

Accoucher à la maison : quels couples font ce choix et pourquoi ?

Carole Boudet

► **To cite this version:**

Carole Boudet. Accoucher à la maison : quels couples font ce choix et pourquoi?. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00731716

HAL Id: dumas-00731716

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00731716>

Submitted on 13 Sep 2012

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

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

Ecole de Sages-Femmes de Caen

**ACCOUCHER A LA MAISON :
QUELS COUPLES FONT CE CHOIX
ET POURQUOI ?**

*Mémoire présenté et soutenu par
Carole Boudet
Née le 1^{er} mars 1988
En vue de l'obtention du diplôme d'Etat
De Sage-Femme*

Promotion 2008-2012

Ecole de Sages-Femmes de Caen

**ACCOUCHER A LA MAISON :
QUELS COUPLES FONT CE CHOIX
ET POURQUOI ?**

*Mémoire présenté et soutenu par
Carole Boudet
Née le 1^{er} mars 1988
En vue de l'obtention du diplôme d'Etat
De Sage-Femme*

Promotion 2008-2012

Je tiens à remercier tout particulièrement :

▲ Mme Céline Anne, ma directrice de mémoire, pour m'avoir accompagnée dans sa réalisation.

▲ Mme Kakol, ma guidante, pour toutes ses relectures, tous ses conseils précieux.

▲ Mme Jeanne Célik, pour m'avoir fait découvrir l'accompagnement global et une autre vision de notre profession.

▲ Les femmes qui ont pris un peu de leur temps pour répondre à mon questionnaire.

Pour ces quatre années à l'école de sages-femmes, merci à :

▲ Ma famille qui m'a permis d'entreprendre ces études grâce à son soutien affectif mais aussi financier.

▲ Mes amis, pour tous ces moments de partage, de détente.

▲ Ma promotion pour ces moments passés ensemble.

▲ Les sages-femmes enseignantes de chaque année, pour leur disponibilité, leur soutien, leurs encouragements

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	3
1 L'évolution de la prise en charge de l'accouchement : comment l'accouchement en structure hospitalière a-t-il peu à peu remplacé l'accouchement à domicile ?.....	3
1.1 <i>L'accouchement avant le XVIIe siècle</i>	3
1.2 <i>Le XVIIe siècle : quels changements ?</i>	4
1.2.1 L'avènement des hommes dans un monde féminin	4
1.2.2 La découverte de l'asepsie et le développement des techniques.....	4
1.3 <i>Le XXe siècle ou la médicalisation croissante de l'accouchement</i>	6
2 L'accouchement hors d'une structure hospitalière.....	8
2.1 <i>L'exemple néerlandais</i>	8
2.2 <i>Quelques données sur la Belgique</i>	9
2.3 <i>Accouchements hors-hôpital en Allemagne</i>	10
2.4 <i>Le cas du Royaume-Uni</i>	12
2.5 <i>Quelques informations sur la France</i>	13
3 Principes actuels de l'accouchement à domicile en France	15
3.1 <i>Les compétences des sages-femmes</i>	15
3.2 <i>L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales</i>	16
3.3 <i>La Charte de l'accouchement à domicile</i>	17
3.4 <i>Le choix de la patiente</i>	19
3.5 <i>La sélection des femmes</i>	20
3.6 <i>L'assurance responsabilité civile</i>	21
4 Qu'est-ce que l'accompagnement global ?	23
4.1 <i>Définitions</i>	23
4.2 <i>L'investissement de l'OMS et de la HAS</i>	24
4.3 <i>Un consentement éclairé</i>	24
4.4 <i>L'accompagnement global : une continuité des soins</i>	24

