



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2015) 2(1), 7-13

Naissance et bien-être - Rencontres avec des femmes ayant choisi d'accoucher à domicile

[Birth and wellbeing - meeting women who opted for a home birth]

Dimitri Cauchie, Marielle Bruyninckx, Laure Teirlynck

Contact : Marielle.Bruyninckx@umons.ac.be

Soumission initiale le 8 décembre 2014 - soumission révisée le 27 décembre 2014 - accepté pour publication le 30 décembre 2014

RESUME

Introduction: Longtemps ignoré, le concept de bien-être connaît un intérêt croissant depuis les années 1990. Plus récemment, cette recherche de bien-être s'est également inscrite dans la sphère maternelle et notamment, dans ce qui concerne le moment de la naissance. Au cours de cette étude, nous nous sommes intéressés aux femmes ayant fait une démarche volontaire d'accouchement à domicile afin de déterminer si celle-ci s'inscrivait effectivement dans une recherche alternative de bien-être. *Objectif:* comprendre les motivations des femmes à choisir l'accouchement à domicile, tenter de cerner son lien à une recherche de bien-être personnel et son inscription éventuelle dans un style de vie alternatif.

Type de recherche : exploratoire

Méthode: Entretiens semi-directifs réalisés avec onze femmes ayant vécu ou souhaitant vivre ce type d'accouchement complétés par la passation par celles-ci d'un test standardisé : l'Echelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (EMMBEP) (Massé *et al.*, 1998).

Résultats: Les principaux résultats de notre étude montrent que, généralement, l'accouchement à domicile est lié à un refus de surmédicalisation et à une envie de naissance physiologique. Ce choix s'inscrit fréquemment dans une philosophie de vie particulière chez les femmes rencontrées, qui refusent de négliger la sécurité affective de leur accouchement au bénéfice de la sécurité médicale. Elles déclarent d'ailleurs ressentir un certain bien-être grâce à ce projet de naissance alternatif, ce que les résultats de l'EMMBEP tendent à confirmer.

Discussion et conclusions: Les futures mères peuvent aujourd'hui exprimer leurs souhaits quant à leur projet de naissance et choisir parmi plusieurs alternatives. L'obstétrique et la maïeutique doivent donc s'adapter au mieux aux évolutions des conceptions de la maternité et concilier les points de vue. L'étude et la prise en considération des désirs et des besoins subjectifs des femmes sont essentielles pour favoriser leur bien-être général.

ABSTRACT

Introduction: After having been ignored for a long time, the concept of wellbeing has been the focus of increasing interest since the 1990s. More recently, this search for wellbeing has made itself felt in the area of maternal and early childhood, and particularly childbirth itself. In this study, we focused on women who choose to give birth at home.

Type of research: exploratory

Aim of the research: Our research aimed to explore the understanding of women's motivations for choosing this type of childbirth, its link to a search for wellbeing and its possible inclusion in an alternative lifestyle.

Method: To answer our research questions, we met eleven women who had or intended to have a home birth. We conducted semi-structured interviews and used the "Echelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (EMMBEP)" (Manifestations of psychological wellbeing scale) of Massé *et al.* (1998).

Results: The main results of our study show that homebirth is generally linked to a refusal of overmedication and a wish for a physiological birth. According to the women we met, their choice is often seen as part of a particular philosophy of life; they refuse to sacrifice the emotional security of their labour and delivery for the benefit of the medical safety. These women also reported experiencing an enhanced sense of wellbeing through their alternative birth project and this is confirmed by the EMMBEP results.

Discussion and conclusion: Mothers-to-be can nowadays express their wish regarding their childbirth project and select the approach that may best fit their needs. Obstetrics and midwifery must therefore adapt to meet these emerging expectations. Further studies about desires, wishes and the subjective needs of women are necessary to develop the knowledge base required to improve their overall wellbeing.

