

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	p 3
INTRODUCTION	p 4
PREMIERE PARTIE : L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE EN FRANCE	p 6
1.1 Historique de l'accouchement à domicile en France	p 7
1.2 L'Association Nationale des Sages-femmes libérales et la Charte de l'accouchement à domicile	p 10
1.3 Principes de l'accouchement à domicile	p 11
(a) Le libre choix de la patiente	p 11
(b) La compétence du praticien	p 13
1. Législation de la profession sage-femme française	p 13
2. La convention nationale des sages-femmes	p 15
3. L'assurance maternité	p 16
4. L'assurance en responsabilité civile professionnelle	p 17
(c) La sélection des femmes	p 18
(d) L'accompagnement global	p 20
1. Définition	p 20
2. La relation de confiance	p 22
3. Le consentement éclairé	p 23
1.4 Quand le projet ne peut aboutir	p 24
1.5 L'accouchement à domicile est-il risqué ?	p 25

**DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE L'ETUDE ET DES
RESULTATS** **p 27**

2.1	Présentation de l'étude	p 28
	(a) Méthodologie	p 28
	(b) Choix de l'outil et population cible	p 28
	(c) Lieu de l'étude et Présentation de la demande et de l'offre dans cette région	p 29
2.2	Résultats des questionnaires	p 31
2.3	Synthèse des résultats	p 52

CONCLUSION et PERSPECTIVES **p 53**

BIBLIOGRAPHIE : **p 57**

ABREVIATIONS

AAD = Accouchement à domicile

AG = Accompagnement Global

ANSFL = Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

AUDIPOG = Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en
Pédiatrie Obstétrique et Gynécologie

CIANE = Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

HAS = Haute Autorité de Santé

MdN = Maison de Naissance

INTRODUCTION

Les accouchements à domicile représentent actuellement moins de 1% des naissances sur tout le territoire français, y compris les accouchements à domicile inopinés non programmés.

L'Association Nationale des Sages-femmes Libérales a réalisé un répertoire de ses adhérentes. Environ 50 sages-femmes pratiquant l'accompagnement global avec accouchement à domicile sont dénombrées sur toute la France. Il est difficile de connaître le chiffre exact, certaines sages-femmes ayant cette pratique ne sont pas membres de l'association.

Ces chiffres peuvent paraître infimes. Pourtant, des couples de plus en plus nombreux font la démarche d'accoucher à domicile, et s'interrogent autour de la naissance. Ce sont des parents qui souhaitent reprendre leur place dans l'événement de la naissance. Pour eux, la technologie et la médicalisation des maternités d'aujourd'hui ne leur offrent pas la sécurité. Selon une étude française réalisée en 2000 sur l'opinion des femmes françaises sur l'accouchement à domicile, 52% des femmes considèrent que l'accouchement à domicile devrait être proposé pour donner un choix au lieu d'accouchement¹.

Chaque naissance est unique, la grossesse et l'accouchement sont des processus naturels et personnels. Pour vivre sereinement cette expérience, des couples s'engagent alors dans le choix d'un accouchement domicile, planifié, réfléchi, s'inscrivant dans un cadre de surveillance rigoureuse et vigilante, par un professionnel qualifié (en général une sage-femme).

J'ai connu l'accompagnement global et l'accouchement à domicile au cours d'un stage en France pendant ma 3^{ème} année d'étude. Nous avons l'occasion de réaliser une semaine de stage de consultations prénatales dans le milieu hospitalier

¹ DUPUIS O. et all, 2002, « L'accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000. », Revue Gynécologie-Obstétrique-Fertilité, n°9, 677-683.

ou en libéral. Même si nous parlons du métier de sage-femme libérale dans nos cours théoriques, je ne connaissais avant ce stage, que l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement à l'hôpital. J'étais donc curieuse de découvrir la profession libérale, de découvrir une sage-femme qui avait choisi de pratiquer « entièrement » son métier, ce pour lequel elle est formée et diplômée, c'est-à-dire l'accompagnement global de la maternité. Je souhaitais aussi connaître des consultations prénatales qui ne se résument pas seulement aux gestes techniques et qui durent plus de 10 minutes, des accouchements « naturels », sans perfusion, sans « bip-bip », sans position gynécologique imposée...

J'ai donc été une semaine (trop courte) en stage chez une sage-femme libérale pratiquant l'AG et l'AAD. J'y ai découvert une relation particulière entre la sage-femme et les parents, mêlée de confiance, d'écoute, de compréhension, d'échange et de simplicité. J'ai été étonnée par l'investissement des parents dans la grossesse. Tout cela est totalement différent de ce que j'avais rencontré à l'hôpital.

En parlant de cette expérience à mon entourage, les commentaires étaient nombreux... On s'étonnait que des femmes veuillent encore accoucher à domicile et on se demandait qui étaient ces couples.

Pour répondre à ces questions, pour défendre tout ce que j'avais découvert pendant cette semaine de stage, j'ai décidé de réaliser mon travail de fin d'études sur l'AAD et d'interroger les couples sur leurs motivations, leurs vécus et leurs caractéristiques sociodémographiques.

En première partie, nous verrons quel est l'état des lieux actuel de l'AAD en France. Ensuite, dans une deuxième partie pratique, nous découvrirons par le biais d'analyse de questionnaires, quelles sont les caractéristiques de la population accouchant à domicile et comment justifient-ils leur choix.

En passant par un historique de l'AAD, en s'appuyant sur la charte de l'AAD créée par l'association nationale des sages-femmes libérales, en parcourant les principes de l'AAD, les situations de transferts et les études réalisées sur l'AAD, nous allons découvrir le cadre qui entoure l'AAD.

PREMIERE PARTIE

L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE **EN FRANCE**



1.1 Historique de l'accouchement à domicile

Depuis toujours l'accouchement est une affaire de femmes. On a toujours retrouvé la trace d'une présence féminine aux côtés des accouchées. Quand une femme était sur le point d'accoucher, on appelait la voisine, une parente ou une femme d'expérience ayant déjà enfanté pour la soutenir et l'aider. L'endroit le plus sûr pour accoucher était la maison. L'accoucheuse du village connaissait toutes les femmes qu'elle accouchait et restait spectatrice du travail de la nature. Son savoir était fondé sur l'observation, la mise en confiance des femmes mais également sur des pratiques entourées de mystère et de magie.

Au Moyen-âge, l'Eglise supportait mal d'être exclue des pratiques des sages-femmes. Elle voyait d'un mauvais œil leur emprise sur la reproduction humaine et décida de réglementer, d'encadrer la pratique des sages-femmes. Ainsi, elle désigna dans chaque village une matrone. La matrone n'avait reçu aucune formation obstétricale, elle devait être mariée, mère et représenter la sagesse. Elle était investie du pouvoir religieux et pouvait donner le sacrement du baptême.

A cette époque, les femmes qui accouchaient à l'hôpital étaient de grandes victimes sociales. La fièvre puerpérale était une véritable épidémie, emportant de nombreuses parturientes. L'accouchement hospitalier était considéré comme « un acte mortel avant de devenir salvateur ». La mortalité à l'hôpital était 3 à 10 fois supérieure à celle à domicile.

En ville, au cours du 17^{ème} siècle, des sages-femmes furent formées par des chirurgiens accoucheurs à l'Hôtel Dieu à Paris. Elles étaient jeunes, n'avaient pas d'enfants et étaient non plus spectatrices du travail mais dispensatrices de soins. Les sages-femmes formées étaient peu nombreuses et exerçaient en ville. En campagne, la matrone tenait toujours sa place près des accouchées.

Petit à petit, plusieurs événements ont détourné les femmes de l'accouchement à domicile.

L'évolution de la médecine, avec la découverte de Semmelweis sur la nécessité du lavage des mains pour éviter toute contagion, les recherches de Pasteur contre les maladies infectieuses, le développement de l'asepsie et des mesures antiseptiques, ont diminué la morbidité périnatale et fait progresser le nombre de naissances à l'hôpital. Les pratiques obstétricales se sont transformées grâce à l'apparition des antibiotiques, des anesthésies, etc. Les femmes ont refusé la fatalité de la mortalité en couche et ont voulu bénéficier de ces progrès.

En 1945, la mise en place de la sécurité sociale en France va bouleverser la pratique des sages-femmes. Elle stipule que si l'accouchement se déroule dans un établissement hospitalier public, la femme a accès aux soins sans verser aucune somme à l'hôpital, la caisse d'assurance rémunérant directement l'hôpital. Les femmes qui souhaitaient encore accoucher à leur domicile devaient donc avancer les honoraires à la sage-femme ou au médecin qui les assistait, payer le matériel nécessaire et n'étaient remboursées intégralement que plus tard. De plus, la déclaration de grossesse nécessaire pour bénéficier des allocations familiales ne pouvait être faite que par un médecin. Ces mesures ont donc favorisé l'entrée dans les mœurs de l'accouchement hospitalier et du suivi de grossesse par les médecins. A Paris, après la 2^{ème} guerre mondiale, la moitié des accouchements se faisaient à l'hôpital.

Les sages-femmes, faute de travail en libéral, ont donc suivi le mouvement vers une pratique en maternité. De plus en plus, l'accouchement hospitalier s'est médicalisé, les « petites maternités » ont fermé leurs portes pour répondre aux normes législatives, de nombreuses techniques sont apparues, si bien que la grossesse et l'accouchement ont vite été considérés comme des maladies.

Aujourd'hui, une minorité des naissances ont lieu à domicile, y compris les naissances accidentelles ou non surveillées à domicile.

Cependant, on assiste à des mouvements de praticiens (sage-femme, médecin) pour le retour à un « accouchement naturel ». Frédéric Leboyer, gynécologue obstétricien est le précurseur de la « naissance douce ». Pour lui, la naissance représente un traumatisme pour l'enfant qu'il faut essayer de diminuer. C'est ainsi que le Dr Leboyer aborde l'importance de l'ambiance de la salle d'accouchement (lumière tamisée, peu de bruits, musique douce, contact peau à peau entre l'enfant et la mère à la naissance, etc.). Ces principes seront repris dans plusieurs maternités. De son côté, dans les années 1970, Michel Odent, chef de service de chirurgie de Pithiviers défend une « maternité différente », prône un accouchement « comme à la maison », où la femme est libre de ses mouvements, où la salle de naissance est dite « sauvage » (meublé familial, pénombre, etc.).

De plus en plus de parents luttent également et réclament le respect de la physiologie de la naissance, ainsi que le libre choix du lieu d'accouchement. La demande pour vivre l'évènement de la naissance de façon plus humaine et plus intime est en constante croissance.

1.2 L'Association Nationale des Sages-femmes Libérales Françaises, La Charte de l'AAD

L'ANSFL a été créée en 1984 dans le but de défendre et de revaloriser la profession de sage-femme libérale en France. L'association fixe plusieurs objectifs dont :

- Mettre en commun et analyser la pratique professionnelle des sages-femmes libérales de France,
- Favoriser la prise de conscience individuelle et collective des femmes et des hommes face à la naissance, à la santé, à la prévention...

Afin d'aider et d'entourer les sages-femmes libérales dans leur pratique d'AAD, l'ANSFL a créé la charte de l'accouchement à domicile² en 2001. A travers neuf items, cet écrit donne des règles de bonne pratique, et de prudence nécessaires avant une naissance à domicile.

Dans cette charte, les sages-femmes sont invitées à remplir des dossiers AUDIPOG³, qui reprend des critères sur les consultations prénatales, la surveillance de travail (avec partogramme), l'accouchement, le post-partum immédiat et la surveillance post-natale de la mère et de l'enfant. Ces dossiers sont analysés depuis 1997 et permettent de remettre en question la pratique des sages-femmes.

L'ANSFL souhaite organiser des rencontres entre les sages-femmes libérales pratiquant l'AAD. L'objectif est de leur permettre de se connaître, de lutter contre l'isolement, d'échanger les expériences, les pratiques et les positions sur certaines situations, etc. La Charte de l'AAD reprend les grands principes liés à cette pratique, développés ci-dessous.