DEUXIEME PARTIE	27
1 Présentation générale de l'étude	27
1.1 Objectifs	27
1.2 Hypothèses	27
1.3 Méthodologie.....	27
1.3.1 Sélection de la population concernée	27
1.3.2 Lieu et période de l'étude.....	27
1.3.3 Choix de l'outil.....	28
2 Présentation des résultats des questionnaires	28
2.1 Situation sociodémographique des couples interrogés.....	28
2.2 Renseignements concernant le projet de naissance	33
2.3 Renseignements sur le suivi de la grossesse	37
2.4 Renseignements sur l'accouchement et le post-partum chez les primipares	40
2.5 Renseignements sur l'accouchement et le post-partum chez les multipares.....	42
2.6 Différences évoquées par les multipares ayant déjà accouché en milieu hospitalier auparavant	46
TROISIEME PARTIE.....	49
1 Critique de la méthodologie	49
1.1 Points faibles de l'étude	49
1.2 Points forts de l'étude	49
2 Profil du couple faisant le choix d'un AAD.....	49
3 Le projet de naissance	51
3.1 Le choix d'un AAD	51
3.2 L'entourage et l'AAD.....	52
3.3 Les motivations évoquées pour le choix d'un AAD.....	52
3.4 Lorsque l'AAD n'a pas lieu.....	57
4 L'accouchement et le post-partum	58
4.1 Ressenti lors du travail et de l'accouchement.....	58
4.2 La présence du père	59
4.3 La présence des aînés.....	60
4.4 Le mode d'alimentation choisi pour le nouveau-né	60
4.5 Disponibilité de la SF en post-partum	61

4.6 Aide d'une tierce personne.....	61
4.7 Volonté pour une éventuelle prochaine grossesse	62
5 Alternatives lorsque l'AAD n'est pas possible	62
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXE I : Liste d'indications officielles obstétricales aux Pays-Bas.....	69
ANNEXE II : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées	72
ANNEXE III : Les tarifs conventionnels	78
ANNEXE IV : Conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement...	80
ANNEXE V : Charte des droits de la parturiente	82
ANNEXE VI : Questionnaire.....	84

ABRÉVIATIONS :

- AAD : Accouchement à domicile
- MdN : Maison de Naissance
- CIANE : Collectif Inter associatif Autour de la Naissance
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
- SF : Sage(s)-Femme(s)
- HAS : Haute Autorité de Santé
- SA : Semaines d'aménorrhées
- RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
- AG : Accompagnement Global

INTRODUCTION

INTRODUCTION

En France, le nombre d'accouchement à la maison représente 1 à 2% des naissances, ce qui peut paraître infime. Pourtant de plus en plus de couples sont dans cette démarche et s'interrogent autour de la natalité et de la parentalité. La fermeture de nombreuses maternités de proximité depuis quelques années a contribué à l'augmentation du nombre de couples en demande d'accompagnement global par les sages-femmes libérales et d'accouchement à la maison. Lorsque la grossesse reste physiologique, la sage-femme est alors le premier interlocuteur du couple.

Le Parlement européen rappelle que chaque patiente a le droit de choisir librement son praticien et son lieu d'accouchement à partir du moment où elle a reçu toutes les informations nécessaires.

Chaque naissance est unique. Pour vivre sereinement cette expérience personnelle, des couples s'engagent dans le choix d'un accouchement à la maison planifié et réfléchi, sous la surveillance rigoureuse d'une sage-femme qui connaît le couple et de ce fait, est la plus à même de détecter l'apparition d'un éventuel problème.

En fin de deuxième année, j'ai effectué un stage chez une sage-femme libérale. Je ne connaissais alors que l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement à l'hôpital. J'ai découvert qu'elle pratiquait l'accouchement à domicile. Avant ce stage, je ne savais même pas que c'était possible puisque c'est une pratique qui n'est pas abordée lors de nos études.

Ce stage durait 2 semaines et je n'ai malheureusement pas eu l'occasion d'assister à un accouchement. Cependant, je me suis posée beaucoup de questions quant à cette pratique dont j'ignorais tout et notamment ce que recherchent les femmes souhaitant un accouchement à la maison ? Appartiennent-elles à une catégorie de parturientes bien à part ou sont-elles « Madame tout le monde » ? Y a-t-il des gestes que nous effectuons en milieu hospitalier qui les font choisir l'AAD ? Au final, qu'est-ce qu'un accouchement physiologique ?