Mots clés : accouchement à domicile, sécurités médicale et affective, bien-être psychologique, styles de vie alternatifs

Keywords: homebirth, medical and emotional safety, psychological wellbeing, alternative lifestyles

Introduction - La prise en compte de la subjectivité des femmes enceintes

Naissance, bien-être et psychologie positive

Traditionnellement, en santé mentale, "la psychologie s'est focalisée de manière prioritaire sur les troubles mentaux et les pathologies sociales, un peu à l'exemple de la médecine" (Shankland & Martin-Krumm, 2012, p.172) au détriment de la bonne santé mentale et du bien-être. Pour de nombreux auteurs aujourd'hui, un fonctionnement psychologique sain correspond à la présence d'indicateurs de bien-être psychologiques (affects positifs, sens de la vie...) et non plus uniquement à l'absence de symptômes (Cowen, 1994 cité par Laguardia & Ryan, 2000; Labelle *et al.*, 2001; Shankland & Martin-Krumm, 2012). Longtemps ignoré au sein de la recherche scientifique, le concept de bien-être connaît un intérêt croissant depuis les années 1990 et est désormais l'objet central de la psychologie positive. S'opposant à la sensation de mal-être, il repose sur des aspects physiques mais aussi psychologiques, en termes de satisfaction quant à sa qualité de vie. Le bien-être ne mesure donc plus uniquement par le niveau de richesse et de revenus, comme dans ses conceptions traditionnelles. Il s'agit en effet de mettre au premier plan, non plus les biens premiers et les ressources, mais les capacités de chacun en accordant une primauté à l'être humain, au développement de ses capacités et à l'utilisation qui en sera faite ainsi qu'à l'élargissement des choix qui s'offrent à lui (Sent, 2004; Siglitz *et al.*, 2009).

Selon Thirion (2008), les caractéristiques du bien-être peuvent différer d'un courant théorique à un autre, mais certaines de ses dimensions sont inévitables, dont les relations humaines, les équilibres personnels et sociaux, la participation et l'engagement. Pour Netz *et al.* (2005), le bien-être reposerait sur quatre dimensions : le bien-être émotionnel (anxiété, stress, dépression, émotions, énergie, fatigue...), les perceptions de soi (estime de soi, compétences, maîtrise de soi, image de soi...), le bien-être physique (symptômes: douleurs, troubles somatiques...) et le bien-être perçu (qualité de vie, bien-être subjectif...). Si sa conception et son ressenti sont propres à chaque individu (Hoyez, 2004), sa mesure peut être tant objective que subjective (Thirion, 2008). S'il n'existe pas de consensus et qu'il reste difficile à définir, circonscrire et mesurer, le concept de bien-être est toutefois devenu incontournable dans le champ de la santé mentale que l'Organisation Mondiale de la Santé définit comme un "état de complet bien-être physique, mental et social et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" (OMS, 2014).

Les attentes des femmes en matière de grossesse et d'accouchement

La recherche de bien-être s'observe également dans le champ de la maternité, notamment au moment de l'enfantement. De nombreuses études ont été faites sur le bien-être en général ou dans des circonstances spécifiques (le travail, le vieillissement...) mais rarement sur le bien-être lié à la grossesse, à l'accouchement ou au choix d'un style de vie particulier.

L'accouchement a fait l'objet de nombreux débats portant notamment sur sa médicalisation et son transfert de la maison vers l'hôpital (Boland *et al.*, 2003; Szejer, 2006). Au fil des années, les attentes des femmes quant à leur accouchement, qu'il se déroule en maternité ou hors milieu hospitalier, n'ont pas changé, mais elles osent désormais les exprimer (Vadeboncoeur, 2005, Boland *et al.*, 2003). Les parturientes désirent un accompagnement personnalisé prenant en compte la singularité de la femme. S'il est présent, le matériel médical doit être discret. La continuité des soins par une même personne est sollicitée, avec des interventions minimales laissant la femme actrice de son accouchement, autonome dans le choix de ses mouvements, ses positions et libre de demander ou non des actes médicaux pendant le travail ou l'accouchement. Ces revendications quant au choix du lieu, des positions, des méthodes de naissance répondent aux craintes de l'hyper-médicalisation injustifiée et traduisent la volonté d'un retour au physiologique, à l'humanisation, au respect de ce processus naturel de l'accouchement. Enfin, les futures mères réclament le respect de leur intimité, la présence des personnes qu'elles aiment (Savard, 1987; Bontron & Siddahchetty, 2007; Boudet, 2012; Faniel, 2013). Weber (2009) précise que les parturientes en maternité ne veulent pas forcément moins de médicalisation mais une naissance plus humaine où la sécurité affective prime sur la sécurité matérielle. La rencontre de ces attentes réduirait le stress, répondrait au désir ces femmes de se réapproprier ce moment et favoriserait leur bien-être.

C'est à cette intersection que notre recherche tente d'apporter un éclairage en visant à comprendre en quoi le recours à l'accouchement à domicile (AAD) peut contribuer à l'épanouissement et au bien-être des femmes parturientes.

