur principal se trouve être la demande de la population mais nous pouvons aussi noter en parallèle l'existence d'une démarche propre aux sages-femmes.

2.1.1. Répondre à la demande de la population :

Une demande bien présente :

D'après la majorité des sages-femmes rencontrées, l'ouverture des Maisons de Naissance fait suite à une forte demande de la population. Une sage-femme québécoise déclare : *« une demande de la population, des groupes de femmes, des groupes communautaires qui avaient quand même une sensibilité à l'approche sage-femme »* E1/l.42-4. On note alors que la population demandeuse avait connaissance des compétences et du rôle des sages-femmes, ceci se retrouve aussi dans les propos de la sage-femme belge : *«[...] petit à petit on a eu des sollicitations de couples pour être préparé par nous, pour avoir des consultations avec nous et ils étaient assez déçus de ne pas pouvoir accoucher avec nous parce qu'ils savaient qu'on en était capable puisque même à l'hôpital ça nous arrivait de le faire en sécurité donc ils ne comprenaient pas pourquoi. »* E3/l.27-31.

Par ailleurs, au Québec, une Maison de Naissance s'est créée car celle *« qui était là depuis le début des projets pilotes au début des années 90 ne suffisait pas à la demande pour la région »* E1/l.5-6. La sage-femme précise de plus que *« ça fait déjà 10 ans que la population de la ville demandait d'avoir leur service »* E1/l.7-8.

Les couples ont réagi dans un contexte de médicalisation de la naissance, comme le précise la sage-femme belge qui nous parle des gynécologues-obstétriciens qui avaient le monopole des suivis de grossesse et de l'accouchement jusqu'à maintenant, des couples ont recherché le suivi par les sages-femmes ; citons : *« le monde de l'obstétrique est essentiellement aux mains des gynécologues puisqu'en fait, les consultations prénatales dans la grande majorité des hôpitaux depuis des années se font avec des gynécos, les accouchements se font avec des gynécos. C'est vraiment ces dernières années que des consultations prénatales par les sages-femmes se sont ouvertes dans les hôpitaux, dans certains centres de santé, dans les PMI. Même avant ça n'existait pas, même les sages-femmes ne faisaient pas de consultations car il y avait trop de gynécologues en Belgique et ils prenaient tous les postes de consultations et d'accouchements.[...], ça veut dire qu'on a quand même une médecine assez privatisée dans le sens où les gynécos sont appelés pour les accouchements, donc il y a beaucoup d'accouchements provoqués en journée [...]. Tout cela a fait que la médicalisation a été plus grande, plus intensive et que la place de la sage-femme, qui pourtant a des compétences pour tout ce champ professionnel, et bien cette place elle était pas du tout reconnue et pas du tout possible et au fond c'est les gens qui ont cherché à retrouver les sages-femmes.»* E3/p.1

Parfois même, une véritable pression :

Les sages-femmes n'hésitent pas à dire que les couples ont réellement fait pression en précisant que l'idée de départ ne venait pas d'elles en tant que professionnelles, comme si elles n'avaient pas eu vraiment le choix. On retrouve cela dans les propos de deux sages-femmes, l'une belge : « *on a vraiment eu la pression ici. C'est intéressant de savoir aussi que ça n'est pas nous qui nous sommes levées un jour en disant « tiens on va faire les malignes on va faire une Maison de Naissance » c'est pas du tout ça, c'est vraiment un besoin qui se faisait ressentir* » E3/l.69-72 ; et l'autre suisse qui déclare l'avoir fait quand même « *sous la pression populaire* » E4/l.193 : « *ils nous ont poussé un peu, nous on travaillait à l'hôpital comme sage-femme agréées, en France ça correspondait au plateau technique et on faisait des accouchements à domicile, nous ça nous allait très bien. On n'était pas tellement, on se disait que mettre une structure comme ça sur son dos c'était lourd.* » E4/l.185-188,

Diverses manifestations :

Ils se sont exprimés par des manifestations de différentes formes dans ces trois pays : formation de « *groupes d'humanisation de l'accouchement* » E2/l.57, de comité et d'associations d'usagers (parents, futures parents) pour la création d'une Maison de Naissance E2, E3, E4, « *article dans le journal* » E1/l.241, participations au niveau politique : « *les conseils d'administrations de chaque établissement sont publiques, donc l'agence, la grande instance régionale qui dirige où va les sous, a un conseil d'administration tous les mois et il y avait des gens de la population qui étaient présents et qui demandaient donc à quand les services sages-femmes* » E1/l.242-245.

Ce que souhaitaient les femmes/ les couples :

Il s'est créé des coalitions comme l'explique cette sage-femme québécoise, elle fait notamment allusion au groupement Naissance-Renaissance qui rassemblait des groupes d'usagers pour l'humanisation de l'accouchement. Elle nous dit « *en ce temps là, les femmes se battaient beaucoup pour avoir des chambres de naissance dans les hôpitaux, pour avoir la cohabitation mère-bébé dans les hôpitaux, pour avoir la possibilité d'allaiter son bébé à la demande etc. Il y avait dans chaque ville des petits organismes qui sont devenus membres de Naissance Renaissance puis c'est là que provincialement les demandes se sont faites. Mais les demandes viennent vraiment de leur bord ça vient vraiment des femmes.* » E2/l.57.62. Les

couples souhaitaient que leurs besoins, leurs choix et attentes soient respectés, ce qui était difficilement réalisé à l'hôpital.

Ce que recherchaient aussi les couples c'était une continuité avec leur sage-femme qui suivrait la grossesse, l'accouchement et le postnatal dans leur globalité. D'après la sage-femme belge, les couples suivis par les sages-femmes pendant la grossesse bénéficiaient d'une approche « *très physiologique* » et se retrouvaient pour l'accouchement à l'hôpital avec un gynécologue-obstétricien qui « *médicalise vite* » et les couples ne comprenaient pas, selon elle, « *les gens étaient très perdus et ils ont dit « mais on aimerait tellement avancer, on aimerait tellement avoir une continuité, quelque chose où on nous stresse pas comme ça tout de suite »* ».E3/l.84-90.

Les couples voulaient pouvoir se retrouver dans l'intimité comme l'annonce une sage-femme suisse : « *vraiment le souhait des familles d'avoir un lieu en dehors du domicile mais quand même en toute intimité* » E4/l.21-22

2.1.2. Une démarche de sages-femmes

L'ouverture de Maisons de Naissance est liée à une démarche de sage-femme sans qui ces structures ne pourraient exister. Voyons ce qui, en plus de la demande des usagers, a motivé cette démarche.

Un lien avec l'histoire de la profession au Québec :

Il existe un rapport au contexte historique de la profession au Québec. Les sages-femmes exerçaient illégalement et à domicile comme une « *pratique privée* », dont les frais n'étaient pas pris en charge financièrement par l'Assurance maladie et ce jusque dans les années 80, une sage-femme raconte : « *il y avait des femmes qui désiraient quand même accoucher à domicile fait qu'il y avait des sages-femmes hors la loi qui pratiquaient des accouchement à domicile, [...] la réalité c'est que c'était les femmes qui nous payaient donc ce n'était pas un service car ici tous les services de santé sont sous couvert de la RAMQ, donc c'est le gouvernement qui a la prise en charge financière* » E2/l.4-5/l.11-13. Les sages-femmes ont demandé la reconnaissance de leur pratique et les Maisons de Naissance ont fait l'objet de projets-pilotes pour l'expérimentation de la pratique, comme nous précise la sage-femme : « *on voulait offrir comme un lieu alternatif entre le centre hospitalier et le*

domicile. »E2/l.24-25. Ceci avait aussi comme but d'améliorer les conditions de vie de ces sages-femmes, notamment dans le contexte québécois : « on voulait travailler dans une Maison de Naissance et ne plus travailler en pratique privée parce que c'était quand même difficile d'en vivre, on était vraiment sous le seuil de pauvreté et c'était difficile d'avoir un travail à côté à cause des gardes et tout et nous on était seulement que 3 dans la région ce qui fait que si on voulait des congés, des week-ends c'était vraiment difficile. En même temps ça permettait d'améliorer notre qualité de vie le fait d'être regroupées dans un établissement où on offre les services » E2/l.27-33.

Les restructurations hospitalières :

Des sages-femmes des deux pays européens expliquent quelles ont ouvert leur Maison de Naissance suite à :

- La fermeture de plateau technique :

« on a 2 grosses maternités de plus de 1500 accouchements ici dans le [REDACTED], ce sont des maternités où vraiment la médicalisation est quasi routinière. Donc les gens avaient d'autant plus envie d'avoir un lieu et comme nous on ne pouvait pas aller faire les accouchements à l'hôpital, moi j'ai pu pendant un certain temps puis ils ont fermé le plateau technique en disant que ça prenait trop d'ampleur et donc c'est à ce moment là que notre Maison de Naissance s'est créée » E3/l.72-77

- La fermeture de petites maternités.

L'une qui était, citons : « dans ce mouvement là d'offrir des alternatives »E5/l.18, et que la sage-femme compare à la maternité de Pithiviers en France, abritait « une salle d'accouchement en dehors de la maternité mais dans les locaux de l'hôpital qui était gérée par une équipe de sages-femmes indépendantes » E5/l.19-20, cette petite structure a fonctionné comme une « Maison de Naissance hospitalière » et la sage-femme, qui y avait travaillé, nous informe : « quand ça a fermé, tout le monde a ouvert chez elle sa Maison de Naissance » E5/l.42-43.

Un intérêt des sages-femmes pour ces structures :

Nous notons aussi que la création de Maisons de Naissance part aussi de l'intérêt et des connaissances des sages-femmes sur le sujet, notamment sur les expériences étrangères :

«[...] je savais que ça existait, je savais qu'il y en avait au Canada, en Allemagne... Après quand il y a quelque chose que tu aimes et puis qui t'intéresse tu te renseignes. Si tu aimes ton métier et que tu as envie de faire des choses comme ça, bien automatiquement tu vas chercher » E5/l.136-139 ;

« Nous on connaissait le concept à partir du moment où on a mieux connu les maisons de naissance au Québec donc c'est dans les années 95, on a rencontré Isabelle Brabant, on a eu des conférences et tout et c'est vrai qu'elle nous a ouvert vraiment sur ce concept là et on savait que c'était un concept qui était, éventuellement, si on en avait envie, réalisable chez nous. Donc il y a certaines sages-femmes qui s'y sont mises. »E3/l.31-36 ;

« On a pris le modèle des maisons de naissance les Birth Centers aux Etats-Unis et ça fonctionnait super bien il y avait des sages-femmes qui étaient allées visiter et on y croyait vraiment » E2/l.126-128

Des sages-femmes en recherche :

- D'autonomie :

Comme le précise cette sage-femme : « avoir un milieu où la sage-femme, dans toute la physiologie de la chose peut décider elle-même. Donc de ne pas avoir à suivre certain protocoles des médecins » E4/l.32-34.

- D'une place auprès des couples :

« je me souviens qu'on était 10 sages-femmes belges sur un rang dans la salle du congrès à Biarritz et à la fin de l'exposé d'Isabelle Brabant on s'est toutes levées et on s'est dit c'est ça peut être une formule pour nous, pour retrouver notre place au près des couples qui nous le demandent tant puisque dans les hôpitaux on ne nous la laisse pas cette place. Peut-être que s'installer près des hôpitaux et faire une petite institution indépendante... » E2/l.98-103.

- De continuité et de respect :

« beaucoup plus la continuité que je venais chercher à travers ça et c'est le respect de ce qu'ils sont comme personnes » E1/l.341-34, cette même sage-femme témoigne : « J'avais beaucoup de difficultés si tu veux dans le soin traditionnel, de dire : « moi je suis la professionnelle donc je sais ce qu'il y a de mieux pour toi », c'est pas vrai que je sais ce qu'il y a de mieux pour toi, je peux te proposer des choses mais c'est toi qui sais ce qu'il y a de mieux pour toi ; et ça, ça venait me chercher là, pourtant je ne suis pas une grande féministe à le crier sur tous les toits, mais je pense que ça fait partie de l'intégrité humaine et que ça soit une femme ou un homme ou un personne âgée, peu importe, c'est à eux à décider. Ca c'est quelque chose qui était difficile pour moi d'accepter dans les soins traditionnels comme expert on s'impose et parfois on se trompe »

2.2. LE CHEMINEMENT

Nous avons ensuite proposé aux sages-femmes de nous raconter la mise en place de leur Maison de Naissance, leur cheminement du moment de l'élaboration du projet à son début de fonctionnement afin de savoir quelles modalités ont été accomplies, quels ont été les freins rencontrés et les soutiens reçus.

2.2.1. Le projet et le statut de la Maison de Naissance:

Nous remarquons au fil de nos entretiens que l'élaboration d'un projet, à proprement dit, de Maison de Naissance diffère selon le pays.

Une formalité stricte au Québec :

Au Québec, une des sages-femmes rencontrées a présenté son projet dans le cadre des projets pilotes, elle nous dit « *on a écrit un projet et pour qu'un projet de Maison de Naissance, de projet pilote là qu'on appelait dans le temps, soit accepté, il fallait que ça soit présenté au Ministère de la santé via un CLSC* » E2/l.33-35, elle poursuit : « *on est allé voir la directrice du CLSC qui a été emballée par le projet, qui a tenté de convaincre le CMDP : le Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens, qui n'ont pas du tout adhéré mais la directrice a décidé de quand même présenter le projet, même si tout le monde était plus ou moins favorable et le projet a été retenu* » E2/l.40-43.

Notons qu'au moment de l'écriture du projet, la sage-femme nous informe qu'avec ses collègues elles ont « *créé un comité civil* », elle précise : « *avec des usagers et des usagères, l'organisatrice communautaire du CLSC, il y avait une infirmière, un médecin, vraiment quelque chose de multidisciplinaire, mais il y avait un nombre important d'usagers et d'usagères et c'est vraiment ce comité là qui a porté le projet jusqu'à son ouverture* ». E2/l.49-52.

La deuxième sage-femme québécoise, dont la Maison de Naissance est plus récente, avait formé elle aussi « *un petit comité* » E1/l.49 avec des étudiantes sages-femmes (dont elle) et des sages-femmes, elle précise « *on a commencé à écrire quelque chose, de façon bénévole, en dehors de nos heures de travail* »E1/l.50-51, puis elle a envoyé

le projet à « l'Agence » donc le projet a été présenté au niveau régional. Elle raconte : « ça a pris un an avant que la construction se mette en route, que l'on voit un peu quelles structures on voulait avoir, qu'on regarde un peu quel genre de budget on devrait avoir au niveau ministériel, et puis avec le budget voir combien de sages-femmes on va engager » E1/l.57-60.

Concernant le statut des Maisons de Naissance au Québec, « c'est une des installations du service qui est offert par le CSSS » E1/l.103. Ce qui implique l'accord des institutions de santé pour leur ouverture.

Les sages-femmes Québécoises ont attendu l'étude du projet et la validation pour lancer la création de leur Maison de Naissance.

Une formalité moins rigoureuse dans les deux pays européens :

En Belgique un projet n'a pas été nécessairement rédigé et présenté, comme nous le précise la sage-femme : « On a réfléchi à qu'est ce que ça serait une Maison de Naissance en Belgique, comment est-ce que cela serait possible etc. Quelle serait la définition, quel serait ce concept et on a d'ailleurs protégé une définition de Maison de Naissance » E3/l.37-40. Elle nous dit avoir eu le temps de la réflexion, près de dix ans se sont écoulés entre l'idée et la conception de la Maison de Naissance nous retrouvons cela dans ses propos : « on avait eu le temps d'y réfléchir, de se dire on va faire ça en sécurité, on va pas faire n'importe quoi, on va bien surveiller les grossesses, on ne va pas prendre n'importe quelles conditions, on va être très exigeante pour choisir notre population et donc on était bien dans notre base » E3/l.119-122. La sage-femme précise : « on pouvait déjà faire des accouchements partout où sont les femmes. C'est-à-dire qu'il n'y a pas d'indication de lieu. La sage-femme étant compétente pour accompagner la femme pourvu qu'elle soit en bonne santé et que le travail se déroule spontanément et qu'il n'y ait rien de particulier. Et on ne dit pas ça doit être dans un hôpital. C'est marqué nulle part, donc ça peut être à domicile, en Maison de Naissance etc. » E3/l.166-170, elle affirme : « il n'y a pas d'interdiction à ce que ça se fasse et c'est comme ça qu'on a fait. On n'a pas attendu que le ministère de la santé nous le propose. C'est nous qui avons proposé et qui avons dit nous allons commencer » E3/l.250-252, expliquant ainsi la non-nécessité de présenter un projet à des représentants du système de santé. Elle ajoute à ce sujet : « Et au niveau du ministère de la santé dans le dernier profil des compétences c'est bien marqué que les sages-femmes peuvent pratiquer à domicile, en Maison de Naissance, à l'hôpital. » E3/l.170-172.

Seul un dossier a été préparé afin de sensibiliser les gens pouvant apporter une aide à la création de la Maison de Naissance, citons : « un dossier d'une trentaine de pages en disant voila en Belgique qu'est ce que c'est qu'une sage-femme, qu'est ce qu'elle peut faire, quels sont les remboursement des caisses de mutuelles, de quoi on aurait besoin, qu'est ce que c'est qu'une Maison de Naissance, de quoi on aurait besoin pour ouvrir une Maison de Naissance et tout et on a envoyé le dossier à 150 personnes dans la région de [REDACTED], des gens qui avait soit des moyens soit des lieux, des biens, des immeubles ou de l'argent » E3/l.50-56.

Concernant le statut de la Maison de Naissance, rien n'a vraiment été établi, la sage-femme nous annonce : « c'est quand même aussi intéressant de savoir que en tant que tel au ministère de la santé il n'y a pas eu un moment donné un établissement de, ou voila une Maison de Naissance c'est ceci cela. C'est vraiment nous les sages-femmes qui avons profité, je dirais de ce qui existait en Europe, ce qui existait ailleurs pour dire voila ça existe ailleurs, voilà ce que c'est et on a dit au ministère de la santé voilà nous on ouvre des maisons de naissance, [...] on y fera des accouchement plutôt que d'en faire un peu partout en Belgique à domicile et ça sera un lieu, vraiment une institution de santé primaire qui sera tenue par nous et gérée par nous [...] il n'y a pas un statut précis, cela n'empêche qu'ils connaissent notre définition de ce que c'est qu'une Maison de Naissance » E3/l.236-253. Elle conclut : «Donc le statut il n'est pas mis dans une loi voilà une Maison de Naissance c'est ça. On s'est basé sur ce qui existe au niveau national pour faire protéger notre concept des maisons de naissance et nous l'avons soumis au ministère de la santé » E3/l.160-162.

En Suisse, les sages-femmes affirment avoir présenté leur projet à la santé publique qui n'a pas hésité à permettre la mise en place des Maisons de Naissance : « On a établi un projet, on a été voir la santé publique et la santé publique a tout de suite donnée le feu vert » E4/l.166-167, cette sage-femme avait au préalable demandé aux parents intéressés de mettre sur pied une association de soutien, elle justifie : « parce que nous, si 2 sages-femmes s'en vont à la santé publique elles ont peu de voix par rapport à 300 parents qui sont là derrière, c'est des électeurs. Et donc ça, ça a très bien marché » E4/l.172-174. Le temps écoulé entre l'idée et la conception de la Maison de Naissance a été de deux ans pour cette sage-femme.

La deuxième sage-femme n'a pas fait appel à un groupe de parents, elle souligne son indépendance et elle nous précise que la santé publique s'est retrouvé comme devant le fait accompli face aux projets d'ouverture de plusieurs Maisons de Naissance et a du faire des règlements : « vu qu'on était 3 sur le canton à ouvrir en même temps, après on a dit à la santé publique, voilà on a ouvert une Maison de Naissance. Le département de la santé parce que chez nous c'est cantonal. [...] il y a deux, trois lois fédérales mais... Et au

niveau du canton ils se sont retrouvés un peu perplexes parce qu'on avait ouvert, et ils n'avaient pas de règlements pour les maisons de naissance. Ils avaient des règlements pour les hôpitaux, ils avaient des lois et tout puis ils avaient rien qui nous interdisait dans la loi mais ils avaient rien qui nous permettaient non plus alors ils ont du faire des règlements » E5/l.156-162, selon les dire de la sage-femme, la santé publique a mis 4 ans pour établir ses règlements mais les Maisons de Naissance fonctionnaient déjà pendant cette période. Notons qu'il existait déjà un genre de tendance en Suisse comme nous livre notre interlocutrice : « il y a avait un espèce de mouvement, il y avait des sages-femmes qui accouchaient chez elles leur patientes. Mais depuis longtemps ». E5/l.26-27.

Une des sages-femmes nous dit qu'il était nécessaire de respecter quelques normes établies par la santé publique : « être à 5 à 10 minutes de l'hôpital cantonal, travailler avec les acquis de l'obstétrique moderne entre autre c'était la table de réanimation et le monitoring et nettoyer les surfaces avec un produit anti HIV. C'était les seules consignes particulières. » E4/l.204-207.

Le statut des Maisons de Naissance en Suisse est décrit comme tel par une des sages-femmes : « c'est un établissement sanitaire apparenté de droit privé » E5/l.340.

2.2.2. Les freins, les difficultés

Au cours de nos entretiens, nous avons pu mettre en évidence des principaux freins, principales difficultés rencontrés par les sages-femmes lors de la mise en place de leur Maison de Naissance. Ceux-ci se situant surtout au niveau de la réponse du corps médical et de la logistique.

Levée de bouclier du corps médical :

Les sages-femmes font allusion aux réticences du corps médical, en particulier des médecins gynécologues-obstétriciens mais parfois aussi d'autres professionnels qui acceptent difficilement l'implantation des Maisons de Naissance.

Des réticences et des confrontations :

Les sages-femmes se sont retrouvées confrontées aux réactions des médecins qui exprimaient des réticences quant à l'ouverture et au fonctionnement des Maisons de

Naissance. L'une nous confie : « *Le principal obstacle c'était l'agressivité de certains gynécologues* » E3/l.128

La confrontation s'est fait ressentir lors des conseils multidisciplinaires ayant pour but d'approuver les procédures cliniques au Québec, la sage-femme affirme : « *Au début ça a été difficile parce qu'il y avait beaucoup de confrontation de valeurs, des confrontations sur la pratique parce que là on discutait vraiment, [...] parce que bon les sages-femmes ont tendance peut-être à être un petit peu plus alternatives, laisser un peu plus le temps faire, faire moins d'interventions* » E2/l.77-82.

Les médecins refusaient au départ de collaborer comme le montre ces propos : « *il y a eu des articles dans les journaux, dans les journaux nationaux, pour dire voilà il y a une Maison de Naissance qui va s'ouvrir et très vite les médecins nous ont vraiment mis la pression en nous disant « mais vous êtes folles, on ne collaborera jamais avec vous etc. »* » E3/l.114-117.

Lors des demandes d'ententes notamment concernant les transferts, les médecins ont fait résistance, cette sage-femme nous l'affirme : « *il a fallu négocier les protocoles pour les transferts : transferts de soins en prénatal, pernatal ou postnatal, en pernatal et en postnatal c'est sûr ça veut dire centre hospitalier et là il y avait beaucoup de résistance de la part des médecins.* » E2/l.88-91.

Une sage-femme québécoise dénonce un problème d'ordre politique et annonce : « *il y avait un ministre associé qui avait mis la condition que pour qu'on ait le financement finalement publique pour ouvrir une Maison de Naissance à Québec, il fallait qu'on signe une entente avec les médecins pour nos histoires de transferts et de consultations. Il savait très bien que les médecins ici ce n'est pas toujours évident ce qui fait que lui il se disait bon, ce n'est pas sûr que ça fonctionne...* » E1/l.21-25. Sans accord de collaboration de la part des médecins cette Maison de Naissance québécoise ne pouvait ouvrir.

Une sage-femme déclare : « *Les gynécologues ont très mal vu notre arrivée sur la place publique et les pédiatres aussi* » E4/l.154-155. Suite à l'annonce de l'ouverture de la Maison de Naissance et son acceptation par la Santé Publique, la sage-femme nous informe « *il y a eu un tollé général du côté de la société de gynécologie-obstétrique et de la société pédiatrique* » E4/l.167-168. Elle précise aussi qu'elle et sa collègue ont du accepter des accords avec ces médecins : « *on a du accepter que les enfants soient vu par des pédiatres dans les 24 heures qui suivent la naissance [...] on a du accepter que les femmes déposent un dossier à l'hôpital cantonal pour éventuellement si il y avait un transfert* » E4/l.157-161.

Les médecins s'imaginaient des situations graves comme nous annonce cette sage-femme : « *les gynécologues qui nous disaient « vous allez nous amener des femmes qui saignent et des bébés inanimés »* » E3/l.535-536. Ce qui renforçait leur réticence.

Ces réactions ont mené à des conflits entre ces sages-femmes et certains médecins. L'une d'entre elles en reste d'ailleurs marquée: « [...] *c'était très lourd. On a eu des attaques pour nous faire fermer* » E4/l.163, elle raconte : « *l'Etat a établi ici une commission de surveillance des professions de santé et de droits des patients, et alors les médecins se servaient de cette commission pour nous attaquer. Alors on a dû défendre une dizaine de dossiers avec [REDACTED] et c'était tous sur des histoires de transferts et d'ailleurs c'est pour ça qu'on en reste traumatisée. [...] ils ont arrêté de nous menacer parce qu'ils ont perdu à chaque fois leurs attaques, à chaque fois on était blanchi et la commission a dit si vous continuez à attaquer les sages-femmes, le prochain coup c'est vous qui payez les frais de justice* » E4/l.256-254. Elle donne cette image un peu plus tard dans l'entretien : « *on avait un groupe de 6 ou 7 médecins devant nous et la sage-femme chef en plus et qui nous descendaient, c'est comme si on était des cibles avec des fléchettes* » E4/l.272-273.

De la méconnaissance aux aprioris :

Nous relevons dans les propos de sages-femmes, l'existence d'une méconnaissance des médecins concernant la pratique engendrant de leur part des aprioris négatifs et des préjugés : « *il y en avait vraiment beaucoup de méconnaissance, on s'imaginait vraiment la sage-femme qui n'utilisait pas la technologie qui connaissait pas les urgences, qui était à peu près pas formée* » E2/l.92-94. Elle souligne leur non-volonté de s'informer : « [...] *ils ne veulent surtout pas s'informer de tout ça et il y a beaucoup de résistance* » E2/l.98-99.

Une autre sage-femme évoque l'existence de malentendus : « *il y a certains malentendus peut-être ou plutôt des préjugés aussi de la part des médecins* » E4/l.107-109.

Alors qu'elle travaillait encore sur l'hôpital tout en ayant le projet d'ouverture de sa Maison de Naissance, la sage-femme belge nous raconte un incident : « *le matin même un journal annonçait l'ouverture de notre Maison de Naissance, le médecin m'a fait sortir de la salle d'accouchement, j'étais prof à l'époque avec mes étudiants et il m'a dit « tu sors de la chambre, je ne veux plus te voir parce que tu es dangereuse* » ». E3/l.122-124. Le terme de « *dangereuse* » revient aussi dans les dires de cette sage-femme suisse : « *on était plus regardé comme des alternatifs, je dirais, des dangereuses, des inconscientes* » E4/l.274-275.

