



centre d'expertise et de ressources pour l'enfance asbl



# **L'expérience de la maternité**

## **L'émergence du *Cocon*, premier gîte de naissance en Belgique**

Etude réalisée par Annick Faniel, avec la collaboration d'Alain Dubois pour la conceptualisation de la transaction sociale.

***Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles***

# Table des matières

<b>CHAPITRE I : Introduction</b> .....	4
1. La naissance d'un enfant : un événement rare et précieux .....	4
2. Objet et objectifs de l'étude .....	4
3. Méthodologie .....	5
3.1 Une enquête qualitative .....	5
3.2 Une analyse thématique .....	5
La transaction sociale .....	6
4. Contexte de la naissance .....	7
4.1 Le XXe siècle : les modalités relatives à la conception, une question sociale ...	7
4.1.1 Evolution de la valeur et du statut de l'enfant .....	7
4.1.2 La médicalisation et l'organisation de la naissance .....	8
4.1.2.1 Médicalisation de l'accouchement et développement de la puériculture .....	8
4.1.2.2 La question du risque et la soumission des parturientes .....	8
4.1.2.3 La place de la sage-femme .....	9
4.2 La naissance de nos jours : hypermédicalisation et risque zéro .....	9
4.2.1 En quelques chiffres... .....	9
4.2.2 Organisation du travail .....	11
4.2.3 Normalisation des accouchements et leur prise en charge .....	12
<b>CHAPITRE II : Environnement de la naissance</b> .....	13
1. La naissance aujourd'hui : la concrétisation d'un désir et beaucoup d'inconnues .	14
2. Diversité des structures et des façons d'accoucher en Belgique .....	15
2.1 L'accouchement « classique » dans une unité gynécologique à l'hôpital .....	15
2.2 L'accouchement aquatique en maternité .....	16
2.3 L'accouchement en plateau technique .....	16
2.4 L'accouchement en maison de naissance .....	16
2.5 L'accouchement à domicile (AAD) .....	16
2.6 L'accouchement dans un gîte de naissance : le Cocon .....	17
2.6.1 Le Cocon : " <i>un endroit calme et familial</i> ", alliance entre un approche physiologique de l'accouchement et une sécurité obstétricale ....	17
2.6.2 Le Cocon : un noyau de quatre sages-femmes, une équipe « fortifiée » .....	19
2.6.2.1 Un accompagnement global .....	19
2.6.2.2 Collaboration avec des professionnels extérieurs .....	20

<b>CHAPITRE III : Analyse</b> .....	21
1. Humanisation de la naissance : une alternative à la médicalisation .....	21
2. La revalorisation du « naturel » .....	23
2.1 Laisser faire la nature .....	23
2.2 Valoriser la relation mère-enfant .....	23
2.3 Le respect des choix .....	24
2.4 Un retour aux sources .....	24
3. Nature : partage de valeurs et dimension culturelle .....	24
3.1 L'accompagnement global pour « laisser faire la nature » et ramener la femme et son enfant au centre de l'action .....	25
3.1.1 La qualité du lien .....	25
3.1.2 Une prise en charge individuelle .....	27
3.1.3 Le respect du rythme émotionnel .....	28
3.1.4 Une relation de confiance pour une meilleure estime de soi .....	28
3.2 Réseaux internet : une communauté virtuelle et la transmission par le partage d'expériences .....	29
3.3 Un nouveau rapport à la médecine .....	29
4. Le Cocon : compromis entre la nature et la technique .....	30
<b>CONCLUSION</b> .....	33
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	34

# CHAPITRE I : Introduction

*« Dans toute société, l'expérience de la maternité est pensée, encadrée, socialisée. Tout groupe a sa propre manière de se comporter à l'égard de la femme enceinte et du futur père, et de recevoir l'enfant. Si l'expérience diffère selon les cultures, pour chaque femme elle est unique et renvoie à ce qu'il y a de plus intime »<sup>1</sup>*

## **1. La naissance d'un enfant : un événement rare et précieux**

Aujourd'hui, l'arrivée d'un enfant constitue un événement (rare) à l'échelle d'une vie humaine. Une naissance est souvent pensée comme la concrétisation d'un désir. La psychanalyse et la contraception ont fait de l'enfant un être rare et attendu. Il n'est plus le produit d'un échec ou une acceptation passive, comme autrefois, mais il devient plutôt le fondateur du couple, celui qui vient le combler.

Mettre au monde un enfant est dès lors de plus en plus souvent vécu par les femmes et par les couples comme « *un événement intime, une évolution personnelle, un moment qui doit « laisser un bon souvenir »<sup>2</sup> »<sup>3</sup>*. Et pour que le bonheur soit au rendez-vous, nombreux sont les couples ou les femmes qui choisissent avec grand soin les conditions du suivi de la grossesse, celles de l'accouchement, mais aussi l'encadrement et le lieu où donner naissance.

## **2. Objet et objectifs de l'étude**

Comme nous allons le voir à travers nos recherches littéraires, le recours aux possibilités techniques et la médicalisation de la naissance sont relativement généralisés sur notre territoire. Ils ne forment toutefois pas un schéma hégémonique. D'autres logiques tendent à vouloir trouver une légitimité, même si, comme nous le voyons dans les données statistiques, elles restent à ce jour encore minoritaires. Nous en trouvons des traces, notamment au travers de la notion d'accompagnement, une autre forme de normalisation qui fait la part belle à l'expérience. Béatrice Jacques souligne « *libérée de la prise en charge de la pathologie, la sage-femme se concentre davantage sur le versant relationnel du suivi, qu'elle revendique comme une véritable spécialité »<sup>4</sup>*. Nous reviendrons d'ailleurs sur le sens et la signification donnés à l'accompagnement par les sages-femmes mais également par les mamans interviewées.

L'objectif principal de notre étude se concentre sur le choix d'une structure d'accouchement en particulier : le Cocon. « *Basé sur le modèle des maisons de naissance, ce premier gîte de naissance est un lieu situé au sein d'un hôpital qui propose un accouchement physiologique dans un espace spécialement aménagé. Il est réservé aux femmes enceintes en bonne santé dont la*

---

1 Béatrice Jacques : « *Sociologie de l'accouchement* », PUF, 2007, p.1.

2 In rapport de l'ICM (Confédération Internationale des Sages-femmes)

3 Annick Faniel : « *La naissance : une approche plus humaine et un libre-choix du lieu d'accouchement* », CERE asbl, 2013: [http://www.cere-asbl.be/IMG/pdf/1\\_naissance.pdf](http://www.cere-asbl.be/IMG/pdf/1_naissance.pdf) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

4 Béatrice Jacques, op cit., p.75.

*grossesse se déroule sans complication et qui ont été suivies par une sage-femme de l'équipe du Cocon ou par des sages-femmes indépendantes »<sup>5</sup>.*

Forme intermédiaire entre l'accouchement à l'hôpital et l'accouchement à domicile, le Cocon a séduit plusieurs femmes depuis son ouverture en mars 2014. Nous nous intéresserons aux raisons de cette séduction. Ainsi, l'objet de notre étude portera sur ces femmes qui ont choisi d'effectuer le suivi de leur grossesse et leur accouchement dans ce gîte de naissance. Pour quelle(s) raison(s) ont-elles choisi cette structure ? Que représente la naissance pour elles ? Comment vivent-elles cette démarche ? Comment envisagent-elles leur grossesse et leur accouchement ? Nous verrons en quoi leur choix influe sur leur expérience de la maternité, ainsi que les aménagements qu'elles mettent en place pour vivre cette expérience. Plus généralement, nous nous questionnerons sur les attentes des couples et des femmes en matière de naissance.

### **3. Méthodologie**

#### **3.1 Une enquête qualitative**

Notre étude est une étude qualitative. Partant d'un nombre limité de cas, douze au total, conduite par des entretiens approfondis, elle se caractérise par une approche intensive, une structuration minimum, peu de questions préparées avec un entretien ouvert sur un thème principal. L'interlocuteur peut ainsi s'exprimer librement. Ce type d'analyse nous donne la possibilité de nous centrer sur l'individu et d'appréhender toute sa complexité. Les entretiens nous permettent de reconstituer les histoires des personnes, d'analyser leurs trajectoires, les moments et les raisons qui guident leur parcours. Il s'agit d'entretiens semi-directifs, d'une à deux heures chacun. Nous avons ainsi rencontré ou entendu plusieurs femmes rapportant leur témoignage et leur expérience. Leur vocabulaire, les termes utilisés pour exprimer leur ressenti, leur vécu, ont été précieusement enregistrés et notés, permettant une analyse thématique de notre problématique.

Parallèlement, nous avons effectué une observation du Cocon, également objet de notre étude. L'observation consiste en un travail de description et d'interprétation. Elle peut mettre en lumière des pratiques sociales, des interactions, toutes sortes de détails (décoration, présence d'objets, gestes qui peuvent passer inaperçus,...) qui nourrissent notre recherche.

#### **3.2 Une analyse thématique**

L'analyse thématique est une technique d'analyse de contenu qui consiste à découper transversalement le corpus des entretiens. Il s'agit de prélever les thèmes énoncés dans chaque interview individuel et de les rassembler en vue de mettre au jour une logique thématique plus générale entre les discours. En d'autres termes, on cherche ce qui d'un entretien à l'autre se réfère à un même thème, on tente de repérer une cohérence thématique inter-entretiens après mise en évidence de signifiants, mots-clés, termes forts et regroupements.

Par son champ précis d'investigation et la méthodologie utilisée, notre étude s'attache avant tout à comprendre un type d'expérience de la maternité, laissant de côté toute donnée statistique sur le Cocon, ce dernier étant trop nouveau pour en extraire des données chiffrées fiables quant à son taux de fréquentation. Il s'agit avant tout de comprendre les motivations premières d'un choix

---

<sup>5</sup> <http://www.maisondelanaissance.be/naissance/cocon.htm> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

personnel et de s'interroger sur la perception de la naissance d'après les personnes qui se sont dirigées vers le Cocon pour mettre au monde leur enfant.

### La transaction sociale<sup>6</sup>

Plus précisément, dans le chapitre III, nous analyserons les thèmes relevés dans les propos des femmes et sages-femmes de notre étude sous le prisme du paradigme<sup>7</sup> analytique et pragmatique de la transaction sociale<sup>8</sup> et nous verrons en quoi la structure du Cocon et son personnel participent de cette transaction.

*« La transaction est une notion. Dans le langage courant, elle est une négociation qui aboutit à un accord ou un compromis issu d'une séquence d'ajustements successifs, de conceptions réciproques. Il s'agit donc d'un processus d'adaptation dans lequel va intervenir le rapport de force et l'habileté des acteurs. Ces derniers, impliqués dans les dynamiques sociales, sont capables d'une analyse réflexive et d'un savoir qui peut être un savoir sociologique fort élaboré. Il n'y a pas de coupure nette et franche entre ce qui relève de la science et ce qui relève de la pratique »<sup>9</sup>.* Nous verrons qu'outre la mise en évidence des rapports de force et des négociations, *« la transaction sociale prend en compte la dimension symbolique et culturelle »<sup>10</sup>.* En d'autres termes, notre analyse mettra en évidence les stratégies<sup>11</sup> et les compromis (ou accords) développés par les acteurs, eux-mêmes guidés, entre autres, par leurs valeurs et leur culture.

*« La transaction sociale ne présuppose pas que l'accord découle de procédures rationnelles et clairement formalisées. Elle est attentive aux accords informels, implicites ou tacites »<sup>12</sup>.* *« La transaction sociale part du dissensus et non du consensus. Elle ne survalorise pas la sphère rationnelle et elle est ouverte à la connaissance sensible et à l'intuition. Elle peut dès lors porter sur des objets et leur appropriation et sur des valeurs morales. Le paradoxe de la transaction sociale provient de cette double polarité : concilier des valeurs non négociables et opposées en cherchant un compromis »<sup>13</sup>.*

---

6 Rémy Jean, Voyé Liliane, Servais Emile : *« Produire ou reproduire ? Une sociologie de la vie quotidienne »*, 1978, Vie ouvrière.

7 « Plus qu'une somme de concepts, le paradigme est l'image de base à partir de laquelle s' imagine une interprétation de la réalité. Le paradigme est ainsi un principe organisateur et inducteur de la construction d'hypothèses et d'interprétations théoriques » (Remy *et al.*, 1978 : 87), in § 15 : <http://rsa.revues.org/157> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

8 Pour plus d'informations sur la notion de « transaction sociale », vous pouvez notamment consulter ces deux sites : [http://www.vrm.ca/documents/M\\_Blanc\\_11nov2003.pdf](http://www.vrm.ca/documents/M_Blanc_11nov2003.pdf) (dernière consultation le 18 décembre 2014). <http://rsa.revues.org/157> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

9 In : Maurice Blanc : *« L'avenir de la sociologie de la transaction sociale »*, § 17 : <http://rsa.revues.org/157> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

10 Maurice Blanc : *« La transaction sociale : un paradigme analytique et pragmatique »*, Conférence INRS-UCS, 11 novembre 2003, synthèse de Mélanie Gauthier : [http://www.vrm.ca/documents/M\\_Blanc\\_11nov2003.pdf](http://www.vrm.ca/documents/M_Blanc_11nov2003.pdf) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

11 Le concept de stratégie, au sens crozérien (Michel Crozier étant un sociologue français, né en 1922 et mort en 2013, principal concepteur de l'analyse stratégique en sociologie des organisations) du terme, renvoie à différentes dimensions : (1) Les acteurs agissent pour améliorer leur capacité d'action et/ou s'aménager des marges de manœuvre. (2) Les projets des acteurs sont rarement clairs et cohérents, mais le comportement n'est jamais absurde. Il a toujours un sens intrinsèque. (3) Tout comportement humain est actif dans la mesure où il est le résultat de choix : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie\\_de\\_l'acteur\\_stratégique](http://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie_de_l'acteur_stratégique) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

Notons toutefois que cette théorie ne tient pas compte de la dimension culturelle et symbolique.

