

Diversification des lieux de naissance en France: Le cas des Maisons de naissance

Philippe Charrier

► **To cite this version:**

Philippe Charrier. Diversification des lieux de naissance en France : Le cas des Maisons de naissance. Recherches familiales, Union nationale des associations familiales (UNAF), 2015, naître, 12 (12), pp.71-83. 10.3917/rf.012.0071 . halshs-01101786

HAL Id: halshs-01101786

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01101786>

Submitted on 8 Feb 2019

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.

DIVERSIFICATION DES LIEUX DE NAISSANCE EN FRANCE : LE CAS DES MAISONS DE NAISSANCE

Philippe Charrier

Union nationale des associations familiales (UNAF) | « Recherches familiales »

2015/1 n° 12 | pages 71 à 83

ISSN 1763-718X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-71.htm>

Pour citer cet article :

Philippe Charrier, « Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance », *Recherches familiales* 2015/1 (n° 12), p. 71-83.

DOI 10.3917/rf.012.0071

Distribution électronique Cairn.info pour Union nationale des associations familiales (UNAF).

© Union nationale des associations familiales (UNAF). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

DIVERSIFICATION DES LIEUX DE NAISSANCE EN FRANCE : LE CAS DES MAISONS DE NAISSANCE

Philippe Charrier

Le dispositif de santé publique français va prochainement se doter d'un nouvel espace de naissance, les Maisons de naissance. Ces maisons de naissance participent à un élan de diversification des lieux de naissance qui débute avec les Birth Centers anglo-saxons et vient s'ajouter à la rare et difficile pratique des accouchements à domicile. Cet article rappelle que ces établissements sont le fruit d'un ajustement d'institutions – les maternités hospitalières – répondant aux demandes des femmes et couples en matière d'accompagnement de la naissance de leurs enfants. Ils mobilisent tant une logique consumériste, qu'un besoin d'une prise en charge médicale plus personnalisée et le souhait de profiter d'une expérience intime. Cependant, cette diversification, si elle correspond aux attentes d'une partie des parents, participe paradoxalement à un processus de construction de nouvelles inégalités sociales.

◀ Introduction : diversification des lieux de naissance

Prochainement, les couples français vont voir l'offre en matière de lieux de naissance s'étoffer avec l'expérimentation (limitée à 10 lieux dans un premier temps) de Maisons de naissance. Ces établissements sont des lieux de naissance contigus à une structure hospitalière au sein desquels des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse. Si dans nos sociétés de la mobilité le lieu de naissance n'apparaît plus autant marquant pour l'individu à naître ou celui qui est né, il n'en demeure pas moins que le choix d'une maternité donne lieu à des arbitrages qui se présentent comme réfléchis. Pourtant, bien des fois, les contingences locales, comme l'absence d'une maternité à proximité, contraignent les couples à opter pour un établissement situé dans un autre département, un autre bassin de vie. Dans une enquête déjà ancienne, on avait pu évaluer la distance moyenne entre le domicile et le lieu d'accouchement à 14 km en France^[1]. De même, l'augmentation des volumes d'activité dans ces lieux, conséquence directe de leur raréfaction, conduit parfois les couples à revoir leur projet initial, à savoir renon-

[1] Lionel DOISNEAU, « Une femme accouche en moyenne à 14 kilomètres de son domicile », *Insee Première*, n° 903, 2003. Dans cette étude sur l'année 2001, on apprend que 29,5 % des accouchements s'effectuent dans la commune du domicile de la mère, 57,8 % dans le département, hors de la commune du domicile et 9,2 % dans la région, hors de son département d'origine.

cer à accoucher dans l'établissement le plus proche ou celui qui correspondait le mieux au projet de naissance. Une déliaison entre le territoire de vie et le territoire de l'offre obstétricale tend à rendre caduques les significations identitaires associées de longue date au lieu de naissance^[2]. Cela amène à considérer les maternités comme des « *non-lieux* »^[3], des lieux de passage dont l'action instituante est aujourd'hui affaiblie^[4]. Or, les femmes adhèrent de moins en moins à l'expérience proposée dans les maternités qui les maintient dans un rôle et une absence de maîtrise^[5]. La création prochaine de ces Maisons de naissance témoigne d'un ajustement de l'offre institutionnelle à la demande parentale et féminine et consolide la tendance à la diversification des lieux de naissance. Ainsi, maîtriser un tant soit peu la naissance et l'accouchement implique de bien choisir le lieu de naissance. Dans différentes études, il ressort que les critères retenus par les parents intègrent des éléments aussi hétéroclites que le confort hôtelier ou le suivi continu par le professionnel de leur choix. L'accueil, le confort et la prise en charge médicale (les techniques à disposition et les fréquences de recours), mais aussi le respect des souhaits exprimés avant la naissance, sont devenus les principales indications mobilisées^[6]. De la sorte, les formes de discrimination sociale possibles ne s'appuient plus seulement sur une proximité territoriale, mais aussi sur la capacité de ces structures à répondre aux attentes des parturientes (et de parents), attentes qui se formulent selon différents registres consumériste, médical et intime. Ainsi, lorsque la grossesse est constatée, la question du choix de la maternité se pose rapidement aux parents et bien souvent les ressources sociales sont mises à contribution. Ce sont les pairs qui sont principalement mobilisés, pairs qui s'étendent de nos jours à ceux rencontrés sur des forums dédiés à la naissance et la maternité. Il est en effet courant qu'une parturiente fasse appel à des avis extérieurs pour juger de la qualité de tel ou tel établissement. Cette dimension consumériste a bien été intégrée et comprise par les médias, notamment la presse écrite, qui publie régulièrement un classement des maternités françaises.