C'est cette représentation négative de ces sages-femmes qu'avaient de nombreux professionnels appartenant au corps médical.

Des difficultés au niveau logistique :

Trouver un lieu :

Plusieurs des sages-femmes déplorent les difficultés rencontrées dans la recherche d'un lieu :

« je crois qu'on a visité au moins une cinquantaine de bâtiments et puis à chaque fois c'était non, non, non, non, partout ça n'allait nul part et puis en fin de compte on était prêt à vendre tout le matériel, parce qu'on avait acheté du matériel d'une clinique de la ville qui a fermé [...] » E4/l.194-197.

« Mon plus gros problème, j'ai mis une année à trouver des locaux [...] » E5/l.142

« Ca a pris 1 an avant qu'on ouvre, d'abord il a fallu trouver une bâtisse, ce qui a pas été chose facile parce qu'il fallait une grande bâtisse, on ne pouvait pas acheter il fallait louer, mais on avait un budget de rénovation » E2/l.66-68

En effet le lieu devait répondre à certains critères comme le précise cette sage-femme : *« on a beaucoup prospecté parce qu'il faut des lieux où l'on se trouve, il faut que ça puisse aller avec l'ambulance, il ne faut pas être au 4^{ème} étage d'un bâtiment sans ascenseur ce n'est pas possible et même un ascenseur il faut qu'il soit suffisamment grand, que tu puisses mettre quelqu'un, enfin tu vois. Il y a quand même des conditions minimum pour pouvoir avoir quelqu'un dans une Maison de Naissance » E5/l.150-154.*

Une des sages-femmes a hésité à ouvrir sa Maison de Naissance à proximité du centre hospitalier universitaire de la ville la plus proche, mais a finalement établi sa Maison de Naissance dans une plus petite ville à 20 minutes d'un hôpital, elle se justifie : *« il y avait des collègues qui comme moi faisaient des accouchements à domicile, qui comme moi ne voulaient pas avoir plus de travail, donc si tu te mets ensemble pour gérer une Maison de Naissance que tu ouvres dans une grande ville on allait doubler notre nombre de patientes et on ne voulait pas ça » E5/l.55-58.*

Une des sages-femmes québécoises dont la Maison de Naissance a été construite de toute pièce s'est retrouvée avec des retards dans la construction, perturbant ainsi sa mise en fonctionnement.

L'organisation :

La mise en place des Maisons de Naissance a suscité chez certaines sages-femmes des questionnements concernant l'organisation : une sage-femme donne l'exemple du tri des déchets : « *au moment où tu crées une Maison de Naissance, tu crées un établissement public et puis du moment que tu crées un établissement public tu es soumis à certaines lois, par exemple tout ce qui est élimination des déchets, tri des déchets etc., tu mets où ton petit placenta ?* » E5/l.240-243 ; une autre nous expose le problème de la gestion des repas pour les occupants de la Maison de Naissance, ainsi que l'achat du matériel : « *comment on va s'assurer que la nourriture ici pour les parents... je ne peux pas avoir un service de cafétéria, je ne peux pas avoir un service de livraison tous les jours parce que ça se peut que je n'ai pas de naissance mais ça se peut que j'en ai plusieurs et on ne peut pas gérer la nourriture, donc comment on organise ça ? C'est plein de petits détails comme ça là. Les instruments et tout le matériel à commander, quand t'es clinicienne et que tu les utilises ou que là t'es responsable de les acheter ce n'est pas pareil, fait que là !* » E1/l.172-178.

Pour l'une des sages-femmes, la Maison de Naissance a commencé à recevoir la clientèle avant que tout soit organisé, elle reconnaît que cela a été un peu une erreur : « *c'est pas facile, faut que tu fasses ton magasinage, faut que tu t'installes, puis en même temps tu commences à avoir ta clientèle, les accouchements, les nuits blanches, et ça nous a épuisé beaucoup, beaucoup. [...] Si une autre Maison de Naissance devait se créer on essayera de faire autrement, pour que quand tu t'installes tu aies 4 à 6 mois où tu ne fais que t'installer et t'organiser, c'est juste dans la façon de travailler* ». E1/l.286-291.

2.2.3. Les leviers, les soutiens

Financier :

Des sages-femmes ont pu bénéficier d'une aide financière, précisons que cela n'a pas été le cas pour toutes.

Au Québec, les Maisons de Naissance faisant partie des services de santé proposés au sein de CSSS, c'est le ministère de la santé qui a fourni la totalité du budget : « *j'ai vraiment eu le budget sans problème* » E1/l.201 nous confirme la sage-femme.

En Belgique, la sage-femme a pu bénéficier d'une petite aide ministérielle ainsi que des dons : « *On a eu une aide du ministère de la santé pour créer notre Maison de Naissance on a eu un petit subside et tout ça a fait que avec certains petits dons, de l'aide de*

couples qui sont venus nous aider à repeindre etc. on a pu vraiment arranger cette maison en Maison de Naissance » E2/l.63-66.

En Suisse, une sage-femme nous précise que l'association de parent a acheté l'ordinateur et le monitoring.

Le fait d'être connue :

Plusieurs sages-femmes expliquent avoir trouvé une aide dans le fait qu'elles soient connues, soit par les autres professionnels médicaux avec lesquels elles avaient travaillé avant d'ouvrir leur Maison de Naissance, soit au niveau d'instances du système de santé.

En parlant de l'équipe de gynécologue de l'hôpital où elle transfère une sage-femme nous affirme : *« cela m'a aidé d'avoir notre Maison de Naissance à 500m de l'hôpital où j'ai fait 15 ans de nuit et où j'étais 15 ans comme prof donc ça veut dire quand même que ça fait une trentaine d'années que je connais l'équipe des gynécos et ils ont bien vu que je ne faisais pas n'importe quoi » E3/l.130-132* elle ajoute avoir trouvé du soutien aussi dans l'équipe de sage-femme de l'hôpital : *« parce qu'elles ont bien vu qu'on travaillait correctement ensemble et que ce n'était pas parce qu'on quittait leurs murs que l'on allait faire n'importe quoi » E3/l.189-191.* Ceci a facilité la collaboration notamment concernant les transferts.

Cette même sage-femme nous dit être dans la défense de la profession depuis très longtemps en étant représentante au niveau du ministère de la santé et sa collègue représentante au niveau des caisses de mutuelle ce qui a favorisé les échanges aux sujet des Maisons de Naissance : *« du coup c'est des choses dont on peut parler calmement et en connaissance de cause » E3/l.195.*

Nous faisons le même constat dans les propos d'une autre sage-femme *« moi je faisais des accouchements à domicile et j'avais la présidence des sages-femmes du canton pendant longtemps et puis en même temps on a beaucoup travaillé avec les médecins et les pédiatres et moi si tu veux au coup par coup j'ai réussi à travailler avec les médecins pour qu'ils aient confiance en moi, que dans les transferts ça se passe bien, et puis pour moi ça c'était l'enjeu.[...], tu arrives à un moment donné où tu es connue dans la région » E5/l.190-197.*

Une troisième sage-femme souligne aussi le fait d'être mieux considérée grâce à son ancienneté dans le milieu hospitalier : *« Je suis chanceuse parce que comme je viens du*

milieu hospitalier, tu sais dans mon ancienne vie professionnelle, donc ils me connaissent comme personne, que je n'étais pas farfelue [...] ça a été un peu plus facile » E1/l.222-226.

Une dernière sage-femme nous confie avoir pu se faire connaître par différents moyens: *« on a fait des conférences de presses, plein de trucs [...] pour convaincre les gens dans la région ça c'est petit à petit en s'impliquant dans des comités, en allant dans des colloques, quand il y a des expositions ou des thématiques sur la santé [...], rencontrer les gens qui suivait les rencontres prénatales, après ça a été comme un coup de promotion, on a fait des petits feuillets et on a mis ça partout dans les pharmacies, les organismes communautaires » E2/l.128-135 ; « on a fait un grand plan de communication, dès la première année on a quand même eu 100 clientes qui ont accouché ici. » E2/l.137-138*

Détermination des sages-femmes et soutiens entre sages-femmes :

On note une détermination chez les sages-femmes : *« je ne me considérais pas du tout comme quelqu'un de dangereux, je ne me laissais pas déstabiliser, [...] il y avait pas de soucis, je savais que j'étais droit dans mes bottes et qu'on allait ouvrir une Maison de Naissance et qu'on n'allait pas faire des sièges, des jumeaux et des prémas. C'était vraiment quelque chose de très clair pour moi et ça, ça nous a aidé. » E2/l.124-128*

Une de nos interlocutrices nous fait part de l'état d'esprit qui leur a permis de faire face aux réticences des médecins: *« la passion, la patience, je pense qu'il faut rester calme il faut discuter, apporter les nouveaux points de vue, il ne faut pas s'engager dans une guerre » E2/l.105-106.*

L'entourage professionnel était là pour soutenir, notamment les autres sages-femmes des Maisons de Naissance en fonctionnement ou en création. A la question des soutiens, une sage-femme répond : *« par mes collègues des autres maisons de naissance » E1/l.209, une autre nous affirme : « tu vois on a chacune crée en même temps [...].Donc on se voyait beaucoup, on partageait entre nous mais on était quand même à plusieurs kilomètres. » E5/l.174-175. Cette même observation retrouvée dans les propos de cette interlocutrice : «[...] comme sage-femme on s'est tenue debout, on est un groupe vraiment unique et solidaire, je pense que ça a aidé beaucoup et on y croyait vraiment. » E2/l.124-126.*

Soutien de l'entourage proche :

Un soutien de l'entourage proche est rapidement évoqué par quelques sages-femmes : l'une nous précise notamment : *« mon mari, dans le sens où il était d'accord »* E5/l.277.

Soutien des usagers

Plusieurs sages-femmes témoignent du soutien apporté par les usagers. Lors de notre questionnement sur les soutiens cette sage-femme répond : *« Par les parents beaucoup »* E3/l.188

Il s'agit d'un soutien ayant de l'importance comme nous l'affirme cette seconde sage-femme : *« il y a eu certains parents qui ont dit bien nous on peut vous soutenir, ça c'était absolument indispensable pour commencer »* E4/l.6-7. Nous obtenons ces précisions : *« ce n'était pas un soutien financier, c'était un soutien plutôt moral. Voilà et ils ont fait beaucoup de démarche au niveau des caisses maladie »* E4/l.215-216.

Des couples se sont mobilisés comme nous le raconte cette autre sage-femme : *« Les femmes nous ont beaucoup supportées, des fois on faisait des genres de petites manifestations et on demandait aux femmes d'envoyer des fax [...] au même moment au ministère de la santé, fait qu'à ce moment là le ministre était inondé de fax de demande de femme, ça a aidé beaucoup »* E2/l.120-124.

Autres soutiens :

D'autres soutiens sont évoqués comme l'ouverture, et l'intérêt des gens pour la mise en place de Maison de Naissance : *« On a été très chanceuse dans notre cheminement parce que le monsieur qui a eu le dossier à l'agence il était très favorable aux services sages-femmes. J'ai travaillé vraiment de très près avec lui et lui il a poussé le projet vraiment beaucoup »* E1/l.16-18.

2.3. Caractéristiques propres aux sages-femmes impliquées dans la mise en place de Maisons de Naissance :

Lors de nos entretiens, nous avons pu relever des caractéristiques propres et communes aux sages-femmes impliquées dans la mise en place de leur Maison de Naissance.

2.3.1. Une philosophie :

Ces sages-femmes expriment la volonté de travailler selon une certaine philosophie qu'elles nous exposent ainsi :

La sage-femme « gardienne du normal » :

Des sages-femmes soulignent dans un premier temps que leur champs de compétence s'articule autour de la « normalité », du physiologique :

« Comme sage-femme en tout cas au Québec, on s'occupe du normal, pour nous toute grossesse est normale jusqu'à preuve du contraire, parce que les femmes sont enceintes et accouchent depuis le monde des mondes, c'est pas vrai qu'on avait la technologie dans ce temps là, on avait aussi une mortalité et morbidité maternelle et infantile qui était élevée, mais il y avait une histoire des infections qui rentre là dedans aussi » E1/l.298-302.

« on suit les grossesses qui sont normales, on transfère vers un médecin ou en consultation dépendamment du cas. » E2/l.191-192.

« la sage-femme est la gardienne du normal, elle doit essayer de garder la grossesse, l'accouchement, le postnatal dans vraiment le normal » E2/l.217-219

Le respect des souhaits des femmes/couples :

Elles affirment l'importance du respect des choix et des attentes des femmes/couples. Une sage-femme déclare : *« La philosophie c'est de respecter toute la dignité de la femme, de l'enfant et du père et de les accompagner pendant la grossesse, de préparer bien la naissance et de respecter vraiment leur rythme dans tout ça. » E4/l.58-60*

C'est sur ce respect que se base leur pratique, comme l'exprime cette autre interlocutrice : *« c'est le choix de la clientèle qui veut avoir une expérience différente avec des intervenants qui ont une pratique différente, une philosophie différente de ce qui est fait dans le système, c'est vraiment sur cette base là qu'on base notre pratique »* E1/l.303-306. Elle poursuit en précisant son rôle : *« C'est de permettre aux femmes de vivre l'expérience qu'elles souhaitent vivre puis de leur donner les conditions pour leur permettre d'y arriver »* E1/l.315-317.

Laisser faire, informer et agir quand c'est nécessaire :

Les sages-femmes insistent sur leur rôle d'accompagnement qui devance l'intervention. Une de nos interlocutrice l'exprime ainsi : *« je suis assez la partisane du « on ne fait rien et on fait ce qu'il faut », on laisse les choses se faire et on surveille qu'elles se fassent bien, et moins on intervient, mieux ça va »* E5/l.420-421.

Elles sont présentes et par leur fonction d'expert et veillent au déroulement physiologique des différentes étapes de la maternité, cette sage-femme explique : *« le rôle de la sage-femme c'est vraiment un support, un accompagnement et en même temps c'est quelqu'un qui a un regard au niveau technique aussi, parce qu'il faut prévenir, surtout qu'on est hors centre hospitalier, il faut voir venir les variations de normal et décider le moment opportun où l'on doit transférer pour aller chercher une aide supplémentaire. »* E2/l.232-235

Elles prennent le temps d'expliquer et de donner l'information aux femmes, aux couples afin de leur permettre un choix éclairé, tout en étant prête à les guider lorsque cela s'avère nécessaire. Nous retrouvons cela dans les propos de cette sage-femme : *« On base notre pratique sur le fait que finalement ces parents là sont des gens intelligents qui sont capables de prendre une décision éclairée, donc il faut juste leur donner l'information, fait que moi comme expert c'est à moi de savoir qu'est ce qui est pertinent de leur dire et de leur donner le plus objectivement possible et de les soutenir dans cette décision là . Et parfois [...] d'en prendre un peu plus la responsabilité parce que tu sens que le couple n'est pas prêt à la prendre cette responsabilité là »* E1/l.324-331

La continuité et l'accompagnement global :

Les sages-femmes suivent leurs patientes/clientes dans un principe de continuité, ces dernières ont à faire aux mêmes professionnelles à tous les stades du processus de maternité : grossesse, accouchement, post-partum.

Elles pratiquent ainsi l'accompagnement global, cette interlocutrice nous en expose le principe : *« c'est vraiment l'accompagnement global en renforçant la confiance des mères des couples et des bébés, chacun dans leurs compétences, en approchant la grossesse avec le plus d'écoute possible, de prendre du temps avec les gens de renforcer leur confiance en eux, leur intuition, leurs souhaits, leurs rêves [...] C'est vraiment d'être le plus proche possible avec notre côté médical qui permet justement de bien cibler : bien oui là on est dans la physiologie, ou là on n'est pas dans la physiologie » E3/l.421-427.*

Tenir compte des conditions favorables pour la naissance :

Une sage-femme nous fait part de l'intention qu'elle porte envers la création d'un environnement favorisant la naissance : *« c'est un peu à contre courant dans un temps moderne de vouloir passer à travers une expérience douloureuse, mais ça a tous les avantages aussi. C'est un peu ça, il y a différentes choses pendant un accouchement, oui il y a la douleur mais aussi le fait de se mettre dans un contexte, dans un environnement qui va favoriser ses instincts maternels, vraiment à elle, un peu comme la cliente cette semaine qui bougeait de façon instinctive c'est pas facile dans un milieu traditionnel où tout est rigide, où tu as des quarts de travail, où juste la luminosité est agressive, où tu as un roulement du personnel très constant, tu ne peux pas te permettre ça, alors que dans la situation où on est c'est beaucoup plus favorisant » E1/l.307-315*

2.3.2. Des sages-femmes ayant de l'expérience :

Les sages-femmes rencontrées avaient toutes de l'expérience professionnelle avant de s'engager dans la mise en place de leur Maison de Naissance.

La plus jeune sage-femme rencontrée dans une des Maisons de Naissance suisses savait déjà au moment de ses études qu'elle voulait travailler comme indépendante en Maison de Naissance et elle nous confie : *« c'était très difficile de tenir ce moment d'études en fait et après j'ai quand même fait face à la grande responsabilité j'ai quand même réfléchi et je me suis dit bien il faut déjà avoir un peu de routine, apprendre à faire. Donc du coup j'ai été quand même 4 ans et demi à l'hôpital » E4/l.68-71.*

D'autres sages-femmes soutiennent qu'il est préférable d'avoir l'expérience avant de pratiquer en extra-hospitalier, notamment au sein des Maisons de Naissance.

Voici les propos d'une de l'une d'entre elles : « *Au niveau du médico-légal, ça reste qu'on se rend compte nous en tant que sages-femmes qu'il faut quand même avoir de la bouteille* » E3/l.285-286. Elle poursuit avec insistance : « *C'est quand même important de se mettre aussi dans les situations, dans l'état d'esprit où il faut du bagou, il faut de l'expérience, il faut de la rigueur, beaucoup de rigueur, il faut bien connaître la limite et beaucoup d'humilité : dire écoute là maintenant on sort de mes limites professionnelles et on transfère quitte à ce que tout se passe très bien à l'hôpital et qu'on se dise que tu aurais pu rester parce que la femme accouche vite et bien mais là c'est pas 100% normal* » E3/l.295-300.

Cette sage-femme ajoute : « *On ne vient pas travailler..., on ne devient pas première sage-femme en Maison de Naissance parce qu'on a un diplôme. C'est tout un cheminement, c'est tout un sens clinique, c'est tout une expérience auprès des couples et des bébés* » E3/l.442-445

Une autre interlocutrice souligne notamment l'importance de l'expérience de l'accouchement à domicile : « *pour moi c'est un peu essentiel, je trouve un peu dangereux de ne pas avoir l'expérience de l'accouchement à domicile quand on ouvre une Maison de Naissance. Parce que je pense que c'est plus difficile la Maison de Naissance en terme de responsabilité que le domicile* » E5/l.9-12.

2.3.3. Spécificité des conditions de travail :

La disponibilité

Des sages-femmes soulignent ce trait de la profession au sein d'une Maison de Naissance :

L'une de nos interlocutrices exprime l'importance de la disponibilité qu'elle offre aux patientes : « *elles ont nos jours de garde, de jour comme de nuit, elles peuvent toujours nous appeler, si elles ont un souci, une inquiétude, un bébé qui bouge moins, quelques choses qui leur parle en particulier. Cette disponibilité est pour moi un grand secret de l'approche ici. [...] c'est vraiment très riche je pense [...] d'avoir si vite quelqu'un qui les connaît, qui connaît leur situation, qui connaît leur dossier et qui connaît quand même le monde de la naissance et de la grossesse et qui peut vraiment leur donner une réponse fiable* » E3/l.391-399.

Une autre nous présente ce qu'implique cette disponibilité : « *tu pars en vacances, tu fais des trucs que quand tu n'as pas d'accouchements prévus et puis pour nous un*

accouchement c'est trois semaines avant et deux semaines après, ce que l'on bloque dans l'agenda. Donc même si tu acceptes que 20 dames par année, 20 fois dans l'année tu bloque 3 semaines avant et 2 semaines après, les petits trous entre deux ils ne sont pas énormes. Donc il faut aussi avoir une famille qui suit ce genre de trucs et qui sont d'accord. » E5/l.177-182.

Cette sage-femme nous avait auparavant souligné qu'elle et ses collègues travaillent « à la patiente », elle affirme : « moi je ne suis pas d'accord d'avoir une Maison de Naissance qui fonctionne comme un hôpital [...]. On travaille quand les patientes ont besoin de nous et quand on n'a pas de patiente bien on ne travaille pas et puis on a congé.» E5/l.128-130.

Une part de bénévolat :

Des sages-femmes indépendantes (donc des pays européens) évoquent en plus de la disponibilité, un part de bénévolat inévitable : « l'indépendant il a une part de bénévolat qu'il fait quand il fait du bureau, quand tu répons au téléphone et tout ça » E5/l.121-122.

La rémunération :

Les sages-femmes européennes étant indépendantes, elles nous confient avoir une rémunération moins élevée que lorsqu'elles travaillaient en hospitalier, surtout qu'elles ont souvent investi financièrement pour la création de leur Maison de Naissance, mais elles affirment pouvoir vivre convenablement.

« moi je trouve qu'on gagne parfaitement notre vie, mais après c'est un investissement » E5/l.286-287.

Précisons que ces sages-femmes des deux pays européens travaillant en Maison de Naissance, par leur fonction d'indépendante, font aussi si elles le veulent, des suivis de grossesse à risque, des cours de préparation à la naissance, des visites du post-partum, de la rééducation périnéale, etc. : « moi je suis généraliste [rire]. Justement moi je n'ai pas envie de me cantonner et de faire que de la Maison de Naissance tu vois » E5/l.389-390. Permettant ainsi une rémunération convenable.

L'assurance professionnelle :

Selon la totalité des sages-femmes, les assurances sont facilement accessibles notamment au niveau des coûts. Les sages-femmes indépendantes nous disent la rentabiliser avec la rémunération d'un accouchement.

2.3.4. Des sages-femmes engagées :

Des sages-femmes se disent engagées lors des décisions touchant à la périnatalité. Notamment concernant la révision de loi comme l'explique cette interlocutrice : *« avec l'Etat il faut être là, il y a eu une révision de la loi au niveau du canton sur la santé publique et bien il faut être là si on veut que les maisons de naissance soient citées dedans »* E5/l.321-323.

Concernant la mise en place de recommandations nationales sur les pratiques obstétricales : *« c'est quand même intéressant d'être aussi là où les choses se décident et pas simplement faire notre petite tambouille, notre petit coin en cachette. Non, non, non, non, on en parle, on n'a pas peur de dire bien voila ce qu'on fait »* E3/l.214-216.

2.3.5. Une formation continue et une pratique basée sur les données probantes de la science :

Les sages-femmes disent se former continuellement : *« j'essaye régulièrement de faire des cours de la formation continue, je vais à tous les colloques pour savoir ce qui se passe parce que régulièrement il y a des choses qui changent »* E5/l.398-400.

Elles pratiquent selon les données probantes de la science, l'une affirme : *« On connaît les normes de pratiques obstétricales, on suit les normes canadiennes qui sont calquées américaines aussi, [...] les normes de pratiques sont basées vraiment sur les données probantes »* E1/l.320-323 ; une autre dit aussi : *« nous on se base beaucoup sur l'évidence based medicine, dans tout nos domaines de travail : pendant les consultations prénatales, pendant le travail, l'accouchement et le post-partum. Ca veut dire qu'on se base sur des gens qui sont bien plus savants que nous, qui ont dit que ça c'est des données vraiment valables »* E3/l.382-386.

Elles sont par conséquent moins interventionnistes, ce qu'affirme cette sage-femme dans ses propos : « *on se rend compte que quand on n'intervient pas dans le processus, c'est le meilleur moyen de ne pas mettre en route plein d'instrumentation et de médicalisation. C'est l'effet domino, on essaye de ne pas toucher au premier domino...* » E3/l.304-306

2.3.6. Passer le relais lors des transferts

Concernant les transferts, les sages-femmes expliquent aller dans le sens des médecins, elles soulignent l'importance de respecter la prise en charge hospitalière médicale et ce même si elles n'auraient pas fait de la même manière.

*« il faut faire de temps en temps passer les intérêts de la patiente après, enfin tu vois, et moi j'ai toujours été très clair, moi j'ai travaillé à l'hôpital, je sais ce que c'est que les impératifs de l'hôpital, donc à un moment donné il faut te dire c'est eux qui décident, maintenant on est chez eux, c'est eux qui ont le pouvoir et moi je dois défendre face à la patiente ce qu'ils font, même si je ne suis pas toujours d'accord et que je n'aurais pas fait les choses exactement comme ça [...] ils ne peuvent pas à la fois récupérer la pathologie et puis en plus travailler comme nous. Ils sont dans d'autres circonstances »*E5/l.214-221.

Voici ce que répondait aux médecins qui doutaient sur la capacité des sages-femmes à ne pas prendre part dans leurs décisions : « *mais attendez si on vous transfère une femme chez vous, c'est parce que on a besoin de vous en tant que médecin, si c'est pour faire la même chose que nous on la garde chez nous. Donc c'est clair que vous prenez le relais et voilà* » E3/l.143-14

2.4. Caractéristiques propres aux femmes/couples qui se tournent vers un suivi en Maison de Naissance

Les éléments évoqués lors des entretiens nous permettent de les classer en deux populations : l'une typique et l'autre atypique.

2.4.1. Une population typique

Dans leurs propos, les sages-femmes font dans un premier temps allusion à une population typique. Il s'agit d'une part de femmes/couples assez « écolos », « bio », « nature » : « on a beaucoup de femmes qui sont peut-être encore plus liées à la nature, peut-être qui sont paysans, qui ont choisi d'habiter un peu en dehors pour justement élever leurs enfants plus naturel, qui choisissent et qui ont vraiment les idées très claires de pourquoi venir ici » E4/l.89-92 ; mais d'autre part nous apprenons que les Maisons de Naissance attirent aussi des personnes plus classiques comme l'affirme ces trois sages-femmes :

« Il y la femme super écolo qui ne veut pas de médicament, mais il n'y a pas que ça, il y a des gens tout à fait standard, des gens qui ont même rien contre l'hôpital tout ça, mais qui veulent juste vivre en couple et ne pas être séparés par exemple, mais c'est des gens qui de principe pensent, qu'ils donnent confiance en eux, disent qu'ils n'auront pas de problème, ça va bien aller » E5/l.481-485.

« je pense qu'avant on avait des gens surtout très écolos, et puis maintenant on a plus forcément ces gens là » E5/l.506-507.

« on a pas que des poilues comme disent certaines, des écolos bio machin, enfin voilà on a des gens tout à fait classiques » E3/l.479-480

Les sages femmes évoquent des caractéristiques communes à ces usagers représentant ainsi une population typique à un suivi en Maison de Naissance.

Des personnes en bonne santé, pas trop dans la médicalisation, ayant une bonne qualité de vie

Une interlocutrice décrit ces usagers comme tels : « des gens qui ont une certaine confiance en eux dans la vie et une santé en général relativement bonne » E3/l.476-477. Elle annonce notamment : « Venir accoucher en Maison de Naissance ça fait parti d'un tout, ça veut dire que c'est quand même des gens qui ne sont pas hyper médicalisé dans leur vie » E3/l.471-473. Une autre précise : « Ils sont attentifs à une certaine qualité de vie » E5/l.507

Des gens qui osent vouloir faire autrement, qui savent ce qu'ils veulent, et qui ont confiance en eux

Ceci est observé dans les propos de plusieurs sages-femmes, qui annoncent que ce sont des personnes qui savent ce qu'elles veulent, une de nos interlocutrices souligne la volonté de ces femmes : « ce qu'elles ont en commun je dirais c'est la volonté d'accoucher elles mêmes et de ne pas se laisser faire » E4/l.87-88.