Méthodologie générale de la recherche

Type de recherche

La recherche cible des femmes ayant volontairement choisi une méthode de naissance "non classique", en l'occurrence l'AAD. Le désir d'accoucher à domicile est

un sujet peu abordé dans la littérature scientifique propre à la psychologie et peu d'études concernent la recherche de bien-être qui en émanerait. Pourtant, les parturientes réinvestissent ce lieu pour mettre au monde leur enfant. Nous avons dès lors choisi de mener une recherche de type exploratoire dont l'objectif est de "défricher" un domaine peu investigué afin d'aboutir, *a posteriori*, à des hypothèses qui pourront être testées dans de futurs travaux. Elle repose sur les questions de recherche suivantes, basées sur notre revue de la littérature quant aux évolutions des méthodes d'accouchement, aux notions liées au bien-être et aux styles de vie alternatifs qui peuvent y être associés: les femmes associent-elles le choix d'une méthode de suivi de grossesse et d'accouchement moins courante à une recherche de bien-être? Quelles sont les raisons de ce choix? Ces décisions s'inscrivent-elles dans une philosophie de vie particulière? Est-ce pour répondre à un style de vie alternatif? Est-ce un choix individuel? Quelles ont été les réactions de leur entourage familial et/ou social?

Méthode

Notre recherche exploratoire s'inscrit dans un paradigme compréhensif. Nous tentons, en effet, d'approcher le vécu et les significations attribuées par les femmes à leurs propres modes de fonctionnement au travers d'une démarche qui se construit progressivement, de manière compréhensive et contextuelle, entre les sujets et le chercheur. Un questionnaire anamnestique visant à récolter des renseignements généraux sur la vie et les antécédents des sujets a été administré. Notre objectif étant de comprendre le point de vue des participantes et leur subjectivité, nous avons également procédé à un entretien semi-directif avec chacune d'elles. Cette technique est utilisée pour étudier les faits dont la parole peut rendre compte, les actions passées dont le sujet a élaboré une représentation qu'il peut expliciter au moyen du langage. "L'entretien semi-directif est une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur" (Imbert, 2010, p.25). Cette démarche doit se faire dans le respect des droits et de la dignité du sujet. Les thématiques que nous avons choisi d'investiguer étaient les suivantes: le projet d'enfant et le déroulement de la grossesse, la préparation à la naissance, les raisons du choix du domicile, le degré de nouveauté de l'AAD, les modalités de décision (notamment conjugales), la qualité de l'accompagnement, le niveau de satisfaction quant à l'AAD et, enfin, le style de vie général du sujet (notamment dans une perspective alternative). Parallèlement, nous avons eu recours à l'Echelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (EMMBEP) de Massé *et al.* (1998). L'EMMBEP permet de mesurer "un ensemble d'évaluations positives que fait l'individu de ses réalisations (estime de soi, engagement social), de son contrôle sur soi et sur les événements, tout en conservant un bon équilibre psychologique et une bonne sociabilité et en rapportant un niveau élevé de bonheur" (Massé *et al.*, 1998, p.356). L'outil comporte 25 items et

investigue six dimensions, cotées sur 20, telles l'estime de soi (4 items), l'équilibre (4 items), l'engagement social (4 items), la sociabilité (4 items), le contrôle de soi et des événements (4 items) et le bonheur (5 items). Les items sont présentés sous la forme d'une échelle de Lickert en 5 points (1 = jamais et 5 = presque toujours). Cet outil permet donc de mesurer le bien-être psychologique des gens. Par son caractère standardisé, il apporte une belle complémentarité à la démarche plus qualitative proposée dans la première étape..

Les données obtenues, tant par les entretiens que par l'EMMBEP, ont été traitées de deux manières. Nous avons effectué, dans un premier temps, une analyse cas par cas du contenu des entretiens sur base des thématiques présentées plus haut afin de tenter de cerner le vécu subjectif de chaque femme interrogée ainsi qu'une analyse de son niveau de bien-être psychologique au travers de la cotation obtenue à l'EMMBEP. Dans un second temps, nous avons réalisé une synthèse transversale de l'ensemble des résultats afin de dégager d'éventuelles tendances communes qui nous permettraient d'aboutir, *a posteriori*, des hypothèses pour de futures recherches.