Dès lors, si l'on peut affirmer que le lieu de naissance n'est plus instituant et surtout qu'il ne peut plus être ce lieu conçu pour accueillir toutes les naissances (notamment du moment où des critères de niveaux de risque sont mobilisés par les professionnels), cet état de fait n'a pas fait disparaître le souci du choix de la maternité, bien au contraire. Comme un retournement de l'histoire, il fait resurgir la question des lieux d'accouchement. En discutant ses formes et ses modes, comme le suivi de la grossesse, les parents (ou la parturiente) réalimentent la problématique du lieu en lui donnant une nouvelle tournure puisqu'elle s'inscrit aujourd'hui dans un contexte de diversification. À titre d'illustration, cela explique que dans le « *projet de naissance* »^[7], les

[2] Jacques Gélis souligne que « *la naissance est un enracinement. Entre l'homme et la "terre qui l'a vu naître" un lien quasi charnel s'est établi* ». Jacques GÉLIS, *L'arbre et le fruit*, Fayard, 1988, p. 169.

[3] Marc AUGÉ, *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*, Paris, Seuil, 1992.

[4] Par « *action instituante* », nous entendons le processus qui conduit les maternités à fournir un statut, tant à la femme enceinte qui devient une parturiente, qu'au fœtus, élevé au rang de patient.

[5] Philippe CHARRIER, Gaëlle CLAVANDIER, *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin, 2013, chapitre 4 ; Françoise THÉBAUD, « Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement », *Spirale*, n° 54, pp. 31-37, 2010.

[6] Marc COLLET, « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *Études et Résultats*, n° 660, 2008 ; Ciane, *Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. Enquête sur les accouchements*, Dossier n° 3, 2012.

[7] Présenté parfois comme une forme de réappropriation de l'accouchement, le projet de naissance permet essentiellement au couple de se projeter dans l'accouchement, de déterminer ce qu'il souhaite et ce qu'il ne souhaite pas. Il est rédigé à destination du professionnel qui suit la grossesse et donne lieu à un échange notamment lors de l'entretien dit du 4^e mois avec une sage-femme, qui peut apporter certaines remarques, demander des précisions ou expliquer des oppositions à caractère médical. De nos jours, les personnels des maternités peuvent également être à l'initiative de ce projet. Cependant, ce texte n'est pas contractuel et ne possède pas de valeur légale.

questions relatives aux modes d'accouchement soient posées, quitte à ce que les attentes de la parturiente ne puissent pas être satisfaites par la structure devant l'accueillir.

C'est dans ce contexte que la France s'apprête à créer des Maisons de naissance. Elles cristallisent la problématique de l'ajustement institutionnel des maternités aux attentes des femmes et des couples en matière de lieux et de conditions de naissance. Ces établissements répondent-ils aux nouvelles aspirations des mères et/ou des couples en matière de lieux de naissance ? Sont-ils l'expression d'un processus qui viendrait entériner le passage d'un lieu de naissance pour tous à un lieu de naissance pour soi ?

Dans un premier temps, nous examinerons la genèse de ces maisons, les *Birth Centers*, qui, à bien des égards, initient les débats contemporains sur les lieux de naissance. Puis, dans un deuxième temps, nous tenterons de voir pourquoi la solution de l'accouchement à domicile, celle *a priori* la plus proche de soi (et du soi), apparaît partout comme inaboutie, voire inappropriée, mais reste néanmoins déterminante dans la problématisation des lieux d'accouchement. Enfin, nous nous pencherons sur le récent choix français en matière de diversification des lieux de naissance à partir d'une étude de cas, celui de la Maison de naissance d'un centre hospitalier de la région parisienne^[8].

◀ Les *Birth Centers* : premières tentatives de diversification

En France, les lieux d'accouchement se caractérisent encore de nos jours par une uniformisation des dispositifs qui est loin d'être commune à d'autres pays occidentaux. Par exemple, le système des *Birth Centers* n'y existe pas. Or, il se pourrait que ce lieu d'accouchement intermédiaire et alternatif au système hospitalier ait un avenir dans notre pays.

Les *Birth Centers* apparaissent aux États-Unis au moment même où la généralisation des accouchements en maternité hospitalière est acquise : en 1960, 97 % des accouchements se déroulent à l'hôpital^[9]. Il est significatif qu'à cette époque des initiatives fondées sur des valeurs alternatives, dans un premier temps peu ou pas coordonnées, prennent leur envol. Tout se passe comme si, dès lors que le lieu de naissance (et les modalités d'accouchement qui lui sont associées) a acquis une certaine homogénéité, des voix divergentes s'expriment et mettent en place des actions. Ainsi, la diversification des lieux d'accouchement est intimement liée à la capacité de ces initiatives à se présenter et se placer dans le registre alternatif.

Ces actions n'auraient sans doute pas eu le retentissement qu'elles ont eu d'abord aux États-Unis, puis dans les autres pays occidentaux, si elles n'avaient su s'allier à des revendications de la vague consumériste de cette époque^[10]. La femme qui accouche parvient au statut de sujet

[8] Cette Maison de naissance n'en est pas officiellement une. En effet, le projet d'expérimentation a été voté à l'Assemblée nationale en novembre 2013, alors que ce lieu de naissance proposait des modalités d'accouchement et de suivi de grossesse très proches du cahier des charges des futures Maisons de naissance. Il existe une autre Maison de naissance « non officielle » en région parisienne.