Une seconde affirme en parlant de ces couples : « *ils ont une sécurité en eux et ils savent ce qu'ils veulent, parce qu'il faut faire une démarche* » E5/l.474-475. Ceci sous entend la confiance en eux que présentent ces usagers. Cette même sage-femme ajoute : « *Et puis c'est des gens qui veulent avoir l'assurance qu'ils seront respectés dans leurs choix* » E5/l.491-492.

Une troisième présente ces usagers comme tels : « *toute une population qui dans leur mode de vie, dans leur mode de consommer, de voyager, d'être ensemble et d'enseigner à leurs enfants, etc, sont aussi dans une recherche de « qu'est ce qui nous convient le mieux » et pas simplement une route toute tracée qu'on leur propose en disant c'est ça le modèle unique vous devez aller dedans* » E3/l.504-507. Elle poursuit : « *des gens qui osent penser autrement, qui osent dire : « mais ça, ça ne nous convient pas on cherche autre chose »* » E3/l.508-509. Ceci expliquant que ces personnes peuvent paraître alternatifs.

Ainsi nous obtenons les descriptions suivantes, assez ressemblantes, de la part de sages-femmes :

« *les 5-8 premières années d'ouvertures de la Maison de Naissance on avait des gens qui étaient plutôt scolarisés, qui avaient beaucoup lu sur les sages-femmes, les trucs de périnatalité, des gens qui étaient super alternatifs aussi qui prenaient beaucoup en main leur santé* » E2/l.274-277.

« *les gens soit éduqués ou soit déjà alternatifs dans leur façon de faire les choses qui se sont informés et c'est vraiment ça qu'ils veulent, ils veulent quelque chose de complètement différent du centre hospitalier, ils veulent l'approche sage-femme pour tout ce que ça représente, ils veulent cette philosophie là et sont vraiment décidés* » E1/l.266-270.

Autres caractéristiques :

Notons ces deux autres caractéristiques évoquées par nos interlocutrices :

Les usagers connaissent la profession de sage-femme et peuvent leur faire confiance facilement : « *c'est des gens qui sont capables de faire confiance à une sage-femme* » E3/l.497.

Les conjoints sont présent et ils participent : « *des papas présents, toujours* » E5/l.508.

Remarque :

Des sages-femmes affirment aussi que des médecins ont accouché en Maison de Naissance, l'une précise : « *un pédiatre et plusieurs médecins généralistes* » E3/l.513

2.4.2. Une population atypique :

Les personnes déçus de l'hôpital, apeurées ou encore les « antisystèmes »

Certaines femmes/certains couples viennent chercher le suivi en Maison de Naissance suite à une déception de l'hôpital ou la peur du milieu hospitalier. Nous retrouvons ceci dans les propos de ces deux sages-femmes :

« il y en a d'autres qui sont tellement déçues de l'hôpital [...] ou bien même terrorisées par ce côté-là qu'elles choisissent plus d'intimité, elles cherchent plus de connaître déjà les sages-femmes que de pouvoir décider plus pendant leur accouchement » E4/l.92-96

« l'autre type de couple que j'appelle les « antisystème » : ils ont peur de l'hôpital, ils ont peur des infirmières, ils veulent se sauver au plus vite de ce système médical là donc ils viennent à la Maison de Naissance là en pensant que c'est différent mais ils ne sont pas nécessairement dans la philosophie » E1/l.370-373 et pour ces couples là, notre interlocutrice précise qu'il faut « travailler plus fort ».

Une population qui se diversifie :

Des sages-femmes nous expliquent qu'au fil du temps, la Maison de Naissance attire aussi les femmes/couples atypiques comme nous l'avons montré ci-dessus. L'une déclare : *« on a aussi monsieur et madame tout le monde qui viennent ici parce que ça à l'air beau, que c'est différent, qu'ils ont entendu parler que c'était bien, accoucher avec une sage-femme etc. » E2/l.278-280.* Une seconde interlocutrice donne une autre explication : *« On a des gens maintenant qui viennent parce qu'ils vont bloguer et les femmes disent entre elles. [...] et c'est vraiment une clientèle atypique à la Maison de Naissance, on peut dire quand même. On peut dire que ça commence à évoluer un peu » E4/l.298-308*

Ceci impliquant alors une préparation plus spécialisée : *« maintenant on doit faire beaucoup plus d'éducation, les amener vers une certaine prise en charge de leur santé, ce qui n'était pas le cas avant » E2/l.285-286.*

De plus, nous notons que des personnes vulnérables se tournent aussi vers le suivi en Maison de Naissance : *« on a plus de clientèle vulnérable aussi que ça soit au niveau psychologique qu'au niveau financier » E2/l.288*

Elles recherchent le relationnel : *« a encore quand même des femmes en difficultés qui ont été envoyées par une copine ou quelque chose comme ça, juste parce qu'elles ont besoin de beaucoup parler » E4/l.97-98.*

Une sage-femme explique une des motivations de certains de ces personnes, à savoir le coût moindre qu'à l'hôpital : *« On a des immigrées qui viennent parfois, mais c'est souvent l'aspect monétaire qui les motive [...] on leur parle de 13 000\$ à l'hôpital alors qu'ici c'est autour de 5 000\$ c'est ça la différence » E1/l.385-390.*

2.5. Le bilan aujourd'hui.

Nous avons interrogé les sages-femmes pour connaître les évolutions constatées depuis la mise en place de leur Maison de Naissance, permettant d'établir un bilan de la situation actuelle.

2.5.1. Au niveau professionnel chez les sages-femmes :

Des sages-femmes qui apprécient leur travail :

Chacune exprime les raisons qui font qu'elles prennent plaisir à travailler ainsi.

Pour une sage-femme il s'agit des liens établis avec les personnes : *« plaisir que tu as de connaître les familles, de les rencontrer » E5/l.456* Cette sage-femme nous confie avoir déjà été invité à des baptêmes, revoir les familles des années après et selon elle : *« pour moi c'est des petits moments ou voilà, on est peut être un petit peu plus..., on a des liens avec les gens » E5/l.471-472.*

Une autre sage-femme rejoint un peu cette première dans ses propos où elle souligne la connaissance du couple qu'elle obtient notamment grâce à la continuité du suivi : *« En ayant cette continuité là tu as le bonus de connaître le couple, papa inclus et les autres enfants inclus et de voir finalement que ce que tu sèmes comme professionnelle, ça peut aider. Et de voir la réaction des couples, de voir la réaction des papas : « et wah elle a réussi, elle est passé au travers tout ça là » c'est ce bonheur là et cette admiration là c'est vraiment spécial, c'est vraiment un privilège pour moi d'être là à la naissance des bébés des femmes que j'accompagne. » E1/l.357-352.*

Ce qui plait à cette troisième interlocutrice est de pouvoir laisser le choix aux femmes et de le respecter dans la mesure du possible : *« Ce qui me plait beaucoup dans la pratique aujourd'hui c'est que les femmes ont le choix, les femmes sont informées, sur les facteurs de risques, on fonctionne toutes sous forme de choix éclairé, fait que les femmes peuvent vraiment choisir ce que elles, elles sentent qui est bon et la femme, elle choisit c'est quoi le risque qu'elle a envie de prendre » E2/l.205-209.* Elle poursuit : *« Ce que je trouve intéressant c'est que la philosophie de chacune des femmes dans la mesure du possible si il n'y a rien au niveau médical qui accroche à ce moment cette philosophie là peut être respectée. Et je suis contente maintenant moi de pouvoir offrir ça » E2/l.213-215*

Un environnement de travail favorable

Les sages-femmes soulignent l'importance de la coalition dans l'équipe, qui permet des conditions de travail agréables et de l'entre-aide : *« si on regarde au niveau des sages-femmes, on est vraiment une belle équipe de sages-femmes très complices les unes des autres, il y a beaucoup d'entre aide aussi [...] et quand on embauche des sages-femmes, je te dirais, on fait très attention à ça. On ne veut pas d'équipe où ça va se confronter et tout parce qu'on travaille fort [...] » E2/l.313-318 ; « C'est complet et puis on est une bonne équipe, on est cinq là, ça commence à prendre des mesures » E4/l.292-293.*

Le fait de travailler en équipe permet d'échanger sur la pratique et d'évoluer : *« ce que je trouve très chouette dans le concept de la Maison de Naissance c'est qu'on est une équipe » E3/l.403-404 « on réfléchit ensemble, comment collaborer ensemble pour le bien être des mères et des bébés et où vraiment parfois on se remet en question ensemble sur les manières de travailler et ça je trouve que c'est très riche. » E3/l.411-414.*

Nos interlocutrices évoquent aussi un lieu où il fait bon travailler : *« ce qui est magnifique c'est que l'on a un lieu dans lequel on se sent hyper bien. C'est un lieu où on se rejoint » E3/l.414-415 ; « je pense que les sages-femmes aiment beaucoup ça travailler ici, même si des fois elles sont fatiguées mais elles aiment toutes l'esprit d'équipe qu'il y a ici et le lieu, c'est un beau lieu, c'est une belle maison » E2/l.228-231*

Une évolution des pratiques :

Avec l'expérience, les sages-femmes évoluent dans leur pratique : l'une se dit moins interventionniste mais utilise plus le relationnel : *« plus l'expérience fait et moi plus je vais de l'avant et moins j'utilise de choses, de médicaments, de soutiens tu vois, j'ai envie de*

dire c'est plus dans la relation, dans l'aide, dans l'explication aux gens de ce qu'il se passe » E5/l.447-449.

Des sages-femmes développent des pratiques comme l'haptonomie, utilisent l'homéopathie, la phytothérapie, l'acupuncture.

De part leur pratique selon les données probantes de la science et l'écoute des femmes, les sages-femmes peuvent se trouver face à des remises en questions : *« l'obstétrique c'est une science qui est en évolution tout le temps, donc c'est sûr qu'on se remet en question et des fois les femmes nous font nous remettre en question pour certaines affaires » E2/l.251-253.*

Une croix sur l'exercice hospitalier :

Des sages-femmes nous confient que retourner travailler en tant que sage-femme hospitalière, serait difficile pour elle, voire même inenvisageable, citons :

« moi si je travaillais dans un hôpital je pourrais plus faire les choses comme j'ai appris à les faire, je n'y arriverais plus » E5/l.224-225.

« redevenir sage-femme dans un milieu hospitalier et courir comme elles courent, ça, ça ne me dit plus rien du tout » E3/l.453-454.

L'une de nos interlocutrices nous confie qu'elle se sent sage-femme seulement depuis son exercice en Maison de Naissance : *« par rapport à tout ce qui vient autour de la naissance et bien c'est seulement ici que je suis devenue une sage-femme. Avant j'étais ... accoucheuse [rire] ou quelque chose comme ça. Parce que tout autour et le côté mental aussi de l'accouchement pour la femme, tout ça, ça a peu de place à l'hôpital » E4/l.77-80*

Une autre déclare : *« c'est un peu pour nous la belle période de notre vie parce que quelque part on récolte tout notre travail en hospitalier » E3/l.445-446*

Cette sage-femme nous explique accueillir des sages-femmes hospitalières comme deuxième sage-femme lors d'un accouchement en Maison de Naissance: *« elles disent que c'est vraiment une occasion pour elle de revivre des belles naissances où on prend du temps, il y a des belles naissances à l'hôpital aussi, mais ça les recharges en confiance pour aller ré-aborder leur travail en hospitalier après en salle d'accouchement » E3/l.460-462*

2.5.2. Evolution de la demande des femmes/couples :

Une sage-femme dit qu'elle n'arrive pas à répondre à la totalité des demandes de suivi en Maison de Naissance, elle nous précise : « *Ca c'est mes derniers chiffres de 2009 : en avril j'ai répondu à 50% de la demande, en mai 66%, Juin 42%, juillet 40%, aout 33%, septembre 40%. J'ai vraiment une très grande demande par rapport à ce que je suis capable de donner. Il faudrait avoir plus de sages-femmes mais ça c'est une autre discussion avec l'administration.* » E1/l.465-468

Pour les autres la demande reste plus ou moins constante, elle n'excède pas la possibilité d'accueil comme l'exprime ces sages-femmes :

« *on a des demandes qui sont toujours assez stables* » E5/l.513,

« *la Maison de Naissance répond à la demande* » E2/l.294.,

« *maintenant sur la demande on a une petite évolution mais c'est tout petit* » E4/l.297

Concernant le nombre d'accouchements effectués par les sages-femmes de Maison de Naissance et par an, celui-ci tourne :

- « *entre 200 et 250* » E2/l.326 et entre 300 et 350 pour les deux Maison de Naissance au Québec, (pour 6 à 10 sages-femmes exerçant à la Maison de Naissance)
- « *une soixantaine* » E4/l.281 et entre 20 et 30 E5/l.521-526 pour celles de Suisse (pour 2 à 4 sages-femmes)
- autour de « *50 à 60* » E3/l.527 pour celle de Belgique (pour une équipe de 3 sages-femmes)

Au niveau de l'arrivée de la clientèle, cela suit souvent le phénomène de « *bouche à oreille* » évoqué par ces sages-femmes. L'une d'elle précise : « *maintenant on fait beaucoup moins de promotion, parce que c'est beaucoup le bouche à oreille* » E2/l.142-143.

En effet, nous relevons dans les propos des sages-femmes une satisfaction des femmes/couples, qui reviennent pour les grossesses suivantes : « *elles reviennent et elles emmènent les copines.* » E4/l.312

« *Bon ça peut arriver qu'avec une femme il n'y ait pas le feeling et puis que le deuxième elle va ailleurs [...] mais en général elles reviennent. Il y en a une j'ai accouché ses 5 enfants du premier au 5^{ème}* » E5/l.528-532.

Au Québec, une des sages-femmes nous dit avoir mis en place un questionnaire de satisfaction, elle précise « *il y a très peu d'insatisfactions [...] en terme de suivi, les gens ont beaucoup apprécié l'autonomie que les sages-femmes leur laissent, ils ont apprécié le calme*

et l'espèce de sentiment de vie familiale qu'il y a ici [...] Les femmes créent un sentiment d'appartenance à la Maison de Naissance, il y en a même qui reviennent 5-6 ans plus tard faire visiter la Maison de Naissance à leur enfant [...] on a eu un accouchement en fin de semaine dernière c'était son 7^{ème} bébé, elle les a tous eu ici et donc elle est revenue à chaque fois » E2/l.303-313

2.5.3. Evolution des rapports avec les autres professionnels de périnatalité, en l'occurrence les médecins gynécologues obstétriciens :

Concernant les transferts :

Les sages-femmes québécoises ont du établir des conventions avec les hôpitaux les plus proches. Les Européennes nous confirment avoir établi des accords plutôt moraux suite à la discussion avec l'équipe médicale : *« on a beaucoup parlé ensemble et maintenant c'est établi, je veux dire il n'y a pas de convention écrite » E4/l.277-278 ; « il n'y a pas de papier signé entre nous » E3/l.155-156.*

Au départ les équipes médicales hospitalières étaient contraintes d'accepter les parturientes que les sages-femmes transféraient, nos interlocutrices affirment :

« Ils ne peuvent pas refuser de patients » E5/l.331

« de toute façon quand on appelait le médecin et on lui disait « écoute j'ai une maman qui va pas bien je te l'envoie », il peut pas dire non parce que ça se fait pas en tant que médecin » E1/l.228-230, « ils n'ont pas le choix ils ne peuvent pas refuser, quelqu'un est dans le besoin d'un service médical ils ne peuvent pas refuser » E1/l.406-407

Aujourd'hui d'après les dires des sages-femmes, les transferts se déroulent plutôt bien : *« On doit respecter l'appel au médecin, à la sage-femme [...]. Mais ça se passe je dirais maintenant très bien. C'est rentré dans les mœurs » E4/l.278-281*

« on est très près de l'hôpital avec lequel on peut transférer facilement et sans soucis donc c'est quand même assez confortable » E3/l.419-420

Une sage-femme précise que le déroulement des transferts dépend aussi parfois de l'équipe de garde à l'hôpital : *« moi je trouve que ça se passe bien, si on parle de la portion prénatale, en général on n'a pas de problème à avoir soit des consultations, soit référer les gens. Là où c'est plus difficile je te dirais c'est en per-natal, parce que là c'est sûr les*

médecins font des gardes ce qui fait qu'on tombe pas toujours sur le médecin avec qui on s'entend le mieux, qu'on connaît le mieux et qui connaît le mieux la pratique sage-femme aussi, c'est un peu aléatoire » E2/l.193-198.

Une évolution dans les rapports :

Il est exprimé par la totalité des sages-femmes une évolution dans les rapports avec les médecins qui malgré leur réticence quant à l'ouverture et au fonctionnement des Maisons de Naissance montrée précédemment, les acceptent peu à peu.

Cette sage-femme déclare : « les maisons de naissances se sont ouvertes et toutes celles qui ont ouvert sont encore là et il s'en ouvre des nouvelles. Fait que les médecins à un moment donné ont compris que oui il y a une demande des femmes, ils ont 2 choix : ou ils modifient leur façon de pratiquer l'obstétrique en écoutant les demandes des femmes ou ils acceptent que les sages-femmes soient là et le fassent. » E2/l.108-112.

Selon plusieurs de nos interlocutrices, les médecins seraient plus ouverts :

Notamment chez les jeunes : « la génération des médecins maintenant est aussi..., moi je trouve qu'ils sont plus ouverts, c'est autre chose » E4/l.267-268. « C'est rentré dans les mœurs » E4/l.280.

Certains médecins porte de l'intérêt pour la pratique en Maison de Naissance comme l'affirme cette sage-femme : *« La dernière fois il y avait un médecin qui voulait bien venir assister à un accouchement ici, donc il est juste venu en étant spectateur en fait pour vivre un peu autrement la chose et il était assez ému il paraît » E4/l.115-118.*

Mais encore du chemin à faire :

Cependant, il existe encore quelques problèmes de compréhension comme l'exprime cette sage-femme : *« où ça cause parfois des difficultés c'est encore sur toute la compréhension des choses, c'est parfois sur notre façon de faire. Ce que j'essaye d'expliquer tranquillement, de faire voir aux médecins c'est qu'on regarde le même verre d'eau rempli à moitié, eux le considère à moitié vide et moi je le considère à moitié plein. Mais c'est exactement la même situation, et ça, ça nous amène parfois des conflits, pas parce que l'un où l'autre n'as pas une bonne pratique, on a tous les deux une bonne pratique mais on la regarde d'un angle différent » E1/l.407-413.* Cette même sage-femme annonce : *« ce que beaucoup de professionnels ne comprennent pas c'est que ma pratique en Maison de Naissance je ne l'ai pas calquée de l'hôpital que j'ai transférée ailleurs » E1/l.452-45.*

Concernant la résistance et la non information des médecins, une sage-femme déclare : « *Ca s'atténue à travers les années mais c'est encore présent* » E2/l.99

Notons qu'au Québec, les sages-femmes précisent que des médecins sont restés en lutte contre la profession de sage-femme.

Quelles solutions ?

Ainsi, des sages-femmes insistent sur l'importance de la communication et d'établir la relation avec les médecins : « *Souvent il y a des problèmes dans les relations, tandis que si tu y vas, tu discutes, tu dis voilà ce qu'il s'est passé et tout et bien après ça désamorçage. Donc ça s'est important la relation* » E5/l.316-318. Mais encore : « *il faut apprendre à s'approprier* » E1/l.435.

2.5.4. Des résultats satisfaisants

Les sages-femmes expriment une satisfaction quant aux résultats de leur pratique en Maison de Naissance :

« *moi dans ma pratique puisque je faisais partie d'une structure hospitalière jusqu'à il y a peu de temps, ça m'a vraiment impressionné de voir comment les bébés vont bien ici. Je ne m'y attendais pas* » E3/l.217-219

Elles ont des statistiques rassurantes :

Deux sages-femmes Suisse et Belge nous exposent quelques résultats notamment concernant les transferts¹⁰ :

« *cette année sur une soixantaine de naissances, on a eu 4 transferts depuis le début de l'année : une transverse, une qui n'avait pas de contraction après 24 heures de rupture de perte des eaux et les deux dernières c'est pour arrêt de la dilatation, une à 7 cm qui a eu une césarienne et l'autre a accouché normalement [...]. Et nos enfants ont des bons Apgar* » E4/l.281-285. Ce qui donne pour cette année en cours un taux de transfert en cours de travail d'environ 6%.

« *sur 232 femmes qui ont commencé leur travail ici, on a eu 200 naissances et 32 transferts, il y a eu 9 naissances à domicile dans les environs parce que ça se mettait mieux comme ça vu la rapidité du travail [...], Donc il y a eu 209 naissances avec l'équipe de la*

¹⁰ Statistiques plus détaillées en annexe 6

Maison de Naissance »E3/l.314-319, soit près de 13% de transfert en cours de travail dans cette deuxième Maison de Naissance, dont «5 césariennes [...] 2 forceps et 2 ventouses » E3/p18 , soit 2% d'instrumentation et 2% de césarienne. Cette sage-femme précise qu'elles ont beaucoup plus transféré dans la première année, elle ajoute de plus : « sur les 200 mamans qui on accouché ici, il y a eu 4 mamans que nous avons transférées après l'accouchement pour des pertes de sang plus importantes que d'habitude, que l'on avait bien sûr perfusées et dans le lot il y en a 2 où il y a eu une révision : une avait un placenta accreta et l'autre avait une rétention d'un cotylédon accessoire [...] ça donne quand même une idée que globalement on n'a pas eu beaucoup d'hémorragies » E3/l.351-356. Elle affirme aujourd'hui: « On sent qu'on est plus fortes, que les gens sont plus en confiances » E3/l.322-323

Cette sage-femme conclut : « on a quand même bien, je pense, délimité notre population, on a pas une population énormément à risque. Donc il y a moyen de trouver une population à bas risque quand même » E3/l.549-551. Et elle ajoute : « nous ça nous fait plaisir d'avoir les statistiques qu'on a » E3/l.573.

2.5.5. Autres remarques des sages-femmes :

Evolution du statut des Maisons de Naissance

Une sage-femme évoque l'évolution concernant le statut des Maisons de Naissance en Suisse et sous entend que ce n'est pas chose facile : « au premier janvier 2009 on est rentré dans la loi sur l'assurance maladie, mais les cantons ont 4 ans pour se mettre au parfum, donc ça va se faire et on est en pour parler maintenant mais au niveau Suisse entre toutes les maisons de naissance et SantéSuisse, qui est équivalent à la sécurité sociale de France, pour établir des tarifs mais là on n'est pas au bout du voyage » E4/l.232-236. Ceci permettrait selon les dires de la sage-femme de résoudre le problème des gens qui ne peuvent accoucher en Maison de Naissance à cause du coût de l'infrastructure non pris en charge par toutes les assurances complémentaires.

Un mot sur le médico-légal :

Notons ces remarques établies par deux sages-femmes concernant le problème du médico-légal qui s'applique surtout au moment de l'accouchement :

L'une affirme que le risque médico-légal serait plus important que dans la pratique de l'accouchement à domicile, elle le justifie ainsi : *« c'est beaucoup plus dangereux de travailler en Maison de Naissance qu'à domicile. Et quand tu as eu l'habitude d'une population qui veut des accouchements domicile, celle qui veut un accouchement à domicile, elle fait contre le système, elle sait, elle a une réaction contre le système, elle ne fait pas la même chose que les autres, elle sait que tout le monde va la traiter de folle. Donc c'est des gens qui arrivent à se positionner. La Maison de Naissance pas, c'est des gens qui viennent accoucher dans une institution et puis si il se passe quelque chose, là ils feront des procès à l'institution » E5/l.265-271.*

Une seconde sage-femme évoque aussi la pression du médico-légal mais nous explique qu'elle reprend confiance grâce à ses bons résultats *« au niveau médico-légal on a toujours l'épée de Damoclès, mais d'autre part on a tellement de femmes qui vont bien , de grossesses qui vont bien, de bébés qui vont bien , d'accouchements qui vont bien que ça nous redonne de la confiance » E3/l.300-303.*

Une conclusion sur l'évolution globale :

Les sages-femmes rencontrées font le constat d'une évolution favorable au sein de leur Maison de Naissance. En effet, elles ont pour certaines ouvert depuis une paire d'année et sont encore dans l'activité aujourd'hui.

Une d'elles nous fait part de son sentiment : *« Pour nous je crois qu'on est en train d'évoluer et de grandir. Ca c'est clair » E4/l.312-313.*

Une autre souligne la place importante des Maisons de Naissance dans le système de santé *« je pense qu'on est vraiment comme quelque chose, un apport différent dans le système de santé et je pense que le travail en équipe multidisciplinaire pourrait être intéressant » E2/l.225-227,* montrant de plus la volonté de collaborer avec les autres professionnels. Elle précise aussi qu'elle referait l'expérience comme elle est : *« c'est un bon constat, si elle était à refaire je la referai l'expérience et telle qu'elle est, sans changer, je trouve que vu que ça a été fait avec la communauté, ça a été fait pour répondre aux besoins des femmes, ça a juste comme suivi une évolution. C'est bien. » E2/l.332-335.*

3. OBSERVATIONS SUR LE TERRAIN :

Au cours de l'élaboration de ce mémoire, nous nous sommes rendue dans huit Maisons de Naissance que nous avons pu visiter et où nous avons rencontré des sages-femmes toutes passionnées de leur profession et ravies d'échanger avec nous. De plus nous avons eu la chance de pouvoir effectuer notre stage optionnel de 3^{ème} année au sein d'une Maison de Naissance au Québec où nous nous sommes retrouvée « immergée » dans la pratique des sages-femmes de Maisons de Naissance.

Lorsque nous arrivons dans ces Maisons de Naissance, après parfois s'être déchaussé et avoir enfilé des chaussons (« pour être comme à la maison ») nous découvrons des lieux accueillants, bien décorés, dont le style peut être très différent de l'une à l'autre, nous nous y sentons bien, il y règne une certaine chaleur humaine.

Parmi ces 8 Maisons de Naissance, sept étaient situées plus ou moins à proximité d'un centre hospitalier (de quelques mètres à vingt kilomètres) , il s'agissait de maisons (plus ou moins grande) ou d'appartements, comprenant une entrée-salle d'attente, une ou plusieurs pièces de consultation, une ou plusieurs chambres de naissance, une ou plusieurs chambre pour le séjour (quand celui-ci ne se fait pas au sein même de la chambre de naissance), une salle pour la préparation à la naissance, une cuisine-coin détente, une salle de bain, un endroit pour la décontamination, le stockage des dossier, la pharmacie, et quelques fois un jardin. La huitième Maison de Naissance était installée dans des locaux loués au sein même d'un hôpital, elle comprenait une grande chambre de naissance, une salle de douche, un petit coin cuisine, une autre chambre de repos où d'acupuncture, un grand balcon avec vue sur la montagne, c'est la seule Maison de Naissance de ce type dans son pays d'implantation.