Ce premier stage a influencé mon choix de sujet de mémoire.

Dans ma première partie, j'effectuerai un bref historique de l'évolution de la prise en charge de l'accouchement en France. Puis je m'intéresserai à l'accouchement en dehors

d'une structure hospitalière dans quelques pays limitrophes de la France. Enfin, je définirai les grands principes de l'accompagnement global.

Dans ma deuxième partie, j'exposerai les résultats de l'enquête que j'ai effectuée auprès de couples dont le souhait était d'accoucher à la maison.

Enfin, dans ma troisième partie, j'analyserai et je discuterai les résultats obtenus.

PREMIERE
PARTIE

1 L'évolution de la prise en charge de l'accouchement : comment l'accouchement en structure hospitalière a-t-il peu à peu remplacé l'accouchement à domicile ?

1.1 L'accouchement avant le XVIIIe siècle

Avant le Moyen-âge, les naissances avaient lieu à la maison, au sein de la famille. La pièce la plus utilisée était la salle commune, la seule à posséder une cheminée. Chez les plus pauvres, on accouchait fréquemment à l'étable ce qui permettait d'utiliser la chaleur du bétail.

L'entourage (mère, sœurs, cousines) qui assistait la parturiente était exclusivement féminin, avec la matrone comme personnage central. Celle-ci était en général mariée, âgée, mère et représentait « celle qui savait ». Elle avait appris son métier sans formation particulière. Un des autres rôles de la matrone était la toilette mortuaire ce qui montre bien qu'à cette époque, les deux extrémités de la vie pouvaient être très proches. [1]

Dans un village, chaque naissance rassemblait toutes les femmes, contrairement à aujourd'hui où cet événement est beaucoup plus intime, privé, exclusivement familial. Cet entourage était capital et permettait de surmonter l'angoisse de mort qui entourait chaque venue au monde.

En général, aucune présence masculine n'était autorisée, mise à part celle du père, qui pouvait faire bénéficier de sa force et son expérience du vélage lors d'un accouchement difficile.

Dans la France rurale des siècles classiques, le suivi de grossesse n'existait pas. Seul l'accouchement était assisté par la « matrone ».

La prise en charge des accouchements pouvait être très radicale voire brutale et dangereuse. L'abdomen grévide faisait parfois l'objet de vigoureuses pressions ou massages énergiques destinés à accélérer la sortie de l'enfant. Certaines fois même, si le travail devenait laborieux, une ou deux femmes pouvaient grimper sur les épaules de la parturiente pour lui octroyer de vigoureuses secousses. [2]

La femme ne se montrait jamais nue à son entourage. Cependant, elle pouvait prendre toutes les postures qu'elle souhaitait pour accoucher plus commodément.

L'atmosphère autour de l'accouchement jusqu'au XVIIIe siècle pouvait sembler chaleureuse mais il est important de préciser qu'on estime à 1 ou 2 % la mortalité des femmes en couches, soit à la suite d'accouchements impossibles, d'hémorragies du post-partum ou d'une fièvre puerpérale.

A cette époque, l'accouchement à l'hôpital existe mais il ne concerne que les plus pauvres ou les filles mères qui n'ont pas d'autres lieux où accoucher. L'hôpital n'est pas un établissement de soins mais un lieu d'assistance. La promiscuité des personnes et la propagation des fièvres fait qu'on y meurt beaucoup plus qu'ailleurs. Comme le précise S. Beauvalet-Boutourie l'accouchement hospitalier est d'abord « un acte gratuit mais mortel, avant de devenir salvateur. » [3] La mortalité à l'hôpital est 3 à 10 fois supérieure à celle à domicile. [4]

1.2 Le XVIIIe siècle : quels changements ?

Les changements autour de la naissance apparaissent au XVIIIe et XIXe siècles avec l'avènement des hommes accoucheurs puis au XIXe siècle grâce au développement de l'obstétrique, de l'anesthésie et de l'hygiène.