Déontologie et échantillon sélectionné

Les femmes de notre échantillon avaient toutes comme caractéristique d'avoir un projet volontaire de naissance alternatif à domicile et avaient marqué leur accord pour participer à notre étude. Notre étude étant de type exploratoire, nous avons travaillé avec un échantillon "tout venant" de femmes concernées par nos questions de recherche et contactées de manière informelle dans diverses consultations de gynécologie. Les critères d'inclusion étaient volontairement peu restrictifs puisque, dans ce genre de méthodologie, il est important de pouvoir disposer de cas diversifiés afin d'aboutir à des hypothèses variées qu'il sera intéressant de tester dans des recherches futures. Les femmes ont, au préalable, approuvé et signé un formulaire de consentement éclairé. Elles ont également donné leur accord pour que l'entretien soit enregistré et que toutes les informations pertinentes recueillies soient exploitées, le respect des règles d'éthique et d'anonymat leur ayant été garanti.

Notre échantillon est ainsi composé de femmes ayant un projet de naissance alternatif. Au moment de les rencontrer, elles avaient accouché à domicile ou, enceintes, projetaient de le faire. Le recours à l'AAD devait donc résulter d'un choix personnel et n'être le résultat ni d'une obligation, ni d'un imprévu. L'âge de la (future) mère a été pris en considération : afin d'éviter les risques de complications qui sont généralement plus présents lors de conceptions précoces ou tardives, nous avons sélectionné des femmes âgées de 20 à 40 ans. Onze femmes ont ainsi été retenues pour participer à l'étude. La moyenne d'âge est de 33,9 ans (la plus jeune ayant 26 ans, la doyenne 40). Parmi elles, neuf étaient en couple au moment des rencontres, quatre étaient enceintes, dix étaient déjà multipares (la onzième vivant sa seconde grossesse).

Présentation synthétique des principaux résultats

Le caractère innovant de l'AAD et les facteurs de décision

La majorité des femmes rencontrées (8/11) n'a vécu qu'un seul AAD antérieurement. En effet, dix avaient opté pour un accouchement en structure hospitalière (dont une en maternité physiologique) au terme de leur première grossesse. Seul un sujet a toujours choisi l'AAD. Nous pouvons constater que, pour les femmes de notre échantillon, il s'agit rarement d'un choix de départ (seule une femme a choisi l'AAD dès son premier accouchement). Il survient généralement après la déception d'un premier accouchement en maternité (6/11). Ce choix serait donc souvent consécutif à une prise de conscience et au rejet d'une surmédicalisation des naissances (suivi absolu d'un protocole technico-médical au détriment des rapports humains), et des risques éventuels (l'hôpital restant symboliquement associé à la présence de maladies). Cinq d'entre elles regrettent en outre la manière dont elles ont été prises en charge par les soignants et se montrent critiques à leur égard (accueil, attitudes infantilisantes, manque de soutien empathique, interventionnisme inutile et autorité "savante", déshumanisation). Cinq femmes s'opposent au fait que leur bébé leur soit retiré dès la naissance et autant évoquent le caractère anxiogène de l'environnement hospitalier, inconnu et impersonnel, qui leur serait source de stress. Une majorité des participantes (7/11) expriment clairement leur volonté d'être un sujet acteur de leur accouchement (libre choix des mouvements et positions, respect du rythme de la naissance). Elles revendiquent également une volonté de partage de l'événement avec leur environnement familial (présence du conjoint et des enfants aînés dans un lieu familial et intime). Pour tous les sujets, le choix de l'AAD résulte d'un processus décisionnel impliquant les deux parents; cinq femmes y ayant réfléchi seule dans un premier temps avant de convaincre facilement leur conjoint (parfois initialement réticents). Dans tous les cas, le compagnon est impliqué dans le suivi de la grossesse et de la naissance. Globalement, nous pouvons donc constater que le couple est à l'initiative de la décision d'AAD et que les attentes des parturientes envers leur compagnon sont de l'ordre du soutien psychoaffectif et de la logistique familiale (prise en charge des tâches quotidiennes).

Globalement, les femmes ont peu parlé de leur envie d'AAD dans leur entourage social: ce choix a suscité chez leurs proches de l'inquiétude due à la dangerosité et à l'insécurité supposées de l'AAD (10/11); elles ont le plus souvent subi leur jugement et été considérées comme "inconscientes". Les quelques femmes (4/11) qui ont abordé le sujet avec des professionnels de la santé ont toutes déclaré que leur choix avait été l'objet de commentaires négatifs, voire culpabilisants.