² Annexe n°1

³ Annexe n°2

1.3 Principes de l'accouchement à domicile

(a) Le libre choix de la patiente

Selon l'article 1 de la Charte de l'accouchement à domicile : « *La démarche initiale provient du désir du couple.* ». Chaque parent choisit sa naissance en fonction de son histoire, de son ressenti, de sa définition du sentiment de sécurité. La notion de sécurité est subjective. Certains couples trouveront une sérénité à l'hôpital, rassurés par les examens médicaux et la présence de technologie. D'autres trouveront le bien-être dans le confort de leur foyer.

Les accouchements à domicile sont des accouchements motivés. Ce choix s'inscrit dans une grande démarche de réflexion du couple. Parmi les motivations exprimées par les couples, de nombreux thèmes reviennent fréquemment :

- Un accompagnement médical personnalisé, discret,
- La continuité des soins,
- Le respect de l'intimité, de la famille et des accompagnants,
- Le refus de l'hyper médicalisation non justifiée de la grossesse et de l'accouchement,
- L'autonomie, la liberté des mouvements, des positions et des actes pendant le travail et l'accouchement, etc.

Ces motivations exprimées par les couples seront reprises et détaillées dans le cadre de la partie pratique de ce travail de fin d'étude.

Cette démarche nécessite également une grande maturité du couple. En effet les parents doivent prendre conscience de leur responsabilité et doivent être

capables de défendre ce choix devant leur entourage. Parfois, les réactions venant des proches face à l'annonce d'un accouchement à domicile peuvent être négatives, se partager entre incompréhension et peur. Le corps médical désapprouve souvent cette décision. Des textes défendent alors le droit des parents au libre choix du lieu de naissance :

- Le guide pratique des soins liés à un accouchement normal de l'OMS⁴ :

« *Respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance.* »

- Le respect du choix de la patiente est un devoir inscrit dans l'article R4127-306 du code de déontologie de la sage-femme :

« *La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit...* »

Enfin, de nombreux parents s'investissent dans des associations pour défendre l'accouchement respecté et les dimensions sociales et humaines de la naissance. Le CIANE est le collectif de référence en France, il représente diverses associations nationales et européennes. Ce sont des associations de parents, de citoyens, des associations familiales qui ont décidé de s'organiser afin d'améliorer les conditions de naissance et le lien mère-enfant. Le CIANE défend un suivi personnalisé, la responsabilisation et la participation active des parents, les lieux de naissance respectueux des parents, de l'enfant (accouchement à domicile, maisons de naissance). Il est l'interlocuteur privilégié entre les parents et les sages-femmes.

⁴ Annexe n°3 : Classification des pratiques utilisées pendant un accouchement normal.

(b) La compétence du praticien

L'accouchement à domicile est pratiqué par des professionnels entraînés et compétents. Plusieurs textes existent pour définir le rôle et limiter la pratique de la sage-femme. Celle-ci doit s'y soumettre et appliquer ces textes.

Tout d'abord, l'OMS propose une définition internationale de la sage-femme :
« Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure d'assurer la supervision et de donner les soins et les conseils nécessaires, à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'un accouchement sous sa propre responsabilité et prodiguer les soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. La sage-femme joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les femmes, mais aussi pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent, et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »

Cette définition éclaire les compétences de la sage-femme mais n'aborde pas les limites imposées à la profession. La pratique de la sage-femme est régie par les textes de déontologie, la convention nationale des sages-femmes, l'assurance maternité et l'assurance en responsabilité civile.

1. Législation de la profession sage-femme française

Pour encadrer et définir leur pratique, les sages-femmes doivent se référer aux textes législatifs.

Tout d'abord, les actes pour lesquels la sage-femme est compétente sont repris dans l'article L4151-1 du code de la santé publique d'Août 2004 :

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant, (...) L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique (...) »

Ensuite, les limites de la profession de sage-femme sont exposées par l'article L4151-3 du code de santé publique d'Août 2004 :

« En cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin (...) »

Enfin, la sage-femme doit respecter son propre code de déontologie. Les articles citent les actes pour lesquels elle est compétente, les modalités des moyens techniques, du matériel, et du lieu d'exercice de la profession. Des arrêtés ministériels complètent le code de santé publique et le code de déontologie en ce qui concerne les droits de prescription (pour les médicaments : arrêté du 12 Octobre 2005, pour les examens radiologiques et de laboratoire : arrêté du 10 Octobre 1989), les listes de matériel, les listes d'examens à prescrire.

D'après ces textes, la pratique de la sage-femme se limite donc à l'eutocie. En cas de pathologie, elle doit travailler en réseau avec le gynécologue-obstétricien ou le médecin traitant et référer la patiente à un médecin dès qu'elle l'estime nécessaire. Si le médecin estime que la situation reste physiologique, et en accord avec la patiente, la sage-femme peut poursuivre le suivi médical de façon autonome, sous sa propre responsabilité (article R 4127-362 du code de déontologie de la sage-femme). Elle peut collaborer avec d'autres acteurs (assistante sociale, psychologue, diététicienne...). Elle est qualifiée pour réaliser le diagnostic d'une grossesse, les consultations prénatales, les échographies obstétricales, prescrire les examens, les traitements, les arrêts de travail si nécessaire (limité à 15 jours), réaliser les séances de préparations à la naissance, accompagner la période de travail, pratiquer les accouchements ne présentant pas de difficultés. Elle peut également suivre la période

de post-partum, conseiller en matière d'alimentation du nouveau-né, de la rééducation périnéale et de la contraception.

2. La convention nationale des sages-femmes

La convention nationale des sages-femmes règle les rapports entre les sages femmes libérales et les caisses d'assurance maladie. Elle fixe les dispositions quant aux modalités d'exercice ainsi que les tarifs d'honoraires, qui sont actuellement les suivants :

Consultations	15,30 €
Séance de préparation à la naissance	1 ^{ère} séance individuelle 38,25 € Séances suivantes (nombre de 7) 30,60 €
Accouchement	312,70 €
Surveillance de travail quand l'accouchement est réalisé par une autre personne	106 €
Majoration de nuit 20h-00h et 6h-8h 0h-6h	35 € 40 €
Majoration week-end (samedi après-midi + dimanche) et jours fériés	21 €
Indemnités kilométriques	Forfait de 3,81 € Remboursement 0,38 €/Km
Séance de rééducation périnéale	18,55 €

Une revalorisation des tarifs, réclamée depuis longtemps par les sages-femmes libérales, est prévue par la Convention Nationale des Sages-femmes en 2008 mais n'est pas encore appliquée à cette date. En effet, la rentabilité de cette pratique est faible alors qu'elle implique un investissement considérable en temps et en énergie. Cela explique que les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global et l'accouchement à domicile ne peuvent pas toujours vivre de leur pratique et peuvent demander des dépassements d'honoraires.

3. L'assurance maternité

A compter du quatrième mois précédant la date de l'accouchement et jusqu'au douzième mois qui le suit, la femme enceinte est prise en charge par le système de l'assurance-maternité. L'assurance maternité rend obligatoires 7 consultations prénatales et une consultation post-natale. La consultation dans les 14 premières semaines d'aménorrhée permet d'établir la déclaration de naissance nécessaire pour que la femme bénéficie de l'assurance maladie. Cette déclaration peut être faite par la sage-femme.

L'assurance maternité offre plusieurs avantages :

- Remboursement à 100 % des frais médicaux relatifs à la grossesse à partir du 6ème mois de grossesse,
- Droit à 8 séances de préparation à l'accouchement,
- Prise en charge à 100% des frais d'accouchement et dans les 12 jours qui suivent la naissance,
- Droit à une séance en post-natal 6 à 8 semaines après l'accouchement,
- Droit à 10 séances de rééducation périnéale,
- Remboursement à 100 % des soins dispensés au nouveau-né pendant les 30 jours suivant la naissance,
- Congé maternité variable selon la parité.

Dans l'ancienne convention nationale, l'accouchement était remboursé sur base d'un forfait, comprenant l'accouchement et une semaine de soins en post-natal. Aujourd'hui, l'accouchement à domicile est pris en charge à 100%, de même que le suivi post-natal après la sortie précoce de la maternité. Cependant, la sécurité sociale rembourse les frais kilométriques des visites post-natales à la maison uniquement sur la base de la distance entre le domicile et le cabinet de la sage-femme la plus proche. Les parents doivent prouver qu'ils ont fait appel à la sage-femme réalisant les accouchements à domicile la plus proche de chez eux. Dans leur démarche, les parents doivent donc se renseigner auprès de leur caisse d'assurance pour connaître leurs modalités de remboursement.

Le matériel pour un accouchement à la maison est à la charge des parents. Il s'agit essentiellement de protections pour la literie et le sol (draps anciens, plastiques, alèses à usage unique, etc.). La maison doit représenter une source de confort, la pièce où l'accouchement se déroulera devra être à une température suffisante. Les lieux doivent être propres et la sage-femme doit avoir de quoi se laver les mains. Bien sûr, les parents doivent prévoir l'indispensable pour bébé (langes, vêtements, serviettes éponges, matériel pour nettoyer le cordon ombilical, etc.) et pour la maman (protections hygiéniques, slips à usage unique, nécessaire à l'allaitement).

4. L'assurance en responsabilité civile professionnelle

Chacun doit être responsable des conséquences de ses actes. Cependant, depuis quelques années, les plaintes de patients dans le domaine de la santé ne cessent d'augmenter. Depuis Mars 2002, l'article L.1142-2 du code de la santé publique, oblige les professionnels de santé exerçant à titre libéral à souscrire l'assurance en responsabilité civile. Cet article a pour objectif de protéger et d'indemniser les victimes des accidents médicaux.

« Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, (...) exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins (...) sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité. »

Les sages-femmes pratiquant l'AG et l'AAD doivent donc souscrire une assurance responsabilité civile. Toutefois, peu d'assureurs acceptent de couvrir cette pratique. La majorité des contrats excluent l'AAD ou proposent une prise en charge à des tarifs démesurés. Ainsi, théoriquement, la législation impose aux sages-femmes libérales pratiquant l'AAD de souscrire une assurance mais peu d'entre elles peuvent en bénéficier.

L'ANSFL lutte pour trouver une solution acceptable pour toutes les sages-femmes et mettre en place un contrat d'assurance qui prenne en considération toutes les activités des sages-femmes.

Dès le début du suivi de la grossesse, la sage-femme informe les parents de l'absence d'assurance. Les parents doivent être conscients qu'en cas de problème, le

seul recours possible envers la sage-femme sera limité à ses biens personnels. Le risque est connu et partagé, les parents et la sage-femme sont seuls à décider s'ils acceptent de prendre ce risque.

(c) La sélection des femmes pour l'accouchement à domicile

Les couples désireux d'un accouchement à domicile sont sélectionnés de façon rigoureuse. Aucun texte législatif ne présente une liste de contre-indications à l'accouchement à domicile. Cet acte est donc laissé à la bonne pratique de la sage-femme. Il est indispensable que la grossesse soit physiologique, la période de travail et l'accouchement eutociques. La sage-femme doit donc veiller au bon déroulement de la grossesse, de la naissance, et respecter les limites de ses compétences. Elle doit établir une surveillance continue et irréprochable. Lorsque la sage-femme l'estime nécessaire, la patiente doit être référée à un médecin pendant la grossesse ou transférée dans un établissement de soins au cours du travail.

Plusieurs textes peuvent cependant accompagner et guider les sages-femmes dans leur pratique.

D'une part, l'OMS propose une définition d'une naissance normale dans le guide pratique des soins liés à un accouchement normal :

« Nous définissons une grossesse normale comme une grossesse dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37e et 42e semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien. »

D'autre part, une liste d'indications obstétricales pour dépister les pathologies existe : la liste de Klosterman (Verloskundige Indicatie List⁵), proposée par les Pays Bas. Le principe est le suivant : référer la femme à un niveau de soin particulier selon son risque obstétrical. On distingue trois échelons de soin de santé aux Pays Bas :

1^{er} échelon : sage-femme libérale ou un médecin généraliste.