12 In : Maurice Blanc : *« L'avenir de la sociologie de la transaction sociale »*, § 20, op cit.

13 Maurice Blanc : *« La transaction sociale : un paradigme analytique et pragmatique »*, Conférence INRS-UCS, 11 novembre 2003, op cit.

## 4. Contexte de la naissance

### 4.1 Le XXe siècle : les modalités relatives à la conception, une question sociale

Dès le XXe siècle, les modalités relatives à la conception, telles que la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, se sont transformées pour devenir une question sociale qui dépasse un simple enjeu reproductif. De même pour l'environnement de la naissance, et ce qu'il recouvre en termes de représentations, de désirs, d'intentions est tout à fait significatif d'une rupture avec les siècles passés.

Outre la contraception, deux facteurs majeurs ont été déterminants qui touchent à l'histoire des mentalités et des sciences et techniques : « *d'une part, la place faite à l'enfant, et plus largement les modifications de la structure de la famille, d'autre part la mutation de l'organisation de la naissance qui repose sur un processus de médicalisation et de professionnalisation des acteurs* »<sup>14</sup>.

#### 4.1.1 Evolution de la valeur et du statut de l'enfant

Le XXe siècle est le témoin d'une montée en puissance de la valeur enfant dans les sociétés occidentales. Progressivement apparaît l'émergence de l'enfant sujet, à l'image d'une société pédocentrée, c'est-à-dire entièrement tournée vers la protection et le droit des enfants. Celui-ci est l'objet d'attentions toutes particulières, il devient un « *bien rare et précieux dans nos sociétés prises par une véritable « passion de l'enfant* » »<sup>15</sup>. Un ensemble de phénomènes se sont combinés pour arriver à cette situation :

- le contexte sanitaire qui est meilleur, notamment avec la santé des enfants qui s'améliore et la mortalité infantile et juvénile qui diminue ;
- le contexte économique, avec une disparition de la main-d'œuvre infantile ;
- le contexte social, avec l'investissement éducatif qui va croissant ;
- le contexte juridique, avec la protection et les droits de l'enfant ;
- la maîtrise de la fécondité.

Tous ces changements ont modifié le statut de l'enfant, lui permettant d'acquérir une place privilégiée. Il est une personne, un individu à part entière.

Dès la grossesse, le fœtus est ainsi scruté dans tous les sens, la mère est également suivie médicalement, avec des examens cliniques fréquents, des prises de sang mensuelles, des échographies trimestrielles au cours desquelles le fœtus est mesuré, analysé, de façon à augmenter les chances d'une naissance sans encombre.

---

14 Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier : « *Sociologie de la naissance* », Ed. Armand Colin, p.7.

15 « *La parenté en question(s)* », sous la direction de Véronique Bedin et Martine Fournier ; Edition Sciences Humaines, 2013, p.100.

## 4.1.2 Médicalisation et organisation de la naissance

### 4.1.2.1 Médicalisation<sup>16</sup> de l'accouchement et développement de la puériculture

Cette dimension médicale de la naissance ne date pas d'hier. On l'observe dès le XVIII<sup>e</sup> siècle avec l'essor de la Sciences et ses techniques. Les soins des bébés prennent également une véritable dimension scientifique. La maternité comme la petite enfance sont de plus en plus médicalisées, les mères recevant de plus en plus de conseils, voire même de règlements, de la part des médecins ou des pédiatres. Cette médicalisation est d'autant plus importante au début du XX<sup>e</sup> siècle que la mortalité infantile est forte. Face à la crainte de la dénatalité, les mères sont « enrôlées » aux côtés des médecins en vue de combattre la mortalité infantile. Aussi, elles doivent allaiter le plus longtemps possible, elles doivent suivre des règles d'hygiène strictes, comme stériliser les biberons, administrer des vitamines à leur bébé, etc.

L'enfant devient propriété de la nation. La société se préoccupe alors de sa santé et de son éducation. L'Etat se mobilise pour faire reculer sa mortalité, pour surveiller son placement en nourrice, pour normaliser son corps, pour l'instruire et veiller à sa socialisation. C'est l'époque des vastes campagnes de soutien à la natalité.

Le développement de la médecine et de la chirurgie, favorisé par le premier conflit mondial, va faire de l'hôpital un des principaux leviers d'une politique de santé publique, le champ de la maternité étant l'un des fers de lance de ce mouvement. L'hôpital devient accessible à tous, son image évolue positivement, devenant le lieu d'accouchement le plus sûr.

Parallèlement, comme l'accouchement devient le monopole de l'hôpital, le fait d'élever un enfant doit être soumis à des règles scientifiques.

### 4.1.2.2 La question du risque et la soumission des parturientes<sup>17</sup>

Avec la démocratisation relative des maternités au cours de la première partie du XX<sup>e</sup> siècle, une surveillance plus accrue des accouchées est observée, ce dès la déclaration de la grossesse. « Ainsi, la parturiente s'inscrit dans un parcours : elle se doit de se présenter aux consultations de grossesse, d'accepter le schéma « doloriste » de l'enfantement, de ravalier route forme de pudeur dans les instants d'auscultation ou lors de l'accouchement. La sécurisation de l'accouchement proposé par « l'institution maternité » suppose l'acceptation de la part des parturientes de situations douloureuses moralement et physiquement »<sup>18</sup>.

A cette époque, « l'objectif de l'accoucheur n'est pas de réaliser un accouchement bien vécu par la mère comme une grande expérience de sa vie de femme, ni un accouchement confortable, mais d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant, de réaliser un accouchement sans dégâts »<sup>19</sup>.

---

16 En sociologie, on entend par médicalisation le « processus par lequel les phénomènes sociaux sont définis et pris en charge par la médecine » (Lacourse MT : « Sociologie de la santé », Montréal, 1998).

En obstétrique, la médicalisation fut ainsi définie : *la médicalisation de l'accouchement (est) définie (...) comme la prise de contrôle par l'appareil médical sur la définition et le déroulement du processus de la naissance résultant (...) de l'élargissement du pouvoir médical sur la vie sociale* (Laurendeau F. : « La médicalisation de l'accouchement »). Dans Saillant F. et O'Neill M. : « Accoucher autrement – Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec », Montréal, 1987, p. 125) : <http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20Médecin%20du%20Québec/Archives/2000%20-%202009/077-086Documentation0705.pdf> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

17 La parturiente est une femme qui accouche. Du latin parturiens-*entis*, du bas-latin parturire (« accoucher »).

18 Philippe Charrier, Gaëlle Clavandier, op cit., p.39.

19 Françoise Thébaud : « *Quand nos grand-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerre* », Lyon, PUL, 1986.

Avec la médicalisation de la naissance, la parturiente s'inscrit dans un schéma de pratiques marquées par la soumission au pouvoir médical, majoritairement masculin et un détachement des appartenances sociales privées et familiales. On passe ainsi d'une dimension privative et familiale de la naissance à une dimension institutionnelle et médicalisée de celle-ci. Elle n'est plus pensée comme un fait privé mais comme relevant d'un fait public.

La maternité ne peut plus être laissée au seul « instinct » de mère, il faut désormais apprendre scientifiquement à être une « bonne mère ».

#### 4.1.2.3 La place de la sage-femme

Ainsi que nous l'avons constaté dans une analyse antérieure consacrée au métier de sage-femme : *« dans la société traditionnelle, la sage-femme jouissait de beaucoup de considération. Elle trouvait sa place aux côtés de la mère et incarnait aussi la « sagesse » que la société avait développée autour du thème de la venue au monde et qui était transmise de génération en génération. Elle avait, dans toutes les cultures, un rôle essentiel à remplir dans la transmission de la connaissance traditionnelle du processus de la naissance »*<sup>20</sup>

Rappelons que pendant des millénaires, l'accouchement a été une aventure exclusivement féminine : *« La femme qui accouchait était entourée et aidée (le jour même et les jours suivants) par d'autres femmes : mère, sœurs aînées, amies, voisines... Une femme plus expérimentée (souvent plus âgée et ayant déjà vécu et participé à de nombreuses naissances), la matrone, était également présente pour accompagner l'accouchement. Celui-ci se déroulait toujours dans le foyer familial, dans la pièce de vie qui était la plus chaude. L'accouchement était alors caractérisé par le partage, le soutien et la convivialité.*

*Mais il s'agissait aussi d'un événement particulièrement risqué : « à chaque grossesse, les femmes pariaient leurs vies et celle de leur enfant. Qui allait survivre, qui allait mourir ? Pourquoi ? Personne n'était capable de le dire. » En raison du manque d'hygiène et du peu de connaissances médicales des accompagnantes, le taux de mortalité des femmes en couches et des nouveau-nés était élevé*<sup>21</sup> »<sup>22</sup>.

Avec la médicalisation de la naissance telle que détaillée ci-avant (avènement des accoucheurs et l'accouchement à l'hôpital, pour se poursuivre, au XXe siècle, par l'arrivée de l'hôpital moderne et des médecins), la place de la sage-femme subit une véritable institutionnalisation et son rôle est alors modifié. Elle travaille désormais à l'hôpital sous le statut d'employée. L'indépendance qui a longtemps marqué le métier de sage-femme disparaît. Le passage de la matrone à la sage-femme puis de la sage-femme au médecin sont révélateurs d'un changement progressif dans la représentation de l'enfantement.

## 4.2 La naissance de nos jours : hypermédicalisation et risque zéro

### 4.2.1 En quelques chiffres...

Selon les chiffres les plus récents de l'INAMI<sup>23</sup> (2011), le nombre annuel total de naissances en Belgique était de 120 657. Le pays compte 99 maternités et le nombre de naissances par

---

20 Annick Faniel : « *La sage-femme : particularités d'un métier vieux comme le monde* », CERE asbl, 2013, p.5 : [www.cere-asbl.be/IMG/pdf7\\_Sages\\_Femmes.pdf](http://www.cere-asbl.be/IMG/pdf7_Sages_Femmes.pdf) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

21 C. Birman : « *Au monde, ce qu'accoucher veut dire* », Ed.De la Martinière, 2003.

22 Sandrine Pequet : « *Naissance. La médicalisation comme seule option ?* », Service Education Permanente Question Santé asbl, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012 : [www.questionsante.be/outils/naissance.pdf](http://www.questionsante.be/outils/naissance.pdf) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

23 INAMI : Institut National d'assurance maladie-invalidité.

maternité varie de 208 à 4979 (moyenne: 1190). Dix maternités bruxelloises accueillent en moyenne 2230 naissances par an et 34 maternités wallonnes comptent, quant à elles, en moyenne 1009 naissances par an<sup>24</sup>. Le nombre d'accouchements par voie basse<sup>25</sup> sans complications peut être estimé au maximum à 72,6 % en Région bruxelloise et 73,3 % en Wallonie<sup>26</sup>.

La plupart des naissances se déroulent en milieu hospitalier (98,8 % en 2011)<sup>27</sup>. Ainsi pourrait-on dire que, encore aujourd'hui, « *l'accouchement est la première cause d'hospitalisation des femmes en âge de procréer* ». Les naissances à la maison, dans un centre de naissance ou en séjour de moins de 24 heures représentent environ 1 % de toutes les naissances, un chiffre relativement stable, qui a néanmoins connu une légère augmentation de 11 % entre 2003 et 2011<sup>29</sup>.

La proportion de césariennes en Belgique était de 20,36 % en 2011<sup>30</sup> d'après les chiffres de l'IMA<sup>31</sup>. Cela signifie qu'en Belgique, près d'un enfant sur cinq naît par césarienne. Ce taux dépasse celui que préconise l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) qui est de 5 à 15% maximum. Nous ne détaillerons pas ces chiffres dans cette étude. Notons toutefois que le taux important de césariennes effectuées dans notre pays représente autant d'interventions chirurgicales, confirmant par là que la naissance est souvent médicalisée en Belgique. En outre, il est un exemple de la volonté du risque zéro, comme en témoigne Christine Kirkpatrick, Chef de clinique Obstétrique à l'hôpital Erasme : « *L'augmentation manifeste du taux de césariennes est liée à la peur du procès, à cette idée de l'enfant roi, précieux, unique, qu'on ne peut pas perdre. Plus personne n'accepte qu'il y ait un accident. Les nouveaux gynécologues ne sont pas formés à ce risque inhérent à l'accouchement.* »<sup>32</sup> Enfin, la césarienne constitue également un exemple de l'organisation du travail.

Selon le CEpiP (Centre d'Epidémiologie Périnatale)<sup>33</sup>, en 2011, 36,9 % des accouchements ont été induits en Wallonie, sans comptabiliser les césariennes programmées.

Les interventions telles que forceps et ventouse ont, quant à elles, été utilisées pour 7,5 % en Wallonie et 8,4 % à Bruxelles (chiffres 2011 : CEpiP - Centre d'épidémiologie périnatale).