Dans ces Maisons de Naissance, les chambres de naissance sont toutes équipées d'un grand lit (deux places pour la plupart), de suspensions, d'une grande baignoire, de ballon, tabouret d'accouchement, d'éléments d'ambiance (bougies, décoration, poste pour musique, etc.). L'équipement médical de base de la Maison de Naissance permet de faire face aux premières urgences : oxygène, nécessaire pour pose de perfusions, médicaments, table de réanimation pour le nouveau-né (bouteille d'oxygène, aspiration, matériel de réanimation, ..., le tout « camouflé » dans une table à langer), monitoring (utilisé à l'arrivée de la patiente pour un premier enregistrement puis écoute

intermittente du cœur fœtal pendant le travail, non utilisé par les sages-femmes au Québec), remarquons que les sages-femmes québécoises sont obligatoirement formées de façon régulière à la réanimation cardio-respiratoire (RCR) de la mère et du nouveau-né. Dans les autres pays les sages-femmes le font de leur propre initiative.

Les rapports des sages-femmes avec leurs patientes/clientes (comme il est dit au Québec) sont respectueux et presque amicaux, c'est pourquoi le tutoiement et l'appel par le prénom est bien souvent de rigueur.

Nous avons pu observer une réelle collaboration sages-femmes/femmes ou sages-femmes/couples (les partenaires sont bien présents) permettant par l'information claire et rigoureuse donnée, la mise en place du principe de libre choix éclairé, et cela ne dévalorise pas du tout la place de la sage-femme, au contraire cela renforce son rôle d'expert auquel on peut se référer avec confiance.

Certaines sages-femmes de Maison de Naissance travaillent seules et nous font part de leur désir de trouver des collègues avec qui s'associer, tout en insistant sur le fait que ce n'est pas chose facile car entente et complicité est primordiale dans une équipe de Maison de Naissance. Les sages-femmes belges et suisses soulignent bien l'investissement personnel et professionnel qu'est d'exercer en Maison de naissance, tant au niveau financier, qu'au niveau du temps et des responsabilités, mais elles ont confiance en leur pratique ce qui leur donne la force de poursuivre.

Les sages-femmes nous font part aussi de l'intérêt que suscitent les Maisons de Naissance, plusieurs sages-femmes ont été contactées par des journalistes, des chaînes de télévisions pour des reportages.

Les spécificités de la pratique :

Au sein des Maisons de Naissance un principe de base s'applique : « une femme-une sage-femme », appelé aussi le « *one-to-one* ». En effet, la femme est suivie pendant sa grossesse par sa sage-femme référente avec qui se lie une relation privilégiée de confiance permettant d'assurer une continuité des soins. La femme pourra rencontrer d'autres membres de l'équipe afin de connaître les autres sages-femmes susceptibles d'être présentes pour l'accouchement en première sage-femme (sage-femme principale, présente dès le début du travail) en cas d'indisponibilité ou de congé de sa sage-femme référente, ou en deuxième sage-femme (sage-femme assistant la première à pour le deuxième stade du travail).

En prénatal : Le suivi en Maison de Naissance commence généralement dès le début de la grossesse. Les sages-femmes assurent les consultations prénatales, qui ont une durée de 45 minutes à 1h30 et dont le nombre peut différer selon les pays, des rencontres plus rapprochées ont parfois lieu en fin de grossesse. Au cours de la première consultation, la sage-femme établit l'anamnèse de la patiente, elle s'assure qu'il n'y a aucune contre-indication au suivi en Maison de Naissance (antécédents personnels, familiaux, médicaux, gynécologiques et obstétricaux). D'ordre général, les consultations sont constituées, en plus de la surveillance obstétricale habituelle, d'une grande part de discussion, d'échange avec la femme/le couple sur leurs questionnements, inquiétudes, leur ressenti concernant la grossesse. Il est ainsi accordé beaucoup de temps pour le relationnel, le contact, et cela afin de préparer au mieux les femmes et les partenaires, à l'étape importante de l'accouchement et la naissance de leur enfant. Les préparations à la naissance proposées par les sages-femmes peuvent utiliser le yoga, l'hypnose, l'haptonomie, le chant prénatal, la sophrologie, ou encore le milieu aquatique. Les sages-femmes utilisent beaucoup des méthodes alternatives comme l'homéopathie, l'acupuncture, la phytothérapie, etc.

Pendant le travail et l'accouchement: Les sages-femmes de Maison de Naissance accompagnent les parturientes lors de leur accouchement sur le lieu choisi avec ces dernières : à la Maison de Naissance (la plupart des naissances), à domicile (lorsque les conditions le permettent notamment l'accessibilité, la proximité de l'hôpital, la sage-femme apportant tout le matériel nécessaire), ou parfois à l'hôpital lorsqu'elles bénéficient d'un accès au plateau technique. Elles n'ont recours qu'au matériel dont elles ont le droit d'utilisation. Le matériel d'urgence peut être utilisé en cas d'attente du transfert et de l'assistance médicale. Pendant le travail, par sa présence discrète et attentive, la sage-femme établit une surveillance clinique qui s'accompagne d'un soutien émotionnel. Peu de touchers vaginaux sont effectués, en général un au début du travail puis selon la clinique par la suite. La parturiente a une liberté de mouvement, lui permettant de gérer au mieux ses contractions. La deuxième sage-femme est informée par la première de la mise en travail de la parturiente et sera rappelée par la suite pour solliciter sa présence au moment de l'accouchement, qui sera requise en cas de complications.

L'accouchement a généralement lieu dans la position choisie par la femme sur l'instant : dans la baignoire, en décubitus dorsal ou latéral sur le lit, à quatre pattes, accroupie, sur le tabouret d'accouchement, etc. Le rythme cardiaque fœtal est écouté avec le doppler de manière plus rapprochée au moment de la poussée, pendant et après la contraction utérine. Le nouveau-né rejoint directement les bras de ses parents, la femme est réinstallée pour la délivrance qui est naturelle, enfin la sage-femme effectue une suture lorsqu'elle est nécessaire. A tout moment, si la sage-femme surveillant le déroulement du travail et de l'accouchement estime, par son expertise, qu'il sort du cadre de la physiologie, elle peut prendre la décision de transférer la parturiente à l'équipe médicale du centre-hospitalier avisée de la situation clinique pathologique.

Les sages-femmes restent ensuite pour le post-partum immédiat (3h minimum) pour assurer la surveillance de la mère et du nouveau-né. Si la situation est physiologique, elles quittent la famille qui peut rentrer chez elle où rester le temps souhaité à la Maison de Naissance (jusqu'à 24h, même 48h). Les sages-femmes donnent les consignes d'usages concernant les événements nécessitant un appel. Les sages-femmes restent bien entendu joignables. Notons que dans des pays (comme le Québec) une aide natale est toujours présente dans la Maison de Naissance le temps du séjour de la famille.

Le post-natal : La sage-femme référente assure la surveillance du post-partum. Tout comme au cours de la grossesse, elle doit rester joignable. Le nombre et la fréquence des visites sont variables selon les pays : au Québec à J1, J3 et J5, des visites complémentaires peuvent être mises en place si besoin ; en Belgique et en Suisse les visites sont quotidiennes dans la première semaine. Les sages-femmes se déplacent auprès de leurs patientes pour ses visites (à la Maison de Naissance si encore en séjour ou au domicile). Le taux d'allaitement maternel des femmes accouchant en Maisons de Naissance se rapprochant de 100%, elles aident et conseillent beaucoup la mère pour l'allaitement. Les sages-femmes revoient aussi les mamans et les nouveau-nés pour les visites post-natales, au Québec, la cliente est revue à 3 semaines et 6 semaines en consultation à la Maison de Naissance, en Suisse, les sages-femmes assurent des visites post-natales jusqu'à J10, en Belgique, les femmes peuvent bénéficier de 7 visites ou consultations post-natales après la première semaine de visites à domicile et ceci au cours de la première année de vie du nouveau-né.

Partie 3 : Discussion

1. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE

La création de Maisons de Naissance résulte de plusieurs facteurs comme nous l'avons décrit en première partie et observé lors de nos entretiens présentés en deuxième partie.

Un mouvement social au sein de la population est présent. La femme est aujourd'hui plus autonome et n'hésite plus à faire entendre sa voix. Il est accordé plus d'importance à l'écoute des usagers de la santé qui participent désormais activement à leur prise en charge. De plus le retour au naturel et l'engouement pour une vie saine, incite l'individu à réfléchir sur ce qui est le mieux pour son corps et son mental. Ainsi la population n'hésite plus à affirmer ses attentes, ses choix qu'elle souhaite faire respecter, et l'on constate cette évolution dans le domaine de la périnatalité où des femmes, hommes, couples, parents, futurs parents revendiquent leurs droits.

La création de Maison de Naissance résulte alors en partie d'une *demande d'usagers*, qui ont des traits communs. Une population au départ assez typique et qui a tendance aujourd'hui à se diversifier. Ce qui est à la fois positif dans le sens où cela permet aux Maisons de Naissance de se développer et légèrement négatif car cela nécessite une plus grande préparation des couples, une plus grande part d'éducation.

Un changement de mentalité sur la naissance a permis d'envisager ce type de structure pour ainsi permettre aux femmes/couples de vivre la naissance de leur enfant pleinement et dans le respect de leurs attentes quand la situation obstétricale le permet.

La profession de sage-femme s'est vue évoluer en ce sens. Les sages-femmes de Maisons de Naissance qui ont pour la plupart déjà des années d'expérience ont souhaité rendre possible la mise en place de ces structures afin de pouvoir travailler selon la philosophie qu'elles transportent. Elles se sont données les moyens de mettre ces projets sur pieds. Grâce à leurs compétences, et leur potentiel humain.

Notons que les *gouvernements semblent avoir été plutôt favorables* à l'implantation de telles structures. En répondant à une demande de la population, la mise en place des Maisons de Naissance diversifiait l'offre de soin. A ce propos, une expérimentation a été nécessaire au Québec, mais cela était surtout lié à la légalisation de la profession de sage-femme.

Ces structures ont été *reconnues par le système de santé*, les coûts des prestations des sages-femmes étant remboursés par les caisses d'assurance maladie.

Le *principal frein*, qui ressort de nos entretiens, repose sur *l'opposition collective du corps médical* surtout représenté par les *gynécologues obstétriciens*, entraînant des confrontations de valeurs, confrontations sur la pratique, les compétences des sages-femmes, la sécurité, etc. Au fil des années, aux vues du fonctionnement des Maisons de Naissance, des résultats plutôt positifs des pratiques, et des transferts qui se passent dans le calme, les deux corps professionnels (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) ont su s'entendre, et nous allons aujourd'hui vers plus de compréhension, les rapports sont meilleurs, même s'il reste encore des personnalités conservatrices et réticentes.

L'autre *difficulté* pour ces sages-femmes était plus *d'ordre organisationnel* (lieu, aménagement, matériel, élaboration des règles de soins...). Certes, les sages-femmes n'ont pas de cours de gestion dans leur cursus de formation et on du faire appel à leurs capacités personnelles pour faire face à ces difficultés. Notons qu'à l'exception du Québec, les Maisons de Naissances belges et suisses ont été financées au départ en majeure partie (quand ce n'est pas en totalité) par les sages-femmes elles-mêmes.

Des soutiens ont permis aux projets de Maisons de Naissance de voir le jour. Il s'agissait d'association d'usagers, mais surtout de la volonté et de l'engagement des sages-femmes qui étaient par ailleurs aidées et comprises par leurs proches.

Soulignons qu'aujourd'hui ces Maisons de Naissances perdurent et pour certaines d'entre-elles grandissent. La demande est toujours présente, les femmes et les couples paraissent comblés, ils reviennent et en parle autour d'eux, les sages-femmes sont satisfaites de l'expérience et les Maisons de Naissance sont des lieux de naissance considérés comme sécuritaire pour ces population à bas risque.

Revenons maintenant à notre pays natif qu'est la France. Qu'en est-il des Maisons de Naissance ? Au cours de notre progression dans la rédaction de ce mémoire, des événements nouveaux sont apparus, le débat concernant les Maisons de Naissance a été relancé en cette fin d'année 2010. Faisons alors le point sur la situation en France avant de poursuivre notre discussion.

2. QU'EN EST-IL DES MAISONS DE NAISSANCE EN FRANCE ?

2.1. Une Maison de Naissance en France? Sarlat 1986-1999 [54]

En France, une seule structure équivalente à une Maison de Naissance indépendante a fonctionné de 1986 à 1999. Il s'agissait de la Maison de Naissance Sainte Thérèse à Sarlat en Dordogne, créée par Madame Suzanne de Béarn (1914-2006), sage-femme établie depuis 1949, ayant accompagné près de 10 000 naissances.

Jusqu'en 1986, Madame de Béarn a pu fonctionner en clinique où elle a accouché les trois quarts de la population de Sarlat et de ses environs. En 1986, la norme des établissements sanitaires exigea un bloc opératoire et la permanence d'un pédiatre, d'un anesthésiste, d'un obstétricien, d'une sage-femme et depuis, les futurs parents continuèrent d'affluer malgré le refus de la DDASS et de la sécurité sociale de rembourser le séjour.

Cette Maison de Naissance, fonctionnant à l'encontre des pouvoirs publics, était une petite structure composée de 5 chambres et d'une salle de travail aménagée avec tout le matériel nécessaire. Elle était tenue 24 heures sur 24 par Madame de Béarn.

En novembre 1999, les juridictions civiles décidèrent la fermeture de cet établissement.

2.2. La « non-histoire » des Maisons de Naissance en France.

Suite à la demande de fermeture de la Maison de Naissance de Madame Béarn décrite précédemment, une association de parents soutient dès 1986 le travail de cette sage-femme.

On observe en France dans les années 90 une recrudescence d'associations d'usagers revendiquant un accompagnement de la grossesse et de la naissance plus

respectueux de leurs besoins, attentes, et choix. Parmi elles l'Association Naissance et Liberté Fédération Nationale de Parents. Des membres iront visiter des Maisons de Naissance en Allemagne.

En 1997, le réseau européen des Maisons de Naissance (NETZWERK EUROPA) se rend à Pau pour animer l'atelier « Comment créer une Maison de Naissance ? ».

En octobre 1988, l'ouverture possible de Maison de Naissance dans un contexte d'expérimentation en France est évoquée au niveau ministériel. Bernard Kouchner, à l'époque secrétaire d'état à la santé, a déclaré « *L'ouverture des plateaux techniques de maternité aux sages-femmes a été un échec. N'y revenons pas. En revanche, en m'inspirant de l'expérience allemande, je souhaite mettre en place un groupe de travail sur "les maisons de naissance" c'est-à-dire des lieux totalement gérés par des sages-femmes situés dans la proximité immédiate dans la contiguïté même d'une maternité classique plutôt de niveau II ou III et où des femmes volontaires, après évaluation de leurs risques, accoucheraient sans aucune technicité autre que celle de la sage-femme. Il s'agit pour le moment de juger de l'opportunité de mettre en place quelques expériences et de les évaluer.* » [55]. De là part l'idée d'une expérimentation nécessaire pour la mise en place de Maisons de Naissance dans notre pays ainsi que la notion de proximité immédiate, remplacée par attenante par la suite.

Un groupe national de travail sur les Maisons de Naissances (GNT/MdN) est alors fondé en 1999. Il était composé de l'ANSFL, de l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes, de l'Union des Syndicats de Sages-Femmes et de la fédération Naissance et Liberté. Il avait alors comme objectif de créer des structures qui soient une alternative à l'accouchement en structure hospitalière, afin de garantir le libre choix des femmes du lieu et des conditions de naissance de leur enfant, comme le recommandent l'OMS et le Parlement Européen via la charte des droits de la Parturiente, tout en revalorisant la pratique et l'autonomie des sages-femmes et en assurant la sécurité des usagers. Le groupe national de travail a donné sa définition du terme « Maison de Naissance » et l'a déposé à l'Institut National de Protection Industrielle (INPI).¹¹

¹¹ Cf annexe 7 Définition du terme Maisons de Naissance par le GNT/MdN

Le 05 mai 1999 est créé le Réseau Français des Maisons de Naissance qui est affilié au NETZWERK EUROPA. Sa présidente d'honneur était Mireille JOSPIN (mère de Lionel Jospin et sage-femme, décédée en 2002).

Le 01 juillet 1999 a lieu la première rencontre Commission Ministérielle sur les Maisons de Naissances au Ministère de la Santé. Un dossier contenant une synthèse des travaux et réflexion de GNT/MdN et les différents projets qui voient le jour un peu partout en France est remis. La rencontre avait pour but de discuter des différents points étudiés en cabinet ministériel suite aux différentes propositions reçues. [56]

Courant 2001 et 2002, des Maisons de Naissance sont créées par des sages-femmes (avec des fonds privés, des donations, ...) mais ne peuvent fonctionner faute d'entente avec les pouvoirs publics. De plus la DDASS déclare que des accouchements ne peuvent plus y avoir lieu sans la création d'un bloc obstétrical. Situation similaire à celle de la Maison de Naissance de Sarlat décrite précédemment.

La Maison de Naissance de Montpellier sera finalement vendue et celle de Pau restera inactive.

En juin 2003 à Paris, ont lieu les premiers Etats Généraux de la Naissance (EGN) à l'initiative du CNGOF. Les professionnels de la périnatalité et les usagers se sont réunis pour aboutir à des propositions consensuelles pour de meilleures pratiques, entre autres : « *s'intéresser au concept de Maison de Naissance et mettre en place une phase d'évaluation dans des structures à proximité immédiate d'un plateau technique* » [57].

C'est à l'occasion de cette rencontre que s'est créé le « Collectif Interassociatif Autour de la Naissance » (CIANE) regroupant alors une vingtaine d'associations d'usagers. Sa mission : « *promouvoir un modèle d'attitudes et de pratiques entourant la maternité, fondé sur la physiologie et le respect des personnes, permettant d'améliorer le déroulement de l'accouchement/naissance, l'établissement des liens mère-père-enfant et de réduire substantiellement les effets iatrogènes et les coûts afférents. [...] Il est fondé sur des données factuelles et probantes (evidence-based medicine.) [...]* » [58]. Le collectif se dotera de statuts pour s'organiser efficacement afin que les usagers puissent participer aux

décisions qui les concernent conformément aux droits octroyés par la loi du 4 mars 2002¹².

La même année, le CIANE a été consulté pour la Mission Périnatalité dirigé par le Docteur BREART, dont le rapport énonce 20 propositions pour une « politique périnatale ». La 4^{ème} proposition évoque « *la possibilité d'ouvrir des maisons de naissance sous la responsabilité pleine et entière des sages-femmes* » avec la nécessité de « *passer par une phase d'évaluation [...] Ceci impose de laisser la possibilité à plusieurs projets d'aboutir, à condition que ces maisons de naissance soient attenantes à des plateaux techniques publiques ou privés [...]* » [59].¹³

En novembre 2004, le Plan Périnatalité 2005-2007 reprend les conclusions de la Mission Périnatalité sur l'expérimentation de « *« maisons de naissance » attenantes ou au sein des services d'obstétrique, et fonctionnant avec des sages-femmes libérales et/ou hospitalières* ». Il annonce qu'elles « *constituent un moyen de diversifier l'offre de soins pour les grossesses physiologiques tout en reconnaissant la compétence des sages-femmes dans la prise en charge des femmes concernées* ». Et définit une Maison de Naissance comme « *le lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme a priori normal* ». La mesure évoquée est « *l'élaboration de textes permettant cette expérimentation* », et concernant le calendrier, il est dit que « *l'expérimentation pourrait commencer pour les projets déjà bien avancés dès parution des textes* ». [60]¹⁴

Dès cette période, une dizaine de projets commencent à être élaborés (à Rennes, Bordeaux, Lyon, Pau, Annecy, Nancy...) par des sages-femmes appuyées par des associations d'usagers et, dans certains cas, par des établissements hospitaliers.

Un an plus tard, en 2005 le ministère de la santé établit un groupe technique de travail piloté par la DHOS et comprenant différents représentants des professionnels de la naissance : sages-femmes (ANSFL, CNSF), gynécologues-obstétriciens (CNGOF), pédiatres, anesthésistes-réanimateurs ainsi que des représentants des usagers (CIANE,

¹² relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, titre II Démocratie sanitaire, chapitre

IV : participation des usagers au système de santé article 20

¹³Cf annexe 8 pour l'intégralité de la propositions

¹⁴ Cf annexe 9 pour l'intégralité

UNAF). Plusieurs réunions auront lieu jusqu'en décembre 2006 en vue d'élaborer un cahier des charges fixant les modalités de l'expérimentation des Maisons de Naissance et son cadre réglementaire.

Le CIANE organise en 2006 les EGN, réunissant plus de 400 participants. Une nouvelle plateforme de propositions soutenues par des organismes professionnels (CNSF, ANSFL, CASSF, ...) est élaborée. Parmi ces propositions : « *la diversification de l'offre de soin par la création de filières physiologiques comme elles existent chez nos voisins : par la création d'une filière sous la gouvernance des sages-femmes, sur le principe « une femme/une sage-femme », incluant les maisons de naissance et l'accouchement à domicile [...]* ». [61]

En février 2008, la DHOS publie un cahier des charges [62] en vue de l'expérimentation des Maisons de Naissance ainsi qu'une annexe technique [63] décrivant leurs conditions de fonctionnement.

L'expérimentation devrait durer 3 ans. Une évaluation la conclura et déterminera si le « *dispositif maison de naissance* » peut s'étendre et chaque Maison de Naissance organisera une auto évaluation de son fonctionnement et de ses pratiques.

Au sein de ce cahier des charges sont évoquées les conditions techniques de l'expérimentation : un financement des Maisons de Naissance s'élevant à 50 000€ annuels et une rémunération des sages-femmes à l'acte, selon les conditions fixées par la NGAP. Concernant les conditions de fonctionnement, il est prévu que les Maisons de Naissance soit « *attendantes à un établissement de santé accueillant un service d'obstétrique et fonctionnant avec des sages-femmes libérales et/ou hospitalières. « attente » implique qu'un transfert de la maison de naissance vers la maternité peut avoir lieu de façon non motorisé, sans traverser de voie publique et dans tout les cas, dans un délai compatible avec l'urgence* ». Il est ainsi demandé de mettre en place une convention avec l'établissement de santé partenaire.

Sont aussi évoquées, les modalités d'organisation du suivi des femmes en pré per et postpartum avec le devoir d'établir un contact en cours de grossesse avec l'équipe du service de gynécologie-obstétrique de l'établissement partenaire où chaque femme doit de plus bénéficier d'une consultation pré-anesthésique. Les visites prénatales sont assurées par une sage-femme « référente » qui suivra le travail et fera appelle à une deuxième sage-femme pour l'accouchement. Après sa sortie de la Maison de Naissance

(dont la durée du séjour n'est pas fixe), la femme doit pouvoir joindre la sage-femme en permanence et le suivi à domicile est organisé par la sage-femme référente. L'examen du 8^{ème} jour sera réalisé par un pédiatre.

Cependant, les critères énoncés par le cahier des charges ne font pas l'unanimité au près des parties concernées que sont : le CIANE, le CNSF, l'ANSFL, l'UNSSF, le CNGOF, le CARO, ... et qui rejettent cette première version, pour des raisons diverses. [64]

Tout d'abord la notion d'« attenance » des Maisons de Naissance aux maternités, fait qu'elles ne seraient pas indépendantes géographiquement, différant ainsi des Maisons de Naissance dans les autres pays où les délais de transfert sont estimés entre 20 et 30 minutes. Fait réagir le CIANE et l'ANSFL.

D'autre part, le CNGOF estime que le contact établi entre la patiente d'une Maison de Naissance et la maternité partenaire en cas de transfert est insuffisant et déclare dans un communiqué de presse [65] : *« la continuité des soins en cas de problèmes nous paraît mal assurée entre l'équipe de sages-femmes de la maison de naissance et l'équipe du service de gynécologie-obstétrique de rattachement puisque l'entrée en salle de naissance ne sera décidée que par le couple et les sages-femmes libérales en charge de la maison de naissance »* tout en ajoutant *« la prise en charge d'une patiente de la maison de naissance peut désorganiser brusquement l'équipe de garde qui découvrira sans en avoir été prévenue une urgence au milieu de son activité gynéco-obstétricale »*.

Notons que les gynécologues obstétriciens ne partagent pas cet avis à l'unanimité, le Dr René Frydman, chef du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Antoine-Béclère objecte point par point l'argumentaire du CNGOF dans lequel il voit ce qu'il déclare comme un *« manque de considération envers nos collaboratrices jugées a priori inaptées à dépister le risque et à travailler en bonne entente dans un cadre de convention »* [66].

De plus le côté financier pose question. Le financement des Maisons de Naissance est fixe d'un montant de 50 000 euros par an et par structure, ne tenant pas compte de l'évolution de l'activité. Les sages-femmes seraient rémunérées à l'acte et du fait de la deuxième sage-femme présente à l'accouchement, la rémunération serait divisée par deux. Ce qui est dénoncé par l'ANSFL. Yves Noël, représentant de la fédération de l'hospitalisation privée, plaide également pour une meilleure rémunération des sages-femmes exerçant en Maison de Naissance : *« il est impossible d'assimiler*

l'accompagnement de la naissance qui dure entre six et vingt heures en continu, avec le seul paiement de l'acte technique de la naissance » et précise « seul une rémunération supplémentaire de 500 à 700 euros par naissance permettrait de rémunérer correctement la sage-femme »

D'autres points du cahier des charges sont discutés : le CIANE et les sages-femmes regrettent notamment que la notion d'accompagnement global ne soit pas reprise dans le texte.

De ce fait, les conditions auxquelles doivent répondre les projets candidats à l'expérimentation de Maison de Naissance, l'attenance notamment, limiterait la possibilité pour la plupart des projets existants de se développer. L'expérimentation est alors retardée.

En aout 2009, une dépêche de l'AFP [67] annonce que l'expérimentation débutera en 2010. Le décret serait en «*cours d'écriture*» par la DHOS et devrait être adopté lors de la loi de financement de la sécurité sociale [68]. Cependant cette loi, parue en décembre 2009, ne fait aucune mention des Maisons de Naissance.

Aujourd'hui en France, les Maisons de Naissances n'ont toujours pas vu le jour. Cependant, des projets divers de structures situées dans une enceinte hospitalière, ou non-hospitalière ont émergés. Ils sont portés par des sages-femmes hospitalières, libérales, par des associations d'usagers. La plupart attendent le feu vert ministériel, mais certaines structures sont prêtes à fonctionner comme le « CALM » (« Comme A La Maison ») [69], dont les locaux sont loués au sein de la maternité des Bleuets à Paris par l'association (parents et sages-femmes libérales), la « Maison de Naissance de Pontoise » [70] située au 4^{ème} étage du pôle mère-enfant du centre hospitalier et dont les trois sages-femmes sont salariées de l'établissement. Dans ces deux espaces, les femmes bénéficient déjà d'un suivi de grossesse mais les naissances ont toujours lieu sur le plateau technique de la maternité attenante avec leur sage-femme référente.

Plus proche de nous, dans les Vosges à l'hôpital de Remiremont un espace de naissance appelé « Maison de naissance hospitalière » a vu le jour le 1^{er} Juillet 2009, il s'agit d'un petit appartement attenant au bloc obstétrical mais avec une entrée indépendante, fonctionnant comme un plateau technique où 6 sages-femmes libérales des environs peuvent accompagner leur patientes ayant choisi d'accoucher naturellement.