⁵ Annexe n°4

2^{ème} échelon : gynécologue ou pédiatre.

3^{ème} échelon : centres hospitaliers universitaires.

La liste fourni plusieurs pathologies pouvant mener à des complications. Pour chaque pathologie, correspond une conduite à tenir pour les praticiens :

A : soin de 1^{er} échelon, prise en charge par une sage-femme ou un médecin généraliste, à domicile, en maison de naissance ou à l'hôpital.

B : situation nécessitant une concertation avec le 2^{ème} échelon.

C : soin de 2^{ème} échelon, prise en charge à l'hôpital obligatoire.

La Haute Autorité de Santé propose des recommandations dans son document « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction de situations à risques identifiées »⁶. Pour chaque situation à risque dépistée (avant, au début ou en cours de grossesse), l'HAS précise le type de suivi approprié : par quel professionnel de la santé et dans quel établissement. L'HAS décrit aussi les modalités de suivi des femmes enceintes ne présentant pas de complications. Le principe est identique à celui de la liste créée aux Pays-Bas.

Enfin, Isabelle Brabant dans son livre « Vivre sa grossesse et son accouchement » expose une liste non exhaustive de conditions pathologiques qui excluent l'accouchement à domicile⁷. La problématique d'un accouchement par voie basse à domicile après une césarienne trouve des réponses partagées et la décision d'accompagner la femme pour l'accouchement à domicile est laissée au jugement de la sage-femme.

⁶ Annexe n°6

⁷ Annexe n°5

(d) L'accompagnement global

L'accouchement à domicile ne peut être envisagé sans la notion d'accompagnement global. Il est indispensable que la sage-femme suive toute la grossesse avant de pratiquer l'accouchement à domicile. Cela permet d'une part d'établir une relation de confiance entre le couple et la sage-femme, et d'autre part de veiller à l'évolution de la grossesse et à l'absence de pathologie.

1. Définition de l'accompagnement global

Au cours d'un suivi de grossesse classique à l'hôpital, le couple est amené à rencontrer de multiples intervenants. L'OMS a fait le constat suivant dans son guide pratique pour des soins liés à un accouchement normal :

« Une femme ayant un accouchement à faible risque et donnant naissance à son premier enfant dans un hôpital universitaire pouvait être entourée d'un nombre de personnes allant jusqu'à 16 pendant 6 heures de travail, mais néanmoins être laissée seule la plupart du temps (Hodnett et Osborn 1989b). Les gestes de routine, bien que non familiers, la présence de personnes inconnues et le fait d'être laissée seule pendant le travail et/ou l'accouchement ont été cause de stress et le stress peut entraver le cours de l'accouchement en le prolongeant et en déclenchant ce qui a été décrit comme une "cascade d'interventions. »

L'accompagnement global propose un accompagnement médical et physiologique de la grossesse par une seule et même personne, en général une sage-femme.

Selon l'ancienne présidente de l'association nationale des sages-femmes libérales (A.N.S.F.L), Mme Jacqueline Lavillonnière en 2002, la définition est la suivante :

« Un seul praticien pour assurer la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, la préparation à la naissance, la surveillance et la responsabilité de l'accouchement, les soins postnatals de la mère et de l'enfant. ».

Le but de l'AG tend vers l'autonomie de la femme enceinte, en rendant le futur couple parental acteur et responsable de la naissance de leur propre enfant.

La première définition du verbe « accompagner » selon le petit Larousse illustré de 2002 est la suivante : « aller quelque part avec quelqu'un, conduire, escorter. ». La sage-femme ne montre pas l'unique chemin à suivre, mais elle lui propose plusieurs voies, elle l'accompagne vers la naissance, l'accueil de l'enfant et la parentalité. Elle lui donne tous les éléments nécessaires pour mener à bien sa grossesse. La femme est alors actrice de sa propre grossesse, elle est responsable et prend ses décisions en connaissance de cause. La sage-femme a pour rôle d'éclairer, d'expliquer, de donner des conseils techniques et pratiques, d'accompagner et de soutenir la femme dans ses choix.

Le terme « global » signifie « qui est considéré dans sa totalité, dans son ensemble. ». Cela implique un accompagnement individuel de l'être sur plusieurs niveaux : médical, psychologique, émotionnel, affectif, social, économique, juridique, etc. Mais aussi une prise en compte du couple, de la sphère familiale. Au cours de cet accompagnement, la sage-femme doit prendre en compte tous ces aspects. Elle apprend à connaître le couple, il naît alors une relation de confiance, de respect basée sur le contact humain.

L'OMS et l'HAS préconisent le suivi des grossesses normales, par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par une même personne. L'OMS soutient également la nécessité d'un accompagnement personnalisé, où la femme se trouve au cœur du système de soins lors de la Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement à Fortaleza Brésil, 22-26 Avril 1985⁸ :
« Toute femme a le droit fondamental de bénéficier des soins prénatals adéquats. La femme a un rôle essentiel à jouer dans tout ce qui concerne ses soins, en participant notamment à leur planification, leur prestation et leur évaluation. Il faut absolument tenir compte des facteurs sociaux, affectifs et psychologiques si l'on veut concevoir et dispenser des soins prénatals appropriés. »

⁸ Annexe n°7

Enfin, l'accompagnement global sous-entend une continuité chronologique. Le suivi continu de la grossesse par la sage-femme peut débuter dès la déclaration de la grossesse, se poursuivre par le suivi prénatal, la surveillance du travail, de l'accouchement, le suivi post-natal et les séances de rééducation périnéales. Cet accompagnement se fait en collaboration avec d'autres interlocuteurs (médecin généraliste, gynécologue-obstétricien, pédiatre, structure hospitalière, ostéopathe, laborantin...). La continuité des soins permet d'apporter un seul et même discours au couple parental, et d'éviter les contradictions que l'on peut rencontrer en structure hospitalière.

D'après l'ANSFL, l'AG c'est : une seule et même personne est présente pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche.

« *Un seul praticien :*

- *Suit médicalement la grossesse,*
- *Assure les consultations prénatales (examens et prescriptions),*
- *Détecte les risques et oriente si besoin le couple vers les médecins spécialistes,*
- *Propose une préparation à la naissance,*
- *Accompagne et est responsable de l'accouchement et de la naissance,*
- *Assure les soins postnatals à la mère et à l'enfant pendant la durée nécessaire. »*

En connaissant l'univers du couple, l'AG apparaît comme un véritable moyen de prévention pour la femme, comme pour l'enfant. Il permet de vérifier l'adaptation de la femme aux modifications qui s'imposent à elle, de l'aider à préserver un état de santé optimal, et d'accompagner la mère pour assurer le bien-être de son enfant (allaitement, vaccinations, hygiène de vie...).

2. Une relation de confiance

L'établissement d'une relation de confiance entre le couple et la sage-femme est un des piliers de l'accompagnement global. Elle permet à la sage-femme de mieux connaître le couple, et de leur apporter une surveillance personnalisée et consciencieuse. Il paraît essentiel qu'une entente se crée entre les différents acteurs de ce projet.

L'OMS défend l'importance de cette relation⁹ :

« Quel que soit l'endroit où se déroule l'accouchement, l'établissement d'un rapport satisfaisant entre la femme et le dispensateur de soins est essentiel. »

L'honnêteté, la sincérité, le respect sont autant de sentiments qui se développent tout au long de la grossesse et qui participent à la création de ce lien de confiance. Grâce à cette relation, la femme n'a pas peur de partager les questions qu'elle se pose, elle est plus à l'écoute des changements qui s'opèrent en elles, de son ressenti.

3. Le consentement éclairé

Comme nous avons vu précédemment, un des buts de l'accompagnement global est de rendre le couple acteur de son projet, de leur donner une autonomie. Pour parvenir à cette autonomie, la sage-femme a le devoir de donner tous les éléments, toutes les informations nécessaires pour que les futurs parents prennent eux-mêmes les décisions concernant la naissance.

Avant d'obtenir le consentement des parents, nécessaire pour chaque acte posé, la sage-femme doit en expliquer les buts, les conséquences possibles et les raisons pour lesquelles elle le réalise.

La Charte des droits de la parturiente¹⁰, proposée par le Parlement Européen, mais non ratifiée par la France stipule également qu'une information complète et appropriée doit être fournie à la femme afin de lui permettre de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée. Ainsi, le couple parental peut décider de son propre gré de pratiquer un examen ou non.

Cependant, des examens ou prescriptions sont rendus obligatoires par des textes de loi et les parents doivent s'y soumettre, comme les contrôles sanguins mensuels par exemple. La sage-femme doit alors expliquer l'importance de ces examens et s'assurer de l'exécution de ceux-ci pour pouvoir poursuivre le suivi, selon l'article R4127-334 du code de santé publique :

« La sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Elle doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage. Elle doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement. »

⁹ Guide pratique des soins liés à un accouchement normal

¹⁰ Annexe n°8

1.4 Quand le projet ne peut aboutir

Au cours de la grossesse ou du travail, la sage-femme peut se trouver face à des situations où elle estime nécessaire, soit de référer la patiente à un spécialiste, soit de transférer la femme dans une unité de soins. Cette possibilité et ce risque doivent être discutés et connus dès les premières rencontres entre le couple et la sage-femme.

La Charte de l'accouchement à domicile propose un « contrat » signé par les futurs parents, sur les conditions de pratique de l'accouchement à domicile :

« A chaque couple qui en fait la demande, la sage-femme doit donner une information impartiale et claire sur leur choix. Elle définit son champ de compétence et indique les limites de son exercice.

Ces éléments sont précisés sur un document écrit signé par les parents. (Ce document peut être la Charte ANSFL enrichie des éléments spécifiques à chaque sage-femme). »

Le projet d'un accompagnement global et d'un accouchement à domicile par une sage-femme ne peut s'inscrire dans un refus total de la médicalisation et de l'hospitalisation. Le couple doit prendre conscience des limites de la sage-femme et la possibilité d'un transfert au cours du travail doit toujours être envisagée. Celui-ci doit toujours être préparé afin d'être réalisé dans des conditions optimales, avec le respect du confort de la femme et de la sage-femme. C'est pourquoi même le moyen de transport doit être prévu : véhicule personnel, pompier, SAMU, etc. En parallèle au suivi prénatal par la sage-femme, le couple doit choisir une maternité, y ouvrir un dossier et informer l'équipe de leur projet d'accouchement à domicile.

1.5 L'accouchement à domicile est-il risqué ?

Selon l'OMS, en 2001 la France était classée au 12^{ème} rang européen pour le taux mortalité périnatale et au 15^{ème} rang pour le taux de mortalité maternelle malgré la surmédicalisation de l'accouchement.

Henci Goer dans « Obstetrical myths versus research realities – A guide to the medical litterature » résume ses recherches :

“ Aucune étude n'a jamais démontré que l'accouchement à domicile planifié, avec une personne qualifiée pour accompagner, prenant toutes les précautions d'usage, augmentait l'incidence de mauvais résultats pour les accouchements à faible risque, comparativement aux accouchements à faible risque en centre hospitalier.”¹¹

L'AAD ne semble donc pas augmenter les risques périnataux si les critères de sélection des patientes sont appliqués. Un accouchement à la maison est sécuritaire pour des femmes à bas risque lorsqu'il est réfléchi avec un suivi régulier. Ce suivi est assuré par un professionnel qui connaît bien le couple, est attentif et sait comment réagir face à d'éventuelles urgences. Pour cela, les professionnels possèdent l'équipement nécessaire (oxygène, matériel pour mettre en perfusion, matériel de réanimation...).