Récemment, Patrick Emonts<sup>34</sup> déclarait à ce sujet : « *Notre hypermédicalisation des grossesses normales et notre personnalisation des accouchements dans un contexte de disponibilité restreinte engendre des comportements inadéquats (inductions inopportunes, césariennes évitables, instrumentations intempestives) délétères en termes de finances publiques et de santé publique* ».

---

24 Données issues de la synthèse du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) : « L'organisation des soins après l'accouchement », 2014, p.7 : <http://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2010/05/lorganisation-des-soins-après-laccouchement-cliquez-ici.pdf> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

25 Accoucher par voie basse signifie accoucher par voie vaginale, sans césarienne.

26 Données issues de la synthèse du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), op cit., P.8.

27 Données extraites du document : « *Le coût hospitalier des accouchements en Belgique* », par les Mutualités Libres, Belgique, p.6 : <http://www.mloz.be/files/etudeaccouchementfr.pdf> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

28 C.Gerbelli : « *La médicalisation de la naissance* », in A Babord, n°13, février-mars 2006 : [www.ababord.org](http://www.ababord.org) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

29 Données issues de la synthèse du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) , op cit., p.8.

30 Ce taux se divise comme suit : Flandre : 20 %, Bruxelles : 20 %, Wallonie : 21 %, mais il varie considérablement d'une maternité à l'autre, de 12,7 % à 31,5 %. Données issues du site : [www.apache.be/fr/2013/03/04/pres-de-20-cesariennes-en-belgique-pourquoi-use-t-on-du-scalpel-a-la-pelle/](http://www.apache.be/fr/2013/03/04/pres-de-20-cesariennes-en-belgique-pourquoi-use-t-on-du-scalpel-a-la-pelle/) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

31 IMA : Agence Intermutualiste.

32 In article du journal Apache : « *Près de 20% de césariennes en Belgique : pourquoi use-t-on du scalpel à la pelle ?* », 4 mars 2013, op cit.

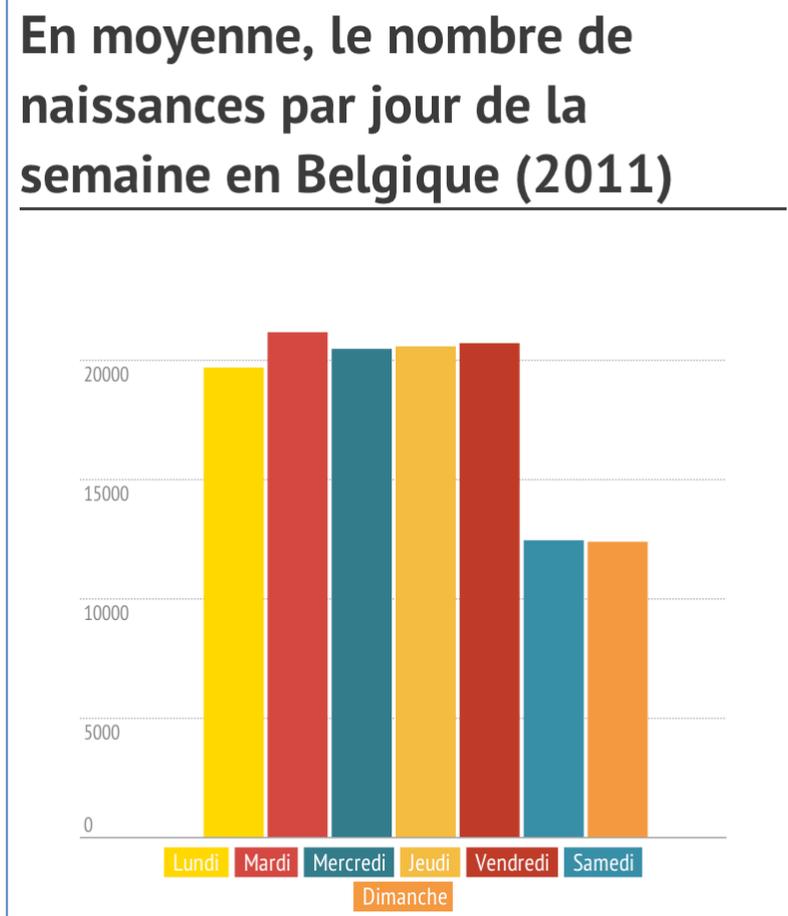
33 [http://www.cepip.info/version-francaise#!\\_version-francaise/publications](http://www.cepip.info/version-francaise#!_version-francaise/publications) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

34 Patrick Emonts, Chargé de cours en obstétrique à l'ULg et à la Haute Ecole André Vésale, Vice-président du Collège Mère Enfant et du Conseil Fédéral des sages-femmes, Membre du groupe de travail « Périnat » du GGOLFB (le Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique).

## 4.2.2 Organisation du travail

Plus d'intervenants, plus de technologies, plus de technique, nous l'avons vu, l'exercice de l'obstétrique s'est construit autour de l'idée de l'accouchement comme « risque ».

Cette réalité s'observe encore aujourd'hui ainsi que nous venons de l'évoquer, notamment à travers les naissances par césarienne. Elle permet, entre autres, aux professionnels une meilleure organisation de leur travail. Ils privilégient la prévisibilité par une planification importante de l'activité. Les cas de déclenchements d'accouchements, dits « accouchements de convenance » en est un exemple illustratif. En témoigne le Professeur Jean-Michel Foidart dans un entretien mené par le journal belge « Apache »<sup>35</sup> : « Comme l'avait déjà montré l'AIM<sup>36</sup> belge, certains médecins favorisent pour leur confort les accouchements pendant les jours et heures de travail, en dehors de leurs vacances. Les obstétriciens veulent organiser leur travail en fonction des contraintes conjugales, parentales, ils réclament leur droit à une vie privée ».



Ainsi que nous pouvons le voir, les naissances de l'année 2011 en Belgique se répartissent équitablement entre les jours de la semaine. Soit environ 20000 naissances par jour entre le lundi et le vendredi. Par contre, elles chutent de 40% pour le samedi et le dimanche. (12.432 et 12.363). Aussi, chaque vendredi de l'année 2011 a enregistré entre 352 et 466 naissances. Seul le vendredi 11 novembre, jour férié, n'accueille que 230 naissances.

35 In article du journal Apache : Le Professeur Jean-Michel Foidart : « Une césarienne une fois égale une césarienne toujours », 6 mars 2013 : [www.apache.be/fr.2013/03/06/le-professeur-jean-michel-foidart-une-cesarienne-une-fois-une-cesarienne-toujours/](http://www.apache.be/fr.2013/03/06/le-professeur-jean-michel-foidart-une-cesarienne-une-fois-une-cesarienne-toujours/) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

36 Agence Intermutualiste.

Notons aussi que ces données ne sont que peu précisées par maternité en Belgique, contrairement à la France qui rend publiques les pratiques et les capacités des maternités, notamment par les publications sur le site étatique « Platines »<sup>37</sup>. Quelques données sont toutefois publiées par l'AIM (Agence Intermutualiste) de Belgique concernant la pratique de la césarienne : « *tandis que les hôpitaux tels que Cavell, Erasme ou Iris Sud récoltent des taux relativement bas (19%, 18% et 17,7%), des hôpitaux comme le CH de Jolimont à Lobbes, ou les cliniques de l'Europe à Bruxelles, flirtent avec les 25%, le taux de césariennes le plus important de la liste étant de 28,5% dans le réseau hospitalier Saint-Vincent Sainte-Elisabeth, dans la province de Liège, en Belgique* »<sup>38</sup>.

#### 4.2.3 Normalisation des accouchements et leur prise en charge

Cette organisation du travail a tendance à normaliser les accouchements et leur prise en charge. Cette normalisation produit des accouchements souvent déclenchés, aidés (par des médicaments ou des techniques telles que la péridurale), allant même jusqu'à la césarienne « programmée » ou « de convenance », en vue d'une plus grande maîtrise, d'une rapidité et d'une rationalisation matérielle de ceux-ci. Nombreuses sont donc les techniques utilisées (la péridurale, la rupture artificielle de la poche des eaux, la césarienne, le déclenchement artificiel, notamment par l'administration d'ocytocine, etc.).

Des protocoles d'accouchement sont dès lors établis, laissant peu de place aux demandes et à l'initiative personnelle.

En 1996, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) publiait des recommandations concernant le diagnostic du travail, l'utilisation d'ocytociques<sup>39</sup>, la rupture artificielle des membranes, le nombre de touchers vaginaux pendant le travail ainsi que le monitoring électronique du fœtus. Cela n'a pas empêché la croissance de la médicalisation de la naissance.

Une conception de la médicalisation renvoie à la médecine qui divise le corps et l'esprit. La grossesse et l'accouchement, associés au corps, sont perçus comme une machine à risque, qui induit souvent un sentiment d'insécurité chez les professionnels de l'obstétrique, sentiment qui repose sur l'idée centrale qu'il faut davantage se concentrer sur la recherche de la pathologie que sur la surveillance d'un processus physiologique.

---

37 <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/PLATINES-PLATEforme-d-INform.105933.0.html> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

38 Ces données sont extraites de l'article du journal Apache : « Près de 20% de césariennes en Belgique : pourquoi utilise-t-on du scalpel à la pelle ? », 4 mars 2013 : op cit.

39 « L'ocytocique est un médicament possédant la capacité de provoquer ou de stimuler les contractions de l'utérus au moment de l'accouchement », in : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/ocytocique> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

## CHAPITRE II : Environnement de la naissance

Cette normalisation de l'accouchement n'engendre-t-elle pas un manque de respect, tant pour la mère ou le couple que pour les professionnels ? Cette question est posée par l'asbl Alter-Natives lors de la table ronde sur le sujet intitulé : « le projet de naissance face aux protocoles hospitalier » : *« bien trop souvent, nous avons d'un côté des futurs parents soucieux du bien-être de leur futur enfant et souvent peu informés des choix dont ils disposent ; et de l'autre côté, des professionnels pressés par les charges médico-légales mais aussi par le manque de moyens humains et financiers, cherchant à limiter les risques en gardant le contrôle des actes posés pendant l'accouchement et en appliquant les protocoles imposés par le milieu hospitalier dont ils font partie. Et pour chacun, un manque de respect pour ce qu'ils sont : pour la mère, incapable de mettre au monde son enfant, pour le professionnel, empêché de permettre à cette femme de mettre au monde cet enfant. S'il est entendu que chaque naissance est unique, pourquoi y répondre par une série de protocoles routiniers ? »*<sup>40</sup>

De plus, la préoccupation des soignants axée sur la prévention des risques et la surveillance de la grossesse peut présenter des écueils. Notons ceux relevés dans un rapport de santé sur le vécu de la grossesse par les femmes<sup>41</sup> :

- Une anxiété accrue.  
Les différents examens proposés peuvent déclencher ou renforcer l'anxiété des femmes. Dès l'échographie ou le test sanguin, si la parturiente apprend qu'elle est dans une frange à risque, notamment lors du dépistage de maladies, elle peut désinvestir son bébé jusqu'à un « feu vert médical ».
- Un manque de confiance en soi et d'estime de soi.  
La médicalisation de la grossesse peut aussi contribuer à réduire le sentiment de maîtrise des femmes et leur participation à la grossesse et à l'accouchement. Selon Michel Odent<sup>42</sup>, *« la croyance principale est que les femmes ne savent pas accoucher par elles-mêmes. Dans chaque culture, des rituels périnataux ont été mis en place avec pour objectif de rendre nécessaire la présence active d'une tierce personne auprès de la parturiente. Couper le cordon rapidement, par exemple, implique l'action d'un tiers »*<sup>43</sup>.
- Un sentiment de non-respect, de soumission et d'insécurité.  
L'augmentation d'intervenants auprès de la femme enceinte, due à la médicalisation de la naissance, peut provoquer, entre autres, un sentiment de non-respect de sa personne, un sentiment d'insécurité et une certaine impossibilité d'établir une relation de confiance.

---

40 In <http://www.alternatives.be/10ans/Le-projet-de-naissance-face-aux-protocoles-hospitaliers> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

41 In [www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3s.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3s.pdf) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

42 Michel Odent, né en 1930, est chirurgien et obstétricien français qui a notamment beaucoup réfléchi à la douleur. Il a ainsi introduit la piscine d'accouchement au sein de la maternité et qui a favorisé le choix libre des postures d'accouchement. Il a lancé le concept d'accouchement en salle de naissance « comme à la maison ». Il est également précurseur du chant prénatal. Son livre phare s'intitule « Bien naître », édité au Seuil, en 1976.

43 Propos recueillis lors d'un entretien de Michel Odent par Marie-Hélène Lahaye le 3 septembre 2014 : « C'est la science qui fera évoluer les conditions d'accouchement » : <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2014/09/03/michel-odent-cest-la-science-qui-fera-evoluer-les-conditions-daccouchement/> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

Plus généralement, Gaëlle Chapiroix parle de « sentiment de dépossession, d'infantilisation » de la femme et du partage de beaucoup d'entre elles de l'impression de « s'être fait voler son accouchement »<sup>44</sup>.