La préparation à la naissance et l'éventuel suivi par des professionnels

Quatre femmes ont préparé leur AAD en participant à différentes activités: haptonomie, yoga prénatal, anti-gymnastique ou travail manuel sur le périnée. Les sept autres ne l'ont pas préparé et fournissent des justifications diverses: certaines considèrent que l'accouchement est un acte naturel et qu'il est inutile de vouloir le préparer ou le contrôler; d'autres avancent un manque de temps, une expérience préalable de l'accouchement, ou une insatisfaction quant à des activités de ce type auxquelles elles ont précédemment participé et qu'elles n'ont pas jugé utiles.

Dix femmes ont sollicité un accompagnement de leur grossesse par une sage-femme (et par une *doula* pour l'une d'elles). La dernière a été suivie par un médecin homéopathe pour ses deux premiers accouchements et a souhaité que son troisième AAD ne soit plus assisté professionnellement. Bien que leur choix soit réfléchi et qu'elles soient déjà engagées dans la démarche, la majorité de ces femmes semblent donc ne pas être totalement rassurées. D'ailleurs, en parallèle, trois parturientes se sont inscrites en maternité pour des raisons de sécurité. Se faire connaître des services hospitaliers semble rester une mesure de précaution en cas de difficulté lors de la naissance. Le procédé apparaît aussi être un moyen pour restreindre reproches ou critiques de l'entourage désapprouvant le choix de l'AAD; dans de telles situations, les femmes tentent dès lors par là de se déculpabiliser.

Elles se montrent majoritairement satisfaites du travail des accompagnants et de la relation qu'elles entretiennent avec eux (professionnalisme, écoute, confiance, respect des volontés exprimées, du bébé et de la femme). Globalement, il nous apparaît donc clairement que ces femmes recherchent essentiellement une "empathie professionnelle non interventionniste", contribuant à l'accroissement de leur bien-être face au choix qu'elles ont posé.

AAD et style de vie alternatif

Parmi les femmes rencontrées, sept revendiquent s'inscrire dans un style de vie alternatif. Celui-ci se traduit par leur alimentation (bio, locale, production personnelle), une consommation énergétique responsable, le respect de l'environnement et le recours aux médecines alternatives. Deux d'entre-elles sont plus "radicales" dans leur engagement anticapitaliste; un des couples se définit d'ailleurs comme étant marginal. Certaines femmes (3/11) refusent de se conformer aveuglément aux normes sociales et privilégient la réflexion et le questionnement personnel avant de prendre des décisions. Pour six femmes, cette philosophie de vie a toujours été la leur; elles y inscrivent leur choix d'AAD. On retrouve ces convictions alternatives dans les pratiques de maternage dont les femmes rencontrées témoignent: co-sleeping, allaitement et sevrage naturel, portage en

écharpe, couches lavables. Bien qu'elles ne s'identifient pas de la sorte, leurs pratiques ou revendications peuvent être approchées des mouvements écologiste ou simplicitaire volontaire. Enfin, toutes les personnes rencontrées déclarent tirer de leurs choix personnels, en ce compris l'AAD, une satisfaction de vie et un certain bien-être personnel.

AAD et recherche de bien-être

Les résultats obtenus à l'Echelle de Mesure des Manifestations du Bien-Etre Psychologique confirment partiellement les propos des femmes.

Parmi les six composantes investiguées, l'estime de soi est celle qui révèle le meilleur score moyen (16.09/20, soit 80.45% de la note maximale) et une variabilité inter-sujets parmi les plus faibles (écart type: 1.56), comme l'illustre la Figure 1. Cette tendance prédomine d'ailleurs chez neuf femmes pour qui cette manifestation du bien-être est classée en première ou deuxième position selon les résultats obtenus (mais jamais en cinquième ou dernière). Majoritairement, ces mères se sentiraient donc confiantes, appréciées, utiles et satisfaites de leurs réalisations, ce qui accroîtrait leur sentiment de bien-être.

Le contrôle de soi et des événements est la composante qui obtient le deuxième meilleur score relatif (moyenne: 15.18, soit 75.91%). La variabilité inter-sujets est toutefois assez importante (2.04) et les résultats apparaissent dispersés: trois femmes voient cette dimension occuper la première ou deuxième place dans le classement individuel les concernant, ce qui indique qu'elles se sentiraient capables d'affronter de façon calme et constructive les difficultés de la vie. Pour quatre autres, cette mesure figure en cinquième rang seulement; elle n'est la moins importante pour aucune femme interrogée.