Dans son mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme « L'accouchement à domicile : risque ou modèle ? » Cathy-Anne Pireyn-Piette a étudié l'importance des risques des pratiques de l'accouchement à l'hôpital et à domicile. Elle relève une diminution significative des lésions périnéales, et un taux d'épisiotomie 2 à 3 fois moins important en cas d'AAD. Sa conclusion dévoile qu'aucune donnée scientifique ne favorise un type de prise en charge obstétricale pour une population de femmes à bas risque.

¹¹ Traduction de Home Birth, Obstetrical myths versus research realities – A guide to the medical litterature, GOER H., 1995, Bergin et Garvey, p 331-347.

Enfin, selon l'OMS, un AAD pour une femme primipare avec un risque obstétrical faible est aussi sûr qu'un accouchement hospitalier et plus sûr avec de meilleurs résultats pour une multipare avec de faibles risques obstétricaux.¹²

¹² Guide pratique des soins liés à un accouchement normal.

DEUXIEME PARTIE

PRESENTATION DE L'ETUDE ET DES RESULTATS



« Pour moi, accoucher à la maison, c'est se faire le cadeau d'abord, d'une belle rencontre entre personnes, entre femmes avec la sage-femme, mais surtout le cadeau de vivre la chose la plus exceptionnelle qui soit (donner la vie) de la manière la plus normale possible. »

Mère dont le premier enfant est né à domicile.

2.1 Présentation de l'étude

(a) Méthodologie

Les objectifs de cette enquête sont de découvrir qui sont les couples en demande d'accompagnement global et d'accouchement à domicile.

Ma question de recherche est la suivante :

« Les couples accouchant à domicile ont-ils un profil type ? »

J'entends par profil : les caractères sociodémographiques, la démarche, les motivations et le vécu des couples.

Je limite cette étude sur plusieurs niveaux. Tout d'abord, je m'intéresse aux accouchements à domicile préparés, avec un accompagnement global de la grossesse par une seule et même sage-femme et je ne tiens pas compte des accouchements à domicile accidentels et involontaires. Puis j'impose une délimitation géographique : l'étude se déroule dans le cabinet d'une sage-femme libérale pratiquant les accouchements à domicile à Chateaubourg. Les résultats ne seront donc pas généralisables à l'ensemble du territoire français.

(b) Choix de l'outil et population cible

Pour répondre à ma question de recherche, j'adresse un questionnaire aux couples faisant la démarche d'un accompagnement global et d'un accouchement à domicile. Afin d'avoir un nombre conséquent de réponses pour la pertinence de l'enquête, j'ai élargi l'échantillon de la population dans le temps et je m'intéresse aux couples à partir de l'année 2006.

(c) Lieu de l'étude

Le questionnaire a été distribué aux couples suivis par Isabelle Bar, sage-femme pratiquant l'accompagnement global et l'accouchement à domicile.

Mme Bar est sage-femme diplômée en France depuis 1983. Elle a travaillé quelques années dans des petites maternités. Quand les protocoles et les gestes techniques sont devenus systématiques, la façon de travailler ne lui convenant plus, elle a repris la clientèle d'une sage-femme ayant une pratique d'accouchements à domicile en 1991. Pour vivre de cette nouvelle activité, elle a eu pendant longtemps, en parallèle aux accouchements à domicile, une activité de préparation à la naissance, de rééducation périnéale et de surveillance de grossesses pathologiques répondant à une demande locale. Elle s'est installée à Châteaubourg en 2002. Depuis, la demande d'accouchements à domicile augmentant, elle ne pratique plus que ça : cela représente de 3 à 5 accouchements par mois ; avec le suivi prénatal, la surveillance de travail et les accouchements à domicile, le suivi et les visites à domicile post-natales et la rééducation périnéale.

Châteaubourg est une ville de presque 6000 habitants située en Bretagne en France. Mme Bar se rend jusqu'à une heure de route autour de son cabinet pour pratiquer les accouchements.



Aucune étude n'a été réalisée pour connaître la quantité d'accouchements à domicile pratiqués dans la région. Pour avoir une idée de la demande réelle, Mme Bar a compté le nombre d'appels et de souhaits d'accouchements à domicile qu'elle a reçu, du mois de Septembre 2007 à Mars 2008. Sur ces six mois, elle a recueilli 70 demandes, pour lesquelles elle a pu donner seulement 18 réponses positives. Les causes des refus sont des distances supérieures à une heure, des termes prévus pour des mois déjà remplis ou en période de congés de la sage-femme.

(d) Présentation du questionnaire

10 questionnaires ont été présentés afin de vérifier l'efficacité de l'outil et sa compréhension. Suite aux réponses, j'ai proposé un item « autre » et une ouverture à la question concernant les motivations pour un AAD.

Le questionnaire définitif comprend des questions à choix multiples concernant des renseignements socioprofessionnels des parents ainsi que des questions fermées et ouvertes sur leurs motivations et leurs vécus de ce projet¹³.

100 questionnaires ont été donnés avec une lettre explicative, par mail, par courrier (avec une enveloppe timbrée pour le retour) ou en main propre au cabinet libéral. La liste de contact a été établie avec Mme Bar pour cibler les couples ayant déjà accouchés ou non, à domicile ou à l'hôpital suite à une pathologie, dans les années 2006, 2007 et jusqu'au 22 Mars 2008.

Le taux de réponse a été de : 83%. Sur les 83 réponses retournées, on comptabilise 71 femmes ayant déjà accouché et 12 femmes suivies dans le cadre d'un accouchement à domicile mais qui n'ont pas encore accouché.

¹³ Annexe n°9

2.2 Résultats des questionnaires

(a) Renseignements socioprofessionnels concernant le couple parental

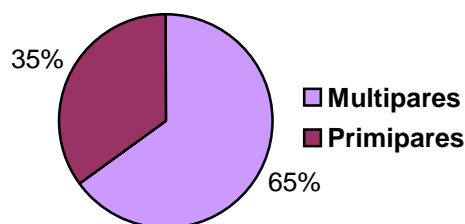
La situation familiale

Sur les 83 couples interrogés, 41 des femmes vivent avec le père de l'enfant et 40 sont mariés. Deux femmes sont célibataires, pour l'une le père était totalement absent pendant la grossesse et l'accouchement, pour l'autre le père est présent mais le couple s'est séparé.

La parité

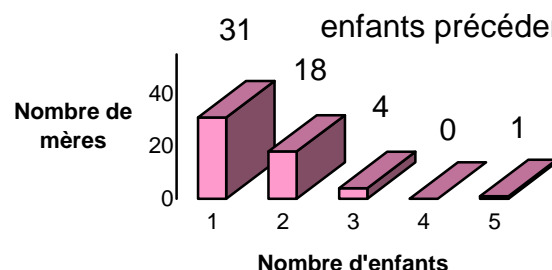
On dénombre 54 femmes ayant déjà un ou plusieurs enfants et 29 femmes primipares. La majorité des femmes accouchant à domicile sont donc des multipares (65%).

Pourcentage de primipares et de multipares



Environ 47% des multipares ont déjà un enfant, 27% ont deux enfants. Les familles nombreuses (3, 4 et 5 enfants) sont plus rares.

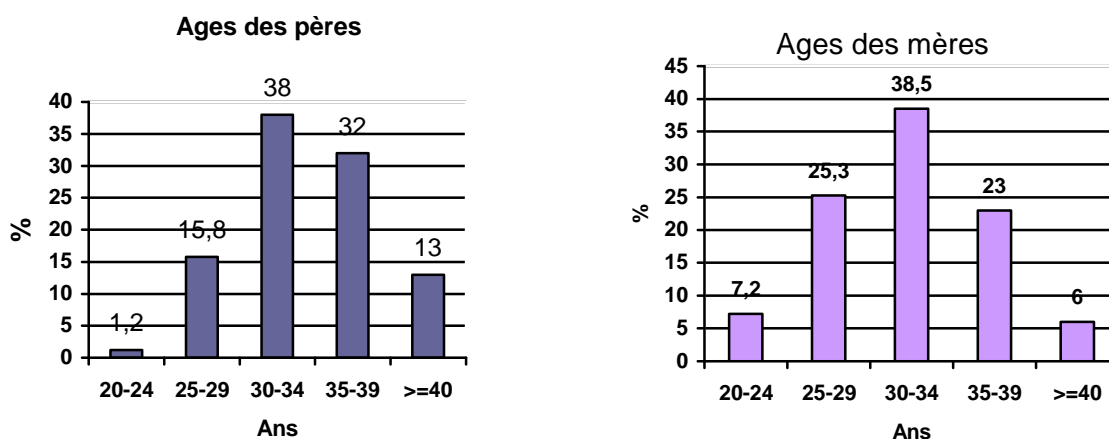
Parmi les femmes multipares, approximativement **Parité** 35% d'entre elles avaient accouché à domicile pour leurs



La question du nombre de grossesse n'a pas été analysée après réflexion et discussion avec ma promotrice. Elle avait été demandée dans le but de comptabiliser les mères ayant eu des fausses-couches ou des interruptions volontaires de grossesse et qui par leurs vécus auraient pu avoir une vision ou un ressenti plus médicalisé de la grossesse. Avec le recul et l'analyse des 83 questionnaires, nous avons estimé que cette question portait peu d'intérêt pour ce sujet.

L'âge des parents :

Le nombre total des pères est de 82, la population totale des mères est de 83.



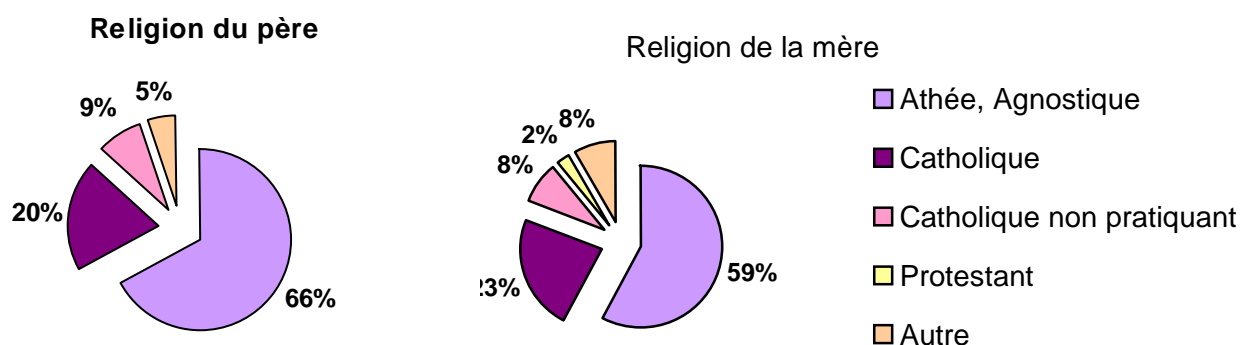
Les couples sont en majorité âgés entre 30 et 34 ans. On remarque tout de même que 7,2% des mamans ont entre 20 et 24 ans, ce qui suppose une grande maturité et une grande réflexion de ces mères sur la naissance.

Pour une analyse plus aisée de cette question, il aurait été plus judicieux que je propose la question de façon fermée avec des classes d'âges. Cela n'est pas un biais mais a représenté une difficulté supplémentaire pour l'analyse de tous les questionnaires.

La nationalité des parents

La plupart des couples sont de nationalité française (95% des pères et 90% des mères). Parmi les nationalités étrangères, on découvre des origines belge, péruvienne ou anglaise pour l'homme. Des nationalités néerlandaise, belge, allemande, canadienne, écossaise et enfin anglaise chez les femmes.

La religion des parents



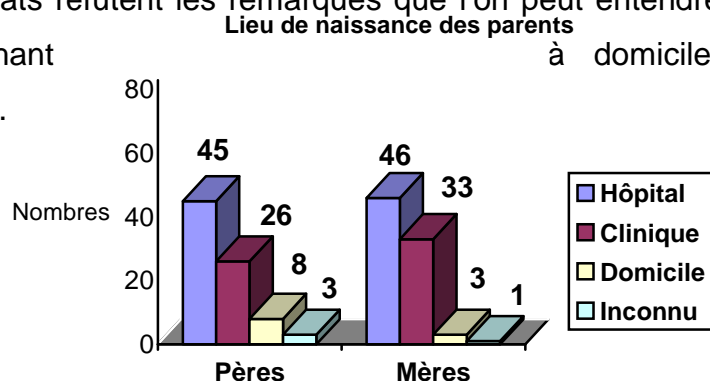
67% des pères et 58% des mères sont athées ou agnostiques. L'athéisme nie l'existence de Dieu. L'agnosticisme est une attitude philosophique qui déclare que l'absolu, ce qui dépasse les apparences sensibles est inaccessible pour l'esprit humain.