Alors que certaines femmes s'inscrivent volontiers dans le processus de la naissance médicalisée, d'autres s'y opposent. Partant de notre échantillon (pris au sens large du terme, c'est-à-dire en tant que corpus empirique de notre recherche), notre étude se concentre sur les femmes ou couples qui optent pour une approche plus « naturelle » et plus humaine, soit moins « médicalisée », de la grossesse et de la naissance<sup>45</sup>.

## **1. La naissance aujourd'hui : la concrétisation d'un désir et beaucoup d'inconnues**

Nous pouvons lire, à travers divers articles, que la femme « se réapproprie ou souhaite se réapproprier » sa grossesse et son accouchement. Il en est généralement question pour les femmes qui ont fait le choix du Cocon pour mettre au monde leur bébé. Cependant, de manière plus générale, il n'est pas évident, pour une femme qui découvre qu'elle est enceinte, d'effectuer des choix pour elle-même et pour son bébé. La grossesse est une aventure qui démarre avec de nombreuses inconnues. Cette incertitude est d'autant plus grande pour les primipares<sup>46</sup>. Ces dernières, mais également la plupart des femmes que nous avons rencontrées, se disent « pas toujours bien informées ou renseignées sur les démarches utiles à entreprendre dans cette période prénatale, et ce qui existe en Belgique pour le suivi de leur grossesse ou de leur accouchement ».

Aussi, nombre d'entre elles se posent mille et une questions. La naissance, outre le fait d'être un moment unique dans une vie, source de joies, d'émotions et d'émerveillement, est dès lors aussi composée de possibles doutes, voire d'angoisses : Comment se déroulera ma grossesse ? Où et comment se passera mon accouchement ? Vais-je allaiter ?... Beaucoup de questions surgissent, auxquelles de nombreux (nouveaux) parents n'avaient jamais pensé et pour lesquelles ils ne savent pas toujours où trouver les réponses. Toutes ces questions sont d'autant plus vives qu'il s'agit d'un premier enfant, cette nouveauté augmentant la part d'inconnues concernant l'aventure que représente la venue d'un bébé. Nous verrons toutefois que ces questions peuvent aussi apparaître lors d'une seconde ou même d'une troisième grossesse, d'une part, parce qu'il existe autant de façons de vivre la grossesse et l'accouchement qu'il y a de femmes enceintes, d'autre part, car le vécu d'expériences de naissance(s) antécédente(s) peut générer des questions et influencer sur les choix des parents en matière de suivi et d'accouchement pour une autre grossesse.

Devenir parent, devenir mère, père, aujourd'hui, ne va donc pas de soi. Le poids des images véhiculées par les médias sur « la maternité heureuse puisque décidée » se heurte à une réalité plus complexe. Pour la société actuelle, la femme doit dès la conception de son enfant, montrer qu'elle est une bonne mère, heureuse et épanouie par cette grossesse sans laisser s'exprimer quelque ambivalence.

Autrefois, il n'était pas rare que les femmes soient guidées, aidées ou conseillées par leur mère, leurs amies ou leur sage-femme. Comme énoncé plus avant, le partage des connaissances,

---

44 In article de Gaëlle Chapiroix : « Entrer dans la danse ? Pour un autre accompagnement de la naissance », Santé conjugulée, octobre 2012, n°62. Gaëlle Chapiroix est chargée de projet au service Education permanente de la Fédération de maisons médicales.

45 In La Libre.be : « Accoucher dans la douceur », 4 mai 2012 : <http://www.lalibre.be/societe/sciences-sante/article/735798/accoucher-dans-la-douceur.html> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

46 « Se dit d'une femme qui accouche pour la première fois », définition du Petit Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/primipare/63940> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

l'observation des proches que l'on voyait accoucher ou allaiter était fréquente. De nos jours, la transmission familiale tend à disparaître. L'éloignement géographique des familles, entraînant bien souvent leur isolement, participe de la difficulté de la communication des savoirs. Et Martine Segalen d'ajouter dans sa préface de l'ouvrage « Sociologie de l'accouchement »<sup>47</sup> son constat d'une rupture générationnelle entre mères et filles en matière de grossesse et d'accouchement. En effet, les mères des jeunes parturientes actuelles n'ont peut-être pas connu les échographies ou l'analgésie péridurale. Ou, au contraire, elles en ont profité et en défendent l'usage, décrivant ces techniques comme étant une « avancée » dans l'histoire de la maternité, un avis qui n'est pas toujours partagé par les jeunes parturientes qui désirent un autre type d'accouchement.

En définitive, ainsi que le souligne Béatrice Jacques, Docteur en sociologie, l'entrée dans la grossesse se définit par son aspect « insaisissable ». « *L'absence de visibilité extérieure marque les premières semaines, donnant un caractère incertain à l'entrée en maternité. La question de la perte possible (fausse couche), ou de l'anormalité se présentent très tôt, la femme enceinte est déjà socialisée au rôle de mère que l'on attend d'elle. En effet, comme indiqué ci-avant, l'enfant est précieux, et ce, dès sa conception. Il est un individu qu'il faut protéger. Par conséquent, le corps de la future mère et son « contenu » acquièrent leur valeur et leur rapport au social et à autrui. La société, en retour, attend de la future mère certains comportements, le respect de règles de conduite qui protégera l'embryon puis le fœtus* »<sup>48</sup>.

## 2. Diversité des structures et des façons d'accoucher en Belgique

Parmi toutes les questions que peuvent se poser les femmes, il est celle du lieu de l'accouchement, celle du choix de la structure où donner vie. L'accueil du naissant se prépare bien souvent dès sa conception. Il se mature avec cet imaginaire du « bébé dans la tête ». Ainsi, le lieu de naissance peut être l'objet d'un réel investissement. Selon Béatrice Jacques, « *cette décision est importante car elle joue sur l'expérience de la maternité* ». En effet, le vécu sera différent selon les diverses caractéristiques du lieu : l'accueil, les locaux, la sécurité.

En Belgique, il existe différents types de structures offrant chacune ses façons de faire pour mettre son enfant au monde. Rappelons en quelques lignes les diverses possibilités existantes :

### 2.1 L'accouchement « classique » dans une unité gynécologique à l'hôpital.

Il s'agit d'un accouchement de type dit « classique » ou « *traditionnel* » (M., maman suivie au Cocon), à savoir en position couchée, assisté d'un gynécologue et son équipe, en milieu médical, généralement un hôpital.

Dans certaines maternités, il est possible de se faire accompagner par sa sage-femme lors de l'accouchement, mais celle-ci n'est là qu'en tant qu'accompagnante. Elle ne peut accomplir aucun acte technique. La naissance se fait alors sous la responsabilité et en présence de l'équipe médicale (sages-femmes, gynécologues) de l'hôpital. Cette prestation d'« accompagnement affectif » n'existant pas pour l'INAMI, un défraiement de la sage-femme sera prévu mais sans aucun remboursement<sup>49</sup>.

---

47 Béatrice Jacques : « *Sociologie de l'accouchement* », PUF, 2007.

48 Béatrice Jacques, op cit, p.5.

49 Vous trouverez de plus amples informations sur le coût hospitalier des accouchements en Belgique au sein de l'étude menée par Les Mutualités Libres sur le sujet (2012) : <http://www.mloz.be/files/etudeaccouchementfr.pdf> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

## 2.2 L'accouchement aquatique en maternité<sup>50</sup>

Maternité où il est possible d'accoucher dans l'eau. On en dénombre plusieurs sur notre territoire.<sup>51</sup>

## 2.3 L'accouchement en plateau technique

Il s'agit d'un accouchement à l'hôpital avec une sage-femme libérale, c'est-à-dire extérieure à la structure et à l'équipe hospitalière. Cela permet à la future maman d'être suivie par la sage-femme de son choix tout au long de sa grossesse et que ce soit également elle qui assiste à son accouchement. « *Chaque structure détermine des critères médicaux qui sont soumis et acceptés par écrit par la sage-femme (ex : un hôpital peut exiger que la maman soit vue un certain nombre de fois par un gynécologue de son équipe et qu'elle subisse des échographies)* ».

## 2.4 L'accouchement en maison de naissance<sup>52</sup>

Une maison de naissance est un espace d'accueil pour les femmes enceintes et leur famille. C'est un petit établissement (maison ou partie de maison) tenu par des sages-femmes. Elle ne fait pas partie d'un hôpital mais s'en trouve proche géographiquement.

Cette installation est prévue pour accueillir un nombre raisonnable de naissances par année, afin de lui conserver un caractère intime, familial et humain. Quand leur grossesse se déroule normalement, les femmes en bonne santé peuvent y être suivies médicalement, y accoucher et y trouver de multiples services en lien avec leur future maternité. Une maison de naissance offre des services de première ligne. Les sages-femmes qui y travaillent assurent aux femmes et à leur famille un suivi global, comprenant la grossesse, l'accouchement et le postnatal de la mère et de l'enfant. Cet environnement, ainsi que la philosophie des sages-femmes qui y pratiquent, favorisent l'accouchement normal. L'intervention des sages-femmes, à domicile ou en maison de naissance, est prise en charge par la sécurité sociale.

## 2.5 L'accouchement à domicile (AAD)<sup>53</sup>

Il permet à la femme d'accoucher chez elle, auprès de ses proches, en compagnie d'une sage-femme. On dénombre 710 accouchements à domicile en Belgique en 2012<sup>54</sup>, soit un peu moins de 1% des naissances.

---

50 [http://www.alternatives.be/Fiches/Lieux-daccouchement/accouchement\\_aquatique](http://www.alternatives.be/Fiches/Lieux-daccouchement/accouchement_aquatique) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

51 <http://www.alternatives.be/Fiches/Lieux-daccouchement/Accouchement-a-lhopital-avec-une-sage-femme-liberale> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

52 <http://www.alternatives.be/Fiches/Lieux-daccouchement/Accouchement-en-maison-de-naissance> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

53 <http://www.alternatives.be/Fiches/Lieux-daccouchement/Accouchement-a-domicile-AAD> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

54 <http://dossiers.lalibre.be/webdoc-naissance/> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

## 2.6 L'accouchement dans un gîte de naissance : le Cocon

Au mois de mars 2014, le Cocon ouvrait ses portes à l'hôpital Erasme de Bruxelles, en Belgique. « Cette structure, première du genre en Belgique, est un environnement à la fois sécurisé et démedicalisé qui permet aux futures mamans de vivre leur grossesse autrement et d'accoucher naturellement. Elle répond à un désir de plus en plus fréquent de certaines femmes enceintes d'un retour à une prise en charge globale par la sage-femme. Cette idée est centrée sur la physiologie de la grossesse et de l'accouchement et s'appuie sur la sécurité qu'offre la maternité d'un hôpital »<sup>55</sup>.

« Le Cocon, c'est la naissance respectée par le suivi des sages-femmes dans la maison de naissance, tout en étant à deux étages de la maternité « classique » de l'hôpital, en cas de problème, de panique ou autre besoin médical urgent ». (L., maman d'un enfant)

### 2.6.1 Le Cocon : « un endroit calme et familial », alliance entre une approche physiologique de l'accouchement et une sécurité obstétricale

#### **Le séjour**

Pour se rendre au Cocon, il faut donc d'abord traverser quelques couloirs d'hôpital pour aboutir à l'entrée du gîte. Il est donc situé en plein centre hospitalier mais est cependant une entité géographiquement séparée du reste de l'hôpital. Une porte vitrée coulissante marque une frontière entre le monde médical et « l'espace consacré au lien mère-enfant, pour un accouchement naturel »<sup>56</sup>. Une fois arrivé devant cette porte, il faut sonner pour entrer. Lorsque l'on pénètre dans ce lieu, ce que l'on observe avant tout est le changement de décor. Juste à gauche en entrant, on peut voir exposés sur un tableau les faire-part des naissances, les cartes de remerciement, des photos de bébés.

De l'univers hospitalier, caractérisé par la présence de matériel médical, des effluves chimiques et son personnel en blouse blanche, nous passons à un espace aménagé « un peu comme à la maison ». (B., future maman) Dès l'entrée se dresse un séjour composé d'un coin cuisine, avec une table et des chaises, et d'un « salon » (B., future maman) avec des fauteuils, une table basse, des luminaires volontairement chaleureux, des jeux pour enfants, une bibliothèque et un ordinateur. Ce séjour a plusieurs fonctions : à la fois salle d'attente, il est aussi un lieu de réunion de travail, une cantine, un espace de relaxation. Il a pour objectif majeur une procuration de bien-être et d'échanges.

Première pièce que l'on découvre quand on entre dans le gîte de naissance, elle représente « l'environnement sécurisé et medicalisé » énoncé sur le site de l'hôpital cité ci-avant. Aucun accessoire médical n'est apparent.

« Quand on passe la porte vitrée, l'endroit est calme, familial, le salon... parce que ce n'est pas une salle d'attente... on ne se sent vraiment pas à l'hôpital ». (A., future maman suivie au Cocon)

« Je n'avais aucun repère, j'apprenais tout, je n'avais aucune expérience. Au Cocon, il y avait la force de l'expérience, on privilégiait le côté énergétique au côté technique, et c'est un cadre qui est rassurant et bienveillant ». (C., maman qui a accouché au Cocon)

55 <http://www.erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=18028&langue=FR> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

56 <http://www.erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=18028&langue=FR> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

## Les chambres

La suite de la visite ouvre sur deux chambres. Elles comportent un mobilier et des luminaires qui, là encore, participent à une sérénité voulue par le personnel du Cocon. Aménagées « *comme des chambres à coucher* » (sage-femme du Cocon), dotées d'un lit double, de tapis et d'une chaîne HIFI, ces pièces contiennent aussi une baignoire et des accessoires (longs tissus accrochés au plafond pour s'y pendre, ballons, tapis de sol, coussins, coussins d'allaitement,...), tous utiles pour le travail et l'accouchement de la parturiente. Là non plus, aucun outil médical n'est apparent. Construites dans un intérêt de « cocon », ces deux chambres sont des espaces « cosy » mis à la disposition de la mère, du père, du couple, pour le moment de la naissance mais aussi pour la préparation à l'accouchement sous forme de séances prénatales.