[9] Eugène DECLERCQ, Raymond DEVRIES, Kirsi VIISAINEN, Helga B. SALVESEN, Sirpa WREDE, « Where to give birth ? Politics and the place of birth », in Raymond DEVRIES, Cecilia BENOIT, Dewin R. VAN TEIJLINGEN, Sirpa WREDE, *Birth by design. Pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Europe*, London, Routledge, 2001, p. 8.

[10] Lawrence GLICKMAN, *Buying Power. A History of Consumer Activism in America*, Chicago, The University of Chicago Press, 2009.

non pas tant *via* son statut de femme, mais plutôt celui de consommatrice de soins. Il est vrai que la revendication féministe (notamment d'un traitement non objectivant de la parturiente) n'est pas absente, mais ce n'est pas principalement ce registre qui légitimera les premières initiatives. Les *Birth Centers* sont une réponse à un mécontentement diffus à propos de la prise en charge de la maternité qui provoque des mouvements de protestation parfois radicaux. Ainsi, les accouchements à domicile dûment planifiés réapparaissent. C'est alors que se forge une réponse, intermédiaire cette fois, soutenue par des organisations professionnelles ou des regroupements militants pour l'amélioration des conditions de naissance et d'accouchement, à savoir des lieux de naissance séparés des centres hospitaliers et relativement indépendants : les *free-Standing Birth Centers* (Centre autonome de naissance).

Les premières traces de ces établissements se trouvent dans les hôpitaux eux-mêmes, certains transformant une partie de leurs services en chambres de naissance non médicalisées, comme au *Manchester Memorial Hospital* dans le Connecticut en 1969. Ces centres proposaient une prise en charge en l'absence d'interventions médicales, une ambiance plus familiale, mais aussi un moindre coût^[11]. Les premières structures totalement indépendantes sont, elles, plus tardives et datent du milieu des années 1970. C'est à cette période qu'elles prennent une configuration plus autonome, notamment dans leurs formes de légitimation. Si dans les premiers temps, il s'agit d'une manière de critiquer la prise en charge et le type de soins proposés dans les maternités hospitalières, la critique se diversifie puisque c'est le lieu même de l'accouchement qui devient alternatif. Les motifs de contraste sont amplement mis en avant et relèvent de deux registres, l'un familial – l'endroit s'apparente à une maison, possède les caractéristiques architecturales d'un domicile (salle de bains, cuisine, jardin, salon familial) – l'autre relatif à la prise en considération prioritaire de la dimension physiologique de la naissance.

Un tel mouvement a tardé à émerger en France. Il semble y avoir effectivement un décalage d'une à deux décennies, s'expliquant tout simplement par un mouvement de concentration plus tardif, comparable au Royaume-Uni où c'est durant la décennie 1980 que l'on constate la quasi-généralisation des accouchements hospitaliers^[12]. C'est d'ailleurs à cette époque que des tentatives pour proposer d'autres lieux de naissance ou bien des résistances (choix de l'accouchement à domicile) sont enregistrées.

Ce mouvement de diversification est plus hétérogène qu'il ne le laisse paraître. On identifie plusieurs sources à ces initiatives de types et d'inspirations très différentes, alors qu'actuellement en France, le mouvement alternatif se cristallise autour des Maisons de naissance. Ainsi, si l'on étend le spectre, ce ne sont pas seulement les lieux de naissance et les formes d'accouchements qui sont l'objet de critiques ; dans la foulée des années 1960/70, les *Birth Centers* relèvent de la contestation de l'emprise de la technique sur la destinée des individus. Cela se traduit par une critique de l'orientation prise par la médecine en général, un tournant techniciste et scientifique au détriment de l'approche clinique et surtout humaniste. Les militants mobilisent l'idée d'un mouvement d'humanisation de la naissance pour justifier l'existence de ces structures alternatives. Discours qui fait écho à quelques initiatives éparses, mais néanmoins célèbres dans les maternités françaises, comme celle de Michel Odent à Pithiviers^[13].

[11] Anita B. BENNETTS, Ruth W. LUBIC, « The free-standing birth center », *The Lancet*, pp. 378-380, 1982.

[12] Eugène DECLERCQ, Raymond DEVRIES, Kirsi VIISAINEN, Helga B. SALVESEN, Sirpa WREDE, *op. cit.*, p. 20.

[13] Michel ODENT, *Bien naître*, Paris, Seuil, 1976.

Enfin, ces mouvements de diversification sont également la preuve de l'expression d'une volonté de nos contemporains de maîtrise de leurs destins, ce que l'on résume parfois sous le vocable « *empowerment* ». Nouveau régime de la démocratie, l'individu est celui qui a la possibilité de maîtriser sa vie et surtout les principaux événements de celle-ci. La venue d'un enfant en est un, ce principalement pour la femme^[14]. Se combinant aisément avec la critique féministe, certains auteurs comme Ann Oakley ont dénoncé l'absence de maîtrise dans le déroulement des accouchements hospitaliers et les conséquences que ce modèle pouvait avoir sur le vécu du *post-partum*^[15]. À n'en pas douter, les lieux d'accouchement sont, pour beaucoup de femmes, en décalage avec leurs attentes, une source de dépossession de l'expérience vécue, une source de frustration également. Si les maternités hospitalières ont tenté d'instituer (et y sont globalement parvenues) une parturiente globalement passive dans l'accouchement, les attentes en matière de vécu ne sont plus en phase avec ce que proposent la majeure partie des lieux d'accouchement, quand bien même ceux-ci réalisent de réels progrès en matière de confort et d'accompagnement. Ainsi, les *Birth Centers* sont la concrétisation d'une diversification des attentes des parturientes (et du couple) concernant l'accouchement. D'une normalisation institutionnelle et hospitalière, nous sommes passés à un régime « d'intimisation »^[16] fondé sur une individualisation des pratiques : maîtrise, projection et projet, expérience et distinction sociale, authenticité du lien.