28% des hommes et 31% des femmes sont de religion catholique, pratiquants ou non. La catégorie « autre » concerne 5% des pères, 8,5% des mères. Elle comprend : la philosophie bouddhiste, la culture celte.

Le lieu de naissance des parents

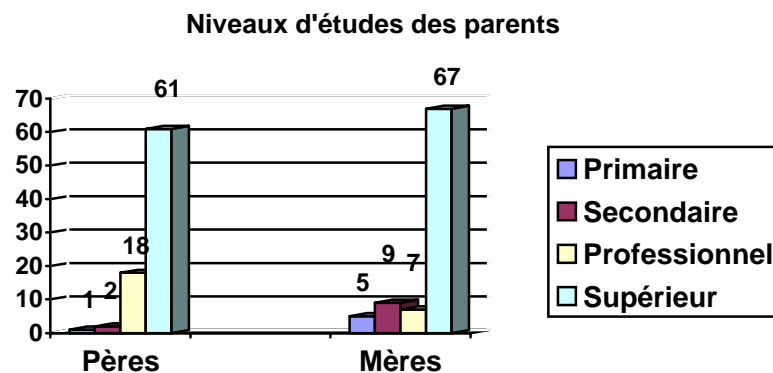
La plus grande partie des parents sont nés en structure hospitalière ou en clinique. Le choix d'accoucher en clinique peut révéler un besoin de médicalisation, de sécurité matérielle. Cependant, cela peut aussi démontrer la volonté d'un suivi par une même personne, qui sera présente au moment de l'accouchement (le gynécologue). Seulement quelques parents sont nés à domicile (8 pères et 3 mères).

Ces résultats réfutent les remarques que l'on peut entendre, comme quoi les couples accouchant à domicile perpétuent une tradition familiale.



Le niveau d'étude des parents

On remarque que les couples en démarche d'un accouchement à domicile ont pour beaucoup un niveau d'étude supérieur. Le choix d'un accouchement à domicile se note dans une grande réflexion concernant la naissance de leur enfant. Les parents se renseignent beaucoup sur la grossesse, l'accompagnement classique en maternité, le déroulement d'un accouchement à l'hôpital, l'accueil du nouveau-né, etc. La plupart ne se retrouvent pas dans cet accompagnement. Ils souhaitent alors vivre une autre expérience, offrir une autre naissance à cet enfant.

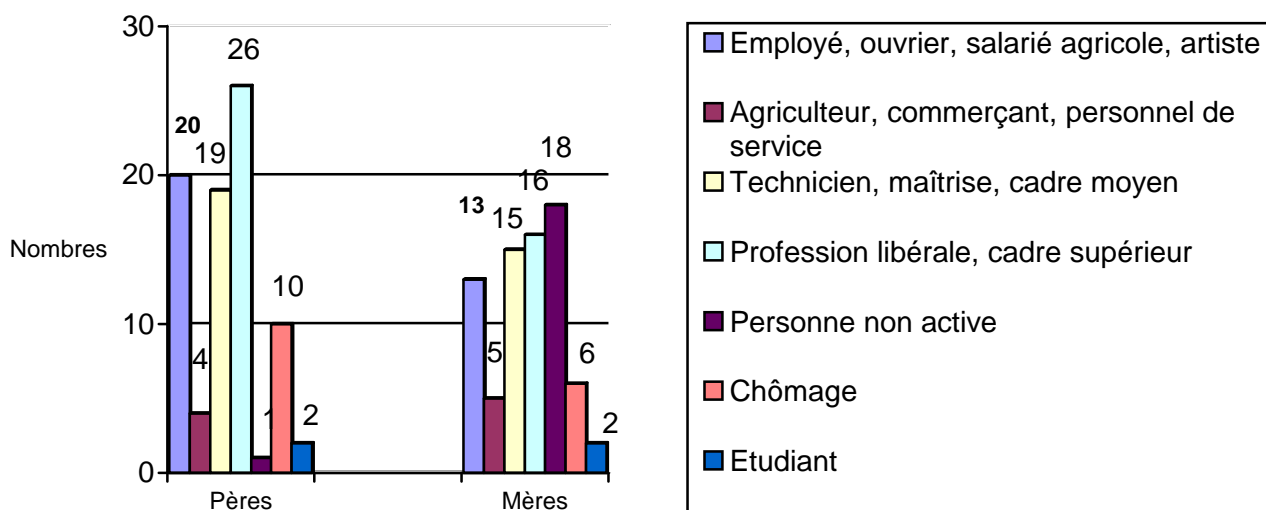


La profession des parents

La principale catégorie est celle des professions libérales et cadres supérieurs. Au cours de mon stage de travail de fin d'étude, j'ai pu observer que plusieurs domaines professionnels ressortaient : la santé (sages-femmes, doulas, infirmières, psychologues, ostéopathes, kinésithérapeutes), l'enseignement, le domaine artistique (intermittent du spectacle, acrobate, etc.), l'agriculture et le commerce équitable. La plupart des femmes non actives sont en congé parental. 8 femmes ont interrompu leur travail pendant la grossesse pour divers motifs : fatigue, travail lourd,

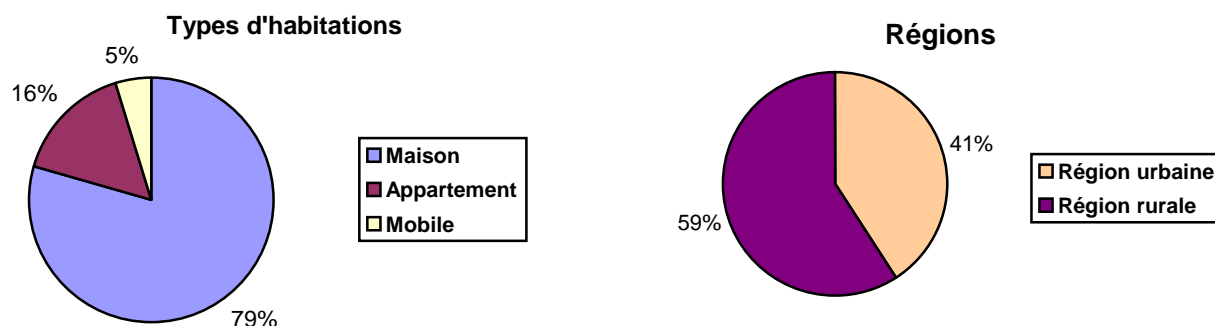
incompatible avec la grossesse, nécessitant beaucoup de déplacements... La catégorie « étudiant » n'était pas présente dans le questionnaire, mais on remarque que 2 couples sont étudiants.

Professions des parents



Le lieu de vie des parents

La majorité des couples vivent dans une maison (environ 80%) et en région rurale (60%). Quatre couples ont des habitats mobiles et vivent en roulotte ou en bus, mode d'habitation auquel je n'avais pas pensé pour le questionnaire.

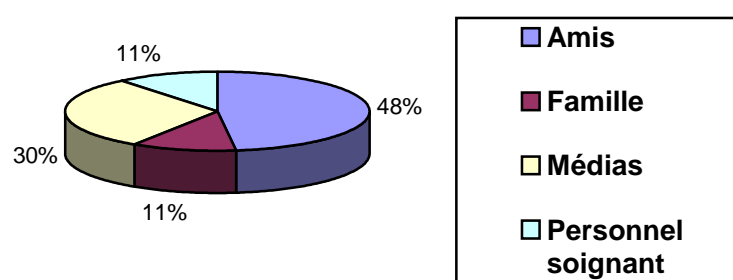


(b) Renseignements concernant le projet de naissance

Manière dont les couples ont connu l'accouchement à domicile

48% des couples ont connu l'accouchement à domicile par des amis. Depuis que la sage-femme ayant cette pratique s'est installée dans la région, les couples partagent leurs expériences, leurs vécus circulent. Les rencontres se font fréquemment dans les associations entourant la naissance, sur l'allaitement maternel, les couches lavables, l'alimentation de l'enfant... Les couples découvrent qu'ils ont la possibilité d'accoucher à domicile, ainsi la demande augmente, essentiellement par le bouche à oreille.

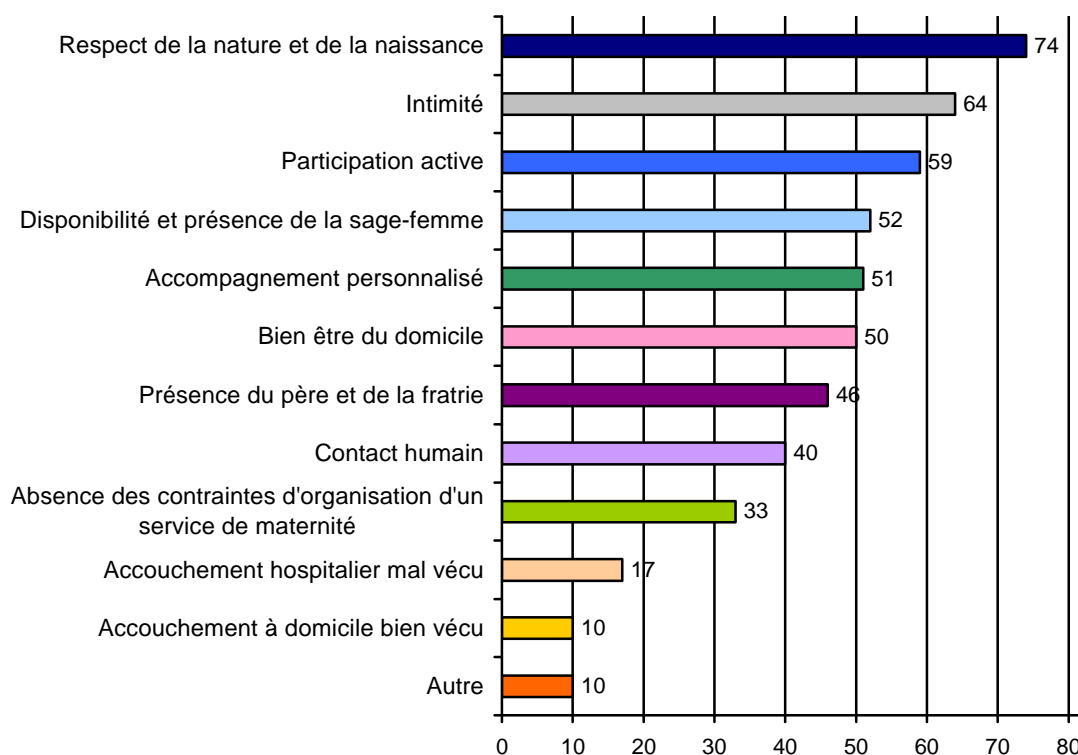
La deuxième façon de découvrir l'accouchement à domicile est grâce aux médias. Les parents obtiennent beaucoup de renseignements, de témoignages sur internet, essentiellement sur les forums de discussions où les vécus et opinions sont échangés.



Enfin, quelques couples (9) ont eu connaissance de l'accouchement à domicile par des membres du personnel soignant. Huit couples ont été informés par une sage-femme hospitalière ou libérale, un couple par un médecin traitant. Ce faible pourcentage (11%) montre que peu de membres du personnel soignant informe des

différentes possibilités pour accoucher, par opposition ou méconnaissance de cette pratique.