Le choix de l'AAD par ces femmes, en tant que volonté de contrôler le processus d'enfantement, d'en être les actrices premières, pourrait donc bien s'inscrire, en ce sens, dans une recherche de bien-être, ce que le besoin de réalisation de soi exprimé par la composante précédente laissait déjà apparaître.

L'engagement social présente un score moyen et une variabilité assez similaires à ceux du contrôle (respectivement 15.00, soit 75.00%, et 2.26). Ce facteur apparaît comme étant le plus important pour quatre participantes: elles s'intéresseraient donc à ce qui se passe autour d'elles, auraient des ambitions et le goût d'entreprendre des activités afin d'accroître leur bien-être.

La sociabilité est la dimension qui présente la variabilité la moins large (1.37, pour une moyenne de 14.36, soit 71.82%). Pour deux femmes seulement, elle occupe la deuxième place de leur classement individuel (aucune ne la faisant prédominer sur d'autres): la socialisation avec leur entourage avec humour et joie, l'écoute des autres contribueraient à leur bien-être. Pour quatre femmes, cette composante est la dernière à traduire cette réalité.

En ce qui concerne l'équilibre psychologique qui traduit la part que prend la stabilité émotionnelle, professionnelle ou familiale dans la conception du bien-être, les résultats montrent que peu de femmes font prédominer ce facteur : avec une moyenne et une variabilité un peu plus faibles (respectivement 13.91, soit 69.55%, et 1.83), cette dimension apparaît en bas de classement chez neuf femmes (rang 4 à 6). C'est donc peut-être parce qu'elles n'ont pas spécifiquement besoin de l'approbation familiale dans ce qu'elles entreprennent, ou de se conformer au prescrit social pour se sentir bien, que ces femmes osent faire le choix de l'AAD.

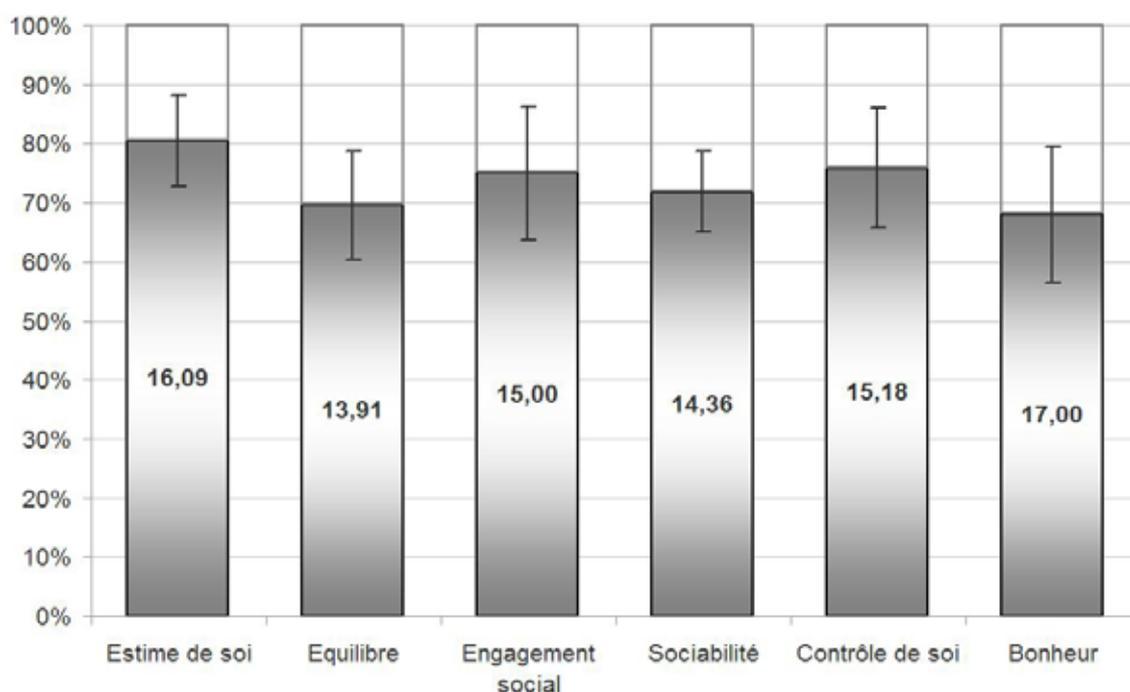


Figure 1: Résultats moyens des six dimensions de l'EMMBEP

Enfin, le bonheur, traduisant le fait de se sentir bien dans sa peau et en forme, de jouir de la vie et d'avoir un bon moral, apparaît (paradoxalement?) comme étant la composante la moins mise en évidence par les femmes rencontrées. Avec les résultats relatifs les plus faibles (moyenne de 17/25, soit 68.00%) et la variabilité la plus importante (écart type de 2.89), le bonheur n'est la dimension la plus représentée chez aucune d'elles (ni au premier ni au deuxième rang; alors qu'il figure au cinquième voire au sixième pour cinq sujets). Il est particulièrement important ici de rappeler que plusieurs femmes étaient enceintes au moment de la passation du questionnaire, ce qui peut, étant donné leur condition physique et leur émotivité, avoir influé sur les résultats obtenus.