◀ Le débat sur l'accouchement à domicile

La diversification des lieux de naissance n'a pas donné lieu à une résurgence de pratiques ancestrales, comme l'accouchement à domicile. Résiduel en France, le fait d'accoucher chez soi ne peut prétendre à devenir ou redevenir une pratique normée. Actuellement, environ 3 000 accouchements se déroulent hors des maternités hospitalières (soit 0,4 % des naissances en France), sachant qu'une partie d'entre eux sont inopinés^[17]. Si dans d'autres pays occidentaux, l'accouchement à domicile est une pratique plus développée, c'est une pratique qui demeure rare : moins de 2,5 % en Grande-Bretagne^[18], moins de 1 % aux États-Unis^[19] (avec des disparités entre les États, certains comptant jusqu'à 2,6 % d'accouchements à domicile). Seuls les Pays-Bas ont privilégié ce mode d'accouchement avec des taux approchant du tiers des naissances. Cependant, même dans ce pays relativement atypique quant aux modes d'accouchement, la proportion est tombée à 16,3 % depuis 2004, une situation encore remarquable si elle est comparée au reste des pays européens malgré sa réduction conséquente^[20]. Ainsi, dans la plupart des pays occidentaux, l'accouchement à domicile est une pratique très discrète, laquelle ne semble pas correspondre aux attentes des parturientes.

[14] Olivia SAMUEL, Sylvie VILTER, « La naissance d'un enfant : jalon biographique et perception de l'événement », *Population*, n° 3, vol. 62, pp. 587-603, 2007.

[15] Ann OAKLEY, *Women confined : toward a sociology of childbirth*, London, Martin Robertson, 1980.

[16] Jean-Hugues DÉCHAUX, « L'intimisation de la mort », *Ethnologie Française*, vol. 30, n° 1, 2000, pp. 153-162 ; Jean-Hugues DÉCHAUX, « Le sacre de l'enfant. Regard sur une passion contemporaine », *Revue française de sociologie*, vol. 55, 2014, à paraître.

[17] Il n'existe pas de statistiques officielles comptabilisant le nombre d'accouchements à domicile en France. Nos estimations sont celles de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales qui évalue au maximum à 2 000 le nombre d'accouchements à domicile programmés.

[18] Le taux d'accouchement à domicile en Grande-Bretagne oscille entre 2,1 % et 2,9 % entre 1996 et 2012 (Office for National statistics).

[19] National Center for Health Statistics.

[20] European Perinatal Health Report, *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, p. 17.

L'accouchement à domicile fait figure de pratique repoussoir pour nombre d'acteurs de la naissance, y compris les professionnel(le)s et les couples. Elle est au mieux tolérée, au pire discréditée et régulièrement remise en cause, notamment à partir de critères sanitaires portant sur les risques de décès du nouveau-né et de la mère. En aucun cas, ce type d'accouchement n'apparaît comme susceptible de devenir un mode majoritaire, à tout le moins légitime ou même à légitimer. Il semble plutôt devoir jouer le rôle de « pratique extrême », revendicative, voire provocatrice pour les pouvoirs publics et médicaux. Ainsi, choisir un accouchement à domicile, c'est se placer délibérément à la frontière de la légitimité, une frontière floue qui explique d'ailleurs en partie la difficulté à l'identifier objectivement. En d'autres termes, il s'apparente à un étendard que brandissent certaines femmes ou couples dans l'objectif de définir de nouvelles normes en matière de modes d'accouchement. Par cette entremise, ils mettent à la discussion des arguments jusque-là inaudibles. Par la polémique qu'il suscite, plus que par la pratique qu'il entraîne, l'accouchement à domicile a permis de faire émerger en France les enjeux du débat sur les lieux de naissance, même si les réponses à ce débat tendent *in fine* à marginaliser cette pratique. Comme le souligne Béatrice Jacques, l'accouchement à domicile mobilise avant tout des militants, tant du côté des professionnels (sages-femmes, médecins) que du côté des patients et remet en cause les rapports entre les uns et les autres^[21]. Les revendications portent sur trois domaines : celui de la critique du système normé que l'on nomme généralement « *médicalisation de la naissance* », celui de la reconnaissance de la dimension physiologique relative à toute naissance et pour finir celui de la reconnaissance de l'indépendance et de l'autonomie de décision dans le parcours de naissance.

L'un des prolongements de cette mobilisation est le repositionnement du pouvoir médical dans la naissance. Lequel est forcé de reconnaître que d'autres sources de savoir sont mobilisées. Elles aboutissent peu à peu à une diversification des modes de naissance et, par voie de conséquence, des espaces les accueillant. De ce fait, les militants pour l'accouchement à domicile s'impliquent également dans toutes les initiatives qui pourraient répondre aux trois revendications citées plus haut : critique du système en place, retour à un modèle fondé sur la physiologie, autonomie des usagers. Il n'y donc pas d'opposition majeure entre l'AAD et les Maisons de naissance, mais plutôt un continuum qui conduit à l'éclatement des lieux de naissance.

Dès les années 2000, devant la mobilisation des acteurs et la création de collectifs (on pense tout particulièrement au Ciane, Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance^[22]), les centres hospitaliers vont s'appuyer sur ces revendications pour faire évoluer leur offre en matière de mode d'accouchement et de suivi des parturientes. Premières initiatives en date, les « pôles physiologiques » ou « salles natures »^[23] vont rapidement être décriés précisément parce que ne répondant

[21] Béatrice JACQUES, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, 2007.