« *Le lieu est zen, les chambres sont belles et spacieuses. On les visite la première fois qu'on va au Cocon. C'est bien de connaître le lieu avant. C'est rassurant* ». (F., maman qui a accouché au Cocon)

« *Le Cocon présente une approche douce, on le voit dans les lieux, c'est très soft et pas médicalisé* ». (C., future maman qui a choisi la Cocon)

« *Quand je vais au restaurant par exemple, si l'environnement est froid, je ne vais pas aimer. Le lieu où je vais accoucher est aussi important pour moi* ». (D., suivie au Cocon)

## Une réserve pour le matériel de première intervention

Une petite pièce réserve le matériel nécessaire aux premiers soins du bébé. Elle renferme également quelques ustensiles et outils médicaux facilement accessibles en cas de nécessité.

Notons toutefois que sont pratiqués et acceptés au Cocon uniquement les accouchements eutociques, c'est-à-dire qui se déroulent tout à fait normalement sur le plan physiologique. « Un accouchement eutocique est caractérisé par le déclenchement spontané entre les 37<sup>e</sup> et 42<sup>e</sup> semaines de gestation, une naissance en position céphalique (tête du bébé en bas), qui ne demande aucune aide médicale, et un nourrisson, comme une mère, qui se portent bien après la naissance »<sup>57</sup>.

## Un lieu de consultation

Il sert au suivi mensuel de la grossesse. Y sont relevées les quelques mesures indispensables (poids de la parturiente, mesure du ventre, de la tension), encodées dans un ordinateur posé sur un bureau garni de mille et uns objets colorés, avec plusieurs téléphones, fixe et portables allumés, qui sont un reflet d'une accessibilité constante du personnel. Egalement muni d'armoires blanches, d'une table d'examen rudimentaire, égayée par un paravent qui contraste avec le côté médical de la table d'examen, de chaises, et d'une toilette, ce lieu est décrit dans nos entretiens comme étant « *le plus neutre* » du gîte de naissance.

---

57 Définition de l'accouchement eutocique issue du site « Santé-médecine » : <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/44834-accouchement-eutocique-definition> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

## 2.6.2 Le Cocon : un noyau de quatre sages-femmes, une équipe « fortifiée »

### 2.6.2.1 Un accompagnement global

L'unité fonctionne sous la responsabilité de sages-femmes travaillant en équipe distincte des autres unités. Equipe élargie par les sages-femmes indépendantes qui accompagnent leurs parturientes, elle comporte toutefois un noyau de quatre sages-femmes. Leur travail consiste en un accompagnement global. De manière succincte, ce dernier comprend :

- Le suivi de la grossesse, qui se pratique sous forme de consultations mensuelles. Celles-ci se divisent généralement en deux temps : d'une part, le suivi médical unique pour toutes (test d'urine, prise de la tension, relevé du poids de la future maman ; plus tard dans la grossesse la mesure du ventre), avec d'autres tests médicaux plus ou moins nécessaires selon le développement de chaque grossesse et les desiderata de chaque future maman ou couple ; d'autre part, un moment d'échange et de discussion ou de questions-réponses. La consultation peut durer entre trente minutes et une heure.
- La préparation à la naissance, élaborée selon les volontés individuelles de chaque couple ou parturiente. Elle se décline en divers exercices et techniques qui permettent à la fois, une meilleure compréhension et connaissance de la physiologie féminine, de l'accouchement, de l'allaitement, du nouveau-né, mais également un apprentissage de la gestion de la douleur à travers un travail sur le souffle et la respiration. La préparation est aussi un moment de travail psychique, de retour sur soi, et enfin, un développement de la concentration et de l'état d'attention focalisée pour une meilleure intuition et une assurance personnelle.

Parmi les exercices proposés, on peut citer l'hypnose prénatale (une méthode de relaxation corporelle et mentale associée à des métaphores tout spécialement créées pour la grossesse et l'accouchement), des exercices de gestion de la douleur, la présentation de diverses positions d'accouchement, ou l'haptonomie (une méthode de préparation à la naissance qui permet d'entrer en contact avec le bébé en exerçant de petites pressions sur le ventre de la maman avec les mains afin de sentir le bébé bouger). Seule l'haptonomie est dispensée par un(e) haptonome, collaborateur/trice du Cocon. Les autres techniques et séances d'exercices sont données par les sages-femmes. Chaque séance dure environ trente minutes. Ces différentes sessions, programmées à la carte pour chaque future maman ou couple, sont étalées durant la période de gestation. Chacune des quatre sages-femmes a ses « spécialités ». L'une pratiquera plus volontiers l'hypnose, tandis qu'une autre proposera des exercices sur le souffle ou sur la gestion de la douleur.

Trois séances collectives de préparation et d'information sont également proposées en fin de grossesse : la première porte sur l'allaitement, la seconde explique le déroulement type d'un accouchement, la dernière est consacrée au retour à la maison, la préparation à la parentalité et le suivi post-natal. Elles durent deux heures chacune et sont organisées le samedi matin pendant trois semaines consécutives. Optionnelles pour les parturientes, elles sont chacune dirigée par une des quatre sages-femmes de l'équipe permanente, là aussi, selon leurs spécialisations.

- L'accompagnement et le soutien lors de l'accouchement.

- Le suivi post-natal, à savoir :
  - tout d'abord, les visites à domicile, qui sont organisées juste après le retour à la maison de la maman ou des parents et le nouveau-né,
  - ensuite, la première consultation au Cocon, qui est planifiée le dixième jour après la naissance,
  - enfin, le rendez-vous bilan du premier mois du bébé qui a lieu au Cocon également.

### 2.6.2.2 Collaboration avec des professionnels extérieurs

La charge de travail est considérable et est répartie au sein de l'équipe. Cela engendre pour chaque sage-femme une disponibilité quasi totale, de jour comme de nuit. Outre leur présence au gîte de naissance, elles disposent chacune d'un téléphone portable et d'une adresse mail, répondant dès lors à toute heure aux questions ou aux demandes des parturientes.

C'est en raison de la charge importante de travail et de la nécessaire grande disponibilité que les sages-femmes ont décidé de former une équipe de quatre professionnelles permanentes, permettant le partage du travail selon un planning bien établi, qui tient compte des congés et des absences de chacune. Par ailleurs, certaines d'entre elles ont une carrière antérieure au sein de l'hôpital où s'est installé le Cocon. Elles connaissent dès lors bien les services et professionnels de l'hôpital, principalement ceux exerçant dans la maternité où elles ont œuvré plusieurs années. Travaillant en terrain connu, elles collaborent donc facilement avec les différents services médicaux du reste de l'hôpital mais également avec des professionnels extérieurs tels que des sages-femmes indépendantes ou des haptionomes. Cela offre la possibilité, à l'équipe comme à la parturiente, d'avoir un suivi complet, les résultats des échographies nécessairement pratiquées par un médecin, mais également ceux des consultations gynécologiques obligatoires ou des prises de sang mensuelles leur étant communiqués. Elles peuvent également faire appel au personnel médical en cas de problème au cours d'un accouchement.

## CHAPITRE III : Analyse

Actuellement, « *les mutations que connaît l'environnement, l'évolution économique et sociale des sociétés industrielles, l'inquiétude croissante de la population face à la montée de la précarité, sont autant d'éléments qui conduisent à une crise de légitimité. Cette crise traduit le fait que les attentes sociales ont aussi évolué. En effet, aujourd'hui, d'autres fondements de société émergent: une société plus sociale, moins individualiste, plus humaine et moins matérialiste* ». <sup>58</sup>

Ces attentes et ces fondements peuvent être observés dans divers domaines. Le questionnement à propos de l'enseignement, de l'école, de l'éducation, de la nourriture, de l'environnement, de notre santé, et de bien d'autres sujets qui balisent notre quotidien, est visibles tant au cinéma que dans la littérature ou encore dans notre assiette. A titre d'exemple, nous pouvons citer les fictions et films documentaires récents tels que « *Alphabet* » de Erwin Wagenhofer (2014), « *Etre et devenir. Et si nous faisons le choix de ne pas scolariser nos enfants ?* » de Clara Bellar (2014), « *Vie Sauvage* » de Cédric Kahn (2014), « *Pierre Rabhi. Au nom de la terre* », réalisé par Marie-Dominique Dhelsing (2013) ; dans notre assiette, voire de manière plus générale, dans notre foyer, cela se traduit par le développement du marché des produits biologiques, tant à manger qu'à récupérer, de points relais permettant un contact et des achats directs auprès des cultivateurs et agriculteurs régionaux. Plus globalement, il s'agit d'adopter des comportements écologiquement cohérents, comme favoriser les matériaux sains et non polluants, recourir à une alimentation issue de l'agriculture biologique. Consommer plus écologique ou consommer moins participent de la même démarche plus globale de préservation de l'environnement, le souci de cette dernière se conjuguant le plus souvent avec celui d'épargner sa santé. On comprend ici aisément la référence à la nature ou au naturel.

### **1. Humanisation<sup>59</sup> de la naissance : une alternative à la médicalisation**

De nos entretiens émergent deux raisons essentielles évoquées qui sont à l'origine du choix du Cocon. Ce choix apparaît souvent déterminé et réfléchi. Il n'est pas le fruit d'un hasard. Même en se tournant vers le Cocon, elles ne savaient pas toutes exactement ce qu'elles souhaitaient mais elles savaient, en revanche, quasiment toutes, ce qu'elles ne voulaient pas.

#### « Je sais ce que je ne veux plus »

La première renvoie aux expériences de naissance antérieures, souvent perçues et vécues négativement :

---

58 Cf. thèse d'Alice Teil : « *Défi de la performance et vision partagée des acteurs. Application à la gestion hospitalière.* » [http://fdv.univ-lyon3.fr/mini\\_site/ifross/graphos/these/TheseAT.pdf](http://fdv.univ-lyon3.fr/mini_site/ifross/graphos/these/TheseAT.pdf) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

59 Selon le Petit Larousse illustré, humaniser signifie « donner un caractère plus humain, plus civilisé ; rendre plus supportable à l'homme ». Il faut retourner dans les années 1970 pour voir apparaître un courant qui encourage « l'humanisation » de la naissance. Il trouve son origine dans la remise en cause de la manière dont sont traitées les parturientes, mais également les nouveaux-nés. On peut aussi le rattacher aux mouvements de contestation de l'autorité médicale et de l'emprise technique sur la destinée des individus. Le mouvement d'humanisation de la naissance prône la prise en compte de l'enfant, de la parturiente et même de son conjoint comme êtres humains agissant dans le processus de parturition. Il a fréquemment recours à la notion de « naturel ». In « *Sociologie de la naissance* », op cit.

« *Mon premier accouchement ne s'est pas bien passé. Je suis arrivée à 18h à la maternité (de A.) en leur expliquant que j'avais des contractions rapprochées. On ne m'a pas prise au sérieux, j'ai été renvoyée à la maison. J'ai insisté pour rester, on m'a laissée seule dans une baignoire, j'avais mal, je me suis sentie un peu abandonnée. Le médecin m'a décollé les membranes sans me le dire, finalement à 19h30 le bébé était là. Mais c'est comme si je n'avais pas accouché, je n'ai pas été accompagnée. Ca m'a mise en colère. Et pour l'allaitement non plus je n'ai pas été accompagnée ; j'ai reçu un tas d'avis différents, des biberons de complément, le personnel de la maternité était très impatient. Je me suis sentie comme un numéro, c'est impersonnel. Je ne voulais plus accoucher là pour mon deuxième, émotionnellement ce n'était pas possible* ». (B., maman de deux enfants)

« *Pour ma première fille, j'ai suivi la voie traditionnelle, avec un gynécologue. Une semaine après la date estimée, elle n'arrivait pas, j'ai été provoquée. On m'a administré de l'ocytocine, une dose trop forte, qui a provoqué de fortes contractions, douloureuses. Ca a été un échec. Je ne veux plus jamais que ça se passe comme ça. En mode traditionnel, j'ai l'impression d'être un numéro : allez, hop, on enlève sa culotte et on mesure. Personne ne demande comment vous vous sentez. On force la nature. Pour ne plus aller à l'hôpital, j'ai alors pensé à l'accouchement à domicile, mais plein de gens m'ont dit que ce n'était pas une bonne idée, que ça comportait trop de risques. J'ai alors fait des recherches sur internet, les maisons de naissance étaient trop loin et puis je suis tombée sur le Cocon* ». (A., maman de deux enfants)

Ce ne sont pas les compétences techniques qui sont remises en cause, mais la difficulté que ces femmes ont rencontrée à pouvoir exprimer et faire respecter leurs désirs profonds (aide à l'allaitement, l'accompagnement, l'importance de la relation de confiance, l'importance d'avoir le temps,...).