Discussion des résultats et conclusions de l'étude

Par cette recherche, nous nous sommes intéressés aux femmes ayant choisi d'accoucher à domicile. De manière générale, nous voulions comprendre qui elles étaient et les raisons de ce choix. Les facteurs motivationnels qui interviennent dans le choix de l'AAD qu'elles ont évoqués sont généralement conformes à ceux énoncés dans la littérature: refus de la surmédicalisation, déception d'un premier accouchement en maternité, désir d'humanisation et de réappropriation de l'événement, volonté d'une naissance physiologique et respectueuse (Boland et al., 2003; Faniel, 2013). Ces raisons traduisent d'ailleurs des besoins liés à la théorie de l'autodétermination: l'autonomie (être active, contrôler et décider), la compétence (l'efficacité, le ressenti, la capacité à réussir seule) et l'affiliation (être entourée de ses proches, établir une relation de confiance avec la sage-femme, tout en préservant une certaine intimité).

L'originalité de notre étude se situe à plusieurs niveaux. Premièrement, les femmes rencontrées ont mis en évidence des éléments moins fréquents dans la littérature: critique du remplacement de l'observation humaine par l'électronique en milieu hospitalier, griefs à l'égard du personnel soignant et de son attitude infantilisante, volonté de vivre l'évènement en famille, de ne pas se séparer des enfants aînés, conceptions écologiques et économiques de l'AAD pour la société. Ensuite, s'il n'est pas rare que les femmes reportent leur choix du lieu de naissance sur l'hôpital pour ne pas contrarier leur entourage ou les professionnels de la santé, nous observons ici que, malgré les désapprobations dont elles font l'objet, les femmes choisissent de mener leur projet à terme. Enfin, notre étude laisse apparaître que la volonté d'une naissance naturelle s'inscrit dans un état d'esprit particulier (philosophie, pensée profonde, réflexion) pour la plupart des sujets. La prédominance de l'estime de soi objectivée par l'EMMBEP et sa mise en relation avec les propos tenus par les mères confirmeraient que l'AAD a accru leur confiance en elles, leur fierté individuelle et, par là, une forme de bien-être auquel elles aspirent. Les manifestations dont elles témoignent sont à rapprocher des dimensions théoriques du bien-être psychologique de Massé et al. (1998), de Diener (1984) et de Ryff (1989 : perceptions et acceptation de soi, relations avec les

autres, bien-être émotionnel, maîtrise environnementale, autonomie...

Ces résultats sont évidemment à considérer avec précaution et dans la mesure des limites inhérentes à la recherche menée: l'échantillon constitué n'appelle pas à la généralisation des résultats, les points de vue énoncés sont propres à chacune des personnes interrogées dont les caractéristiques diverses (parité, vécu antérieur de l'AAD, grossesse en cours...) pourraient avoir orienté les données recueillies. Ensuite, l'importance que nous accordons à la subjectivité impose également une certaine prudence, eu égard à la désirabilité sociale des sujets, dont le biais consécutif pourrait d'ailleurs être amplifié par la volonté potentielle de ces femmes de convaincre du bien fondé de leur projet.