[22] Ce collectif, créé en 2003 à la suite des états généraux de la naissance regroupe une multitude d'associations militant d'une part pour une remise en question des pratiques médicales autour de la naissance et d'autre part pour l'émergence d'une « autre naissance ». De fait, il porte aujourd'hui un discours ouvertement centré sur la valorisation de l'accouchement physiologique et soutient les projets de Maisons de naissance.

[23] Les « salles natures » ou les « pôles physiologiques » sont des espaces où les parturientes vivent leur accouchement selon des méthodes différentes de celles dans les salles de naissances « classiques ». Ils excluent le monitoring en continu, proposent des bains relaxants, des lits d'accouchement permettant d'adopter de multiples positions. Cependant, certains établissements limitent l'usage de ces salles à la phase de travail, la parturiente étant transférée dans une salle classique pour l'expulsion. De même, le recours à la péridurale étant impossible, les parturientes qui souhaiteraient en bénéficier doivent quitter la « salle nature ».

que partiellement aux attentes. Le pouvoir médical y définit toujours les contours de la physiologie et la limite à un état jamais acquis et finalement incertain, la logique du risque obstétrical demeurant le paradigme fondateur de ces dispositifs^[24]. Néanmoins, les « pôles physiologiques » constituent l'une des premières fissures dans ce modèle hospitalo-centré de l'accouchement et d'accompagnement de la naissance. Il s'agit d'une étape décisive dans la reconnaissance d'une prise en charge alternative. Pour le dire autrement, l'accouchement à domicile (débat), comme les pôles physiologiques (dispositif) sur un autre registre d'action, posent des jalons qui vont donner du crédit à la nécessité de faire évoluer l'offre en matière de naissance et par conséquent de lieux de naissance. Cependant, il n'en reste pas moins vrai que ces premiers pas restent à un stade embryonnaire au regard de la mobilisation.

Derrière le débat sur la médicalisation de la naissance, qui est plus celui de l'usage des techniques médicales (suivi, accouchement et *post-partum*) se cache la question plus fondamentale de la dimension familiale de la naissance. L'accueil du nouveau-né est devenu une préoccupation centrale des couples, car c'est désormais par l'enfant que la famille se crée^[25]. Or, cette nouvelle aspiration n'est pas sans conséquence : chaque grossesse est précieuse, le vécu de celle-ci est subjectif, le bébé à venir est investi d'attentes, le retour à la maison est de plus en plus précoce... Dans ces conditions, il apparaît logique que les couples, et tout particulièrement les mères, attendent que l'environnement dans lequel se réalise cet événement se colore d'un aspect familial et personnalise l'événement, comme si les dispositifs à caractère médical et technique devaient se tenir en coulisse tout en étant là en support. Cette mission de conciliation est celle que tentent de mettre en place les *Birth Centers* tout comme les Maisons de naissance, avec des nuances quant au poids de chacun des deux pôles (médical/familial).

◀ Les Maisons de naissance en France : débats et enjeux.

Le 28 novembre 2013, l'Assemblée nationale a adopté à la quasi-unanimité une proposition de loi autorisant l'expérimentation des Maisons de naissance hospitalières en France. Ce vote constitue un événement pour les partisans de ce mode alternatif de naissance, sachant qu'à plusieurs reprises des tentatives dans ce sens avaient échoué^[26].

À bien y regarder, il s'agit surtout d'une autorisation a minima, assez encadrée, dans le sens où le choix qui a été fait est celui de Maisons de naissance accolées à des structures hospitalières, lesquelles doivent bénéficier de l'accès à un plateau technique. Ainsi, les rapports institutionnels et professionnels ne seront pas totalement indépendants et un lien de subordination ou de tutelle

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

[25] Philippe CHARRIER, Gaëlle CLAVANDIER, *op. cit.*, 2013.

[26] Le projet de création de Maisons de naissance date officiellement de 1998 en France lorsque Bernard Kouchner, alors secrétaire d'État chargé de la santé se déclare publiquement favorable à leur ouverture. Toutefois, face à diverses réticences tant professionnelles qu'administratives, la première proposition de loi a été élaborée seulement en 2010, dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale de 2011, mais censuré par le Conseil constitutionnel en décembre 2010, parce que jugé comme « n'ayant pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement ». C'est alors que la sénatrice du Rhône Muguette Dini a porté devant le Sénat une nouvelle proposition de loi qui elle a été adoptée définitivement par les deux assemblées.

(administrative et économique) devrait perdurer^[27]. Reste que cette nouvelle disposition est une petite révolution dans le monde obstétrical, fruit de la mobilisation d'un espace essentiellement associatif qui s'est structuré à partir de 2003 et les *États généraux de la naissance*.

Il n'est pas le lieu ici de décrire les étapes de cette mobilisation, mais plutôt de souligner les registres sur lesquels elle s'est forgée. D'une part, elle s'est appuyée sur des études à caractère scientifique, généralement réalisées dans des pays où ces structures alternatives existaient déjà, afin de démontrer que la sécurité de ce mode de prise en charge n'était pas en question. D'autre part, plus classiquement, la mobilisation s'est construite à partir d'un réseau inter-associatif, le Ciane. Il est le relais de femmes mais surtout, dans le cas français, de couples désireux de vivre la naissance autrement que ce qu'ils ont pu connaître ou s'apprentent à connaître et pour lesquels, les pôles physiologiques ne sont que des artefacts. Enfin, cette mobilisation a également trouvé des soutiens parmi des professionnels de la naissance, principalement des sages-femmes, les Maisons de naissance pouvant être une source d'accroissement de leur indépendance professionnelle^[28].