Motivations



Le respect de la nature et de la naissance :

La principale raison motivant les couples à accoucher à domicile est le respect de la nature et de la naissance. Les couples souhaitent replacer la grossesse et l'accouchement dans la vie quotidienne. Pour eux, l'accouchement est un évènement inhabituel mais normal. Aujourd'hui, quelque soit le risque obstétrical, la grossesse est considérée comme une maladie et l'accouchement en maternité est souvent médicalisé. Les parents ne se placent pas dans le refus de la médicalisation, ils ont conscience que les techniques ont su faire reculer la mortalité. Simplement, ils

contestent la médicalisation non justifiée, les gestes systématiques quand la grossesse et l'accouchement se déroulent de façon physiologique. Ils veulent que l'on prenne en considération le rythme de la mère, de l'enfant. Ils désirent offrir une naissance douce, respectueuse pour leur enfant, dans le calme et la sérénité, préserver la création du lien mère-enfant. Une mère explique dans le questionnaire : « *J'avais peur d'être confrontée à une équipe médicale qui agirait plus selon ses habitudes que selon ce que je voulais moi...* ». Certaines femmes qui n'ont jamais été confrontées à l'hôpital refusent de vivre leur première expérience hospitalière pour un accouchement.

Le besoin d'intimité :

La deuxième motivation invoquée est le besoin d'intimité. L'intimité est un des piliers des besoins affectifs avec le confort, la confiance, l'atmosphère calme et douce. Cela permet aux hormones de jouer leurs rôles, à la femme d'être détendue, et de lâcher prise. Le suivi de la grossesse, l'accompagnement du travail et de l'accouchement par une même personne permet de préserver cette intimité. La femme connaît les personnes présentes à l'accouchement, elle ne subit pas le morcellement entre les différents praticiens (plusieurs sages-femmes, étudiantes, gynécologue...), les va-et-vient, les impressions de regards impudiques.

La participation active :

Le choix d'un accouchement à domicile se justifie également par la volonté d'autonomie, de participation active venant de la mère. Les parents ayant vécu un accouchement en structure hospitalière ont exprimé le sentiment d'être infantilisés. Les mères se sont senties dépossédées de leur accouchement, « prises en charge » comme disent les praticiens. Les réponses à leurs angoisses, à leurs peurs ne les satisfaisaient pas. Elles ne souhaitent pas entendre « ne vous inquiétez pas nous sommes là ». Pour se réapproprier la naissance, pour que ce moment appartienne aux familles, les couples font la démarche d'un accompagnement global et d'un accouchement à domicile. La participation active se fait à deux niveaux. D'abord, avec la collaboration en prénatal, où la sage-femme vise la responsabilisation,

l'autonomie des parents. Elle partage avec eux ses connaissances sur la grossesse, explique clairement son déroulement, l'origine des « maux de la grossesse », etc. Elle démystifie la grossesse et l'accouchement. Elle expose les raisons des examens proposés et pour les tests non obligatoires elle propose leur réalisation mais ne décide pas pour les parents. La participation active prend aussi tout son sens au moment du travail et de l'accouchement. La femme est libre de déambuler, libre de ses actes, de choisir la position dans la quelle elle va accoucher, etc.

La disponibilité et la présence de la sage-femme, et l'accompagnement personnalisé :

Ces motivations sont mentionnées par environ 62% des couples. Ces chiffres montrent l'importance de l'accompagnement global et de la relation de confiance entre la sage-femme et le couple. Pendant environ une heure et demie de consultation, la sage-femme prend le temps d'écouter les parents, elle se consacre entièrement à leur ressenti, à leur vécu. Les parents perçoivent cette ouverture et sont rassurés par cette disponibilité. L'environnement et le cadre du cabinet libéral mettent également les couples à l'aise. Les consultations se font autour des attentes et des questions des parents. Elles deviennent souvent le moment de confidences, sur l'organisation de la vie familiale autour de cette grossesse, sur des peurs concernant l'avenir, le fait de devenir parents, de bouleverser la place que chacun a déjà au sein de la famille, sur des réflexions quand à l'éducation souhaitée pour l'enfant, sur le vécu de sa propre enfance, etc.



Confort, intimité en consultation

Pour les parents, il est essentiel que la personne responsable du suivi de la grossesse soit présente au moment de l'accouchement. A partir du 9^{ème} mois de grossesse, les parents ont les coordonnées permettant de joindre la sage-femme à tout moment, pour prévenir d'une éventuelle mise en route du travail.

Le bien être du domicile :

Ce critère arrive en sixième position des motivations. Pour de nombreuses femmes, l'environnement d'une salle d'accouchement n'est pas sécurisant (les murs blancs, impersonnels, les machines, les bruits, etc.). Elles trouvent la sérénité, le confort dans leur foyer. Pendant un accouchement à domicile, la sage-femme est l'invitée, elle pénètre dans l'univers familial, dans le nid que les parents ont créé pour accueillir bébé. Ce n'est pas au couple à s'adapter à un milieu inconnu. Le bien être de la maison se retrouve dans son atmosphère chaleureuse, la présence rassurante des objets, les odeurs et les sons familiers, la possibilité de changer de pièces quand on le veut, de se rendre dans le jardin, de rester près du feu de cheminée, de prendre plusieurs bains, etc.

La présence du père et de la fratrie :

C'est également un élément motivant un accouchement à domicile. L'accouchement à la maison s'inscrit dans le rythme de la vie de famille, conserve les repères familiaux, pour les parents et les aînés. Plusieurs pères ont été déçus de ne pas trouver leur place à l'hôpital, où l'équipe prenait tout en charge. A la maison, le futur père a un rôle actif, il s'implique comme il le souhaite dans la naissance de son enfant. Il gère l'organisation de la vie quotidienne (nourriture, rangement, aînés). Il n'est pas spectateur de l'accouchement, il représente un grand soutien pendant le travail, aide sa partenaire à gérer les contractions, etc. Il aide l'enfant à naître. Le fait pour le père de trouver sa place à la naissance, l'aide aussi à trouver sa place dans les premiers jours de vie de l'enfant. Rester à la maison préserve le couple, empêche une coupure entre les nouveaux parents, évite les nombreux trajets à la maternité.



Accompagnement du père

D'autre part, la mère n'est pas séparée de ses autres enfants. L'accueil du petit frère ou de la petite sœur se fait plus simplement. Soit l'accouchement a lieu la nuit, et à son réveil l'enfant découvre le nouveau membre de la famille. Dans la journée, l'ainé peut être à l'école, ou une tierce personne s'occupe de lui, il fait partie des premières personnes à voir le bébé.



Accueil de la petite sœur

Le contact humain :

Presque 50% des couples expriment l'importance du contact humain. Que ce soit pendant la grossesse, où une relation particulière, mêlée de plusieurs sentiments se crée avec la sage-femme, ou pendant le travail. Les parents refusent que la présence humaine, la vigilance discrète de la sage-femme soit remplacée par la surveillance des machines.

L'absence des contraintes d'organisation d'un service de maternité :

Cela enthousiasme 33 couples. En effet, la période de suite de couche à domicile se fait au rythme des parents. Pas de réveil matinal pour refaire la literie, pas d'horaires de repas imposés, etc. Les nouveaux parents conservent leurs habitudes de vie, leur alimentation. Parfois ils demandent l'aide d'une tierce personne (famille, ami) pour gérer les courses, la cuisine, le ménage, s'occuper des aînés, etc.

Un accouchement hospitalier mal vécu :

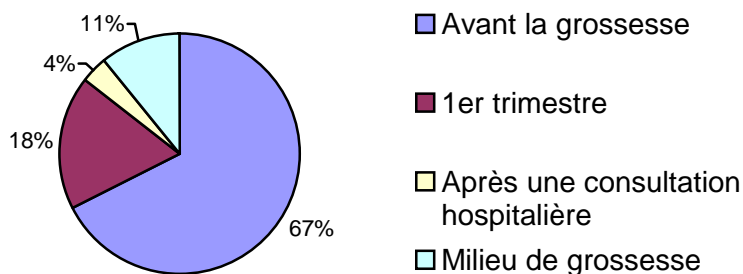
Un ressenti difficile d'un accouchement à l'hôpital a motivé 17 couples. Ces couples évoquent l'ensemble des gestes techniques pratiqués sans explication, sans consentement, de façon systématique. Mais aussi un manque de respect du corps (nombreux touchers vaginaux, nombreux examinateurs, épisiotomie rapide, etc.), un manque de soutien (réponse à la douleur par la péridurale), un manque d'écoute, de respect des volontés des parents, un manque de liberté. Si certaines mères souhaitent oublier cet « échec », cette motivation reste minoritaire (20%), les parents ne rejettent pas la médicalisation lorsqu'elle est indiquée, tous doivent ouvrir un dossier et programmer une consultation prénatale en milieu hospitalier pour préparer un éventuel transfert.

La réponse « Autre » :

Cet item a apporté de nouvelles justifications. Beaucoup ont résumé cette démarche avec les mots « simplicité » et « évidence ». Les réponses données complètent les motivations citées précédemment : la continuité des soins a souvent été exprimée, le fait de pouvoir rester chez soi après l'accouchement, l'absence de coupure dans la famille, etc. Le manque de confiance en l'hôpital pour respecter les souhaits des parents a été quelques fois mentionné

Moment où le couple a pris la décision d'un accouchement à domicile

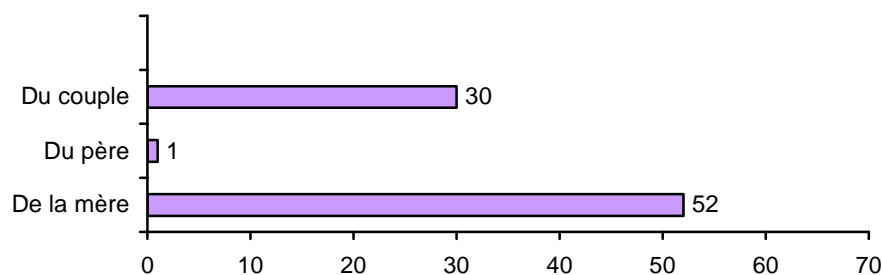
Pour la majorité des couples (67%), le choix d'accoucher à domicile leur est paru évident bien avant la grossesse. Cette décision marque un désir profond, un choix mûrement réfléchi sur les conditions de naissance.



D'autres couples ont choisit cette démarche au cours du 1^{er} trimestre voire en milieu de grossesse. En général la sage-femme préfère rencontrer les couples en début de grossesse, pas seulement pour l'aspect médical mais afin d'établir une relation satisfaisante et apprendre à se connaître. Seulement 4% des couples ont fait leurs choix après une consultation à l'hôpital.

Ces résultats prouvent que l'envie d'accoucher à domicile s'inscrit dans un véritable projet, s'inspire d'une grande réflexion, d'une recherche autour de la naissance, d'une remise en question des conditions de naissance actuelles. Ces statistiques sont aussi influencées par le fait que certains couples savent que le planning de la sage-femme se remplit très vite et ils la contactent donc le plus tôt possible.

De qui venait le choix d'un accouchement à domicile



L'accouchement à domicile est avant tout le choix de la future mère, mais pour 30% de la population cible, il s'agit d'une décision venant des deux partenaires. Les futurs pères ne sont pas toujours rassurés quand la mère exprime sa volonté d'accoucher à domicile en début de grossesse. La mère a confiance en elle, en ses capacités à donner la vie, mais le partenaire ressent plus difficilement ces émotions. La femme à l'écoute d'elle-même est capable de repérer, d'identifier ce qui n'est pas normal. La grossesse est un univers souvent inconnu pour le père. Il a parfois besoin de preuves objectives, de chiffres pour être apaisé. Ainsi un univers médicalisé peut être pour lui plus rassurant. Les pères arrivent souvent avec de nombreuses questions à la première consultation avec la sage-femme, ils peuvent exprimer beaucoup de craintes. Cependant ils sortent en général confiants, convaincus et heureux du rôle qu'ils vont jouer dans cette aventure.