Ceci dit, il nous semble essentiel de retenir que toutes les femmes rencontrées font un bilan globalement positif de l'expérience de l'AAD, la conseilleraient à d'autres et la réitéreraient. De plus, les femmes revendiquant un style de vie alternatif estiment que l'AAD s'inscrit dans la continuité de leur façon d'être et de penser. Elles aspirent à une évolution des mentalités, regrettant que l'hôpital reste systématiquement proposé comme lieu de naissance unique. Pour elles, il serait important de rendre plus accessible aux couples les informations utiles quant à l'existence d'autres conditions d'accouchement envisageables. L'évolution des conceptions de la maternité permet désormais aux futures mères d'exprimer leurs souhaits quant à leur projet de naissance et, grâce à la diversité actuelle des lieux (centre alternatif, plateau technique, maison de naissance, etc.) et des méthodes (variation des positions, accouchement aquatique, etc.), de choisir parmi plusieurs alternatives. Il faut en effet garder à l'esprit que toutes les femmes ne sont pas identiques quant à leur conception de l'accouchement (Weber, 2009). Certaines favoriseront la sécurité médicale, d'autres la sécurité affective, sans que l'une et l'autre ne soient totalement exclusives. L'obstétrique et la maïeutique tentant désormais de s'adapter au mieux aux évolutions de ces conceptions de la maternité, et de concilier les points de vue, l'étude et la prise en considération des désirs et des besoins subjectifs des femmes sont essentielles pour favoriser leur bien-être général. C'est dans cette perspective humaine que, par notre recherche, nous avons souhaité apporter une contribution.

Références

- Boland C, Bruyninckx M & Couvreur N (2003). Accoucher : quand la sécurité médicale ne garantit pas forcément la sécurité affective, *Cahiers de Maternologie*, 20, 50-82.
- Bontron C & Siddahchetty V (2007). Môme sweet home. *L'infirmière Magazine*, 232, 5-9.
- Boudet C (2012). *Accoucher à la maison: quels couples font ce choix et pourquoi?* Mémoire du diplôme d'Etat de sage-femme, Université de Caen, Caen.
- Diener E (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

- Faniel A (2013). La naissance: Une approche plus humaine et un libre choix du lieu d'accouchement. *Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance*, 1, 1-6.
- Hoyez AC (2004). *Le bien-être: mondialisation du concept, transplantation des pratiques*. Centre National de la Recherche Scientifique. En ligne: <http://eso.cnrs.fr/spip.php?article248>.
- Imbert G (2010). L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en Soins Infirmiers*, 3(102), 23-34.
- Labelle R, Bastin É, Dubé M, Alain M, Bouffard L & Lapierre S (2001). Bien-être et détresse psychologique: vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue Québécoise de Psychologie*, 22(1), 71-87.
- Laguardia JG & Ryan RM (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être: théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, 21(2), 281-304.
- Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S & Battaglini A (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: l'EMMBEP. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89(5), 352-357.
- Netz Y, Wu MJ, Becker BJ & Tenenbaum G (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20(2), 272-284.
- Organisation Mondiale de la Santé (2014). *Santé mentale*. En ligne: http://www.who.int/topics/mental_health/fr/.
- Rhys CD (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 1069-1081.
- Savard S (1987). Accoucher à l'hôpital: où en sommes-nous aujourd'hui? In Saillant F & O'Neill M (Eds). *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 309-326). Montréal: Saint-Martin.
- Sen A (2004). *L'économie est une science morale*, Paris: La Découverte (Poche Essais).
- Shankland R & Martin-Krumm C (2012). Evaluer le fonctionnement optimal: échelles de psychologie positive validées en langue française. *Pratiques Psychologiques*, 18(2), 171-187.
- Stiglitz J, Sen A & Fitoussi JP (2009). *Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social*, Paris: Éditions Odile Jacob.
- Szejer M (2006). Pour une médicalisation raisonnée de la maternité. Protéger l'environnement de la naissance, *Informations Sociales*, 4(132), 54-63.
- Thirion S (2008). Définir et mesurer le bien-être et le progrès avec les citoyens. In Conseil de l'Europe, *Le bien-être pour tous: concepts et outils de la cohésion sociale* (pp 35-79). Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe.
- Vadeboncoeur H (2005). L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée? *Le Médecin du Québec*, 40(7), 77-86.
- Weber N (2009). *Médicalisation de la naissance: la parole donnée aux accouchées*. Mémoire du diplôme d'Etat de sage-femme, Université Henri Poincaré, Nancy.

Auteurs

Dimitri Cauchie - Docteur en Sciences psychologiques et de l'éducation – Premier Assistant et chargé de cours suppléant à la Faculté de Psychologie et des sciences de l'éducation – Université de Mons – Belgique

Marielle Bruyninckx – Docteure en sciences psychopédagogiques – Professeure titulaire à la Faculté de Psychologie et des sciences de l'éducation – Université de Mons – Belgique

Laure Teirlynck - Psychologue - Titulaire d'un Master en sciences psychologiques, finalité spécialisée

Université de Mons
 Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
 Service de Développement humain et traitement des données
 Place du Parc 20
 7000 Mons - Belgique