#### « Une approche de vie »

« *On entre dans le cadre d'une manière d'envisager sa vie. C'est vraiment toute une approche de vie. On est à la recherche d'autre chose. Aux séances collectives, les femmes semblaient peace and love, certaines enlevaient leurs chaussures, d'autres se mettaient confortablement dans les fauteuils. Ca paraît un peu cliché, il n'y a pas que ça bien sûr, mais ça montre, je trouve, l'ouverture et l'approche de vie. Dans une autre salle d'attente ou à une séance médicale « normale », je n'aurais pas vu des personnes se mettre à l'aise comme ça* ».

La seconde raison souvent évoquée est la « *recherche d'autre chose* », d'une « *autre façon de faire* », d'une approche particulière de la naissance, en concordance éventuelle avec un projet de naissance, souvent minutieusement élaboré. Le projet de naissance peut être défini comme étant avant tout une réflexion autour de la grossesse et de la naissance. Il s'agit d'un cheminement intime, une idée qui évolue vers des souhaits (ou des refus) concrets. Il génère ainsi des questions essentielles telles que : qui va suivre ma grossesse ? Où vais-je accoucher ? Quelles conditions de naissance ? (notons que les modalités souhaitées conditionnent généralement le choix du lieu.) Quel accueil pour mon bébé (peau à peau (ou pas) - tétée précoce (ou pas) - soins immédiats classiques - soins différés ou aménagés ? Il peut s'envisager sous forme écrite ou non, évoluer tout au long de la grossesse, servir de plate-forme de négociation avec l'équipe de suivi et a la particularité d'être personnel et de refléter les souhaits de la femme enceinte ou du couple qui attend un enfant<sup>60</sup>.

Notons que cette autre trajectoire ainsi que le projet de naissance peuvent découler d'une expérience de naissance antérieure négative. Celle-ci a permis à certaines femmes de notre

---

60 <http://www.projetdenaissance.com/article-la-naissance-autrement-122038037.html> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

enquête de déterminer des critères incontournables à partir desquels elles ont défini ce qu'est pour elles le suivi « idéal » de la grossesse et de l'accouchement.

## **2. La revalorisation du « naturel »**

Si nous demandons à nos interlocutrices quelle est leur représentation de la naissance, elles la présentent d'abord comme un « *événement physiologique et naturel* ».

Dans le domaine de la naissance et de la maternité, cela se traduit notamment par une revalorisation du naturel et de la nature ainsi que par un nouveau rapport à la médecine. « *Une naissance de qualité est une naissance naturelle* ». (B., maman d'un enfant, suivie au Cocon pour un second) Les personnes qui ont opté pour le Cocon afin de mettre au monde leur enfant ont aussi fait le choix d'utiliser le moins d'intervention médicale possible. Ces parents sont dans un projet d'accueil, sont dans leur « bulle », tandis que l'hôpital est une entreprise qui fonctionne comme telle, avec des horaires, ses protocoles, ses règles. Certaines des femmes que nous avons interviewées décrivent leur accouchement antérieur à l'hôpital comme « *un retour en arrière* », en comparaison avec leur accouchement « *naturel* » vécu comme « *un retour aux sources, un retour à l'état naturel* » ; « *on est faites pour ça* ». Deux mondes semblent s'opposer. Quelle représentation de la nature ont-elles ? Qu'entendent-elles par ces témoignages, que mettent-elles dans le mot « nature », « naturel », « retour aux sources » ?

### **2.1 Laisser faire la nature**

« *Pour moi c'est une naissance respectée, c'est laisser faire la nature, c'est-à-dire pas de péridurale, pas d'épisiotomie* ». (B., maman de deux enfants)

« *C'est ne pas être que dans un protocole médical, mais c'est faire tout pour que ça se passe naturellement, avec la parole, un bain chaud. C'est essayer de donner toutes les chances* ». (F, primipare)

« *Laisser la nature faire son travail, laisser notre corps faire son travail* ». (A., mère et actuellement enceinte d'un second enfant)

« *Garder au maximum le naturel. Envie d'essayer de vivre ça (l'accouchement) au naturel* ». (C., primipare)

### **2.2 Valoriser la relation mère-enfant**

« *Il faut remettre la relation maman-bébé. Par exemple, il faut laisser le temps au bébé de rester sur la maman lors de l'accouchement* ». (N., maman d'un premier enfant)

« *Juste après l'accouchement, il ne faut pas couper le cordon trop rapidement, il faut laisser à la maman la possibilité de prendre son bébé sur elle, dans ses bras, de le garder sur elle* ». (S., maman de deux enfants)

« *Dans notre civilisation, on ne pense qu'à la femme, pas au bébé. Est-ce que lui est bien mis ? Il faut aussi penser au bébé, qu'il puisse venir au monde comme il le faut, de manière naturelle* ». (A., mère de deux enfants)

## 2.3 Le respect des choix

« Je veux être respectée dans tous mes choix, ceux de mon accouchement mais aussi de toute mon histoire, de toute mon aventure. On est fragile au moment de l'accouchement, il faut faire attention à ce que les professionnels effectuent nos souhaits. Si on doit réaffirmer nos choix... Pour ça, il faut être bien entourée et soutenue ». (B., maman de deux enfants)

« Comme j'ai eu un souci pendant la grossesse, j'ai dû accoucher ailleurs qu'au Cocon. Et là, plusieurs de mes souhaits que j'avais bien définis et précisés pendant ma grossesse n'ont pas été respectés : je n'ai pas pu choisir ma position sans devoir parlementer, voire imposer mon choix, j'ai dû insister pour éviter le déclenchement puis la péridurale... ça a été pas mal un combat ». (Ch., primipare)

## 2.4 Un retour aux sources

« Pour moi, c'est un peu comme accoucher en Asie ou en Afrique. C'est un retour aux sources, c'est-à-dire un retour à la façon dont ça a été prévu, dont la nature nous a faites, un retour à l'état naturel le plus possible ». (A., maman d'une fille, suivie au Cocon pour un second enfant)

=> Nature / cultures

Le rapport aux autres cultures et aux coutumes différentes pose toutefois la question de savoir de quelle « nature » on parle ? Laisser faire la nature. Mais alors quelle nature ? Selon quelle culture ? Dotés d'une pensée, façonnés par leur éducation, leur représentation du monde, leurs désirs, les conditions matérielles de leur existence et tant d'autres facteurs qui forment leur environnement, les humains sont avant tout des êtres culturels. Leurs comportements ne sont justement pas régis par un instinct sûr, univoque, infaillible, peut-être aveugle, mais par des normes sociales, jusqu'à ceux qui satisfont leurs besoins les plus élémentaires comme se nourrir. Quel sens peuvent avoir l'instinctif et le spontané quand on est pétri de conditionnements civilisationnels ? Il n'est pas aisé de différencier les parts du naturel et du culturel dans nos comportements.

L'Asie et l'Afrique, deux continents étrangers, avec leurs normes culturelles autour de la grossesse et de l'accouchement, sont décrits comme un retour aux sources. La notion de physiologie s'inscrit dans l'approche naturelle et se confronte à l'obstétrique. La manière dont on accouche dans d'autres cultures peut transformer notre propre pratique.

## **3. Nature : partage de valeurs et dimension culturelle**

Le naturel ici est « ce qu'a prévu la nature » et partant, ce qui n'est pas perturbé ou perverti par l'intervention technique. Ainsi, elles parlent d'accouchement naturel, de portage physiologique, d'allaitement maternel. Accoucher naturellement, allaiter son enfant, c'est se conformer à sa nature de mammifère, se placer dans le règne animal en tant qu'animal, qui est le plus proche de notre état naturel. Les progrès technologiques ou médicaux entraînent un nouveau mode de vie plus confortable, mais nous éloignent en même temps d'un mode de vie plus simple, plus « naturel » :

« On est pris dans du superflu, avec tous ces objets de puériculture par exemple, on est trop vite dans le marketing ». (B., maman, a accouché au Cocon de son deuxième enfant)

La péridurale constitue un autre exemple. Elle est souvent perçue comme un anesthésiant chimique qui n'est pas très bon pour le corps du bébé. L'éviter revient à être plus proche d'un rapport naturel et non toxique pour son bébé. Et vivre la douleur est présenté comme un processus naturel qui existe depuis des millénaires.

« *J'aimerais aller plus vers le côté énergétique que vers le côté technique* ».

Plus encore, d'autres procédés spécifiques à la médicalisation de la naissance, tels que l'accouchement provoqué, l'épisiotomie, etc., sont aujourd'hui décrits comme des actes maltraitants dans certains cas où ils sont amenés sans explication ou sans l'accord de la maman<sup>61</sup>.

Qu'il s'agisse de naissance, d'allaitement ou de portage, on voit que les mamans et parents nature cherchent à réduire les médiations entre eux et leurs enfants. L'immédiateté des corps (le peau à peau, le portage, le massage des bébés, l'allaitement) est valorisée. Etre à l'écoute de son corps, privilégier l'instinctif, l'immédiat, le spontané, « ce qui est prévu par la nature » est le leitmotiv de l'accouchement naturel.

Comme nous le notons ci-dessus, face à ces questions, l'ensemble des femmes et sages-femmes rencontrées répondent par les mêmes valeurs, les mêmes désirs et une définition commune de ce que sont « une grossesse et un accouchement naturels ».

Comment se traduit cet aspect « naturel » au Cocon ? Quels types d'ajustements les femmes et sages-femmes produisent-elles pour humaniser la naissance en tenant compte de la dimension culturelle commune valorisant le côté « naturel » face à la médicalisation ?

### 3.1 L'accompagnement global pour « laisser faire la nature » et ramener la femme et son enfant au centre de l'action

« *Je me sentais plus prise dans ma globalité, soutenue* ». (F., primipare)

Qu'est-ce qu'un accompagnement global ? Il représente avant tout l'ensemble des tâches et du travail des sages-femmes. Mais, outre le descriptif de départ, que signifie-t-il ? Que représente-t-il pour les femmes que nous avons rencontrées ?

#### 3.1.1 La qualité du lien

« *Ce n'est pas tellement le lieu qui comptait pour moi, mais c'était le soutien, les personnes qui pensaient comme moi. Je me suis liée avec une équipe en qui j'ai eu confiance. Ce n'est pas comme avec les gens de l'ancienne école à mon premier accouchement. Ici, le père a eu sa place, la sage-femme l'a guidé, il n'a pas juste été observateur* » ... « *On se sent soutenue... quand je me pose des questions par exemple* ». (B., maman de deux enfants)

De manière récurrente, c'est tout d'abord l'importance du soutien, de l'écoute, de la mise en confiance par les sages-femmes qui est explicitée. L'accompagnement global permet la création de liens forts et d'une relation de confiance entre les sages-femmes et les mamans, nécessaire, selon elles, à un « bon accouchement ».

---

61 A titre d'exemple, voici deux sites qui abordent la question des soins maltraitants :

<http://www.improvingbirth.org/2014/08/vid/> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_fre.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?ua=1&ua=1) (dernière consultation le 18 décembre 2014).

La part relationnelle et affective de la relation prend une place aussi importante, voire plus importante que le suivi médical. Etre rassurée pour une femme qui a choisi le Cocon dépasse la simple gestion des risques liés aux critères médicaux. Outre les questions d'obstétrique, elle attache de l'importance à la dimension psychologique. On peut alors parler de « sécurité émotionnelle » qui prend en compte la perception et le vécu émotionnel de la parturiente (et de son conjoint), sa fragilité, ses questions et ses angoisses. L'importance de la relation humaine, sa « chaleur », son « authenticité » participe de cette sécurité recherchée.

*« On n'a pas l'impression d'être suivies. C'est plus comme des amies. On parle de tout et de rien. Elles ne portent pas de blouse blanche, on n'a pas l'impression d'être en consultation médicale. Ça enlève la distance ».* (A., maman d'un enfant, future maman d'un second enfant, suivie au Cocon)

*« Aux consultations, on prend le temps, on boit un café ou un thé, on échange chaque fois sur un sujet ou l'autre, ça dépend. Je peux poser toutes les questions que je veux »?* (N., primipare qui a été suivie et qui a accouché au Cocon)

*« Elle arrive (la sage-femme), elle me fait la bise ».* (F., primipare, suivie au Cocon)

La qualité du lien qui s'établit entre le professionnel et la parturiente forme un terreau de base du bon déroulement de la grossesse. Il se tisse souvent un lien fort entre la sage-femme et le couple ou la maman, qui perdure parfois au-delà de l'accouchement et devient un lien d'amitié.

### Le « one to one » versus l'équipe de quatre sages-femmes

Ce que l'on nomme le « one to one » dans le cadre de la naissance correspond à « une sage-femme référente pour une parturiente ». En d'autres termes, c'est la même sage-femme qui prend en charge l'accompagnement global de la maman. La particularité du Cocon réside dans le fait que la maman ou le couple rencontre au total quatre sages-femmes sur son parcours, ne sachant pas qui, de l'équipe, sera présente lors de l'accouchement ou lors du suivi. Il est toutefois reconnu que le « one to one » favorise généralement la complicité relationnelle, génératrice de confiance pour la maman. Qu'en est-il de cette possibilité face à quatre personnalités ?