Souhaits si l'accouchement à domicile n'avait pas été possible

L'accouchement en structure hospitalière :

En France, la question « où pourrai-je accoucher » trouve peu de réponses. Outre l'hôpital et le domicile, il n'existe pas d'autres options aujourd'hui. Ainsi, la majorité des couples (64 sur 83) ont répondu à cette question par l'accouchement en structure hospitalière, mais avec plusieurs conditions. Ils favoriseraient le choix d'une maternité qui respecte leurs souhaits. Les revendications sont similaires aux motivations exprimées pour un accouchement à domicile. La plus importante est le respect de la physiologie et de la nature. Les couples réclament un accouchement le plus naturel possible, une médicalisation non systématique (pas de monitoring continu, pas de perfusion, pas de travail dirigé, de péridurale ou d'épisiotomie), une liberté des actes et des postures, une ambiance calme (peu de lumière, de bruit, de la tranquillité et la discrétion des intervenants), un accueil du nouveau-né respectueux (peau à peau, pas de soins immédiats). Les couples désireraient aussi que le suivi de grossesse soit réalisé par le même praticien, connaître la sage-femme présente à l'accouchement, que la présence du père et de la fratrie soit

acceptée, qu'ils soient intégrés. 21% d'entre eux signeraient une décharge pour obtenir une sortie précoce, les autres voudraient que l'enfant soit présent dans la chambre 24h sur 24, sans séparation de la mère.

Témoignages de mères :

« Etre écoutée en tant que femme, être humain, me respecter et respecter la venue au monde de mon bébé. Respecter la durée de l'accouchement, limiter au maximum les actes médicaux pour tous les deux. Avoir pour mon bébé les premiers regards et les premières paroles. Pas d'intrusion indiscrete mais de la bienveillance. »

« Pouvoir accoucher sans contraintes, être guidée sans être forcée. Que le personnel soit à l'écoute de mon ressenti. Etre accompagnée dans la simplicité, sans stress ni tension. Que l'on me rappelle qu'il n'y a rien de plus naturel pour une femme que de mettre un enfant au monde. Que l'on me laisse mon bébé, sans soins inutiles et systématiques. Que notre cocon d'Amour soit protégé et respecté. »

Plusieurs parents (environ 12%) exprimeraient ces conditions en créant un projet de naissance. Ce principe est encore peu répandu en France. Le projet de naissance est un support pour le dialogue entre les professionnels de la santé et les parents. Les parents y expriment leurs réflexions sur la naissance et les pratiques médicales, leurs envies et leurs droits. Ce projet est annexé au dossier médical de la femme.

17% des couples auraient souhaité accoucher dans une maternité de la ville de Rennes qui propose une chambre de naissance. Plus humaine, plus agréable, moins médicalisée, la chambre de naissance est totalement différente des salles d'accouchements classiques. Les murs ne sont pas blancs, pas de table d'accouchement mais un lit deux places pour le père et la mère, une baignoire est présente. Le monitoring est réalisé par intermittence, la liberté posturale est respectée, l'analgésie péridurale n'y est pas possible.

L'accouchement en plateau technique :

Quatre couples auraient cherché une sage-femme libérale pratiquant l'accompagnement global et l'accouchement en plateau technique. L'accès au plateau technique est permis aux sages-femmes depuis 1991. Cela permet à la sage-femme de suivre la grossesse et de bénéficier d'une salle pour suivre ces patientes au moment de l'accouchement. Si l'accès aux plateaux techniques est autorisé par la loi, peu de services s'ouvrent à cette pratique. Les sages-femmes proposant l'accompagnement global et l'accouchement en plateau technique restent rares en France.

L'accouchement à domicile non assisté :

Trois des couples interrogés ont affirmés qu'ils auraient pratiqué l'accouchement à domicile non assisté (ANA). Devant le manque de sage-femme libérale pratiquant l'AAD, quelques couples se tournent vers l'AAD sans sage-femme. Dans cette démarche, le suivi de grossesse est fait en structure hospitalière ou en libéral, par une sage-femme ou un médecin qui ne pratique pas l'AAD. En général, ces couples ont créé un dossier dans une institution mais savent qu'ils ne s'y rendront pas au moment de l'accouchement. Cette pratique inconsciente ne doit pas être encouragée, ni motivée. Isabelle Bar s'exprime sur l'ANA : « Un développement des accouchements à domicile non assistés ne peut qu'être dangereux et péjoratif pour l'image de l'accouchement à domicile en général et les sages-femmes qui les accompagnent. Notre rôle de sage-femme est bien de dire aux femmes que les accouchements sont généralement physiologiques et qu'elles savent accoucher, mais pas de les amener à croire qu'elles peuvent accoucher seules. Il faut plutôt les encourager à réclamer des conditions autres de la naissance et à être réellement accompagnées à ce moment là. »¹⁴

Les maisons de naissance :

Enfin, 14,5% des parents ont évoqué les maisons de naissance. La définition d'une Maison de Naissance (MdN) est la suivante :

¹⁴ BAR I., 2005, « Les accouchements non médicalisés », site de l'ANSFL..

« La Maison de Naissance est un lieu d'accueil, de suivi et d'accouchement constituant la pièce maîtresse d'une filière spécifique de suivi de grossesses et destinée aux femmes enceintes et à leur famille, dès lors que la grossesse, l'accouchement et post-partum restent dans le cadre de la physiologie. Elle fait partie intégrante du réseau périnatal. Son fonctionnement repose sur une relation de partenariat avec les différents acteurs de ce réseau et plus particulièrement avec une maternité partenaire. Elle est caractérisée par trois éléments:

- Les sages-femmes comme professionnelles autonomes en assurent le fonctionnement et l'entière responsabilité médicale, conformément aux compétences reconnues légalement.
- L'accompagnement est global, c'est-à-dire qu'il associe une femme (un couple) et une sage-femme (parfois deux) du début de la grossesse à la fin du post-partum.
- La structure « Maison de Naissance » est physiquement, juridiquement et administrativement différenciée de sa maternité partenaire. Elle peut se situer en son sein ou à proximité, dès lors que le transfert des femmes peut se faire dans des délais compatibles avec l'urgence. »¹⁵

Depuis 10 ans maintenant, de nombreuses sages-femmes, soutenues par des parents discutent avec les différents gouvernements pour l'ouverture de maisons de naissance. Au mois de Mars 2008, le gouvernement français actuel a présenté un cahier des charges pour l'expérimentation de maison de naissance en France aux différents interlocuteurs (le CIANE, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes, les pédiatres, les sages-femmes hospitalières et libérales, les groupes de projet de MdN). Plusieurs projets de MdN se construisent en France (Rennes, Paris, Bordeaux, Nantes, Lyon, etc.). Cependant, actuellement la maison de naissance n'a aucun état juridique et il n'en existe pas en France.

7% des couples n'ont pas répondu à cette question en expliquant qu'ils n'avaient aucune autre envie, en demandant si des lieux respectant la naissance et les souhaits des parents existent vraiment.

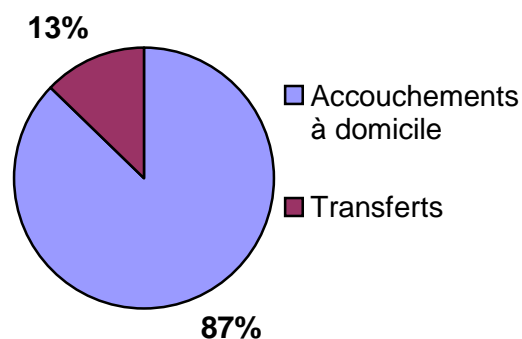
¹⁵ Site Internet : <http://maisounaiton.over-blog.com>

Mode d'alimentation choisi pour l'enfant

Sur les 83 femmes interrogées, une mère a choisit de ne pas allaiter son enfant. L'allaitement maternel s'inscrit dans la démarche naturelle et la continuité de l'AG et l'AAD.

(c) Renseignements concernant l'accouchement

Sur les 71 femmes ayant accouché au moment où le questionnaire a été rempli, 62 ont pu accoucher à domicile et 9 femmes ont du être transférées pour diverses raisons, soit un taux de transfert en structure hospitalière de 13%.



Ressenti du travail et de l'accouchement à domicile

« Grand moment de bonheur, intensité, souvenir extraordinaire, magnifique, fabuleux, merveilleux, magique, beaucoup de respect, de calme... » sont autant de mots utilisés par les mères pour témoigner de leur accouchement à domicile. Toutes les mères ont été satisfaites de cette expérience. Elles ont vécu ce moment très intensément, remplie d'émotions et de sensations multiples. Elles ont été aidées par la présence rassurante de la sage-femme, la liberté et le respect qu'ont leur accordait, le calme et la sérénité. Ces facteurs leur ont permis de lâcher prise, de s'abandonner au travail, de prendre confiance en elles-mêmes, et de trouver la force d'accepter les contractions. L'accompagnement personnalisé de la sage-femme, sa présence bienveillante, son attention professionnelle discrète ont représenté un soutien et une sécurité.

« MAGNIFIQUES ! Dans un grand respect de mes rythmes, et de mes besoins. La sage-femme nous a accompagné pendant 5 mois dans notre devenir parents, et le jour de l'accouchement, j'étais prête à accueillir et accompagner activement le travail qu'accomplissait mon corps pour faire naître mon bébé (...) La présence en toute discrétion et douceur de la sage-femme a laissé tout la place à la magie et l'émotion de cette naissance, dans un sentiment de sécurité épanouissant. »



« C'était magique, un joli moment d'amour ».



Tous les témoignages étaient très enrichissants mais leurs retranscriptions et leurs analyses ont été difficiles. La question du ressenti et du vécu pourrait être

développée et approfondie par le biais d'entretiens avec les parents dans le cadre d'un autre travail de fin d'étude.

Vécu du transfert et de l'accouchement à l'hôpital

Huit femmes sur neuf ont accepté le transfert comme un soulagement et l'ont relativement bien vécu. Elles expliquent que le transfert est apparu au cours du travail comme une évidence, car le travail n'avancait plus, elles étaient épuisées. Pour certaines, le transfert a parfois été synonyme de déception ou de regret, mais elles s'étaient préparées à cette éventualité avec la sage-femme et avaient le sentiment d'avoir fait le maximum qu'elles pouvaient :

« Début de travail paisible à la maison, ambiance non stressante comme nous le souhaitions. Il a fallu cependant se rendre à l'évidence : même après la rupture de la poche des eaux, les contractions ne s'intensifiaient pas et le bébé ne descendait pas. La décision d'aller à l'hôpital a été prise dans le calme, en concertation avec la sage-femme : le bébé allait bien, mais il fallait faire quelque chose avant que je ne m'épuise. Le transfert a été vécu avec déception mais conviction qu'il fallait y aller. Le trajet a été un peu douloureux. »

Une femme a très mal vécu son transfert, étant surprise par l'intensité de la douleur, découragée, elle n'a pas accepté la durée du transfert, elle aurait voulu être soulagée plus rapidement. En parlant du transfert, elle témoigne :

« J'ai éprouvé dans ma chair l'échec de la méthode naturelle (...) Quand la césarienne s'est imposée, j'ai été reconfortée dans mon choix d'abandonner mon projet d'AAD. »

Les équipes de la maternité acceptent rarement que la sage-femme reste près du couple et les accompagne jusqu'au bout. Le départ de la sage-femme à qui ils ont donnée toute leur confiance, qui a été à leurs côtés et les a accompagnés depuis le début, à un moment si bouleversant est très difficile pour le couple. L'attitude de l'équipe soignante, et son entente avec le couple influencent donc beaucoup le vécu du transfert. En venant à l'hôpital, les couples passent volontairement le relais à la médicalisation. Cependant, certains gestes sont difficilement acceptés, quelques

couples, déjà fragiles psychologiquement à cette étape du travail, doivent subir les discours culpabilisants du personnel... D'autres au contraire ont été accueillis par des sages-femmes et obstétriciens très soucieux de leurs attentes, respectueux de leur projet de naissance et acceptant de limiter les actes médicaux à ceux nécessaires à la situation. La majorité (7 couples sur 9) de parents sont sortis précocement du service de maternité et ont bénéficié des visites de la sage-femme en post-natal.