D'autres projets sont en suspend pour des Maisons de Naissance non attenante à des hôpitaux comme la Maison de Naissance de Pau, créée en 2001, prête à fonctionner et jusqu'à maintenant lieu de regroupement et d'activité d'une association parentale d'entraide autour de la naissance, l'éducation et la santé nommée Cœur de famille.

2.3. Des Maisons de Naissance pour 2011 ? Le débat est relancé

A notre grande surprise ainsi qu'à la surprise générale, alors qu'il n'y avait plus eu aucune concertation avec les représentants des professionnels et des usagers concernés depuis janvier 2008, le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2011, enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 13 octobre 2010, présente un article portant sur l'expérimentation des Maisons de Naissance.

Il s'agit de l'Article 40¹⁵ qui vise à expérimenter de nouveaux modes de prise en charge des soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés : les Maisons de Naissance. Cet article *« prévoit, conformément à ce qui avait été inscrit dans le plan périnatalité 2005-2007, l'expérimentation de maisons de naissance assurant une prise en charge comportant une moindre médicalisation de la grossesse et de l'accouchement dit physiologique ou sans situation à risque. L'accouchement pourra y être réalisé par les sages-femmes, en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant et à proximité immédiate du plateau technique d'une maternité. »* Il est précisé que *« Les maisons de naissance sont susceptibles de générer des économies pour l'assurance maladie dans la mesure où un accouchement dans ce type de structure est moins coûteux que dans un établissement de santé. »* [71]

Cet article fait résonnance, des députés choisissent de déposer des amendements pour son retrait du PLFSS, présumant que les maisons de naissance ne seraient pas suffisamment sécuritaires, ils estimaient de plus : *« le statut, l'organisation, le financement et les conditions d'implantation des maisons de naissance sont flous »*. Il est voté le retrait de l'Article 40 en Commission des Affaires Sociales à l'Assemblée nationale le 20 octobre [72].

Suite à la nouvelle, le Collectif Maison de Naissance, le CIANE, l'ANSFL décident de lancer un envoi de mail type, par la population se sentant concernée, aux

¹⁵ Cf annexes pour texte intégral et modifications

députés des différentes circonscriptions. Action décrite comme « *lobbying d'origine inconnue* » par certains députés allant jusqu'à évoquer des démarches sectaires.

Le 29 octobre, lors de la séance plénière à l'Assemblée Nationale et après débat houleux [73], l'article est finalement adopté. Les précisions apportées par Roseline Bachelot concernant l'encadrement de ces structures notamment par l'attenance à une maternité ont rassuré les députés. La ministre de la santé (à l'époque) affirme de plus vouloir « *lutter contre des dérives sectaires* » qui pourraient toucher « *les naissances naturelles* », et souhaite donc « *encadrer ses pratiques* » (certaines femmes faisaient appel à des personnes n'ayant pas de formation professionnelle reconnue et dont l'action a été épinglée par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires).

Plus tard, la suppression de l'article est de nouveau demandée lors de la Commission des Affaires Sociales du Sénat. Après plusieurs jours de débat, le Sénat refuse finalement l'expérimentation de Maison de Naissance et le retrait de l'article est voté en séance plénière le 13 novembre 2010 [74]. Les sénateurs ont buté sur le fait que cette expérimentation est proposée par la loi de financement de la sécurité sociale. Dénonçant la politique de fermeture des petites maternités, ils ont craint de cautionner, en votant l'article 40, une prise en charge « *au rabais* » justifiée par des motifs budgétaires.

Nouveau rebondissement dans ce feuilleton des Maisons de Naissance. L'Article 40 a finalement été rétabli le 18 novembre 2010, lors de la Commission mixte paritaire (Assemblée Nationale/Sénat) examinant le PLFSS 2011 [75]. Le point de vue du gouvernement et des députés l'a emporté, avec un renforcement de l'encadrement de l'expérimentation : les Maisons de naissance n'auront pas le statut d'établissements de santé, elles devront être attenantes à un service d'obstétrique (et non pas uniquement à un centre hospitalier) et devront passer convention avec lui. Sur proposition des sénateurs, il a été ajouté qu'un cahier des charges de la maison de naissance serait rédigé avec un avis de la HAS. De même, la HAS donnera son avis sur les projets et les ministres devront suivre son avis pour l'établissement de la liste.

Le vote définitif par l'Assemblée nationale puis le Sénat a eu lieu le 24 novembre entraînant alors la réécriture de l'Article 40, s'en suivra alors la parution d'un décret en Conseil d'Etat qui fixera les modalités de cette expérimentation, qui aura lieu entre le 1^{er} septembre 2011 et le 1^{er} septembre 2013, sur cinq sites, pour une durée

maximale de cinq ans, et notamment les conditions d'établissement de la liste des projets expérimentés, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels y intervenant, les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance ainsi que les modalités d'évaluation de l'expérimentation à son terme.

Une fois le principe de l'expérimentation adopté, tout dépendra du cadre imposé. Mais nous pouvons d'ores et déjà nous demander à quoi ressembleront les Maisons de Naissance à la Française.

3. COMPARAISON DE LA FRANCE AVEC LES TROIS PAYS FRANCOPHONES ET PERSPECTIVES :

3.1. Des modalités d'implantation différentes entre les pays :

3.1.1. Moteur de la mise en place des Maisons de Naissance

Comme nous l'avons vu, l'implantation des Maisons de Naissance en Belgique, Québec et Suisse s'est faite en réponse à une forte demande des usagers en faveur d'une humanisation de la naissance et de leur désir de redevenir acteur lors de cet événement si important de la vie, ainsi qu'après une réflexion des sages-femmes sur les revendications des femmes et de leurs partenaires et sur l'évolution de leur profession.

En Suisse et en Belgique, ce sont des sages-femmes indépendantes qui ont mis en place leurs Maisons de Naissance, de leur propre démarche, après bien entendu réflexion sur le projet, et avec pour certaines le soutien d'un comité d'usagers. Elles ont simplement averti la santé publique de l'ouverture de leurs structures. Les gouvernements ne sont pas rentrés en jeu, n'ont pas fait opposition, les sages-femmes pouvant pratiquer en hospitalier, en cabinet libéral, à domicile, les femmes ayant la possibilité d'accoucher où elles le veulent. Ces Maisons de Naissance peuvent faire penser à des cabinets libéraux où l'on y pratique les accouchements et où un hébergement est possible. Notons qu'en Suisse il existait déjà une tendance où des femmes allaient accoucher chez leur sage-femme.

Les modifications entraînées par la création des Maisons de Naissance concernent surtout les remboursements par les Assurances maladies. En Suisse notamment une évolution est en cours afin de permettre aux usagers d'être remboursés intégralement

des frais d'hébergement (comme à l'hôpital) et qui sont jusqu'alors majoritairement à leur charge (quelques complémentaires les prennent en charge).

Au Québec, la profession de sage-femme qui avait « disparu » dans le système de santé québécois s'est vue « réintégrée » afin de répondre aux revendications des femmes. Il a fallu élaborer des projets de lois et trouver des lieux de pratique. Ainsi les Maisons de Naissance ont été créées dans le cadre de projets-pilotes afin de permettre l'évaluation de la pratique sage-femme. Les Maisons de Naissance ont toutes été rattachées à des CLSC, et les sages-femmes devaient y être salariées. C'est le ministère de la santé qui devait donner le feu vert pour la création et l'ouverture de chaque Maison de Naissance et c'est ainsi pour toute nouvelle Maison de Naissance depuis la mise en route des projets-pilotes.

3.1.2. En France, c'est l'aspect économique qui relance le débat de la mise en place de Maisons de Naissance chez nos politiciens

En France, la demande est bien là, de nombreux groupes et associations d'usagers l'expriment (au travers du CIANE), des sages-femmes sont intéressées et motivées : création de structures équivalentes, élaboration de projet (mais pour beaucoup avorté), implication de l'ANSFL, avis favorable du CNOSEF. Pourtant cela fait près de 12 ans que l'ouverture de Maisons de Naissance est évoquée, comme nous l'avons présenté précédemment, et à ce jour aucune Maison de Naissance n'est fonctionnelle en France. En cette fin d'année 2010, ce qui relance le débat est surtout l'enjeu économique de la mise en place de telles structures.

En effet, le système français d'Assurance Maladie coûte de plus en plus cher à l'économie nationale, déficit qui devrait atteindre près de 11,5 Milliard d'Euros en 2010, les taux de cotisation s'alourdissent et les assurés sont de moins en moins bien remboursés. L'équilibre durable des comptes de l'Assurance Maladie passe ainsi, impérativement, par une organisation territoriale qui favorise la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle, et qui inscrive le soin dans une logique de santé globale, l'acte curatif et l'acte technique étant intégrés à une démarche incluant les aspects préventifs et sociaux. [76]

Par leur caractéristique d'institution de soins primaires, où règne prévention, continuité du suivi, accompagnement global et interventionnisme strictement nécessaire, les Maisons de Naissance s'inscrivent alors dans une offre de soins moins coûteuse pour l'Assurance Maladie. Les économies apportées par le fonctionnement de ces structures ont d'ailleurs été décrites au sein de pays qui les ont accueillies.

Ainsi cela explique la parution de l'Article 40 concernant l'expérimentation des Maisons de Naissance dans le PLFSS pour 2011, bien que comme le soulignent certains élus, cet article aurait plus sa place dans un texte de santé publique que dans un projet de loi de financement (en premier temps). Et nous pouvons nous poser la question de la réelle motivation de l'« autorisation » de la mise en fonctionnement des Maisons de Naissance en France ? Pour répondre à la demande des femmes et de leurs partenaires de vivre une naissance dans le respect de leurs besoins et de leurs désirs, en proposant une diversification dans l'offre de soin ou alors dans un but principalement budgétaire?

Selon l'évaluation d'impact en annexe du PLFSS 2011, les économies engendrées pendant l'expérimentation s'élèveraient à 350.000 euros par an pour 5 Maisons de Naissance, en se basant sur 5 expérimentations à raison de 50 accouchements par Maison de Naissance la 1^{ère} année de fonctionnement puis 200 par an les années suivantes et en estimant le coût d'une naissance (coût de la structure et honoraire de la sage-femme) à 600 euros (en comparaison au coût d'une naissance en clinique privée de 1.200 euros hors honoraires des médecins).

Au regard des expériences étrangères et du nombre de sages-femmes pouvant travailler dans ces Maisons de Naissance, il est envisagé qu'au terme de cette expérimentation, 1.5% des naissances pourraient être réalisées dans une soixantaine de Maisons de Naissance, ce qui représenterait une économie de 7 millions d'euros par an [77].

Notons que le CIANE avait déjà publié la « *modélisation des coûts de fonctionnement d'une Maison de Naissance* » [78], le coût global de fonctionnement comprenant :

- la rémunération des sages-femmes : sur la base d'une Maison de Naissance où exercent 6 sages-femmes qui suivent chacune en moyenne 40 femmes par an (soit 240 suivis au total) et dont la masse salariale représente un coût annuel de 302.400 euros, soit le coût d'un suivi en Accompagnement Global à la Naissance (AGN) par une sage-femme revenant à $302.400/240 = 1.260$ euros bruts

- les coûts relatifs au fonctionnement de la structure estimés à 150.000 euros par an. Soit 625 euros par suivi en AGN.

Entrainant un coût global de fonctionnement estimé à 452.400 euros par an, soit $452.400/240 = 1.885$ euros par suivi en AGN. Le coût global d'une naissance en maternité s'élevant à 2.650 euros, chaque suivi en Maison de Naissance représenterait donc une économie de 765 euros pour la collectivité par rapport à un accouchement à l'hôpital.

Le CIANE, optimiste, estimait qu'à terme, sur une base de 25 % des 800.000 femmes enceintes (taux annuel) adoptant cette formule (soit 17 fois plus que le PLFSS 2011), cela représenterait une économie de 153 millions d'euros par an.

Précisons que la taille des Maisons de Naissance peut être variable, comme nous l'avons remarqué au cours de notre étude. Il n'est pas rare en Belgique et en Suisse de trouver des Maisons de Naissance où travaille(nt) seulement une, deux, trois ou quatre sages-femmes (en exercice continue) ayant le statut d'indépendante, accueillant ainsi entre 20 et 70 naissances par années (il n'y a pas de nombre de suivi imposé, et des sages-femmes de Maisons de Naissance proposent aussi d'autres prestations que l'accompagnement global : monitoring de surveillance, préparation à la naissance, visites post-natales, etc.). Mais cela reste économique pour les dépenses de santé du pays. Remarquons aussi que dans ces pays ce sont les sages-femmes elles-mêmes qui financent les locaux et le matériel dont elles ont l'usage, quelques-unes ont bénéficié d'aide sous forme de dons, de subventions, mais la grande part des dépenses reste à leur charge.

Au Québec il est vrai que la situation est différente, le financement de ces structures est à la charge du Ministère de la santé (environ 1 million de dollars canadiens par an, soit 700.000 euros) puisque les Maisons de Naissance sont des services offerts par des CLSC et que les sages-femmes y sont salariées, elles doivent donc respecter un quota d'heures de travail et un nombre de suivi par an. Mais ces Maisons de Naissance restent bien évidemment plus économiques.

3.1.3. Une expérimentation ?

En France, comme cela a été annoncé il y a 12 ans par Bernard Kouchner, l'ouverture de Maisons de Naissance doit passer par une expérimentation. Par expérimentation nous entendons « mise à l'épreuve », « évaluation », « essai », l'objectif étant alors présenté comme tel dans le PLFSS 2011 « *expérimenter une prise en charge comportant une moindre médicalisation de la grossesse et de l'accouchement dit physiologique ou sans situation à risque, qui peut être réalisé par les sages-femmes* » et cela au sein de ces nouvelles structures, afin de permettre ou non leur développement.

Rappelons le, au Québec les Maisons de Naissance ont fait l'objet d'une expérimentation au travers de l'évaluation de la pratique sage-femme dans le but de légaliser la profession. Cependant la France compte à ce jour près de 19.000 sages-femmes en exercice [79], dont l'essence de leur rôle est d'ores et déjà la prise en charge des grossesses et des accouchements physiologiques. Tout comme chez nos voisins européens, notamment la Belgique et la Suisse, pour lesquels nous avons observé que la mise en place des Maisons de Naissance n'a pas nécessité d'expérimentation. Nous nous demandons alors pourquoi de telles mesures en France ? Alors que justement le niveau de compétence de la sage-femme française est élevé. Voici quelques éléments de réponses qui émergent de notre réflexion :

Des résultats périnataux moyennement satisfaisants

La France dispose d'un des meilleurs indicateurs de natalité d'Europe avec en 2009, 821.000 naissances et un Indice Conjoncturel de Fécondité à 1,99 (Insee 2010). Mais, malgré une prise en charge systématique des accouchements en milieu hospitalier, malgré le développement de techniques nouvelles, toujours plus sophistiquées, malgré le niveau élevé des dépenses de santé, elle présente des performances périnatales moyennement satisfaisantes, notamment en faisant la comparaison avec les autres pays européens. En effet, le rapport EuroPeristat [80] dans sa version 2008, et sur des données de l'année 2004 décrit :

Une mortalité maternelle de 7,0 pour 100.000 naissances en France, qui fluctue de 0 à 29 pour 100.000 naissances en Europe, (notons quand même que dans certains pays il n'existe pas de système renforcé d'enregistrement des causes pour les décès maternels et ceux-ci sont très nettement sous-estimés). Selon l'INVS [81] dans un

rapport paru début 2010 taux s'élèverait même à 9,6 pour 100.000 naissances (dont 50% de mort évitables).

Une mortalité néonatale de 2,6 pour 1000 naissances vivantes en France (taux constant, voire en légère hausse selon données INSEE), alors que les taux varient de 1,6 à 5,7 en Europe. La France se situe au même niveau que la Slovaquie, l'Espagne, le Portugal, derrière la Suède, la Finlande, la Norvège, la région de Flandre en Belgique, Chypre, le Luxembourg et la République Tchèque. La France a le taux de mortinatalité le plus élevé d'Europe (9,1 pour 1000 naissances totales), ce qui s'explique en grande partie par une politique active de dépistage des anomalies congénitales et la pratique d'interruptions médicales de grossesse relativement tardives.

Il n'est pas possible d'accuser les maisons de naissance de ces résultats puisqu'elles n'existent pas encore en tant que telles, mais cela entraîne des craintes, car ces nouveaux lieux d'accueil de la naissance qui sont décrits comme moins médicalisés, moins technicisés, font présager pour certaines personnes « *un retour en arrière* » (où les taux de mortalités périnatales étaient plus élevées), faisons remarquer que le recul des mortalités a coïncidé aussi avec une amélioration des conditions de vies. Et soulignons tout de même que dans ces pays où les sages-femmes de Maisons de Naissance proposent leurs services, cela n'a pas engendré une augmentation de ces taux, ce qui fait que ces structures perdurent et se développent aujourd'hui. Les sages-femmes nous le disent, elles sont même fières des résultats qu'elles présentent.

Expérimenter les Maisons de Naissance permettrait alors aux autorités Françaises de voir, à petite échelle, leurs impacts sur les résultats périnataux.

La problématique du peu de filières réservées aux grossesses et aux accouchements physiologiques en France

La restructuration hospitalière fait que les petites maternités de niveau I dont l'activité était réservée au suivi de grossesses et d'accouchements physiologiques ferment peu à peu (on est passé de 1.379 maternités en France en 1975 à 584 début 2008 selon la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité), cela pour des raisons budgétaires et soi-disant « sécuritaires ».

L'accès des sages-femmes libérales à des plateaux techniques, réglementé depuis 1991 (loi du 31 juillet, l'article L.715-5 du Code de la Santé Publique), est peu

développé et tend à diminuer, car les démarches à entreprendre sont longues et fastidieuses.

De plus l'accouchement à domicile (0,5 à 1% des naissances en France) que l'on pourrait qualifier de « privé » au sens où il échappe à tout contrôle des autorités, n'est absolument pas illégal au sens du Code civil ni du Code de santé publique, mais cette pratique est décrite comme étant à contre courant, allant à l'encontre des standards professionnels et culturels actuels. Elle suppose de la part des femmes un certain état d'esprit (comparable à celui des femmes choisissant un suivi en Maison de Naissance), et des sages-femmes (qui étaient 70 à le pratiquer en 2008 [82]) une prise de risque car les assurances ne les couvrent plus pour ces accouchements depuis 2000, où plutôt, aucune professionnelle ne pourrait s'acquitter des sommes qui seraient demandées.

Les sages-femmes belges et suisses, semblent disposer d'une autonomie plus importante en ayant la possibilité d'exercer dans des lieux distincts et spécifiquement dédiées à physiologie. Elles pouvaient d'ores et déjà pratiquer l'AAD sans problème assurantiel, et avaient aussi accès aux plateaux techniques. De ce fait, les femmes, bénéficiaient déjà d'une certaine façon de la possibilité de choisir le lieu de leur accouchement, c'était plus dans les mœurs. Cela peut expliquer que la mise en place des Maisons de Naissance, autre lieu dédié à la physiologie, n'a pas nécessité d'expérimentation.

Remarque :

En France, un pays de plus de 65 millions d'habitants ayant la plus forte natalité d'Europe avec plus de 800.000 naissances par an, l'expérimentation concernerait 5 Maisons de Naissance. Au Québec, un pays qui compte moins de 10 millions d'habitant, 8 projets de Maisons de Naissance ont été expérimentés. Nous pouvons alors nous interroger quant à la signification statistique et scientifique de l'expérimentation française qui mobilisera si peu de projets.

3.2. L'existence de freins philosophiques entraînant une disparité dans l'accueil de ces structures par les professionnels de la périnatalité

La surveillance des grossesses et la pratique des accouchements ressortent de deux professions médicales, les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens.

Nous constatons alors une disparité dans l'accueil des Maisons de Naissance par ces deux professionnels de la périnatalité.

En effet depuis toujours il existe des représentations différentes concernant la naissance, notamment en ce qui concerne le terme de « physiologie ». Ainsi d'un côté le physiologique est vu comme quelque chose de naturel (plutôt par les sages-femmes, spécialistes de la physiologie) et c'est cette idée qui règne au sein des Maisons de Naissance, d'un autre côté le physiologique est vu comme un état à risque de pathologie (plutôt par les gynécologues-obstétriciens spécialistes de la pathologie). Les sages-femmes que nous avons rencontrées nous expriment bien cette différence, rappelons l'expression employée par l'une d'entre elle : « *le verre d'eau rempli à moitié* » vu à moitié vide ou vu à moitié plein alors qu'il s'agit de la même situation. La pratique entre ces deux corps de métier est alors différente, l'une n'est pas meilleure que l'autre et elles ont le même but : garder la mère et l'enfant en bonne santé, cependant elles relèvent de philosophies différentes. Il n'est pas juste de dénigrer l'une ou l'autre, et il faut simplement essayer de les comprendre.

Ce débat d'idées passionnelles entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes existe depuis longtemps et dans les différents pays, pourtant en périnatalité ces deux corps professionnels collaborent.

En France le débat qui se trame depuis tant d'années autour des Maisons de Naissance (comme autour de l'accouchement à domicile) témoignent de la disparité des idées et des représentations concernant l'acte d'enfanter. Nous remarquons que c'est bien l'accouchement en lui-même qui est au cœur de la discussion. Le suivi de la grossesse est déjà pratiqué de façon autonome par les sages-femmes (même si les gynécologues-obstétriciens en pratiquent le plus grand nombre). Et notons qu'aujourd'hui les femmes sortent de plus en plus précocement de la maternité (J3 : jour de la montée laiteuse, début du baby-blues, « nuit de la java », ...) et lorsqu'il n'y a pas de relais après le retour à la maison la femme se retrouve souvent seule et livrée à elle-

même, elle qui bénéficiait d'une prise en charge très encadrée avant, mais cela ne semble pas constituer une préoccupation primaire à l'heure actuelle.

La réalité montre le quasi monopole des gynécologues-obstétriciens dans le domaine de l'obstétrique eutocique, tout comme au Québec, en Belgique et en Suisse, et ils ont fortement contribué à l'installation de la notion de risque dans la pratique de l'obstétrique en France. Actuellement, repose un postulat qui affirme que tout accouchement présente des risques imprévisibles, imposant, pour y faire face, que tous les moyens humains et techniques soient à disposition. L'accouchement s'accompagne alors de pratiques systématiques que l'on pense nécessaires pour la sécurité maternelle et fœtale. Elles sont le fruit d'affirmations, appliquées avec conscience, et non d'évaluations [83]. Cela entraîne une uniformisation de la naissance qui se doit d'être la norme sociale en France. Ailleurs, le postulat serait plutôt que le processus de la naissance est physiologique jusqu'à preuve du contraire.

Ainsi la mise en place de Maisons de Naissance en France, rappelons le « *structures autonomes et gérées uniquement par des sages-femmes* », ne fait pas l'unanimité du côté des gynécologues-obstétriciens, qui craignent une augmentation des cas de mortalités maternelles ou néo-natales, dont nous avons évoqués les taux moyens précédemment. Selon le Dr Jean Marty, secrétaire général du Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France, « *cette mesure va obliger des obstétriciens déjà malmenés à prendre en charge des catastrophes avancées* ». Nous retrouvons ainsi le même genre de propos que ceux rapportés par les sages-femmes avec lesquelles nous avons mené nos entretiens, qui nous décrivaient aussi ces aprioris de la part des médecins de leur pays. Ce qui remet en cause de façon implicite les compétences des sages-femmes, notamment leur capacité à dépister une situation pathologique (donc perdant le caractère physiologique qu'elles connaissent parfaitement) et à exécuter les mesures nécessaires. Tout comme les propos énoncés dans la position « défavorable » du CNGOF à l'ouverture des Maisons de Naissance, cela met en opposition deux corps professionnels complémentaires. Renforçant encore plus le manque de reconnaissance sociale des sages-femmes et soulignant à nouveau le pouvoir médical, la pression médicale importante qui pèse sur le moment de la naissance.

Un espoir ?

Une touche d'espoir émerge tout de même de nos entretiens, les sages-femmes ont bien exprimé cette disparité qui régnait avec les médecins, les réticences et attaques auxquelles elles ont du faire face, mais elles affirment aujourd'hui que des échanges ont pu aboutir à une certaine compréhension, et les collaborations se sont mises progressivement en place, permettant ainsi le déroulement des transferts dans de meilleures conditions. Il reste encore des oppositions de gynécologues-obstétriciens, mais certains montrent de l'intérêt pour la pratique de ces sages-femmes allant jusqu'à assister à des naissances comme nous l'ont évoqué nos interlocutrices. Des médecins soulignent même les bons résultats des Maisons de naissance comme en Suisse dans une publication récente¹⁶.

En France, il semble bien exister une prise de conscience dont témoignent les plans de périnatalité « *humanité, proximité, sécurité, qualité* », mais les mesures proposées, comme les Maisons de Naissance, semblent avoir des difficultés à être mises en place.

Concernant la notion du risque en obstétrique, il était d'ailleurs écrit dans le rapport de la Mission Périnatalité de 2003 (qui a servi de base au plan périnatalité 2005-2007) : « *si la nécessité de soins intensifs ne fait aucun doute dans les situations à haut risque, le débat est beaucoup plus ouvert dans les situations à faible risque. Dans ces situations, il a été montré que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène. Les données disponibles laissent à penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque, et moins et mieux dans les situations à faible risque.* »

A l'heure d'aujourd'hui plusieurs réflexions sont engagées, depuis plusieurs années déjà, par le constat que la sécurité des naissances ne se limite pas à la santé physique des mères et des enfants, mais qu'elle doit inclure les aspects psychologiques, relationnels et émotionnels de la naissance. Certains gynécologues-obstétriciens français comme le Dr. Bernard Maria, qui est pour l'accouchement à domicile et les Maisons de Naissance, l'ont compris et le décrivent dans des articles, des conférences, interviews.

Mais notons que les démarches à mettre en place pour donner ce libre choix du lieu de naissance aux femmes française tardent réellement à être entreprises. En raison d'une réponse au principe de sécurité primant sur le principe de liberté, encore qu'il n'ait pas été démontré que les Maisons de Naissance ne soient pas sécuritaires.

¹⁶ Cf annexe 6 article de presse

3.3. Exercer en Maisons de Naissance? Un lien avec les changements dans la profession de sage-femme :

3.3.1. Une évolution professionnelle : un changement de mission

Nous avons remarqué que la création de Maison de Naissance s'inscrit dans l'évolution de la profession de sages-femmes au sein de ces pays Francophones.

Il est vrai qu'au Québec la création de Maison de Naissance est entièrement liée à la légalisation de la profession et la philosophie transportée par cette approche est alors adoptée par la totalité des sages-femmes. Mais en Belgique et en Suisse l'ouverture des Maisons de Naissance résulte d'une prise de conscience, d'un désir de changement, d'évolution dans la pratique professionnelle comme nous l'avons décrit en première partie et comme nous l'exprime les sages-femmes lors de nos entretiens. Ces sages-femmes évoquent la volonté de retrouver leur place auprès des femmes/des couples, leur rôle de « *gardienne du normal* » et l'inscription de leur pratique dans une démarche d'accompagnement global, où elles prendraient totalement en considération le ressenti, les besoins et les attentes des femmes/couples, et c'est souvent après quelques années passées à parler couramment le langage institutionnel, en travaillant en hospitalier et y avoir développé des performances techniques, que les sages-femmes font au bout du compte un constat comparable à une frustration professionnelle, entraînant comme un volonté de changement de mission, les entraînent alors vers un au-delà des murs de l'hôpital, et ce sont des projets d'installation libérale ou des Maisons de Naissance qui leur permettent d'entrevoir une possibilité de réalisation.