De manière générale, l'équipe des sages-femmes rassure la maman ou le couple plutôt qu'elle ne dérange. En effet, savoir qu'à son accouchement, la maman sera accompagnée par une des quatre sages-femmes ayant participé au suivi de sa grossesse représente bien souvent pour elle un avantage considérable. Alors que dans un hôpital, pour un accouchement traditionnel, elle pourrait être prise en charge par un professionnel de garde qu'elle n'a jamais vu<sup>62</sup>, au Cocon, elle profite de « l'accompagnement global ». Et, au vu de l'imprévisibilité des accouchements, cela n'est possible que grâce à une disponibilité constante répartie à travers un planning de travail au sein d'une équipe. Dès lors, selon ce fonctionnement, la parturiente, bien que n'ayant pas de sage-femme référente, bénéficie toutefois d'un appui humain réel sur lequel elle peut se reposer.

*« On prend le temps de parler des petites angoisses. Elles considèrent notre couple dans sa globalité ».* (F., primipare, qui a accouché au Cocon)

*« Face à mon problème, j'ai dû accoucher ailleurs. Mais j'ai pu appeler ma sage-femme pendant l'accouchement. Elle m'a « coachée » parce que je me sentais perdue là-bas, dans ce milieu médicalisé ».* (Ch., primipare, suivie au Cocon, a accouché en maternité)

---

<sup>62</sup> « Un des dangers d'accoucher à l'hôpital, c'est qu'on peut avoir des professionnels qui répondent à nos demandes mais le jour J, ils ne sont pas là, ils sont remplacés par d'autres qui ne font pas du tout la même chose, ne travaillent pas comme ça, et ne répondent pas aux demandes ». (M., primipare, suivie au Cocon)

« On peut les appeler à n'importe quel moment, elles ont chacune leur personnalité, c'est chouette ». (M., primipare, suivie au cocon)

Nos entretiens révèlent qu'il n'est toutefois pas toujours facile pour la maman de devoir partager sa grossesse avec quatre sages-femmes. Cela peut produire certaines difficultés qu'il nous paraît intéressant de partager :

### Plus d'affinités avec l'une des sages-femmes qu'avec les autres.

En effet, chaque relation humaine est unique et diffère donc d'une personne à l'autre. Cela a engendré des préférences relationnelles et le souhait secret que ce soit « la sage-femme préférée » qui soit présente au moment de l'accouchement.

« On les connaît et en même temps pas. On a quand même le privilège d'avoir une tête connue lors de notre accouchement. Moi, il y en a deux avec qui ça se passait vraiment très bien ». (F., primipare)

« Moi j'ai vu beaucoup une des quatre. Mais j'ai rencontré les trois autres aussi ». (M., primipare suivie au Cocon)

### Un souci de circulation de l'information.

« Comme on voit quatre personnes, il faut parfois réexpliquer les trucs. Ça n'est pas encore tout à fait bien rodé ». (A., maman de deux enfants, a accouché au Cocon)

« J'ai eu des problèmes qui ont été révélés à travers des examens. Trois des quatre sages-femmes ont oublié ce souci, pourtant assez grave, lors des consultations. Finalement, elles ont décidé qu'une des quatre sages-femmes devienne ma sage-femme référente pour éviter ces problèmes, et tout s'est finalement bien passé ». (Ch., primipare, suivie au Cocon, qui a accouché en maternité)

### Des avis ou des conseils divergents.

« Parfois, j'ai eu des conseils différents, même au sein du Cocon, les avis divergent ». (N., primipare, qui a accouché au Cocon)

### 3.1.2 Une prise en charge individuelle

L'équipe du Cocon tient compte de la singularité de chaque personne : sa trajectoire, sa demande, ses souhaits. Les sages-femmes partent du postulat que la parturiente connaît mieux son corps que n'importe quel intervenant. Le toucher, le geste, ainsi que l'écoute, constituent des règles primordiales pour la parturiente comme pour l'équipe du gîte de naissance. Ainsi que le remarque également Béatrice Jacques : « Les rencontres mensuelles sont l'occasion de parler de soi, du couple, des premières relations créées avec le fœtus, d'aborder le thème plus général de l'arrivée d'un enfant dans la famille. Ecouter et répondre aux questions, rassurer : tels sont les principaux actes de l'accompagnement. L'accompagnement ne se limite pas aux consultations, il se fait également lors des cours de préparation à la naissance. En effet, même si la naissance est un processus naturel, « inscrit dans la physiologie féminine », la sage-femme doit apporter une connaissance sur le corps, sur l'enfantement, et permettre une réflexion sur soi ».<sup>63</sup>

---

63 Béatrice Jacques, op cit., p.168.

« Il y a l'odeur, le toucher, tout le symbolique de ce que la maman traverse. C'est une question de sensibilité. Ça a même modifié mon appréhension du monde ». (Ca, primipare, suivie au Cocon)

« Je me souviens, à une de nos dernières consultations, on s'est mises à parler de la sexualité dans le couple pendant la grossesse, parce qu'elle (la sage-femme) avait participé à un colloque sur le sujet ». (A., maman d'un enfant, suivie au Cocon pour son second enfant)

### 3.1.3 Le respect du rythme émotionnel

« Avec le protocole médical, je n'ai pas pu vivre mon accouchement. J'ai été mesurée, piquée de partout et je n'ai pas pu accueillir mon premier bébé comme je le voulais. Il n'y a pas de place pour l'émotion. Ici, pour mon deuxième, je vais vivre en fait mon premier accouchement. J'aurai du temps, je suis écoutée, et je vais pouvoir sentir ce que c'est ». (C., maman de deux enfants, suivie au Cocon pour son second enfant).

« La médecine, c'est important en cas de problème. C'est bien que le Cocon soit dans l'hôpital, j'ai confiance en l'équipe médicale aussi, mais pour moi, les sages-femmes sont importantes au niveau humain et pour un accompagnement émotionnel ». (B., maman de deux enfants, a accouché au Cocon pour son deuxième enfant)

### 3.1.4 Une relation de confiance pour une meilleure estime de soi

Rendre la femme « maîtresse » de sa grossesse et de son accouchement en laissant faire la physiologie est la base du rapport de confiance. La confiance est ici perçue comme un processus actif et nécessaire qui se joue dans l'instant présent. L'important n'est donc sans doute pas d'identifier un rapport figé mais plutôt de découvrir ou percevoir quel est le type de confiance dont la femme a besoin pour se sentir bien et progresser dans sa potentialité de femme et de future maman. Ainsi le regard du professionnel s'inscrit dans la dynamique de l'instant mais aussi dans une perspective plus large du bien-être de la femme et de l'enfant. La confiance s'appuie sur la certitude d'avoir en soi les compétences nécessaires pour être mère, et sur la liberté de pouvoir exprimer ses désirs et ses émotions pour vivre l'accouchement et la maternité avec satisfaction.

Par conséquent, l'alliance entre la maman ou le couple et les sages-femmes va généralement dans le sens de la femme et des futurs parents, pour leur permettre de se sentir compris, écoutés, reçus, et de pouvoir les guider vers ce dont ils ont besoin pour renforcer leur confiance en eux. Par cette attitude empathique, la parturiente a la possibilité d'exprimer l'indicible, toutes ses contradictions, entre ses désirs, ses représentations et la réalité de son vécu au quotidien.

Cette alliance devient dès lors la base de l'échange à partir de laquelle l'équipe du Cocon et la maman vont définir un « projet commun » qui réponde aux souhaits de la maman ou des parents.

Cette relation de confiance se traduit chez la maman par une acceptation de l'événement et un sentiment d'être « actrice » de sa grossesse et de son accouchement. Le rôle du professionnel est alors de rappeler à la femme qu'elle seule peut le guider pour savoir comment prendre soin d'elle dans cette aventure qui lui appartient, et lui permettre de prendre la responsabilité de la naissance, en être « actrice ».

L'accompagnement du professionnel se caractérise dès lors, non par son intervention, mais au contraire, par sa capacité à donner le pouvoir aux parents, à trouver avec eux une façon de bien vivre l'accouchement. La préparation à la naissance agit comme processus de transformation et d'intégration de la confiance en soi.

« Pour moi, c'est permettre à la maman et aux parents de prendre la responsabilité de la naissance ». (N., primipare, a accouché au Cocon)

« C'est important de pouvoir se réapproprier la naissance, d'avoir un rôle à jouer ». (B., maman de deux enfants, a accouché au Cocon)

=> Une confiance « partenariat »

En définitive, la relation qui se construit entre les sages-femmes et la maman ou les parents rappelle la confiance « partenariat » décrite par Béatrice Jacques (op cit.), à savoir qu'elle renvoie au modèle de la participation « mutuelle ». « Ce n'est pas tant un expert que l'on vient chercher qu'un confident avec qui on peut parler de l'expérience de la grossesse, qui prendra le temps d'écouter, de conseiller. En somme, les femmes recherchent, dès le départ, un cadre personnalisé où elles se sentiront reconnues en tant que sujets, et ce n'est qu'à cette condition qu'elles entrent dans la relation »<sup>64</sup>.

Nous pouvons parler plus communément d'un rapport femme à femme, la sage-femme étant « un guide », « un coach », « une amie », une « confidente » pour la femme, future maman et reconnue en tant que sujet. Ce rapport, opposé à la relation hiérarchique « médecin/patient » qui revient dans nos entretiens lorsqu'est abordé l'accouchement traditionnel en maternité, soit, souvent, un accouchement médicalisé, peut être appréhendé comme une volonté de retour à la transmission, non pas de mère en fille mais de sage-femme à femme.

### 3.2 Réseaux internet : une communauté virtuelle et la transmission par le partage d'expériences

Dans cette nouvelle prise de conscience, les mères montent un « réseau de références » emprunté aux nouveaux discours scientifiques, en sollicitant les lieux de rencontre et d'échange et, de plus en plus, par le biais d'internet, elles créent de nouveaux liens, une « communauté virtuelle » qui tient lieu d'espace d'échange et d'expression. Elles se questionnent et utilisent les techniques extérieures en y mettant de nouvelles significations. Sites, forums de discussion foisonnent sur la toile, les femmes (re)créent une communauté de femmes, pour se soutenir, pour partager leurs expériences, leur savoir, leurs avis, leurs conseils. L'importance de ces réseaux internet est souvent évoquée à travers nos entretiens.

Sophie Gamelin-Lavois<sup>65</sup>, consultante périnatale et auteure de l'ouvrage « La naissance autrement. Réaliser son projet », a également un site internet où elle échange ses conseils et informations : « Je désire offrir l'information la plus large possible pour permettre de faire des choix, ce que je n'ai pas eu pour mon premier accouchement ». Et d'ajouter : « Internet, les forums, les site web, les associations, les rencontres, il y a eu une émergence d'un mouvement qui voulait partager. Mais ça existait déjà dans les années '80, même avant. Mais c'est vrai que c'est plus facile à voir et à trouver ou à créer aujourd'hui ».

### 3.3 Un nouveau rapport au monde médical

L'engagement des femmes et des praticiennes du Cocon, le partage des mêmes valeurs, des mêmes contestations, bouleverse complètement le rapport patient/médecin. Il ne s'agit plus ici

---

64 Béatrice Jacques, op cit, p.105.

65 <http://sophiegamelin.over-blog.com/> (dernière consultation le 18 décembre 2014).

d'évoluer dans ce rapport, mais bien d'attendre de l'autre, par un rapport de confiance mutuelle, le respect de l'individu (ses choix, ses orientations) avant même la recherche de compétences médicales. La notion d'écologie est également importante pour ces femmes. Pour reprendre les propos explicites de Béatrice Jacques (op cit.) à ce sujet : « *Il faut intégrer non seulement les connaissances du corps, mais aussi celles d'un environnement qui agit sur le corps. Les termes d'équilibre, de mode de vie sain en sont des termes évocateurs. (...) L'approche globale de l'individu sur laquelle elles reposent rejoint l'idée de lutte contre le corps-objet morcelé de la biomédecine* »<sup>66</sup>. A travers l'accusation de la médicalisation de la naissance, c'est toute la société qui est remise en cause.

#### **4. Le Cocon : compromis entre la nature et la technique**

« *C'est comme à la maison, mais avec la sécurité derrière* ».

Jean-Claude Kaufmann constate dans son étude sur la plage<sup>67</sup>, le désir d'un retour au naturel, et une mythification de la nature, cette dernière étant associée à la vérité absolue. Tout ce qui est naturel serait véritable et vrai, en comparaison de ce qui est produit par l'homme (la technologie, l'industrie, ...) qui serait artificiel, et qui prend une connotation négative, surtout en ce qui concerne la santé et le bon développement d'un fœtus ou d'une nourrisson.

Mais comme le décrit J.C. Kaufmann, « *le retour au naturel se fait d'une manière artificielle, car comme dans l'exemple de la plage : les plages ne sont pas visitées par les baigneurs à l'état sauvage mais plutôt quand elles sont soigneusement nettoyées et entretenues pour accueillir les personnes désireuses de sentir les éléments naturels comme l'eau, le soleil, le vent autour d'eux (et non les algues, les poissons morts sur la plage et les débris que le vent a laissé au bord de la mer...)*.

*Le naturel aide à se sentir bien mais avec que les beaux côtés de la nature. Il en résulte qu'on donne à ce qui est artificiel une apparence naturelle. Ou on transforme un état naturel en un lieu artificiel, tout en lui donnant une apparence naturelle* ».