Enfin, deux femmes avouent avoir regretté et vécu comme un échec ce transfert longtemps après l'accouchement. Elles avaient une vision idéaliste de l'accouchement et voyait ce projet comme un défi. Les visites post-natales permettent d'en reparler avec la sage-femme avec du recul, parfois la sage-femme oriente les couples vers un autre interlocuteur, spécialisé.

« Après l'accouchement, j'ai vécu ce moment comme une situation d'échec pendant longtemps. Pourquoi n'ai-je pas réussi ? Qu'est ce que je n'ai pas fait pour que cela se passe comme nous l'imaginions ?... Ce sentiment d'échec n'est plus aussi fort maintenant, 19 mois plus tard. Mais un nouvel accouchement naturel, sans péridurale, à la maison ou dans un cadre non médicalisé serait vécu comme un aboutissement. »

Projet pour une future naissance

Sur les 62 femmes ayant accouché à domicile, toutes recommenceraient l'expérience d'un AAD pour une prochaine grossesse. Huit des femmes n'ayant pas pu accoucher à domicile et ayant vécu un transfert à l'hôpital choisiraient également le même accompagnement. Seule une femme ne souhaite pas réitérer cette pratique, le vécu difficile du transfert étant trop proche.

2.3 Synthèse des résultats

Au regard de cette étude, on pourrait établir un profil des couples désireux d'un accouchement à domicile en relevant les critères majoritaires :

- Les parents vivent pour la grande majorité en couple (mariés ou non).
- Les femmes sont plus souvent des multipares, ayant un ou deux enfants. Mais de nombreuses primipares sont aussi concernées.
- L'âge des parents se situe entre 30 et 34 ans.
- Ils sont de nationalité française et sont athées ou agnostiques.
- Ils sont eux-mêmes nés à l'hôpital ou en clinique.
- Ils ont en très grande majorité un niveau d'étude supérieur au baccalauréat.
- Tous les types de profession sont représentés, peu de parents sont sans profession.
- Les couples vivent en général dans des maisons, en région rurale.

Les couples ont en majorité la même démarche. Ils découvrent l'AAD grâce à des amis, par le bouche à oreille, ou grâce aux médias, en particulier internet et les forums de discussion. Le désir initial provient de la future mère, pour un tiers des couples cette décision vient des deux parents. Ce choix est généralement pris avant la grossesse. Les thèmes qui motivent le plus les parents pour un AAD sont : le respect de la nature et de la naissance, le besoin d'intimité et la participation active. Si le projet d'AAD n'avait pas pu se réaliser, les parents auraient optés pour un accouchement en structure hospitalière, mais ils auraient voulu que l'on respecte les thèmes précédemment cités, et auraient refusé la médicalisation systématique non justifiée.

Toutes les femmes ont été ravies de l'expérience de l'AG et de l'AAD. La présence et la relation de confiance avec la sage-femme ressortent des témoignages comme étant une grande aide apportée, un soutien indispensable, à l'origine du

sentiment de sécurité affective et physique, alors que ce sujet n'apparaissait pas dans les premiers items motivant un AAD.

Le transfert des femmes en milieu hospitalier est bien vécu. La préparation psychologique et matérielle a permis aux femmes d'accepter le transfert, de l'aborder sans trop de déception et de le vivre plus sereinement. Les difficultés de collaboration avec les membres des équipes soignantes sont souvent redoutées, et parfois mal vécues. Le maintien du suivi post-natal par la sage-femme de l'AG semble important pour que les couples puissent parler et exprimer leurs ressentis.

Le mode d'alimentation choisit pour l'enfant à venir est en grande majorité l'allaitement maternel.

Enfin, les femmes ayant accouché à domicile ou ayant été transférées souhaitent en général renouveler l'aventure de l'AG et de l'AAD pour une future grossesse.

L'objectif de ce travail de fin d'études était de répondre à la question suivante :

« Les couples accouchant à domicile ont-ils un profil type ? »

Cette étude a effectivement fait ressortir des critères communs à de nombreux couples, comme l'état civil, le niveau d'étude et le lieu de naissance des parents. Cependant, d'autres questions ont obtenu des réponses faiblement majoritaires : la parité (un taux de 35% de primipare n'est pas négligeable), les professions sont variées, les tranches d'âge 25-29 ans et 35-39 ans sont aussi largement représentées et une petite moitié des couples vivent en région urbaine. La description de la démarche, les motivations et les vécus correspondent pour leurs parts à une partie de la population plus grande et pourraient rentrer dans le cadre du « profil type ».

Pour conclure, il me semble difficile de répondre à ma question de recherche. Les couples désireux d'un accouchement à domicile se ressemblent sur certains critères, mais cela n'est pas suffisant pour établir une description de population.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

En 2008 en France, le choix du lieu de naissance ne se pose pas pour beaucoup de couples. Il semble « normal » de se rendre à la maternité pour accoucher. Ainsi, les quelques femmes choisissant de vivre l'évènement de la naissance autrement qu'à l'hôpital sont décrites comme marginales, irréfléchies, dangereuses...

La sécurité est une notion personnelle, différente pour chacun. L'accouchement hospitalier répondra toujours aux besoins de certaines femmes, pour qui la technique médicale et le fait d'être « pris en charge » seront rassurants. Mais pour d'autres, la sécurité affective prime. L'hôpital ne leur offre pas la quiétude recherchée, qu'ils trouvent à domicile. Elles souhaitent ainsi accoucher à la maison, accompagnées par une sage-femme qu'elles auront rencontré tout au long de la grossesse.

L'enquête réalisée dans le cadre de ce travail de fin d'étude, a permis de décrire ces couples souhaitant un AAD sans pour autant pouvoir en établir un profil. Au travers des réponses, le choix d'un AAD ne se révèle pas être un acte « inconscient », mais bien un acte réfléchi, motivé, responsable, de couples qui veulent vivre pleinement la maternité. Ces couples sont de plus en plus nombreux. Ils ne se ressemblent pas, et ressemblent « à tout le monde », leurs motivations sont les mêmes. Ils veulent une naissance naturelle, intime, être responsables et actifs dans la venue de leur enfant.

Ces observations m'amènent à une question : pourquoi l'accouchement à domicile reste-t-il une pratique si mineure ? Plusieurs raisons existent. La faible rentabilité de cette pratique, associée à une astreinte permanente, au problème d'assurance et aux pressions extérieures effraient de nombreuses sages-femmes. L'AAD est peu médiatisé et souvent présenté comme étant risqué. Aucune étude scientifique nationale n'existe en France pour présenter les chiffres de la mortalité maternelle et périnatale alors que la pratique de la médecine actuelle reste basée sur le médico-légal. Enfin peu de couples connaissent ou se voient proposer l'option d'un AAD.

Au regard de ces réflexions, quelques démarches permettraient de développer et de promouvoir l'accouchement à domicile.

Tout d'abord, il faudrait lancer une action auprès des sages-femmes libérales. Résoudre le problème de l'assurance en responsabilité civile, majorer les cotations de la sécurité sociale, sont des mesures qui pourraient valoriser le métier de sage-femme libérale et encourager les sages-femmes à s'installer avec le statut d'indépendant. L'AG et l'AAD devraient être abordés de façon plus large pendant les études de sage-femme.

La réalisation d'une étude française sur les risques périnataux de l'AAD (basée par exemple sur les dossiers AUDIPOG) permettrait de rendre plus « crédible » l'AAD auprès des professionnels de la santé (médecin traitant, gynécologues-obstétriciens, pédiatres) et ainsi favoriser leur collaboration avec les sages-femmes libérales. Jacqueline Lavillonnière s'exprime sur ce sujet : « *Nous ne pouvons obtenir ce respect que par notre regroupement, en apportant la démonstration de notre cohérence et de la qualité de notre travail.* »¹⁶. L'adhésion des sages-femmes libérales à une liste de règles de bonne conduite comme la Charte de l'AAD de l'ANSFL, basée sur les recommandations de l'OMS et l'HAS montrerait la rigueur de cette pratique.

Enfin, l'information des professionnels de la santé et une médiatisation sur l'AAD seraient primordiales pour démystifier cette pratique au près du grand public et pour que les couples aient le choix du lieu de naissance de leur enfant.

Certaines de ces propositions pourraient faire l'objet d'un nouveau travail de fin d'études.

¹⁶ LAVILLONNIERE J., 2008, « Accouchements à domicile : Etat des lieux », La lettre de l'ANSFL, Printemps 2008, 8-11.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES LITTÉRAIRES

- BIRMAN C., 2003, Au monde. Ce qu'accoucher veut dire. Une sage-femme raconte..., Paris, éditions de La Martinière, 350 p.
- BRABANT I., 2006, Vivre sa grossesse et son accouchement. Une naissance heureuse, Québec, éditions La Chronique Sociale, p 404-p429.
- GAMELLIN-LAVOIS S., 2006, Préparer son accouchement, faire un projet de naissance, Saint-Julien-en-Genevois, éditions Jouvence, p9-p26.
- LAVILLONNIERE J. et CLEMENTZ E., 2001, Naître tout simplement, témoignages et réflexions autour de la naissance, Paris, éditions l'Harmattan, 208 p.
- VIVIEZ M., 1983, Mémoires d'une sage-femme de l'Ardèche, au nez et à la barbe des gens pressés, Valence, éditions Peuple Libre, 221 p.
- 2002, Le petit Larousse illustré, Paris, éditions Larousse.

PUBLICATIONS OFFICIELLES

- Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ; Service des recommandations professionnelles, Mai 2007.
- Organisation Mondiale de la Santé. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique, Rapport d'un groupe de travail technique, 1997.

ARTICLES

- BIRMAN C, 2007, « Approche sociétale de l'acte de mettre « au monde ». », Les dossiers de l'obstétrique, n°361, 2-4.
- DUPUIS O. et all, 2002, « L'accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000. », Revue Gynécologie-Obstétrique-Fertilité, n°9, 677-683.
- LAVILLONNIERE J., 2008, « Accouchements à domicile : Etat des lieux », La lettre de l'ANSFL, Printemps 2008, 8-11.
- LAVILLONNIERE J. et NADEL D., 2004, « Que reste-t-il de la physiologie ? », Les dossiers de l'obstétrique, n°325, 12-22.

THESE

- RENARD C., année 1994, L'accouchement à domicile en 1993 : Qui, Pourquoi et Comment, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, qualification en médecine générale, Université de Nantes.

MEMOIRES DE FIN D'ETUDE

- BABIN M., 2005, L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes qui le pratiquent, mémoire de fin d'études pour le diplôme d'état de sage-femme, école de sage-femme de Caen.

- PIREYN-PIETTE C-A., 2005, L'accouchement à domicile : risque ou modèle ?, mémoire de fin d'études pour le diplôme d'état de sage-femme, école de sage-femme de Strasbourg.

SITES INTERNET

- Site de l'association nationale des sages-femmes libérales françaises : www.ansl.org (consulté le 17/04/08).
- Site de la législation française : <http://www.legifrance.gouv.fr/> (consulté le 27/02/08).
- Site de l'ordre des sages-femmes : www.ordre-sages-femmes.fr (consulté le 17/04/08).
- Site de l'Alliance Francophone pour l'Accouchement respecté : <http://afar.naissance.asso.fr> (consulté le 22/04/08).
- Site du Collectif InterAssociatif Autour de la Naissance en France : <http://ciane.info/> (consulté le 17/04/08).
- Site d'un comité de soutien de l'accouchement à domicile : <http://accoucheradomicile.chez-alice.fr> (consulté le 22/04/08).
- Site d'une mère dédié à la naissance : <http://accoucherautrement.free.fr> (consulté le 22/04/08).
- Site d'une association pour un projet de maison de naissance à Rennes : <http://maisounaiton.over-blog.com> (consulté le 17/04/08).