3.3.2. Particularité de l'évolution de la profession de sage-femme en France

Des paradoxes :

La fermeture des maternités de niveau I entraîne les regroupements de services d'obstétrique dans des plus grands centres (niveau II et III) où se mélangent physiologie et pathologie et où règne la technologie. Les sages-femmes y exerçant sont alors

amenées à pratiquer avec plus de médicalisation, plus de technicisation et d'interventions et à prendre en charge sous prescription du gynécologue-obstétricien plus de pathologie (surtout dans les niveaux III).

Ceci générant alors comme un paradoxe : les spécialistes de la physiologie que sont les sages-femmes gèrent des grossesses à risque alors que les spécialistes de la pathologie que sont les gynécologues-obstétriciens s'occupent en grande partie des grossesses physiologiques et des accouchements eutociques, phénomène marqué en France où le secteur libéral gère près de 40 % des naissances, pour l'essentiel non pathologiques.

Remarquons qu'en France les sages-femmes gardent quand même le monopole de l'accouchement : elles effectuent les 2/3 des accouchements sous leur seule responsabilité, tout en accompagnant de plus en plus de femmes sous analgésie péridurale, acte médical impliquant bien souvent une cascade d'interventions.

D'autre part, les sages-femmes françaises se sont vues, récemment, attribuer de nouvelles compétences : selon l'art. L4151-1 du code de la santé publique 2009, « *l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention* ». Il nous semble que cet élargissement de compétences, qui certes rend la pratique plus intéressante et diversifiée, éloigne cependant encore plus la sage-femme de l'essence même de sa profession qui est le suivi et l'accompagnement des processus physiologiques de la grossesse, de l'accouchement, du devenir parent.

Des sages-femmes libérales limitées :

Notons tout de même que plusieurs sages-femmes en France présentent les mêmes revendications que leurs collègues, belges, québécoises et suisses. Elles sont ou ont été d'ailleurs porteuses de projet de Maisons de Naissance. Il s'agit principalement de sages-femmes libérales qui désirent offrir la possibilité aux femmes/couples de bénéficier d'un Accompagnement Global à la Naissance, jusqu'alors très peu pratiqué en France pour les raisons que nous évoquions, faute d'accès à un plateau technique et de possibilité de souscription d'assurance pour pratiquer l'AAD.

Remarquons de plus que l'activité médicale et clinique de la sage-femme libérale française (environ 2000 professionnelles en activité) semble peu valorisée par la

nomenclature des actes professionnels, peu rémunératrice pour le niveau de responsabilité et le temps imparti, c'est pourquoi les sages-femmes libérales font essentiellement de la préparation à la naissance et de la rééducation du post-partum. Elles ont été d'une certaine manière détournées de l'accouchement, noyau même de leur art.

Un problème de reconnaissance sociale des sages-femmes :

Comme vu dans les entretiens, les femmes, les couples qui demandent l'accès aux Maisons de Naissance, appartiennent la plupart du temps à une population cultivée, informée et renseignée sur la profession de sage-femme. De plus des sages-femmes ayant ouvert leur Maisons de Naissance nous confient avoir trouvé des facilités dans le fait d'être connue-reconnue dans la région (auprès des autres professionnels où des patientes).

Aujourd'hui alors que le métier de sage-femme est un des plus vieux du monde, il existe encore une méconnaissance de la profession et les sages-femmes sont victimes d'un manque de reconnaissance sociale. La sage-femme est souvent confondue avec l'infirmière, la puéricultrice, et elle est souvent considérée à tort comme simple « auxiliaire du médecin ».

La connaissance insuffisante du rôle et des compétences des sages-femmes tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum entraîne alors un manque de considération et de confiance, concernant leur possibilité d'exercer au sein de Maisons de Naissance. Les sages-femmes rencontrées l'avaient souligné lors de nos entretiens, en précisant que cette méconnaissance avait été un frein à l'acceptation de la pratique en Maison de Naissance. Nous avons d'ailleurs observé cela à la lecture des débats récents de nos parlementaires au sujet de l'expérimentation à venir de ces structures en France.

La reconnaissance sociale des sages-femmes françaises passerait par la prise en compte du niveau universitaire de la formation qui doit être reconnu à 5 ans (Bac+5=Master2), et ceci afin de pouvoir exercer pleinement leur fonction, mais aussi par la valorisation de la place de la sage-femme dans le système de santé. Ainsi, en offrant aux sages-femmes la possibilité d'exercer en Maisons de Naissance, d'accéder aux plateaux techniques, de pratiquer l'accouchement à domicile, cela permettrait de les

faire émerger en tant que groupe professionnel à part entière (comme elles le sont au Québec).

3.3.3. Plus d'autonomie :

Au sein des Maisons de Naissance, les sages-femmes exercent en complète autonomie. Lors de nos entretiens c'était une caractéristique que recherchaient les sages-femmes en s'orientant vers ces nouveaux lieux de pratique.

Ce sont les sages-femmes qui prennent les décisions comme cela est décrit dans leurs compétences. Cela induit de très bonnes connaissances théoriques et pratiques de leur part, elles sont responsables de leur formation continue comme cela a été évoqué au cours de nos entretiens, et leur pratique se base sur l' « *evidence based medicine* » afin d'exercer en toute conformité avec les données de la science.

Par leur exercice exclusif en Maison de Naissance, la totalité des sages-femmes québécoises bénéficient de cette autonomie.

3.3.4. Une pratique moins interventionniste basée sur la prévention

Lorsqu'il s'agit de physiologie, le travail de la sage-femme, qui est présentée comme un professionnel de première ligne, est bien de l'ordre de la prévention primaire.

Par ses conseils et par le dépistage précoce de pathologie, la sage-femme de Maison de Naissance joue un rôle préventif important dans le suivi obstétrical des femmes qu'elle touche. De plus elle peut dépister plus facilement la variation du normal, par sa très bonne connaissance de sa patiente qui bénéficie d'un suivi continu et sa disponibilité, comme nous l'ont exposé les sages-femmes rencontrées. Ce qui répondrait à l'objectif de la politique de santé publique actuelle.

3.4. Des Maisons de Naissance pour qui ?

3.4.1. Des femmes et couples demandeurs :

Les Maisons de Naissance s'adressent à des femmes/couples en demande d'un suivi plus personnalisé, d'une approche plus humaine, intime et moins médicalisée,

moins technicisée de cet événement naturel qu'est la naissance. Des personnes qui comme nos recherches et nos entretiens le montrent sont déterminées, ont confiance en elles, ont un certain mode de vie (parfois caractérisées : « éduquées », « alternatifs », « proches de la nature », « écolos », ...), qui choisissent ce qu'elles pensent être le mieux pour elles. Des personnes qui souhaitent une continuité dans leur suivi, la possibilité de participer et d'élaborer une relation de confiance. Enfin des personnes qui ont connaissance de la pratique et des compétences des sages-femmes.

Le suivi en Maison de Naissance et la philosophie qu'il transporte présente alors pour ces usagers du système de santé qui n'ont pas hésité à faire entendre leur voix (par le biais d'associations, de collectifs, de mobilisations) une diversification nécessaire de l'offre de soin en matière de périnatalité.

Et bien qu'avec le temps, les usagers des Maisons de Naissance ont tendance à se diversifier, ces structures attirant des personnes plus atypiques, notamment par le phénomène de bouche à oreille, le suivi en Maison de Naissance touche encore une proportion typique et minoritaire de la population. Et il paraît de même irréaliste que les Maisons de Naissance accueillent toutes les grossesses physiologiques car toutes les mentalités ne s'y prêtent pas encore, beaucoup de femmes ont perdu confiance en leur corps, en leur capacité naturelle à donner la vie et préfèrent éclipser toute forme de douleur et d'épreuve.

3.4.2. Une « sélection » des femmes « à bas risque »

De part ses compétences, la sage-femme détermine le critère de normalité qui permettra à la femme d'établir son projet de suivi en Maison de Naissance (bonne santé générale, bilan médical et obstétrical antérieur sans complications). Les sages-femmes s'assurent ainsi que leurs patientes ne présentent pas de facteurs de risques identifiés, cela dès la première rencontre et comme elles l'ont souligné, elles poursuivent cette évaluation tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum et réfèrent au médecin lorsque cela est nécessaire. Notons que certains pays ont élaboré des listes d'indications obstétricales à transférer : le *« Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin »* que nous évoquons en Partie 1 pour le Québec ; la *« Verloskundige Indicatie List »* au Pays-Bas où 30% des naissances ont lieu à domicile [84]. Ainsi, s'appuyant sur ces critères de sélections et sur leurs connaissances professionnelles, les sages-

femmes déterminent l'existence ou non d'un risque obstétrical potentiel ou avéré conduisant ainsi à différentes stratégies de suivi obstétrical.

En France, l'HAS a publié en 2007 des recommandations concernant le suivi des femmes enceintes [85]¹⁷. Il y est précisé différents types de suivi en fonction d'une liste de facteurs de risque identifiés. Dans ces recommandations il est aussi question de continuité du suivi : « *il est recommandé que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne* » ce qui est le cas en Maison de Naissance. Il est écrit de plus que le lieu de naissance, est fonction essentiellement : des préférences de la femme ou du couple ; du lieu d'habitation et des structures en place ; du niveau de risque (risque maternel et risque fœtal).

Au sein de ces recommandations les Maisons de Naissance sont simplement évoqués (n'étant pas encore fonctionnelles en France).

Cela signifie que la France a mené une réflexion sur la prise en charge des grossesses qui peut être, différente selon les facteurs de risques. Ceci vise à améliorer la qualité des soins et à développer une offre de soins plus humaine et adaptée, en regard notamment de l'hyper-médicalisation, hyper-technicisation autour de la grossesse et la naissance aujourd'hui. Nous pourrions imaginer de nouvelles recommandations spécifiques au moment de l'accouchement, et au suivi de la femme en travail.

3.5. La problématique du médico-légal dans l'exercice de la profession en Maison de Naissance

Là où traditionnellement la responsabilité de la sage-femme se trouvait écartée devant celle des médecins de l'équipe obstétricale, les compétences médicales de la sage-femme, bien que limitées, reconnues par les différentes juridictions, l'exposent aujourd'hui pleinement à assumer les conséquences de ses fautes au nom de son indépendance professionnelle. Notons que le monde médical est en pleine transition entre une médecine défensive (multiplication de certains examens, abstention de

¹⁷ Cf annexes : HAS *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* Recommandations professionnelles, mai 2007

certaines actes dont le rapport bénéfice risque est favorable au patient mais qui risque en cas d'échec d'engager la responsabilité du professionnel), et une médecine engagée dans une démarche de qualité, en partenariat avec les usagers et les assureurs [86].

Au sein des Maisons de Naissance, par sa pratique totalement autonome, la sage-femme est entièrement responsable de ses actes professionnels. Elle s'expose donc directement aux risques médico-légaux, comme nous en font part les sages-femmes dans nos entretiens, rappelons le terme employé par l'une d'entre elles : « *épée de Damoclès* », risques dont elles ont conscience mais qu'elles acceptent, en adoptant une attitude préventive : acquis et réactualisation des connaissances théoriques et pratiques, information rigoureuse aux patientes, surveillance irréprochable des patientes, tenue parfaite des dossiers, gestion adéquate de l'urgence, appel du médecin au bon moment, ce qui par nos observations sur le terrain et nos échanges avec les sages-femmes des Maisons de Naissance a été confirmé.

3.5.1. La limite des compétences

Il est ainsi nécessaire de respecter les limites de compétences, la question du « où s'arrête la physiologie, où commence la pathologie » se pose alors, ce qui pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une étude auprès des sages-femmes de Maisons de Naissance.

Il convient donc, avant que des sages-femmes exercent dans ces structures que soient précisés leurs domaines de compétences et leurs responsabilités. Ceci en redéfinissant aussi les limites physiologie/pathologie. En France, où il existe une réelle pression du médico-légal, cela pourrait faire l'objet de recommandations de la HAS comme celles concernant le suivi de grossesse que nous présentions précédemment.

3.5.2. Nécessité d'une information rigoureuse

Lors des suivis en Maisons de Naissance, une information claire et loyale doit être donnée à la patiente.

D'une part pour respecter la philosophie, sur le fait de responsabiliser les patientes et les partenaires, et sur la pratique du « libre choix éclairé », décrit par les sages-femmes rencontrées.

D'autre part pour faire face au risque du médico-légal, notamment la notion de « perte de chance » qui est de plus en plus utilisée en droit médical.

De ce fait les usagers des Maisons de Naissance sont parfaitement informés de l'organisation du suivi, des possibilités de transferts, des risques encourus et y consentent lorsqu'ils choisissent cette approche.

3.5.3. Importance de l'expérience professionnelle

Comme les sages-femmes européennes le soulignent dans nos entretiens, par leur expérience, notamment en milieu hospitalier, elles peuvent plus facilement anticiper et faire face aux rares situations pathologiques qu'elles rencontrent, bien qu'au début de leur installation il faille réapprendre à dé-techniciser et reprendre confiance, comme le précisent les sages-femmes qui disaient avoir des taux de transferts et d'épisiotomies plus élevés les premières années. Ceci peut soulever alors la question de la formation initiale des sages-femmes : les européennes (belges, françaises, suisses) seraient plutôt formées à une pratique moins autonome et plus technique, plutôt formées à l'action et non à l'attente, alors que les québécoises dès la sortie de la formation travaillent directement en Maison de Naissance, une comparaison entre le cursus Français/Européen et le cursus Québécois pourrait alors être envisagée.

3.6. Des Maisons de Naissance françaises d'un autre genre ?

3.6.1. La notion d'attenance

En France si les Maisons de Naissance voient le jour, il s'agira comme il est insinué depuis des années et confirmé dans le récent article du PLFSS 2011 sur leur expérimentation, de structures attenantes, non plus seulement à un hôpital mais attenante à un service d'obstétrique. N'oublions pas de préciser que tous les projets « extra-muros » des hôpitaux sont donc mis à l'écart par cette condition et que la notion d'attenance a toujours été critiquée par l'ANSFL et le CIANE. La question est de savoir si les services d'obstétrique auront des locaux à proposer aux sages-femmes souhaitant exercer en Maison de Naissance, car l'ouverture de ces structures

sera, en fin de compte, au bon vouloir des institutions hospitalières et non plus principalement des démarches de sages-femmes.

Notons qu'il a été précisé dans l'Article 40 que l'activité de ces Maisons de Naissance sera comptabilisée avec celle du service d'obstétrique attenante, remettant en cause la réelle autonomie de ces structures.

De plus, la Maison de Naissance est un lieu physique qui n'est ni le domicile, ni l'hôpital. De part son attenance à un service d'obstétrique, nous pouvons relever l'éventualité d'un problème de distinction par les personnes non averties entre ces Maisons de Naissance (réellement autonome) et les pôles physiologiques (salles de naissances réservées aux accouchements physiologiques sans péridurales dans les services d'obstétrique, gérées par les sages-femmes du service). Ceci rappelle le problème du risque médico-légal, et la nécessité d'une information claire car d'après nous, ces Maisons de Naissance accueilleront probablement plus de population atypique du fait de leur accessibilité et de leur caractère décrit comme « plus sécuritaire » par leur situation « intra-muros ». Les transferts étant plus rapides et moins contraignants (le service d'obstétrique étant la porte d'entrée, pas besoin de changer de bâtiment, de motorisation) nous pensons en nous basant aussi sur les échanges avec les sages-femmes rencontrées qu'il y aura plus de transfert en cours de travail (notamment pour pose de péridurale). D'autre part, selon une des sages-femmes rencontrées en entretien, les patientes déposeraient plainte plus facilement suite à un problème survenant lors d'un accouchement en Maison de Naissance que lors d'un accouchement à domicile, cela s'expliquant par le statut de « petite institution » de la Maison de Naissance. L'attenance des Maisons de Naissance aux services d'obstétrique pourrait renforcer indirectement leur côté « institutionnel ».

Cette notion d'attenance confirme encore l'existence du pouvoir médical qui pèse sur la naissance, les difficultés qui existent en France à laisser aux sages-femmes l'entière responsabilité, en toute autonomie, des grossesses et des accouchements physiologiques, pourtant la base de leur métier. L'AAD est d'ailleurs exclu du débat sur les Maisons de Naissance alors que nous l'avons déjà évoqué, les sages-femmes travaillant dans ces structures à l'étranger offrent aussi leurs services pour ces accouchements.

3.6.2. Des Maisons de Naissance à grande échelle

Les autorités Françaises semblent vouloir intégrer les Maisons de Naissance au système de santé à grande échelle, elles prévoient à long terme l'ouverture d'une soixantaine de Maisons de Naissance effectuant près de 200 suivis de femmes par an, permettant la mise en place d'une filière spécifique dédiée à la physiologie. Mais nous avons pu remarquer au cours de notre étude que les Maisons de Naissance pouvaient varier en taille, en nombre de sages-femmes surtout chez nos voisins européens. L'ouverture de ces structures relevant principalement d'une démarche de sages-femmes et d'une demande des usagers bien présente mais dans une proportion raisonnable, à la différence du Québec où une des sages-femmes nous affirme ne pas pouvoir répondre à l'ensemble de la demande.

3.6.3. Des éléments qui restent à définir

Enfin, des éléments restent encore à définir comme le réel statut des Maisons de Naissance et des sages-femmes y travaillant (associations de sages-femmes libérales comme en Belgique et en Suisse?), le financement des structures, l'assurance professionnelle, la rémunération des sages-femmes par l'Assurance maladie, qu'il faudra certainement revoir à la hausse, etc.

Un décret fixera prochainement les conditions de fonctionnement des Maisons de Naissance et les modalités de l'évaluation de l'expérimentation, mais une chose est certaine, les Maisons de Naissance à la Française paraissent déjà bien différentes dans la forme, de celles dans lesquelles nous sommes rendue en Belgique, au Québec et en Suisse.

Conclusion

Notre travail de recherche a montré que les Maisons de Naissance ont leur raison d'être.

D'une part, ce sont des lieux qui permettent de répondre à la demande des femmes et des couples souhaitant vivre pleinement la naissance de leur enfant dans un environnement choisi, sécuritaire et respectueux de leurs besoins. Il y est accordé un point d'honneur à la relation humaine. L'émancipation de la femme, l'affirmation des usagers dans la santé ainsi que le retour au naturel dans la tendance écologique, marque un mouvement sociétal qui appuie la création de Maisons de Naissance.

D'autre part dans un contexte où il est question d'une médicalisation raisonnée et d'une efficacité des soins délivrés en périnatalité, ces institutions de « soins primaires », basés sur la prévention, éloignés de la technicisation, participent à la diversification de l'offre de soins pour les usagers, tout en générant des économies pour l'Etat. Ceci relevant d'orientations définies dans le cadre de la politique de santé.

En troisième point, les Maisons de Naissance représentent un lieu où la sage-femme peut exercer pleinement sa profession dans la quasi-totalité de son champ de compétence : le suivi du processus physiologique de la maternité, en complète autonomie.

Nos enquêtes menées au près des sages-femmes de Maison de Naissance ont pu mettre en évidence plusieurs facteurs engagés dans l'implantation de ces nouveaux lieux.

La mise en place de telles structures qui paraît aller à « contre courant » d'un système bien établi de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, implique de faire face à des réticences, notamment de certains professionnels de périnatalité. Réticences qui diminuent cependant au travers d'une volonté d'instaurer une meilleure collaboration entre professionnels.

De plus, il en ressort que le suivi en Maison de Naissance ne correspondrait pas à toutes les femmes. Celles qui se tournent vers cette option, sont décrites comme des personnes déterminées, osant faire des choix différents, et en bonne santé, constituant

ainsi une patientèle/clientèle typique à ces structures, d'où le besoin d'identifier les patientes au préalable du suivi.

Aussi, il a été souligné le fait que l'expérience professionnelle est nécessaire à l'exercice en Maison de Naissance, d'une part car le vécu professionnel augmente le sens d'adaptabilité aux situations, d'autre part car c'est l'expérience que les sages-femmes ont dans la pratique au quotidien qui fait qu'à un moment elles découvrent et prennent conscience de la possibilité de cette orientation professionnelle, et cela plus ou moins précocement. Au Québec cette orientation professionnelle est prise dès le départ puisque c'est celle qui est enseignée.

Ainsi, nous avons constaté que l'implantation des Maisons de Naissance prend différentes formes. De ce fait, la mise en place de ces structures n'est pas restreinte à un seul schéma, elle reflète des paramètres sociaux propres à chaque pays, principalement les représentations autour de la naissance, la légitimité de l'exercice de la sage-femme, l'étendue du pouvoir médical, le soutien politico-économique. Cela laisse alors l'opportunité d'une large ouverture d'adaptation pour la création de ces nouveaux lieux, avec le devoir d'en respecter le concept et les définitions.

Aujourd'hui en France, après une dizaine d'années de débats, d'interpellations, d'attentes, et de projets, une décision gouvernementale a validé dernièrement l'expérimentation des Maisons de Naissance, qui devra permettre leur positionnement comme une réelle alternative au suivi de grossesse et à l'accouchement dans le dispositif sanitaire actuel. L'ensemble des modalités de cette expérimentation n'étant pas encore défini, leur élaboration déterminera si ces Maisons de Naissance françaises répondront réellement à la philosophie des Maisons de Naissance qui a commencé à se propager en Europe au cours de ces vingt dernières années.

BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques :

[1] JAUQUES BEATRICE, *De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ?* Dossier « Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? ». La santé de l'homme N°391. Sept-oct 2007 [en ligne]

<http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/391/02.htm>.

[2] NETZWERK EUROPA, Réseau Européen des Maisons de Naissance [en ligne]

<http://www.nposagesfemmes.org/mn001.htm>

[3] RSFQ, Regroupement des sages-femmes du Québec *Les Maisons de Naissance* [en ligne] http://www.rsfq.qc.ca/maison_naissance.htm

[4] American Association of Childbirth Center, *What is a birth center* [en ligne]

<http://www.birthcenters.org/birth-center-faq/what-is-a-birth-center/>

[5] Knowlton Leslie, *Labor of Love: Nurse Midwife Ruth Watson Lubic*. American Journal of Nursing (AJN) Avril 2007 N°107(4) p.86 - 87

[6] ACOG *Statement on Home Births*. 6 février 2008 [en ligne]

http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr02-06-08-2.cfm

[7] BEAUREGARD MARIE-FRANCE et le COMITE FEMMES-SAGES-FEMMES, *Naître au cœur de sa communauté, guide pour la revendication d'une maison de naissance*. Regroupement Naissance Renaissance. Mai 2006 p.5

[8] GOUVERNEMENT DU QUEBEC : *Politique de Périnatalité 2008-2011, un projet porteur de vie*. 2008. p.29

[9] ASSOCIATION SUISSE DES MAISONS DE NAISSANCE. *La maison de naissance vous accueille durant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches*. Brochure 2009

[10] ASSOCIATION SUISSE DES MAISONS DE NAISSANCE, site internet <http://www.maison-de-naissance.ch>

[11] ASSOCIATION CŒUR DE FAMILLE. *Les maisons de naissance : Expériences étrangères*. [en ligne]

<http://www.coeurdefamille.org/Lieu%20de%20Naissance/etranger.htm>

[12] NETZWERK DER GEBURTSHAÜSER, [en ligne] <http://www.geburtsHaus.de/>

- [13] GEORGENS CHANTAL. *Netzwerk Europa*. Les dossiers de l'obstétrique, novembre 2000 N°288, p56
- [14] LA CASA DI MATERNITA « LA VIA LATTEA » (Maison de Naissance « La Voie Lactée ») : [en ligne] <http://www.casamaternita.it/index-1.htm>
- [15] SCHMID VERENA *La casa maternita : una valida alternativa al parto medicalizzato*, L'Obstetrica informa. [en ligne] <http://www.lostetricainforma.it/article24.html>
- [16] JOHANNA SENGSCHEMID *Birth center Nussdorf. Giving birth in a safe and secure environment* conférence internationale des sages-femmes à Budapest en Octobre 2004. [en ligne] <http://www.nussdorfhebammen.at/content/news1.html>
- [17] GEBURTSALLIANZ ÖSTERREICH (Alliance autrichienne pour la naissance). *Geburtshäuser* (Maisons de Naissance) [en ligne] : <http://www.geburtsallianz.at/fakten/geburtshaeuser/index.html>
- [18] DEPARTMENT OF HEALTH, *Changing childbirth*, London: HMSO, 1993
- [19] BABY CENTRE : *All about birth centres*. Janvier 2010 [en ligne] <http://www.babycentre.co.uk/pregnancy/labourandbirth/planningyourbabysbirth/birthcentre/allaboutbirthc/#2>
- [20] NCT (National Childbirth Trust). *NCT Briefing: Midwife-led units, community maternity units and birth centres* 2008 [en ligne] www.nctpregnancyandbabycare.com
- [21] MATRICHE JOEL, *Accoucher dans une maison de naissance plutôt qu'à l'hôpital. Naître ailleurs et autrement*, LeSoir.be 1^{er} decembre 2003. [en ligne] http://archives.lesoir.be/societe-accoucher-dans-une-maison-de-naissance-plutot-q_t-20031201-Z0NU2D.html
- [22] WIKIPEDIA *Birth centres in Australia* [en ligne] http://en.wikipedia.org/wiki/Birthing_center
- [23] LAWS PAULA J. ; LIM CARYLYN ; TRACY SALLY ; SULLIVAN ELIZABETH A. *Characteristics and practices of birth centres in Australia* 2009, Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology vol. 49, n°3, pp. 290-295
- [24] THOUMSIN H. et EMONTS P. *Accoucher et naître : de jadis à aujourd'hui*. Revue médicale de Liège 2007. 62, 10, p 616-623.
- [25] CESBRON PAUL et KNIEBIEHLER YVONNE. *La naissance en occident*. Ed Albin Michel 2004. p.119.

[26] idem p.122-123

[27] OMS *Les soins liés à un accouchement normal : Rapport d'un groupe de travail technique*. OMS, 1996. WHO/FRH/MSM/96.24. [en ligne]

http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf

[28] ENKIN M, KEIRSE MJNC, NEILSON J, CROWTHER C, DULEY L, HODNETT, E, HOFMEYR J. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press, 2000

[29] CARRICABURU DANIELE « *De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition* » *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 1, 2007, p. 123-144.

[30] GOUVERNEMENT DU QUEBEC, *Politique de périnatalité 2008-2018*, 2008. p.1

[31] KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg = Centre fédéral d'expertise des soins de santé) *Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque*. reports 139B, Bruxelles, 2010 p.6.