Face au monde ultra-médicalisé, nous avons vu que les femmes de notre étude souhaitent se réapproprier une authenticité, mais à condition, toutefois, de se sentir totalement sécurisées et rassurées donc que tous les dangers soient contrôlés pour être évités.

La femme souhaite être « rassurée » :

- par le cadre où elle va mettre au monde ;
- par la proximité et l'accès aux soins médicaux et techniques en cas de souci durant le processus de gestation et celui de la mise au monde ;
- par l'aspect relationnel : le soutien, l'écoute du personnel, en l'occurrence ici les sages-femmes, et le développement de la confiance relationnelle qu'elle va pouvoir établir, sécurisée par une prise en charge tant technique qu'émotionnelle.

La sécurité d'abord. En d'autres termes, pour que l'accouchement se passe au mieux, la mère doit se sentir elle-même en sécurité. En ce moment précis de sa vie, la femme ne se fie plus à sa réflexion, à un raisonnement quel qu'il soit. Il lui faut du concret.

---

66 Béatrice Jacques, op cit., p.177 – 178.

67 Jean-Claude Kaufmann : « *Corps de femmes, regards d'hommes, sociologie des seins nus* », éditions Nathan, 1998 : chapitre « *Le retour au naturel* ».

A une porte de l'hôpital, le Cocon se veut, en définitive, un endroit relaxant, convivial, mais aussi rassurant : « *C'est comme à la maison, mais avec la sécurité derrière* ». (B., maman qui a accouché au Cocon)

### Le Cocon : un lieu sophistiqué pour un accouchement naturel

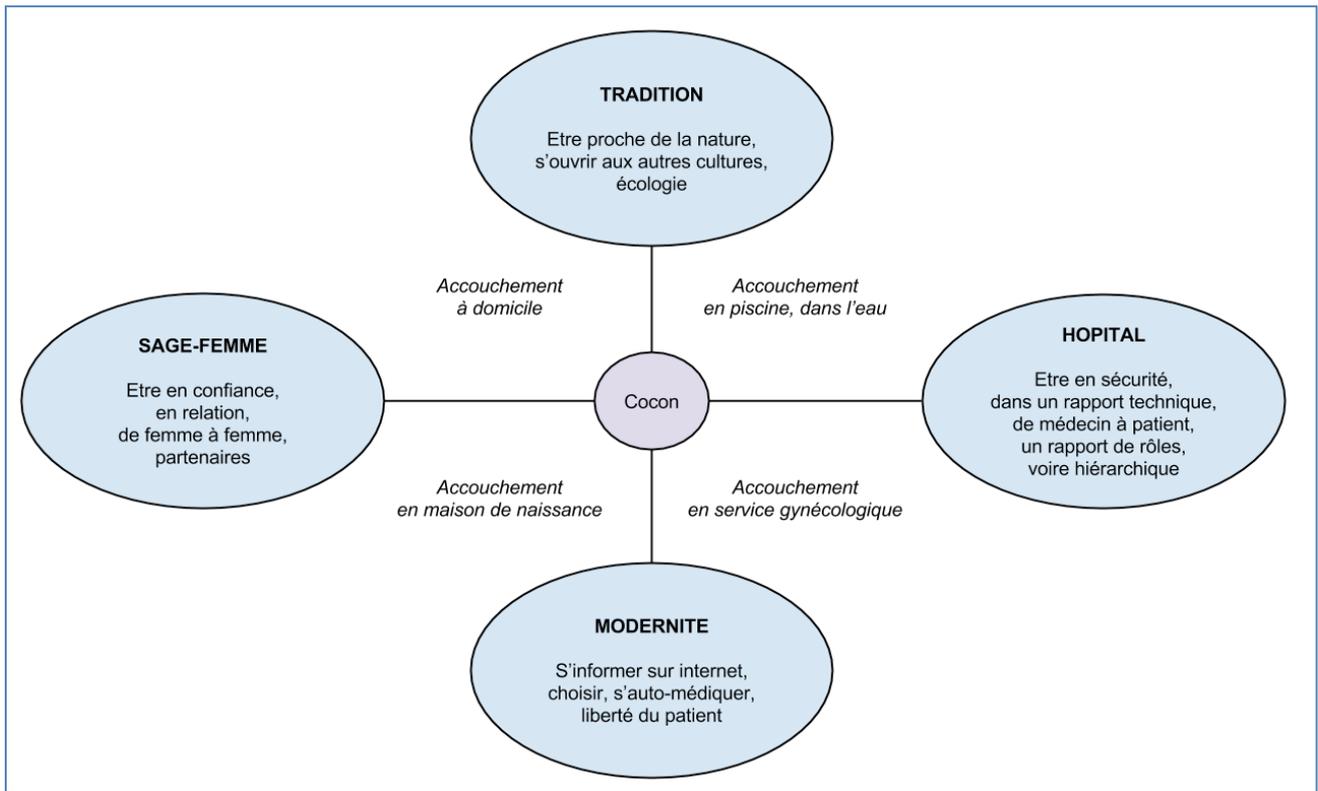
L'ancrage du gîte de naissance au sein d'un hôpital combine ces éléments, soit : « le naturel dans le médicalisé », avec libre accès à l'un comme à l'autre.

Les sages-femmes du Cocon n'hésitent d'ailleurs pas à « pénétrer » le monde médical pour accompagner (en personne ou par téléphone quand la maman se trouve dans un autre hôpital) leurs parturientes qui ne peuvent accoucher « naturellement ». Par leur présence, elles créent des ajustements pour aboutir à un compromis entre l'humanisation et la sécurité technique et médicale. Dès lors peut-on constater que l'accouchement naturel attire mais à condition qu'il soit entièrement sécurisé, les aspects négatifs du naturel devant être évincés. Plusieurs de ces femmes nous ont d'ailleurs déclaré avoir pensé à l'accouchement à domicile, mais n'avoir pas retenu cette possibilité pour cause d'insécurité. Bien que la nature ne soit pas considérée dans sa globalité, elle est vénérée pour son côté équilibrant et bénéfique qui s'oppose à l'industrialisation et la technologie à outrance. Le Cocon et son personnel constituent dès lors un compromis entre l'accouchement « naturel » tel que défendu par les femmes et sages-femmes rencontrées et la technique relative à la naissance médicalisée et qui représente un degré de risque zéro.

Le Cocon s'inscrit clairement entre « tradition » et « modernité » : d'une part, il s'agit d'être proche de la nature, de s'ouvrir aux autres cultures ; d'autre part, il s'agit de laisser toute sa place à la modernité, à la possibilité de s'informer sur internet et/ou les réseaux sociaux. Le schéma qui suit retrace les deux axes que nous venons d'évoquer et représente les transactions sociales qui se nouent autour du Cocon : entre la sage-femme et l'hôpital, entre tradition et modernité.

Le croisement de ces deux axes fait apparaître quatre cadrans au sein desquels il est possible de placer quatre formes d'accouchement que nous avons évoqués :

- l'accouchement à domicile (sage-femme + tradition)
- l'accouchement en piscine et en hôpital (hôpital + tradition)
- l'accouchement en service gynécologique (hôpital + modernité)
- l'accouchement en maison de naissance (sage-femme + modernité).



## CONCLUSION

Cette étude a porté sur l'expérience de la maternité et plus précisément sur le Cocon, premier gîte de naissance en Belgique. Situé au sein d'un hôpital, il est décrit comme un « environnement sécurisé et démedicalisé permettant aux futures mamans de vivre leur grossesse autrement et d'accoucher naturellement ». Nous avons tenté de comprendre ses caractéristiques et en quoi cet endroit correspond aux attentes des parturientes qui s'y inscrivent. Une enquête qualitative nous a permis de nous intéresser aux attentes des femmes qui le fréquentent. Parmi celles-ci, et face au contexte actuel de médicalisation de la naissance en Belgique, s'érige la volonté de « laisser faire la nature », soit de pouvoir vivre une grossesse et un accouchement « naturels ». Notre analyse révèle un partage de valeurs communes entre les femmes interviewées et le personnel du Cocon définissant une dimension culturelle du désir « naturel ». Il s'agit avant tout de se réapproprier sa grossesse et son accouchement notamment par un accompagnement global de la sage-femme, et d'installer un rapport de confiance « partenariat » entre la parturiente et celle-ci (Béatrice Jacques, op cit.). Les futures mamans et parents sont dès lors respectés en tant que sujets et acteurs de la naissance. A l'opposé du rapport de soumission « médecin / patient » vécu et refusé par une partie des femmes rencontrées, est donc favorisée une relation de confiance et d'échanges, réactualisant une forme de transmission que l'on retrouve notamment à travers les réseaux internet et les forums de partage.

La particularité des femmes qui ont choisi le Cocon réside toutefois dans un désir de « laisser faire la nature » à condition de se sentir totalement sécurisées et rassurées, donc que tous les dangers soient contrôlés pour être évités. L'aspect technique et médical n'est dès lors pas entièrement rejeté, mais assimilé dans le processus en vue de prendre toutes les garanties possibles pour vivre son accouchement comme un événement sans encombre, avant tout heureux et unique. Situé au sein d'un hôpital et ouvert à celui-ci, le Cocon représente dès lors un compromis qui marie les ajustements divers mis en place pour se réapproprier la grossesse et l'accouchement, et la technique perçue comme alliée, qui peut être utilisée pour optimiser cet événement majeur qu'est la naissance d'un enfant.

## Bibliographie

Bedin Véronique, Fournier Martine : « *La parenté en question(s)* » ; Edition Sciences Humaines, 2013.

Birman Chantal: « *Au monde, ce qu'accoucher veut dire* », Ed.De la Martinière, 2003.

Blanc Maurice : « *L'avenir de la sociologie de la transaction sociale* »

Charrier Philippe, Clavandier Gaëlle : « *Sociologie de la naissance* », Editions Armand Colin, 2013.

Faniel Annick : « *La naissance : une approche plus humaine et un libre-choix du lieu d'accouchement* », CERE asbl, 2013

Jacques Béatrice : « *Sociologie de l'accouchement* », PUF, 2007.

Kaufman Jean-Claude : « *Corps de femmes, regards d'hommes. Sociologie des seins nus* », Nathan, 1995.

Léthu Abtey Catherine : « *La confiance chez les femmes primipares de la grossesse au post-partum* », Thèse, décembre 2008, Université de Nantes, Faculté de médecine.

Molénat Françoise : « *Accompagnement et alliance en cours de grossesse* », Temps d'Arrêt n° 57, Yapaka.be

Odent Michel : « *Bien naître* », Seuil, 1976.

Pequet Sandrine : « *Naissance. La médicalisation comme seule option ?* », Service Education Permanente Question Santé asbl, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012.

Revue « *Grandir autrement* », n° 44, janvier-février 2014.

Rémy Jean, Voyé Liliane, Servais Emile : « *Produire ou reproduire ? Une sociologie de la vie quotidienne* », 1978, Vie ouvrière.

Thébaud Françoise : « *Quand nos grand-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerre* », Lyon, PUL, 1986.

Sites consultés :

<http://conaitreensemble.com/>  
<http://wiki.naissance.asso.fr/pmwiki.php?n=Portail.PortailNaissance>  
<http://www.projetdenaissance.com/article-la-naissance-autrement-122038037.html>  
<http://sophiegamelin.over-blog.com/>  
<http://www.improvingbirth.org/2014/08/vid/>  
<http://www.projetdenaissance.com/article-la-naissance-autrement-122038037.html>  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_fre.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?ua=1&ua=1)  
[http://fdv.univ-lyon3.fr/mini\\_site/ifross/graphos/these/TheseAT.pdf](http://fdv.univ-lyon3.fr/mini_site/ifross/graphos/these/TheseAT.pdf)  
<http://www.erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=18028&langue=FR>  
<http://www.alternatives.be/Fiches/Lieux-daccouchement/>  
<http://dossiers.lalibre.be/webdoc-naissance/>  
<http://www.mloz.be/files/etudeaccouchementfr.pdf>  
<http://www.lalibre.be/societe/sciences- sante/article/735798/accoucher-dans-la-douceur.html>  
[www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3s.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3s.pdf)  
<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2014/09/03/michel-odent-cest-la-science-qui-fera-evoluer-les-conditions-daccouchement/>  
[www.apache.be/fr.2013/03/06/le-professeur-jean-michel-foidart-une-cesarienne-une-fois-une-cesarienne-toujours/](http://www.apache.be/fr.2013/03/06/le-professeur-jean-michel-foidart-une-cesarienne-une-fois-une-cesarienne-toujours/)  
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/PLATINES-PLATeforme-d-INform.105933.0.html>  
[http://www.cepip.info/version-francaise#!\\_version-francaise/publications](http://www.cepip.info/version-francaise#!_version-francaise/publications)  
[www.questionsante.be/outils/naissance.pdf](http://www.questionsante.be/outils/naissance.pdf)  
<http://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2010/05/lorganisation-des-soins-après-laccouchement-cliquez-ici.pdf>  
[www.cere-asbl.be/IMG/pdf7\\_Sages\\_Femmes.pdf](http://www.cere-asbl.be/IMG/pdf7_Sages_Femmes.pdf)  
[http://www.cere-asbl.be/IMG/pdf/1\\_naissance.pdf](http://www.cere-asbl.be/IMG/pdf/1_naissance.pdf)  
<http://www.maisondelanaissance.be/naissance/cocon.htm>  
<http://rsa.revues.org/157>