■ Définition d'une Maison de naissance

Selon le *Réseau Européen des Maisons de naissance* (Netzwerk) créé en 1993, une Maison de naissance répond à 5 critères :

- 1 - Un lieu d'accueil des femmes enceintes et de leur famille (grossesse, accouchement et *post-partum*) dans le cadre de la physiologie.
- 2 - Un lieu où le suivi des femmes répond à la notion d'accompagnement global de la naissance (association parturiente/sage-femme référente).
- 3 - Un établissement sans autre équipement médical que celui utilisé par les sages-femmes. Structure autonome, située en dehors des services hospitaliers.
- 4 - Un établissement inséré dans un réseau périnatal et travaillant avec l'ensemble du système et des praticiens de santé.
- 5 - Un lieu convivial, qui respecte la liberté et le besoin d'intimité des parents.

Il est aisé de trouver des études se penchant sur l'intérêt pour les parturientes d'accoucher dans des Maisons de naissance. Celles-ci se parent bien souvent d'une démarche scientifique susceptible d'être reçue par les professionnels obstétricaux. L'enjeu demeure la dangerosité à fréquenter de tels établissements tant pour la mère que pour le fœtus. N'oublions pas que les maternités hospitalières tirent leur légitimité de la sécurisation des accouchements^[29]. La crainte du monde de l'obstétrique est bien que ces lieux de naissance soient moins sûres, crainte qui conduira longtemps les obstétriciens français à refuser l'avènement des Maisons de naissance, comme le rapporte en détail Danièle Carricaburu : « *Les obstétriciens se sentent attaqués non seulement dans leur rôle,*

[27] À l'heure où nous écrivons ces lignes, le cahier de charges des Maisons de naissance, établi par la Haute Autorité de Santé, est en cours d'élaboration. Cependant, dans la loi, il est bien stipulé dans l'article 1 : « *La Maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la Maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure.* »

[28] Nous laisserons de côté cet aspect de la question dans le cadre de cet article.

[29] Scarlett BEAUVALET-BOUTOUYRIE, *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1999 ; Jürgen SCHLUMBOHN, « Comment l'obstétrique est devenue une science », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, vol. 143, pp. 18-30, 2002.

puisque on “leur reproche tout et son contraire”, mais aussi parce qu’ils y voient une atteinte aux “progrès de l’obstétrique” ; il s’agit [les Maisons de naissance] pour certains d’une “démarche obscurantiste” qui ne “peut aboutir qu’à des catastrophes”. »^[30] Notons également que ce positionnement ne prend guère en compte la dimension familiale présente dans ces établissements, la relayant à une question de confort, pour ne raisonner que sur le champ obstétrical et médical.

Face à cette position parfois virulente, toutes sortes d’études, s’appuyant généralement sur les canons de l’*Evidence Base Medicine* (EBM), tentent d’éprouver l’innocuité de ces lieux de naissance, à partir de terrains étrangers qui ont la particularité d’être européens ou nord-américains, donc proches de la situation en question. Sans rechercher ici l’exhaustivité, on peut noter le travail de Philippe Viossat et Jean-Claude Pons^[31] qui, dans une revue de la littérature assez complète, égrènent les arguments à l’appui de telles structures. Il est significatif que les critères de jugement demeurent avant tout ceux de l’efficacité et de la sécurité médicale : mortalité maternelle, mortalité périnatale, morbidité périnatale, taux de césariennes, taux d’extractions instrumentales et taux de transfert *ante* et *per-partum*. La question de la satisfaction des mères, voire des couples, n’est pas véritablement appréhendée, comme le font remarquer les auteurs à la toute fin de leur article. Si la « satisfaction des parturientes » apparaît comme un critère à mobiliser, il ne peut l’être qu’à condition que les Maisons de naissance aient fait auparavant la preuve de leur absence de nocivité tant sur la mère que sur le fœtus. Or, que ce soit dans cette contribution ou dans d’autres, les résultats sur le plan médical paraissent favorables aux Maisons de naissance, même si des prérequis sont nécessaires. Cela conduit des chercheurs à se pencher directement sur la satisfaction des parturientes qui ont accouché dans de tels établissements, parfois en comparaison avec des femmes ayant suivi une prise en charge « classique ». Ainsi, progressivement, le confort psychologique, la satisfaction exprimée, le respect d’un projet de naissance, l’entrée sereine dans la parentalité deviennent des critères légitimes pour évaluer les lieux d’accouchement. Ils sont reconnus officiellement dans le plan de périnatalité de 2005/2007, intitulé *Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Cependant, si la dimension psychologique est intégrée, elle reste tout de même en phase avec la gestion des risques puisqu’elle s’inscrit dans une reconnaissance de la vulnérabilité au détour de la notion de « sécurité émotionnelle ».

Situation novatrice, les porteurs de la cause des Maisons de naissance vont se détacher de cette notion de risque pour mettre en exergue celle de choix et d’appropriation de la naissance, non plus seulement par la parturiente mais par le couple. C’est d’ailleurs cette rhétorique qui va être un des argumentaires de la loi autorisant cette expérimentation. On peut lire dans le rapport parlementaire de la Commission des affaires sociales rédigé par le député Yannick Favennec, que « l’objectif est de permettre aux femmes et aux futurs parents de jouer un rôle actif dans la naissance par opposition au statut de “patients” qui les enferme dans un processus normé laissant peu de places aux demandes et à l’initiative personnelle »^[32].