[32] INED (institut national d'études démographique) *La femme s'émancipe*, archive vidéo 1992

[33] KNIEBIEHLER YVONNE *La naissance enjeu féminin ou féministe*, Les dossiers de l'obstétrique n°288 novembre 2000 p.16-19

[34] GOER HENCI *Humanizing Birth: A Global Grassroots Movement*. BIRTH, Volume 31, Number 4, December 2004 , pp. 308-314

[35] ASPQ Association pour la santé publique du Québec *Dossier périnatalité* [en ligne] http://www.aspq.org/view_page.php?type=theme&id=52

[36] REGROUPEMENT NAISSANCE RENAISSANCE site internet <http://naissance-rennaissance.qc.ca/fr>

[37] GROUPE MAMAN site internet <http://www.groupemaman.org/index.htm>

[38] ALTER-NATIVES site internet <http://www.alternatives.be/index.htm>

[39] AFAR site internet <http://afar.info/>

[40] UQTR (Université Québec Trois Rivières) Baccalauréat en pratique sage-femme, *Historique de la profession*. [en ligne]

https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=374&owa_no_fiche=1&owa_aperçu=N&owa_imprimable=N&owa_bottin=#I

- [41] GOUVERNEMENT DU QUEBEC *Rapport final et recommandations, Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes*. 1997. 140p
- [42] GOUVERNEMENT DU QUEBEC Loi sur les sages-femmes (L.R.Q.,c.S-0.1) [en ligne]
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_0_1/S0_1.htm
- [43] GOUVERNEMENT DU QUEBEC *Loi 4 : Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes* juin 1990
- [44] MSSS, *Pratique des sages-femmes, Recommandations ministérielles*, Office des professions du Québec,1998, p.15
- [45] CONSORTIUM CANADIEN DES ORDRES DE SAGES-FEMMES. Conditions de travail (actualisé en mars 2006) . [en ligne] <http://cmrc-ccosf.ca/node/69>
- [46] CONSEIL NATIONAL DES ACCOUCHEUSES (CNAC) Profil professionnel de la sage-femme en Belgique. Décembre 2006.
- [47] VOUILLOZ BURNIER MARIE-FRANCE, *Sages-femmes* Dictionnaire historique de la Suisse (DHS) version de 2010 [en ligne] <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F16397.php>
- [48] RICHARD-GUERROUD] NOUR, *Belgique : les sages-femmes rénovent la profession*. Profession Sage-Femme n° 137, juillet 2007. p.36-38
- [49] UNION PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES BELGES (UpSfb)
<http://www.sage-femme.be>
- [50] ALMA-ATA *Déclaration sur les soins de santé primaires*. 12 septembre 1978 [en ligne]
http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/index.html
- [51] OMS *Soins de santé primaires*, Thème de santé [en ligne]
http://www.who.int/topics/primary_health_care/fr/index.html
- [52] UNION PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES BELGES (UpSfb) nomenclature INAMI [en ligne] <http://www.sage-femme.be/sages-femmes/nomenclature-inami/>
- [53] OSFQ (Ordre des sages-femmes du Québec) : *L'accouchement à domicile : un libre-choix éclairé* [en ligne] : <http://www.osfq.org/accouchement.htm>

- [54] DEGUEN E. *Historique de la Maison de naissance Parentale de Ste Thérèse à Sarlat*. Les Dossiers de l'Obstétrique avril 1999 ; 271 : 11-12
- [55] KOUCHNER BERNARD *Allocution de Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé, le 10 octobre 1998, à la 9ème Journée nationale de la Fédération des cercles d'études des gynécologues-obstétriciens*. [en ligne]
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_981010.htm
- [56] COMMISSION MINISTERIELLE SUR LES MAISONS DE NAISSANCE, compte rendu succinct de la réunion du 01.07.99 [en ligne]
<http://www.nposagesfemmes.org/mn002.htm>
- [57] CNGOF, *Etats Généraux de la Naissance du 06 juin 2003, Les conclusions*. Communiqué de presse du 26.03.2003 [en ligne]
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_31.HTM
- [58] CIANE. *Présentation. Les usagers s'organisent pour contribuer à améliorer les conditions de naissance en France*. Publié le 18 juillet 2003. [en ligne]
<http://www.ciane.info/article-1911714.html>
- [59] BREART G., PUECH F., ROZE JC., *Rapport Mission Périnatalité, Pour une politique périnatale*. septembre 2003 p.7 [en ligne]
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/20_propositions/perinatalite.pdf
- [60] Plan périnatalité 2005-2007 : *Humanité, proximité, sécurité, qualité*, novembre 2004. p.36 [en ligne] <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>
voire annexes
- [61] CIANE. Plateforme de proposition du CIANE. Version 4. 11 février 2007 [en ligne]
<http://ciane.naissance.asso.fr/pdf/plateforme-ciane-fev07.pdf>
- [62] DHOS. *Cahier des charges en vue de l'expérimentation des maisons de naissance*. Document de travail. 01 janvier 2008.
- [63] DHOS. *Annexe technique au Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance. Conditions de fonctionnement des maisons de naissance*. Document de travail. 01/01/2008.
- [64] RICHARD-GUERROUDJ NOUR *Maison de naissance désaccords parfaits*. Profession sage-femme n°145 p.14-15, Mai 2008.
- [65] CNGOF *Expérimentation de maisons de naissance Mise en garde du CNGOF* Communiqué de presse du 11 mars 2008

[66] FRYDMAN RENE *Courrier de René Frydman à Jacques Lansac concernant l'avis défavorable du CNGOF sur le cahier des charges en vue de l'expérimentation des maisons de naissance*. Reçu au CIANE le 21 mars 2008 [en ligne]

<http://wiki.naissance.asso.fr/pmwiki.php/Ciane/ReponseFrydman210308>

[67] AFP. *Les maisons de naissance devraient être expérimentées à partir de 2010*. 12 aout 2009 [en ligne] <http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5g2N35tUu-2kXkByFnj8w7fIbuUkw>

[68] LOI n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 [en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021528998&dateTexte=&categorieLien=id>

[69] CALM site internet <http://mdncalm.org>

[70] PAMANA site internet de l'association des parents de la maison de naissance de pontoise <http://www.pamana.fr>

[71] ASSEMBLEE NATIONALE *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011*, Article 40, 13/11/2010 [en ligne] <http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl2854.asp>

[72] Résumé de la séance de Commission des affaire sociale à l'Assemblée Nationale http://www.nosdeputes.fr/seance/4201#inter_78ea88b5ecd5f85c9cd77c7eb59e7697

[73] ASSEMBLEE NATIONALE *compte rendu commission plénière sur le PLFSS 2011* 29/10/10 [en ligne] http://www.assemblee-nationale.fr/13/cri/2010-2011/20110035.asp#P178_8446

[74] SENAT *Compte rendu intégral de la séance plénière du 13/11/10 sur le PLFSS* [en ligne] http://www.senat.fr/seances/s201011/s20101113/s20101113_mono.html

[75] *Compte rendu Commission mixte paritaire sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011* Jeudi 18 novembre 2010 [en ligne] <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20101115/cmp.html>

[76] Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) *Rapport annuel 2010 - L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse*. Novembre 2010 [en ligne] <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000659/0000.pdf>

- [77] ASSEMBLEE NATIONALE *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011*, Article 40 évaluation des impacts, 13/11/2010 p.193 [en ligne] <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/projets/pl2854.pdf>
- [78] CIANE *Modélisation des coûts de fonctionnement d'une Maison de Naissance* 19 février 2007 [en ligne] <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/0/25/46/25/mdn/forfait-agn-mdn.pdf>
- [79] DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) *Les professions de santé au 1er janvier 2010* [en ligne] <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat144.pdf>
- [80] INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) *Rapport européen sur la périnatalité : la France comparée aux autres pays d'Europe* Dossier de presse, décembre 2008 [en ligne] <http://www.europeristat.com/bm.doc/france-highlights.pdf>
- [81] INVS (Institut de veille sanitaire) *Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006*.
- [82] RICHARD-GUERROUDJ NOUR *Accouchement à domicile une autre idée de la sécurité*, Profession Sage-femme n°147 juillet/aout 2008 p.36-39
- [83] MARIA B. *Accoucher et naître en l'an 2000*. Les dossiers de l'Obstétrique 2000 n°279, p.32-37.
- [84] AKRICH MADELEINE , *Accoucher à domicile, comparaison France/Pays bas*, Dossier « Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? ». La santé de l'homme N°391. Sept-oct 2007 [en ligne] <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/391/05.htm>
- [85] HAS *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiés* Recommandations professionnelles, mai 2007 [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
- [86] RICHARD-DUERROUDJ NOUR *Le risque médico-légal, réalité ou fantasme ?* Profession sage-femme n°136 p.4-7

TABLE DES MATIERES

Sommaire	4
Préface	7
Introduction	9
Partie 1 : Les Maisons de Naissance : une nouvelle structure d'accueil de la naissance et de la parentalité	12
1. Qu'Est-ce qu'une maison de naissance :	13
1.1. Un concept commun	13
1.2. Des expériences étrangères	15
1.2.1. En Amérique du Nord	15
1.2.2. En Europe.....	16
1.2.3. En Australie :	19
2. Ce qui a favorisé l'implantation des Maisons de Naissance, exemple des pays Francophones étudiés	20
2.1. La philosophie de la naissance, un changement de mentalité :.....	20
2.1.1. Après la médicalisation et la technicisation de la naissance, un retour de balancier :	20
2.1.2. Contexte international	22
2.2. Demande des usagers :	25
2.2.1. Un mouvement sociétal :	25
Nouvelle place de la femme	25
Emergence d'une demande dans la santé et importance de la participation des usagers et de l'écoute qu'on leur porte	26
Intérêt pour l'écologie et retour vers le naturel	28
2.2.2. La mobilisation des usagers dans la périnatalité en faveur des Maisons de Naissance.....	28
2.3. Sage-femme : l'évolution d'une profession	31
2.3.1. Rôle de la sage-femme :	31
2.3.2. Evolution de la profession de sage-femme dans ces pays francophones et statut des sages-femmes exerçant en Maison de Naissance :	32
Cas particulier du Québec : le retour de la profession de sages-femmes [40]	32
En Europe, une évolution quasi similaire entre la Belgique et la Suisse : prises de conscience et changements de mission des sages-femmes [46], [47]	35
2.4. Reconnaissance des Maisons de Naissance par le système de santé	38
2.4.1. Des soins de santé primaire :	38
2.4.2. Prise en charge par l'assurance maladie :	39
2.5. Un mot sur l'accouchement à domicile.....	40
Partie 2 : Etude	41
1. Présentation de l'étude	42
1.1. Objectifs	42
1.2. Méthode.....	42
1.2.1. Choix de la population :	42

1.2.2.	Choix de la méthode :	43
1.2.3.	Terrain d'investigation :	43
1.3.	Difficultés rencontrées	44
2.	Résultats des entretiens.....	45
2.1.	Pourquoi la création d'une Maison de Naissance ?	45
2.1.1.	Répondre à la demande de la population :	45
	Une demande bien présente :	46
	Parfois même, une véritable pression :	47
	Diverses manifestations :	47
	Ce que souhaitaient les femmes/ les couples :	47
2.1.2.	Une démarche de sages-femmes	48
	Un lien avec l'histoire de la profession au Québec :	48
	Les restructurations hospitalières :	49
	Un intérêt des sages-femmes pour ces structures :	49
	Des sages-femmes en recherche :	50
2.2.	LE CHEMINEMENT	51
2.2.1.	Le projet et le statut de la Maison de Naissance:	51
	Une formalité stricte au Québec :	51
	Une formalité moins rigoureuse dans les deux pays européens :	52
2.2.2.	Les freins, les difficultés	54
	Levée de bouclier du corps médical :	54
	Des difficultés au niveau logistique :	57
2.2.3.	Les leviers, les soutiens.....	58
	Financier :	58
	Le fait d'être connue :	59
	Détermination des sages-femmes et soutiens entre sages-femmes :	60
	Soutien de l'entourage proche :	61
	Soutien des usagers	61
	Autres soutiens :	61
2.3.	Caractéristiques propres aux sages-femmes impliquées dans la mise en place de Maisons de Naissance :	62
2.3.1.	Une philosophie :	62
	La sage-femme « gardienne du normal » :	62
	Le respect des souhaits des femmes/couples :	62
	Laisser faire, informer et agir quand c'est nécessaire :	63
	La continuité et l'accompagnement global :	63
	Tenir compte des conditions favorables pour la naissance :	64
2.3.2.	Des sages-femmes ayant de l'expérience :	64
2.3.3.	Spécificité des conditions de travail :	65
	La disponibilité	65
	Une part de bénévolat :	66
	La rémunération :	66
	L'assurance professionnelle :	67
2.3.4.	Des sages-femmes engagées :	67
2.3.5.	Une formation continue et une pratique basée sur les données probantes de la science :	67
2.3.6.	Passer le relais lors des transferts.....	68
2.4.	Caractéristiques propres aux femmes/couples qui se tournent vers un suivi en Maison de Naissance.....	68
2.4.1.	Une population typique.....	68

Des personnes en bonne santé, pas trop dans la médicalisation, ayant une bonne qualité de vie	69
Des gens qui osent vouloir faire autrement, qui savent ce qu'ils veulent, et qui ont confiance en eux.....	69
Autres caractéristiques :	70
2.4.2. Une population atypique :	71
Les personnes déçus de l'hôpital, apeurées ou encore les « antisystèmes »	71
Une population qui se diversifie :	71
2.5. Le bilan aujourd'hui.....	72
2.5.1. Au niveau professionnel chez les sages-femmes :	72
Des sages-femmes qui apprécient leur travail :	72
Un environnement de travail favorable.....	73
Une évolution des pratiques :	73
Une croix sur l'exercice hospitalier :	74
2.5.2. Evolution de la demande des femmes/couples :	74
2.5.3. Evolution des rapports avec les autres professionnels de périnatalité, en l'occurrence les médecins gynécologues obstétriciens :	76
Concernant les transferts :	76
Une évolution dans les rapports :	77
Mais encore du chemin à faire :	77
Quelles solutions ?	78
2.5.4. Des résultats satisfaisants	78
2.5.5. Autres remarques des sages-femmes :	79
Evolution du statut des Maisons de Naissance	79
Un mot sur le médico-légal :	79
Une conclusion sur l'évolution globale :	80
3. Observations sur le terrain :	81
Partie 3 : Discussion	85
1. Synthèse de l'étude.....	86
2. Qu'en est-il des Maisons de Naissance en France ?	88
2.1. Une Maison de Naissance en France? Sarlat 1986-1999 [54]	88
2.2. La « non-histoire » des Maisons de Naissance en France.....	88
2.3. Des Maisons de Naissance pour 2011 ? Le débat est relancé	95
3. Comparaison de la France avec les trois pays Francophones et perspectives :	98
3.1. Des modalités d'implantation différentes entre les pays :	98
3.1.1. Moteur de la mise en place des Maisons de Naissance.....	98
3.1.2. En France, c'est l'aspect économique qui relance le débat de la mise en place de Maisons de Naissance chez nos politiciens	99
3.1.3. Une expérimentation ?	102
3.2. L'existence de freins philosophiques entraînant une disparité dans l'accueil de ces structures par les professionnels de la périnatalité.....	105
3.3. Exercer en Maisons de Naissance? Un lien avec les changements dans la profession de sage-femme :	108
3.3.1. Une évolution professionnelle : un changement de mission.....	108
3.3.2. Particularité de l'évolution de la profession de sage-femme en France	108
Des paradoxes :	108

Des sages-femmes libérales limitées :	109
Un problème de reconnaissance sociale des sages-femmes :	110
3.3.3. Plus d'autonomie :	111
3.3.4. Une pratique moins interventionniste basée sur la prévention.....	111
3.4. Des Maisons de Naissance pour qui ?.....	111
3.4.1. Des femmes et couples demandeurs :	111
3.4.2. Une « sélection » des femmes « à bas risque ».....	112
3.5. La problématique du médico-légal dans l'exercice de la profession en Maison de Naissance.....	113
3.5.1. La limite des compétences	114
3.5.2. Nécessité d'une information rigoureuse.....	114
3.5.3. Importance de l'expérience professionnelle.....	115
3.6. Des Maisons de Naissance françaises d'un autre genre ?	115
3.6.1. La notion d'attenance	115
3.6.2. Des Maisons de Naissance à grande échelle	117
3.6.3. Des éléments qui restent à définir	117
Conclusion.....	118
Bibliographie	120
TABLE DES MATIERES	127
Annexes	I

ANNEXES

Annexe 1

Les soins liés à un accouchement normal Page 39 WHO/FRH/MSM/96.24

CLASSIFICATION DES PRATIQUES UTILISEES PENDANT UN ACCOUCHEMENT NORMAL

Le présent chapitre distingue quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité. La classification reflète les vues du groupe de travail technique sur l'accouchement normal. Les raisons de cette classification ne sont pas exposées ici; le lecteur est renvoyé aux chapitres précédents qui sont le résultat de la réflexion et des débats du groupe de travail, et qui reposent sur les meilleures preuves actuellement disponibles (les numéros des chapitres sont indiqués entre parenthèses).

CATEGORIE A :

Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager

1. Plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille.
2. Evaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et réévaluation à chaque contact avec le système de santé et au moment du premier contact avec le dispensateur de soins pendant le travail, et jusqu'à la fin du travail.
3. Surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de la naissance
4. Boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement
5. Respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance
6. Fourniture de soins pour le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement soit possible et sûr et où la femme se sente en sécurité et en confiance
7. Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement
8. Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement
9. Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement
10. Fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent
11. Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation
12. Surveillance fœtale avec auscultation intermittente
13. Usage unique des matériels jetables et décontamination appropriée du matériel à usage multiple pendant tout le travail et l'accouchement
14. Utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipulation du placenta
15. Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail
16. Encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail
17. Surveillance attentive de l'évolution du travail, par exemple au moyen du partogramme de l'OMS

18. Administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger
19. Stérilité des instruments utilisés pour sectionner le cordon
20. Prévention de l'hypothermie du bébé
21. Contact dermique précoce entre la mère et l'enfant et encouragement à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein
22. Examen systématique du placenta et des membranes

CATEGORIE B :

Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer

1. Recours systématique au lavement.
2. Rasage systématique du pubis.
3. Infusion intraveineuse systématique pendant le travail.
4. Pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique.
5. Utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail.
6. Toucher rectal.
7. Utilisation de la radiopelvimétrie
8. Administration d'oxytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés.
9. Utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail.
10. Efforts de poussée soutenus et dirigés (manoeuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail.
11. Massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail.
12. Utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie.
13. Administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au troisième stade du travail.
14. Lavage utérin systématique après l'accouchement.
15. Révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement.

CATEGORIE C :

Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent

1. Méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail, comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse.
2. Amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail
3. Pression sur le fond utérin pendant le travail.
4. Manoeuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement.
5. Manipulation active du fœtus au moment de la naissance.
6. Administration systématique d'ocytocine, tension légère sur le cordon, ou combinaison des deux pendant le troisième stade du travail..
7. Clampage précoce du cordon ombilical.
8. Stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines pendant le troisième stade du travail

CATEGORIE D :

Pratiques fréquemment utilisées à tort

1. Interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail.
2. Traitement de la douleur par des agents systémiques.
3. Traitement de la douleur par l'analgésie épidurale.
4. Monitoring électronique du fœtus.
5. Port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement.
6. Touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins.
7. Accélération par l'ocytocine.
8. Transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du deuxième Stade.
9. Sondage de la vessie.
10. Encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser.
11. Observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse.
12. Extraction instrumentale.
13. Utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie.
14. Exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement.

Annexe 2

Définition internationale de la sage-femme : reconnue par la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens (FIGO). Elle est la suivante :

« Une sage-femme est une personne qui, ayant suivi régulièrement un programme d'enseignement spécialisé en obstétrique, dûment reconnu dans le pays où il a lieu, a terminé avec succès le programme d'études prescrites en obstétrique et a acquis les qualifications nécessaires pour avoir le droit de pratiquer légalement la profession de sage-femme.

La sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner de l'appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement, et dans la période post-partum. Elle doit être en mesure de prendre toute responsabilité lors d'un accouchement, et de prodiguer les soins nécessaires au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, la promotion de l'accouchement normal, le dépistage des signes de complications, tant chez la mère que chez le bébé, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin, et l'exécution de certaines mesures d'urgence.

La sage-femme joue un rôle important comme conseillère en matière d'hygiène et d'éducation, non seulement pour les femmes mais aussi au sein de la famille et de la collectivité. Son travail devrait comprendre l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent ; son intervention peut aussi s'étendre à la santé maternelle, à la santé sexuelle ou reproductive et à la santé infantile.

La pratique de sage-femme peut être exercé dans tous les endroits, y compris à domicile, en milieu hospitalier ou en clinique, et dans les centres médicaux. »

The International Definition of Midwife, ICM/WHO/FIGO 2005

Annexe 3

Charte Européenne des droits de la parturiente.

Journal officiel des communautés européennes, 8 juillet 1988

Le parlement européen :

A. conscient des efforts que déploie la Commission des Communautés européennes en vue de contribuer à ce que la vie de la femme se déroule dans les meilleures conditions possibles,

B. considérant que la méthode d'accouchement et la préparation à l'événement font, dans beaucoup d'Etats membres, l'objet de débats,

C. considérant que la maternité doit être l'aboutissement d'un libre choix,

D. considérant que la diminution de la mortalité périnatale qui touche tous les enfants et les parturientes en Europe s'explique en grande partie, et entre autres raisons, par l'assistance pré- et postnatale, par le type de traitement appliqué lors de l'accouchement et par les soins dispensés aux nouveau-nés, grâce aux progrès de la médecine, à la spécialisation croissante des médecins et à la formation appropriée des accoucheuses,

E. faisant toutefois part des vives inquiétudes que lui cause la mortalité élevée - qui, dans certains Etats membres, est encore en hausse - due au syndrome de mort subite des nourrissons, les bébés de 2 à 6 mois sur tout ce pour ces raisons essentielles que, d'une part, le corps médical sait, aujourd'hui encore, peu de chose au sujet des causes de cette affection et que, d'autre part, la plupart des parents en ignorent tout, quand bien même il s'agit en l'espèce de la cause principale de la mortalité post- natale,

F. estimant que les facteurs psychologiques jouent un rôle important lors de l'accouchement, dans la mesure où ils créent un climat de tension particulière selon le pays et selon la situation professionnelle, sociale et économique de la femme et de sa famille,

G. considérant que les facteurs culturels jouent un rôle important lors de l'accouchement et sont le reflet de la manière dont la société accueille le nouveau-né comme l'un de ses nouveaux membres,

H. exigeant que soit dispensé le traitement approprié à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement en fonction de ses besoins et de ses caractéristiques personnelles,

I. considérant que, même si la société a déployé des efforts considérables pour démystifier l'inquiétude au moment de l'accouchement, il semble persister un certain état psychologique de crainte ancestrale, qui s'explique par la persistance parallèle de risques pendant la grossesse et au moment de l'accouchement,

J. considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de

fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée,

K. considérant qu'aucune intervention chirurgicale (césarienne) ne doit être pratiquée lors des accouchements en milieu hospitalier, sauf en cas d'absolue nécessité,

Le parlement européen :

1. estime que l'accouchement ne peut se dérouler dans un climat de sérénité que lorsque la femme bénéficie d'une assistance appropriée de la part d'un personnel spécialisé, qu'elle choisisse d'accoucher en milieu hospitalier ou à domicile et lorsque les futurs pères et mères disposent d'une information appropriée et que chacun peut accéder gratuitement à une assistance prénatale, sur les plans préventif, médical, psychologique et social;

2. souhaite qu'une information appropriée et complète soit largement diffusée dans les centres de consultation médicale et centres hospitaliers sur l'assistance sociale dont peuvent bénéficier les futures mères en détresse.

3. demande à la Commission de prendre de nouvelles initiatives en vue d'arrêter une directive qui alignerait, autant que faire se peut, les dispositions législatives nationales relatives aux facilités prévues pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pour les parents sur les réglementations et les dispositions de l'Etat membre le plus avancé en la matière;

4. estime indispensable que les Etats membres procèdent en outre à une profonde révision et à un aménagement de l'ensemble de la législation relative à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement, aussi bien en ce qui concerne les services sociaux que l'équipement des centres médicaux et les soins dispensés aux nouveau-nés ;

5. estime insuffisante l'initiative de la Commission d'élaborer un code de conduite en matière de protection sociale de la maternité et demande qu'une directive soit consacrée à ce sujet;

6. déplore le nombre sans cesse croissant de césariennes pratiquées dans la Communauté;

7. déplore que le taux d'allaitement au sein soit si peu élevé dans certains Etats membres de la Communauté;

8. souligne la nécessité de mettre en place des centres de santé pour les femmes (sur le modèle des "Well Women Centres " p.e.) afin que ces dernières puissent avoir accès aux consultations et à une bonne médecine préventive.

9. demande en outre, à la Commission d'élaborer une proposition relative à une charte des droits de la parturiente, applicable dans tous les pays de la CEE, qui permette à toute femme enceinte d'obtenir une fiche médicale et de pouvoir ainsi choisir le pays, le lieu géographique et le centre où elle veut être traitée. Cette fiche, reprenant les droits

de la parturiente, devra en outre assurer à la femme les prestations, services et droits suivants:

- une fiche obstétricale reprenant les données relatives à la grossesse et mise à la disposition de la femme et des personnes qui l'assisteront pendant et après la grossesse,
- un diagnostic prénatal comprenant un test de floculation, une échographie et une amniocentèse gratuite et pratiquée sur une base volontaire, en accord avec la femme et conformément aux conseils du médecin,
- la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement, afin de connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sur le plan physique, ainsi que les techniques et les méthodes en usage,
- l'information, avant l'accouchement, au sujet des risques et des symptômes existants ainsi que des précautions et des médicaments à prendre - notamment ceux auxquels les services de santé assurent la gratuité -, ce en ce qui concerne les causes les plus importantes de mortalité postnatale, en général, et la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons, en particulier,
- le libre choix de l'hôpital et des modalités (position) de l'accouchement et de la façon d'allaiter et d'élever l'enfant,
- l'assistance appropriée lorsque la femme opte pour l'accouchement à domicile en tenant compte de l'état psychique et physique de la parturiente et de l'enfant à naître ainsi que de l'environnement,
- l'accouchement naturel, sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, si ce n'est pour des raisons absolument impérieuses et justifiées par l'état de la parturiente et de l'enfant à naître, le recours à la césarienne en cas d'absolue nécessité, la présence, si la parturiente le souhaite, d'une personne choisie parmi le couple, les parents ou les amis, avant, pendant et après l'accouchement, le droit pour la parturiente de décider conjointement avec le médecin, après avoir reçu une information détaillée à ce sujet, des thérapies et des traitements,
- la possibilité pour la mère d'avoir son enfant à ses côtés pendant la période d'allaitement et de le nourrir selon ses propres exigences, plutôt qu'en fonction des horaires des hôpitaux,
- le libre choix pour la parturiente de permettre d'utiliser son lait maternel pour d'autres nouveau-nés,
- la possibilité pour les membres de la famille de rendre visite à la mère et au nouveau-né, sans compromettre pour autant les soins à dispenser au nouveau-né,
- le droit à une période de congé suffisante pendant l'allaitement pour la femme qui travaille et la mise en place généralisée d'un horaire flexible,
- l'installation de salles de pédiatrie dûment équipées et disposant d'un personnel compétent pour les prématurés, dans les maternités elles-mêmes,
- un livret médical qui permette à la femme enceinte de bénéficier de soins dans tous pays de la Communauté,
- certaines facilités, comme des interprètes pour les femmes enceintes allochtones, afin que ces dernières puissent bénéficier également des dispositions prévues ci-dessus.

10. demande aux Etats membres de laisser aux parturientes la faculté d'accoucher anonymement et, si nécessaire, d'inscrire les nouveau-nés à l'état civil sans qu'il soit fait mention des ascendants ou en tenant leur identité secrète;

11. invite les Etats membres à protéger la parturiente en déclarant irrecevables toute demande de saisie de l'habitation, des meubles et des biens personnels ou toutes autres mesures exécutoires y afférentes, dans un délai de huit,

12. a) demande en outre aux Etats membres d'adopter les mesures appropriées en vue de favoriser la nomination de femmes médecins et la formation d'accoucheuses en mesure de s'occuper des femmes pendant la grossesse lors de l'accouchement et dans la période qui suit,

b) de favoriser et de financer les recherches sur les causes de la stérilité chez la femme et chez l'homme, y compris les causes liées à l'environnement et à l'activité industrielle,

c) d'organiser des campagnes d'information pour attirer l'attention du public sur le danger de l'utilisation de médicaments pendant la grossesse,

d) de mettre en œuvre le programme AIM (informatique médicale avancée en Europe) en vertu duquel il convient de consulter les organisations de médecins et de patients en tant qu'utilisateurs et consommateurs,

e) de diffuser toute la réglementation existant au niveau communautaire, ainsi que toute proposition émanant des institutions de la Communauté, et plus particulièrement les résolutions adoptées par le Parlement européen sur l'harmonisation des législations des Etats membres relatives aux préparations pour les nouveau-nés et aux laits de substitution,

f) de représenter aux partenaires sociaux qu'ils sont tenus de respecter strictement la convention 103 de l'OIT sur la protection de la maternité dans le milieu professionnel, en général, et en ce qui concerne l'interdiction de licenciement et l'affectation des travailleuses enceintes ou allaitantes à des tâches appropriées à leur état, en particulier.

13. demande à la Commission de mener une étude approfondie sur les causes de la mortalité infantile et maternelle dans la Communauté, notamment sur la pauvreté, la mauvaise santé et l'état des logements, d'accorder, à cet égard, une attention particulière à la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons ainsi qu'à l'état actuel de l'étiologie de cette affection de lui faire rapport sur ses conclusions en précisant ce qu'elle propose quant aux moyens de soutenir au mieux les recherches dans ce domaine ;

14. charge son président de transmettre la présente résolution à la commission et au Conseil, à l'OMS, au Conseil de l'Europe et aux gouvernements des Etats membres

Annexe 4

Réglementation québec

Annexe 5

Tarifs au 1er janvier 2010 de la nomenclature INAMI pour les sages-femmes Belges.

Le montant indiqué dans la colonne “honoraires” est également celui remboursé à la cliente par sa mutualité, si la sage-femme est conventionnée.

Les honoraires de week-end et de jours fériés s’entendent du samedi 0 heure au dimanche 24 heures et sont valorisés de 50% par rapport aux honoraires de semaine et jours ouvrables.

Libellé	Honoraires et remboursement de semaine	Honoraires et remboursement de week-end	Numéro de nomenclature
	Euro	Euro	
Injections			
Injection (sur prescription médicale)	8,04	8,04	421993
Soins prénatals			
<i>a) Séances prénatales :</i>			
Première séance individuelle d'obstétrique (1ère consultation). Durée minimale de 60 minutes.	33,75	33,75	422030
Séance individuelle d'obstétrique (consultations suivantes). Durée minimale de 30 minutes.	24,11	24,11	422052
<i>b) En cas de grossesse à risques :</i>			
Hospitalisation à domicile sur prescription médicale	24,11 + frais de déplacements à 0.24 euros par km	36,16 + frais de déplacements à 0.24 euros par km	422870 422892
Surveillance et soins d'une fausse couche, dispensés le jour de la fausse-couche	32,15	48,22	422553 423555
Surveillance et soins les jours suivant une fausse-couche (max 3 x)	24,11	24,11	422516
<i>c) Préparation à l'accouchement :</i>			
Préparation individuelle	16,07	16,07	422096
Préparation de 2 à 5 femmes enceintes, par femme enceinte	12,86	12,86	422111

Préparation de 6 à 10 femmes enceintes, par femme enceinte	8,04	8,04	422133
Surveillance et assistance à la parturiente pendant la phase de travail			
En cas d'accouchement à domicile	184,84	277,26	422575 423570
A domicile et hospitalisation <u>sans</u> complications	184,84	277,26	422612 423614
A domicile et hospitalisation <u>suite</u> à ces complications	184,84	277,26	422590 423592
Accouchements			
<i>a) Dans l'établissement hospitalier où la patiente est hospitalisée</i>			
Surveillance et exécution de l'accouchement par une sage-femme du service	184,84	184,84	422225
Assistance en cas d'acc. effectué par un médecin en milieu hospitalier	39,68	39,68	422240
Assistance en cas d'acc. effectué par une autre sage-femme en milieu hoap.	45,00	45,00	422262
<i>2) A domicile et dans le cadre d'une hospitalisation de jour ou à domicile</i>			
Accouchement effectué par une sage-femme	225,02	337,53	422656 423651
Assist. en cas d'acc. effectué par un médecin	45,00	67,51	422693 423695

Assist. en cas d'acc effectué par une autre sage-femme à domicile	96,44	144,66	422752 423754
Assist. en cas d'acc effectué par une autre sage-femme en hospitalisation de jour	96,44	96,44	422531
Accouchement par sage-femme en hospitalisation de jour	225,02	337,53	422671 423673
Soins postnatals (jusque maximum 1 an après l'accouchement)			
Le jour de l'accouchement (2 fois possible)	33,75	50,63	422796 423791
Les 3 jours suivants (1x/j.)	56,26	84,38	422774 423776
Le 4ème jour (1x/j.)	45,00	67,51	422914 422936
Le 5ème jour (1x/j.)	45,00	45,00	422951
Dès le 6ème jour (max. 7 fois)	24,11	24,11	422435
1ère consultation d'allaitement maternel, en cas de complication, au domicile, avec motivation de la sage-femme. Durée minimale de 90 minutes. Maximum 1 fois.	36,16	54,25	422811 422833
Consultation d'allaitement, en cas de complication, les jours suivants la 1ère, au domicile, avec motivation de la sage-femme. Durée minimale de 60 minutes. Maximum 2 fois.	30,54	30,54	422855
3 prestations motivées par la sage-femme après les 6 précédentes	24,11	24,11	422450
En cas de complications : soins supplémentaires possibles sur prescription médicale	24,11	24,11	422472

Convention tarifaire entre en vigueur avec effet rétroactif au **1.1.2004**. La valeur du point est fixée à 1CHF pour les assureurs-accidents, l'AM et l'AI.
Les prestations de sages-femmes indépendantes en Maison de Naissance équivalent aux prestations des actes au domicile des patientes présentée sur cette grille :

Prestations des sages-femmes sans la présence du médecin.				
Pos.	Description	Unité	Forfait en CHF	Points
**Grossesse				
51.1010	Préparation à l'accouchement	forfait	100.00	
51.1020	Examen de contrôle (cf. 1.3.4. Interprétation)	par séance		51
51.1030	Encadrement en cas de grossesse à risque (cf. 1.3.4. Interprétation)	par période de 30' entamée		43
51.1090	Matériel d'usage courant	par grossesse	40.00	
51.1040	Contrôle des pulsations cardiaques au moyen d'un cardiocographe (CTG) (cf. 1.3.4. Interprétation)	par utilisation		70
*Accouchement				
51.1110	Accouchement à domicile	par période de 30' entamée		48
51.1120	Autres prestations (cf. 1.3.4. Interprétation)	par période de 30' entamée		30
51.1180	Matériel d'usage courant (cf. 1.3.4. Interprétation)	par accouchement interrompu	100.00	
51.1190	Matériel d'usage courant (cf. 1.3.4. Interprétation)	par accouchement	165.00	
**Soins postnatals				
51.1210	Visites de soins, à raison d'une visite quotidienne	par visite		78
51.1220	Deuxième visite quotidienne de soins durant les dix jours suivant l'accouchement	par visite		39
51.1280	Matériel d'usage courant pour la période allant du 1 ^{er} au 5 ^e jour (cf. 1.3.4. Interprétation)	par jour	18.00	
51.1290	Matériel d'usage courant pour la période allant du 6 ^e au 10 ^e jour (cf. 1.3.4. Interprétation)	par jour	7.00	
51.1230	Examen de contrôle final (cf. 1.3.4. Interprétation)			57
51.1250	Conseils en matière d'allaitement (cf. 1.3.4. Interprétation)	par séance		78
51.1260	Matériel selon dépenses (cf. 1.3.4. Interprétation)			
*Déplacements				
51.1310	Par km		0.60	

* Ces prestations ne peuvent être fournies qu'au domicile de la patiente durant la grossesse ou au moment de l'accouchement.

** Ces prestations peuvent être fournies à l'hôpital et au domicile de la patiente durant la grossesse ou au moment de l'accouchement.

Source : Service central des tarifs médicaux LAA

Annexe 6

Statistiques Maisons de Naissance

1/ Statistiques d'une Maison de Naissance en Belgique. 3 sages-femmes.

200 naissances sur 5 ans de pratique

- Terme < 38 SA : 8%
 > 41 SA : 18 %
- Parité Primi : 44 %
 Multi : 56 %
- Poids des bébés < 2kg800 : 4,5 %
 > 4Kg000 : 12 %
 (2Kg 590 → 4kg620)
- 4% ont accouché à domicile de manière imprévue avec l'équipe de SF

Causes de transfert AVANT

24% des mamans suivies ont été exclues en prénatal

→ taux de prématurité 4%, siège, ...

Sur 232 mères accueillies en chambre de naissance,

14,6% ont été transférées avant l'accouchement :

- RSPE sans CU >12h 80%
- Demande de péridurale 5%
- Non progression ou non engagement 15% :

Présentation foetale : OS 1% (→ventouse) ; Front 0,5% (→césarienne) ; Autres 13%

- Bradycardie 0,5% (→Kristeller)

→ **4 césariennes** sur les 232 mamans admises à la Maison de Naissance

Causes de transfert APRES

Transfert après accouchement (toujours en ambulance) 2,5%

- 4 pour pertes de sang persistantes ou rétention placentaire **dont 1 seul cas de transfert urgent** avec placenta accreta chez 1 primi
- 1 pour suture périnée complet (brèche vaginale)

Quelques statistiques :

- APGAR < 7 à 1' ou 5' 2,5%
- ALLAITEMENT maternel 100%
- Dystocie d'épaules 0%
- PERINEE
- Intact/éraillures 80%
- Déchirure simple 15%
- Episiotomie 3%
- Déchirure compliquée 0,5%

2/ Statistiques d'une Maison de Naissance en Suisse : (6 sages-femmes)

**Naissances du 1er avril 1999 au
17.10.2010**

	Entrées	Naissances	Transferts	
			Nbre	%
1999	29	26	3	10,34
2000	56	52	4	7,14
2001	84	76	8	9,52
2002	68	59	9	13,24
2003	64	59	5	7,81
2004	71	61	10	14,08
2005	74	61	13	17,57
2006	68	61	7	10,29
2007	71	60	11	15,49
2008	75	66	9	12,00
2009	75	67	8	10,67
2010	67	63	4	5,97
Total	802	711	91	11,35

âge maman		parité				position	
max	43	1	231	32,49%	364	assis	51,20%
min	19	2	269	37,83%	102	accroupi	14,35%
moyenne	31,60	3	142	19,97%	34	debout	4,78%
		4	60	8,44%	78	allongé	10,97%
		5	4	0,56%	47	4 pattes	6,61%
		6	1	0,14%	à		
		7	1	0,14%	80	genoux	11,25%
		8et +	3	0,42%	6	autre	0,84%
			711	100,00%	711		100,00%
taille bébé cm							
max	59						
min	43						
moyenne	49,52						
poids bébé grammes							
max	4750						
min	2070						
moyenne	3410						

accouchement dans l'eau			
oui	433	60,90%	
non	278	39,10%	
	711	100,00%	

périné				épisiotomie	
intact	484	68,07%		Nbre	%
pas int.	227	31,93%		16	2,25%
	711	100,00%			

cause des transferts pré, per et post natal	nombre	%
stagnation du travail/dystocie cervicale	53	6,6
souffrance fœtale	11	1,37
présentation fœtale	10 (9 sièges, 1 transverse)	1,25
non engagement	1	0,12
désir analgésie péridurale	7	0,87
pas de mise en travail après rupture de la poche des eaux > 24h	3	0,37
décollement placentaire en cours de travail	1	0,12
non décollement du placenta	7	0,87
placenta incomplet	1	0,12
endométrite	1	0,12
infection du nouveau-né	1	0,12
mauvaise adaptation du nouveau né	1	0,12
Autre	6	0,81

Statistik der Schweizer Geburtshäuser - 1992-2007 - Statistiques des maisons de naissances de Suisse

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	
AG Storchennäsch	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	3749
BE Villa Oberburg	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	3414	2006
BE Luna	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	352
BL Ambra	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	4443	161
BL Tagmond	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	4133	277
BL Rundum	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	4242	32
BL Murtenz - Basel	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	4054	2118
BL Entbindungsheim	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	4446	351
BL Entbindungsheim	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	4436	146
BL Entbindungsheim	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	4415	154
GR Engadin	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	7503	18
GR Graubünden	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	7307	103
LU Adligenswil	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	6043	399
LU Terra Alta	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	6208	520
NW Arco	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	614
SG Artemis	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	9323	1260
SO La Vie	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	4600	458
TG Das Geburtshaus	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	8269	277
ZH Delphys	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	8003	1799
ZH Zürcher Oberland	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	8344	2061
FR Le Petit Prince	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	648
FR Salle III	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	1618	287
JU Les Cigognes	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	2824	33
VD Aquila	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	1860	455
VD La Grange Rouge	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	1247	174
VD Lunaisance	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	1132	32
VD Zoé	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	142
Total	421	568	670	773	815	949	954	982	917	972	951	1012	1051	926	1092	1028	1101	1115	1161	1185	1185	1185	18 634
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	20 ans	

Annexe 7

Definition du terme de Maison de Naissance par le Groupe National de Travail sur les Maisons de Naissance : label déposé à l'INPI en 1999.

. Une Maison de Naissance est un lieu d'accueil des femmes enceintes et de leur famille dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. Les sages-femmes en assurent la responsabilité médicale, en toute autonomie et conformément à leur compétence légale.

La Maison de Naissance doit être un service accessible à tous.

. Le suivi des femmes répond à la notion d'accompagnement global de la Naissance, qui associe une femme et une sage-femme référente pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'après-naissance.

. Une Maison de Naissance est un établissement sans autre équipement médical que celui utilisé par les sages-femmes. C'est une structure autonome, située en dehors des établissements hospitaliers.

. Une Maison de Naissance travaille en réseau avec l'ensemble du système et des praticiens de santé.

. Une Maison de Naissance est un lieu convivial qui respecte la liberté et le besoin d'intimité des parents.

Annexe 8

Le rapport Mission Périnatalité (G. Bréart, F. Puech, J.C. Rozé), la 4ème des 20 propositions "Pour une politique périnatalé", développée en page 7:

« Evaluer la mise en place de maisons de naissance

Dans le cadre de cette nouvelle politique qui comporte une ouverture à une nouvelle conception de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement à "bas risque", les sages-femmes ont la totale compétence pour prendre en charge de façon autonome, le suivi de la grossesse et de l'accouchement.

Le modèle proposé dans les 30 dernières années, mettant en avant l'utilisation de techniques de plus en plus sophistiquées comme un indispensable recours à la surveillance médicale, a montré ses limites. Lorsqu'elle n'est pas nécessaire, une utilisation trop importante de cette technique peut entraîner des actes inutiles voire iatrogènes.

C'est pourquoi il est proposé la possibilité d'ouvrir, des maisons de naissance sous la responsabilité pleine et entière de sages-femmes. Cette "évolution" ne peut se faire en un temps du fait de l'absence de connaissance des résultats périnataux d'une telle prise en charge dans le contexte socio-économique, démographique actuel. Il est donc nécessaire de passer par une phase d'évaluation, ce qui implique non pas de limiter le nombre de Maisons de Naissance à créer, mais au contraire de s'assurer d'un nombre suffisant de ces centres, afin que cette évaluation ait une puissance statistique suffisante pour pouvoir conclure sur leur efficacité. Ceci impose de laisser la possibilité à plusieurs projets d'aboutir, à condition que ces Maisons de Naissance soient attenantes à des plateaux techniques publics ou privés, et que soient signées des conventions assurant la possibilité de recours à un plateau technique en cas de nécessité, ceci implique l'adhésion aux protocoles qui seront mis en place.

Pour que cette ouverture à des modes de prise en charge adaptés spécifiquement aux grossesses normales, ait toute son efficacité, il est souhaitable que soit réalisé au sein de chaque région, un recensement de toutes les structures où serait possible, un tel type de prise en charge. Ce recensement serait réalisé au sein des Commissions Régionales de la Naissance. Une évaluation nationale sera nécessaire et pourrait être réalisée en lien avec la Commission Nationale de la Naissance.

La possibilité de l'accouchement à domicile doit faire l'objet d'une réflexion spécifique concernant les conditions de sécurité. »

Annexe 9

Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité, novembre 2004.
p.36

5.3. Par une expérimentation de « maisons de naissance » attenantes à des plateaux techniques

Contexte

Un certain nombre de femmes souhaitent accoucher dans un contexte moins médicalisé que leur offrent aujourd'hui la plupart des maternités. De nombreux pays voisins proposent déjà un type de prise en charge fondé sur une moindre médicalisation, considérée plus « naturelle ».

Objectifs

Les « maisons de naissance » se définissent comme le lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme a priori normal.

Le rapport de la « mission Périnatalité » préconise la mise en place à titre expérimental de « maisons de naissance », attenantes ou au sein des services d'obstétrique, et fonctionnant avec des sages-femmes libérales et/ou hospitalières

Elles pourraient permettre une moindre médicalisation tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant par la proximité immédiate du plateau technique (blocs opératoires, soins intensifs, réanimation).

Les femmes pourraient donc avoir le choix de leur mode d'accouchement.

Ces pratiques nouvelles doivent en tout état de cause être totalement insérées dans un réseau de périnatalité, donner lieu à un protocole des pratiques professionnelles, et sont bien sûr conditionnées à l'avis favorable des instances de l'établissement concerné. Ces « maisons de naissance » constituent un moyen de diversifier l'offre de soins pour les grossesses physiologiques tout en reconnaissant la compétence des sages-femmes dans la prise en charge des femmes concernées. Elles ne doivent, en aucun cas, être considérées comme des substituts à la fermeture des sites d'accouchement de certaines maternités.

Mesure : **Elaborer les textes** permettant d'expérimenter les maisons de naissance.

Calendrier : L'expérimentation pourrait commencer pour les projets déjà bien avancés, dès parution des textes.

Annexe 10

PLFSS 2011 article 40
N° 2854

ASSEMBLÉE NATIONALE CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958 TREIZIÈME
LÉGISLATURE Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre
2010. **PROJET DE LOI de financement de la sécurité sociale pour 2011,**

Article 40

Il est rétabli au code de la santé publique un article L. 6122-19 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6122-19.* – À partir du 1^{er} septembre 2011 et pendant une période de deux ans, le Gouvernement est autorisé à engager l'expérimentation de nouveaux modes de prise en charge de soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés au sein de structures dénommées « maisons de naissance » où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3. Ces expérimentations ont une durée maximale de cinq ans. **Elles sont réalisées en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé.**

« À cet effet, il est dérogé aux dispositions des articles L. 1434-2, L. 1434-7 et L. 6122-1.

« Les maisons de naissances ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L. 6111-1 et ne sont pas soumises aux dispositions du chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie du présent code.

« **Le décret en Conseil d'État visé au dernier alinéa du présent article précise notamment que la maison de naissance doit être attenante à une structure autorisée à l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle doit obligatoirement passer une convention.**

« **L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de la structure autorisée à l'activité de gynécologie-obstétrique autorisée attenante.**

« Il peut être dérogé aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux modalités d'application de la prise en charge de certains actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 de ce code.

« Par dérogation à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance peuvent être prises en charge en tout ou partie par la dotation annuelle prévue à l'article L. 162-22-14 de ce code.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental en fonction notamment de l'intérêt et de la qualité du projet pour l'expérimentation et de son intégration dans

l'offre de soins régionale en obstétrique. La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévues par l'article L. 6122-13. Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

« Un premier bilan de l'expérimentation sera établi au 31 décembre 2014 par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en vue de la poursuite ou de l'abandon de l'expérimentation. Le Gouvernement adresse au Parlement un bilan définitif de l'expérimentation dans l'année qui suivra sa fin.

« Les conditions de l'expérimentation et notamment les conditions d'établissement de la liste susmentionnée, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels, les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance ainsi que les modalités d'évaluation de l'expérimentation à son terme sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Exposé des motifs

Le présent article prévoit, conformément à ce qui avait été inscrit dans le plan périnatalité 2005-2007, l'expérimentation de maisons de naissance assurant une prise en charge comportant une moindre médicalisation de la grossesse et de l'accouchement dit physiologique ou sans situation à risque. L'accouchement pourra y être réalisé par les sages-femmes, en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant et à proximité immédiate du plateau technique d'une maternité.

Les maisons de naissance seront soumises à des règles de fonctionnement et de financement spécifiques qui dérogeront, en tant que nécessaire, aux règles de droit commun prévues par le code de la santé publique.

Les maisons de naissance sont susceptibles de générer des économies pour l'assurance maladie dans la mesure où un accouchement dans ce type de structure est moins coûteux que dans un établissement de santé.

→ En gras : les points rajoutés après la commission mixte paritaire.

Annexe 11

HAS Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées Recommandations professionnelles, mai 2007

Différents types de suivi : deux types de suivi : (suivi A et suivi B) et deux procédures d'orientation (demande d'avis A1 et demande d'avis A2) sont définis par accord professionnel, en fonction des professionnels de santé impliqués ou à solliciter.

Différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses.

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Remarque : En fonction de la situation à risque, à l'issue de la demande d'avis A1 ou bien A2, si le risque est infirmé ou si le pronostic est favorable, la grossesse est maintenue dans le suivi d'origine (suivi A). Dans le cas contraire, si le risque est confirmé ou si l'évolution est défavorable, la grossesse est considérée à haut risque et le suivi devient un suivi B. Cet état peut être transitoire et un retour à une situation de bas risque et à un suivi A est possible.

(Le suivi en Maison de Naissance correspondrait alors au suivi A)

L'HAS précise que le choix du lieu de naissance est fonction essentiellement : des préférences de la femme ou du couple ; du lieu d'habitation et des structures en place ; du niveau de risque (risque maternel et risque fœtal).

En l'occurrence ces recommandations font allusion aux maternités de différents niveau I (unité d'obstétrique), II (unité d'obstétrique + unité de néonatalogie) et III (unité d'obstétrique + unité de néonatalogie + unité de réanimation néonatale), mais aussi d'autres lieux d'accouchement qui peuvent être actuellement choisis par les

femmes présentant un faible niveau de risque (suivi type A), notamment les espaces dits « physiologiques » (internes à une maternité) ou le domicile, et évoquent les Maisons de Naissances à proximité d'un plateau technique pas encore expérimentées en France.

Un récapitulatif des Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) a été rédigé.

Disponible à ce lien.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

Annexe 12 Grille d'entretien

Questions thème :	Questions relance :
<p><i>Pourquoi l'ouverture de cette MDN ?</i></p> <p><i>Que s'est-il passé entre le moment où le projet est né et l'ouverture de la maison de naissance ? Quel a été le cheminement ?</i></p> <p><i>Comment voyez-vous votre métier de sage-femme au sein de la maison de naissance ?</i></p> <p><i>A l'heure actuelle quel bilan pouvez-vous dresser suite à la mise en place de cette maison de naissance ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- Quelles étaient les motivations ?- D'où venait la demande ?- Que devait permettre la maison de naissance, le but ? - Cela a pris du temps ?- Quels ont été les difficultés rencontrées, les freins à la mise en place de la maison de naissance ?- Quels ont été les soutiens, sous quelle forme ?- Quels ont été les rapports avec les autres professionnels de santé? et aujourd'hui ?- Quel est le statut de la MDN ?- A quel moment vous êtes vous senti efficace ?- Pouvez-vous me parler de l'organisation, la création de règles de soins . - Pouvez-vous me parler de votre philosophie de vos représentations sur la grossesse et l'accouchement et leur suivi.- Est-ce que vos idées on évoluées ? Avez-vous des interrogations, des remises en question.- Quel plaisir prenez vous à travailler de cette manière ?- Comment décririez-vous les femmes, les couples que vous suivez, ont il quelque chose de particulier ?- Ce suivi s'adresse il a tous les couples ? - Comment elle fonctionne ?- Qu'en est-il de l'offre et de la demande ?- Les retours des usagers ?- D'autres retours, des résultats ?

Annexe 13

Entretien 1

Entretien 2

Entretien 3

Entretien 4

Entretien 5

RESUME

Les Maisons de Naissance sont des structures autonomes, gérées uniquement par des sages-femmes, qui peuvent y travailler selon l'essence même de leur art : le suivi des femmes tout au long du processus de la maternité lorsque celle-ci s'avère physiologique. Ces structures sont aujourd'hui un lieu que peuvent choisir les couples pour la naissance de leurs enfants. Elles représentent une alternative au suivi classique en centre hospitalier, considéré comme trop médicalisé et technicisé par certains usagers en attente d'une approche plus humaine et respectueuse, retrouvée dans le cadre de l'accompagnement global proposé par les sages-femmes de Maisons de Naissance. Dans ce mémoire nous nous sommes intéressée aux facteurs impliqués dans la mise en place de ces structures dans les pays francophones que sont le Québec, la Belgique, et la Suisse tant sur le plan général par nos recherches, que local par des entretiens menés auprès de sages-femmes de Maisons de Naissance. Ceci dans le but de pouvoir comparer les situations étrangères au contexte français et d'apporter quelques perspectives concernant ces structures encore attendues en France et récemment promues à une expérimentation débutant en 2011.

Summary : Birth Centers are autonomous structures, only managed by midwives working there according to the very nature of their art, which is to provide care for women during the process of maternity whenever it proves to be physiological, thus in most cases. Today, these structures are places couples can choose to give birth to their children. They represent an alternative to the conventional obstetric management in hospital, associated with a high level of medical interventions. Certain users expect a more human and respectful approach which they can find in Birth Centers where midwives offer global maternity care. In this document, comparisons among French-speaking countries : Quebec, Belgium, and Switzerland, were made so as to understand which factors contributed to the setting-up of Birth Centers and midwives of different Birth Centers were also interviewed. We carried out our research because we aimed at being able to compare the foreign situations to the French context where Birth Centers are yet to be set up. The results of our research might somehow contribute to the idea that Birth Centers can be developed in France, as an experiment-to-come will start as early as 2011.