Pour l’heure, même s’il n’existe pas officiellement de Maisons de naissance en France, quelques expériences ont émergé lors de la dernière décennie permettant d’appréhender les nouveaux enjeux autour de cette question des lieux de naissance.

[30] Danièle CARRICABURU, art. cit.

[31] Philippe VIOSSAT, Jean-Claude PONS, « Maisons de naissance : revue de la littérature », *Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction*, n° 30, pp. 680-687, 2001.

[32] http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r1560.asp#P163_17388

◀ Une expérience « tolérée » de Maison de naissance

Le lecteur sera peut-être étonné que la France ne connaisse pas officiellement de Maisons de naissance. Pourtant, cette appellation est utilisée par plusieurs structures qui ne répondent pas nécessairement aux différents critères définis dans l'encadré ci-dessus. Toutefois, deux « expériences » de ce type existent à l'heure actuelle et fonctionnent. Elles étaient placées jusqu'à il y a peu dans une situation ambiguë, car leur cadre administratif de référence n'était pas celui auquel elles aspiraient. Nous nous attacherons ici à décrire l'une d'entre elles qui est intégrée à un centre hospitalier.

■ Un îlot familial dans un centre hospitalier moderne

Cette Maison de naissance est située dans les bâtiments récents d'un centre hospitalier construit entre 2007 et 2008, bâtiment aux lignes modernes très différent de la conception pavillonnaire qui a prévalu pour l'édification du centre hospitalier initial (dans les années 1930). De ce fait, la Maison de naissance est une sorte d'îlot ; on y parvient par un ascenseur, le palier du 4^e étage étant réservé à cette structure. Elle se situe à l'étage au-dessus de la maternité, ce qui entretient une proximité, tout au moins spatiale, mais dans le même temps l'isole du lieu de prise en charge « classique ».

La configuration spatiale s'éloigne considérablement des maternités hospitalières que les parturientes peuvent fréquenter aujourd'hui. L'espace est marqué par une logique giratoire, puisque de nombreuses pièces, dont des salles de naissance sont réparties autour d'un couloir circulaire, un autre couloir, rectiligne celui-ci, le prolongeant. Des terrasses (parfois utilisées par beau temps) et de grandes baies vitrées sont présentes dans chacune des pièces. Les deux espaces (celui circulaire et l'autre rectiligne) sont articulés par une zone d'accueil et de discussion, laquelle jouxte le bureau de la secrétaire médicale. Lorsque l'on entre dans la Maison de naissance, on doit passer dans une sorte de sas aux murs placardés de toutes sortes d'affiches portant sur la naissance, l'allaitement maternel, les formes d'accompagnement alternatif. Les couleurs souvent vives, marquent l'entrée dans un lieu différent de la maternité hospitalière. Si les sages-femmes n'ont pu échapper au « classique » rose, d'autres couleurs comme le jaune, le rouge, le bleu permettent d'étaler une composition rare dans un établissement hospitalier. Qui plus est, l'apport des baies vitrées donne le sentiment d'une ouverture sur l'extérieur et rapproche ce lieu de celui d'une grande maison. D'ailleurs, cette analogie se poursuit avec la présence d'une pièce qui tient lieu de cuisine pour les personnels (mais aussi à l'occasion pour les couples) et d'un espace « salle à manger » qui lui est contigu. Qui plus est, une pièce est dédiée aux jeux pour les enfants qui peuvent s'y divertir, alors que la parturiente (ou le couple) est en consultation. Il y a bien ça et là des marqueurs hospitaliers, comme ces arrivées d'oxygène présentes dans toutes les chambres de naissance, la dimension des lavabos, etc., mais tout un aménagement a été entrepris pour les masquer, ou tout au moins atténuer leur présence. Nous sommes donc bien dans un espace « entre-deux », un lieu encore hospitalier puisque l'espace a été conçu dans cet objectif à l'origine, mais dont on peut oublier le caractère assez facilement, la décoration et l'organisation de l'espace facilitant cette transformation.

■ Quelles attentes observées ?

Ce type d'établissement répond à une demande de certain(e)s parturientes ou couples, qui, sans être considérable en nombre, ne peut aujourd'hui être négligée. Nous avons pu consulter des demandes écrites ou les comptes rendus des appels reçus par la secrétaire de la Maison de naissance, le plus souvent émanant de femmes enceintes^[33]. La lecture de ces documents est instructif tant des éléments redondants témoignent d'attentes qui ne trouvent pas encore de réponses adéquates. On constate que la dimension alternative est primordiale. Elle se décline principalement en deux motifs. D'une part, une volonté ou un désir de se décentrer des réponses offertes actuellement par les maternités hospitalières en matière de suivi, notamment médical. Si la médicalisation de la naissance n'est pas globalement remise en cause, ces parturientes expriment la recherche d'un accompagnement différent, plus diversifié, avec la possibilité de concrétiser leur projet de naissance, à l'opposé d'une conception qu'elles se représentent comme très normative, sans véritable option. Le second motif est celui de pouvoir connaître une autre expérience comparativement à un ou des accouchements antérieurs jugés comme insatisfaisants. La parturiente recherche une alternative à cette ou ces expériences évaluées comme inappropriées, douloureuses, voire traumatisantes. De ce point de vue, l'alternative recherchée n'est pas fondamentalement le procès de la médicalisation – même si celle-ci est l'objet de critique – mais plutôt celle de se donner une « chance » de vivre une autre expérience que l'on espère plus en phase avec ses aspirations^[34]. Les dimensions subjectives et expérientielles, que l'on pourrait traduire par l'expression de trajectoires de la parturition sont, de ce point de vue, très significatives. C'est tout autant un vécu qui conduit à solliciter un accompagnement dans une Maison de naissance, qu'un positionnement intellectuel ou militant.

■ Le problème de la sélection et la construction de nouvelles inégalités sociales

On voit par conséquent que cette Maison de naissance répond à une réelle attente. Cependant, victime de son succès elle doit « sélectionner » les parturientes candidates. En effet, avec deux sages-femmes disponibles, ce sont environ une centaine d'accouchements qui se déroulent par an, alors que la demande est au moins du double.

Ces éléments de sélection pourraient bien conduire à des formes d'inégalités d'accès à ces structures, d'où la nécessité d'intégrer ce questionnement dans l'expérimentation des Maisons de naissance qui va débiter très prochainement. En effet, pour bénéficier du suivi et de l'accouchement dans la Maison de naissance, la parturiente doit pouvoir fournir des éléments médicaux et sanitaires justifiant que l'accouchement à venir ne comporte pas des risques, lesquels conduiraient à faire appel à des techniques médicales et obstétricales ou à devoir transférer la patiente

[33] S'il peut s'agir d'un projet de couple, c'est toujours la parturiente qui prend la plume ou contacte par téléphone la Maison de naissance.

[34] Ces femmes se tournent entre autres vers la Maison de naissance sachant qu'elle ne propose pas l'analgésie péridurale. Cette dernière est parfois condamnée comme la cause de cette absence d'expérience de la parturition. Il n'y a pas de rejet de principe de la technique médicale mais plus simplement l'association entre péridurale et entrave à l'expérience de l'accouchement.

vers la maternité. En quelque sorte, ce type de transfert, aussi rare soit-il, est le signe d'un échec dans la sélection des parturientes. Il s'agit-là d'inégalités sanitaires qui, en soi, sont peu discutables parce qu'il en va de la santé d'une femme et de son futur enfant.

Mais se logent d'autres inégalités plus socialement construites cette fois-ci, qui sont repérables dans les critères que doivent mobiliser les sages-femmes pour s'assurer que l'accouchement à venir conduira très probablement à un accouchement « normal » ou « physiologique ». Or, pour estimer et évaluer le déroulement futur de la grossesse et de l'accouchement, le passé génésique de la femme est passé au crible, notamment ses parturitions précédentes. De la sorte, la probabilité d'être acceptée dans la Maison de naissance est liée d'une part à une grossesse antérieure, et d'autre part à la volonté exprimée d'accéder à une alternative à l'accouchement en maternité hospitalière ; les épreuves « expérientielles » se conjuguent à l'absence de risques de complications. Ainsi, des parturientes candidates à la Maison de naissance ayant eu des complications obstétricales qui génèrent un vécu douloureux de la parturition auquel elles souhaitent échapper ne peuvent, bien souvent, être acceptées. Plus largement, cela pose le problème des primipares dont les candidatures ont été progressivement éliminées parce que sujettes à plus de complications et pour lesquelles les professionnels ne bénéficient pas de repère (déroulement et vécu d'un accouchement). Progressivement, une forme d'inégalité d'accès s'est construite pour des raisons qui tiennent *in fine* à la volonté de consolider cette structure par des résultats adéquats et qui conduit aujourd'hui à en faire un lieu d'accouchement pour multipares ; la rareté des places disponibles ayant renforcé ce mouvement.

◀ Conclusion

Les Maisons de naissance sont encore à construire. S'inscrivant dans le sillage d'une diversification des lieux de naissance que la France emprunte aujourd'hui, elles répondent avant tout à l'émergence du couple dans la naissance, figure centrale et indispensable, qui fait de cette expérience une étape pour soi, de l'ordre de l'intime, donc potentiellement différente de celle d'autrui. Les premiers constats que nous avons pu relever dans cette Maison de naissance font apparaître une réelle implication des pères, notamment dans le choix d'un tel établissement. Elles concordent aussi avec l'individualisation des normes qui passent ici par le prisme des choix que le couple doit entreprendre, voire justifier pour ce qui touche à l'accueil de leur nouveau-né. C'est pourquoi, tout le dispositif tend à rendre possible une appropriation la plus large possible des espaces dédiés, d'en faire un lieu personnalisé et personnalisable. Ainsi, l'existence de ces établissements ne peut se comprendre sans les lier aux évolutions de la parentalité, au processus d'individualisation et d'intimisation des expériences vécues.

Cependant, ce qui peut apparaître comme une ouverture n'est pas sans problème. D'une part, les Maisons de naissance sont une réponse institutionnelle limitée ; les porteurs du projet de loi estiment au maximum à 10 % le nombre de femmes désireuses d'accoucher dans de tels établissements. D'autre part, les Maisons de naissance devront inévitablement composer avec des demandes hétérogènes et sans doute croissantes, tout en demeurant dans un cadre qui reste encore, à l'heure actuelle, à construire. Si l'on s'en tient à l'expérience présentée dans cet article, de nouvelles formes d'inégalités pourraient émerger et engen-

drer des incompréhensions, voire des frustrations chez certains couples, alors même que les professionnels sont sensibles à l'égalité d'accès à ces structures. Comment « refuser » un accouchement en Maison de naissance pour une première grossesse, alors que tous les signes obstétricaux sont satisfaisants ? Comment réguler un afflux avec quelques structures concentrées dans de grandes agglomérations ? N'a-t-on pas là des formes de distinctions sociales en cours d'élaboration ?

La problématique du lieu de naissance retrouve des couleurs au travers de ces projets de Maisons de naissance. À n'en pas douter, les évolutions en cours sont loin d'être circonscrites et arrêtées.