1.2.1 L'avènement des hommes dans un monde féminin

C'est à partir du XVIIIe siècle que les hommes peuvent être présents lors de l'accouchement, surtout pour délivrer des femmes dont le fœtus est mort. Ils rédigent peu à peu des traités d'obstétrique et commencent à s'intéresser aux accouchements « ordinaires », pour augmenter leur exercice et leurs revenus.

Au fur et à mesure, les « accoucheurs » prennent de l'importance, de par les maris qui ne supportent plus la mort de leur femme en couches puis, peu à peu grâce aux femmes qui souhaitent également la vie sauve pour elles et leurs bébés. Avec le temps, on prend l'habitude d'appeler systématiquement l'accoucheur. [5] Face à la matrone, l'accoucheur symbolise le progrès dans un monde où la science ne cesse d'évoluer. [6]

Cependant, l'arrivée des hommes dans un environnement traditionnellement féminin bouleverse les pratiques autour de la naissance. Par exemple, la femme ne peut plus prendre la position qui lui convient le mieux pour accoucher. Seule la position sur le dos est autorisée ; on estime que les autres assimilent la femme à un animal. On observe aussi l'apparition de nouveaux instruments, dont l'utilisation est exclusivement réservée à l'homme. Ces instruments représentent un grand progrès puisqu'ils permettent l'accouchement d'enfants qui seraient autrefois restés enclavés dans le bassin maternel. [1]

1.2.2 La découverte de l'asepsie et le développement des techniques

Au XVIIIe siècle, les accoucheurs accusent les matrones d'être ignorantes et trop entreprenantes et ils s'imposent peu à peu aux femmes. Mais bien que les accoucheurs

prennent une place importante, les matrones restent les principales actrices de l'accouchement, notamment dans les campagnes.

A partir des années 1760, une rapide formation médicale est mise en place pour les matrones afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Des cours itinérants sont organisés de 1759 à 1783 par Mme Le Boursier du Coudray, maîtresse sage-femme. Elle forme ainsi plus de 5000 sages-femmes et chirurgiens. [7] Mais ces nouvelles sages-femmes formées à la ville ont une attitude plus distante vis-à-vis des femmes qu'elles assistent, elles sont plus insensibles et autoritaires.

A partir de 1803, les sages-femmes doivent suivre une formation théorique pendant un an. La pratique ne s'apprend plus exclusivement sur des mannequins mais aux côtés des accouchées des hôpitaux. La formation est allongée à deux ans à partir de 1894. [8]

Bien que la formation ne cesse de s'améliorer pendant les deux premiers tiers du 19^e siècle, la naissance reste tout de même plus « dangereuse » à l'hôpital qu'à la maison, notamment à cause des épidémies de fièvre puerpérale qui touchent les nouvelles accouchées. Semmelweis à Vienne en 1847 constate que les femmes accouchées par les sages-femmes meurent trois fois moins. Après avoir étudié la façon dont travaillent les médecins, il se rend compte que ceux-ci passent facilement de la salle d'autopsie à la salle d'accouchement. Il fait donc la conclusion que la fièvre puerpérale est en fait transmise depuis les salles d'autopsie par les mains des médecins. Ce constat est repris par Pasteur à Paris et Rosenbach. Les médecins acceptent alors de reconnaître qu'ils sont les principaux vecteurs de propagation de la fièvre puerpérale.

A partir de 1878, les médecins comprennent l'importance de l'asepsie et de l'antisepsie grâce à Lister, et de la stérilisation grâce à Pasteur. Des pratiques rigoureuses sont mises en place, on observe une baisse radicale de la mortalité maternelle. Elle est en-dessous de 0,5 % dès 1892 à la maternité de Paris et n'est plus que de 0,13 % après 1900. En 1935, il devient possible de guérir d'une fièvre puerpérale grâce au Prontosil, médicament antibactérien découvert par Colebrook. La fièvre puerpérale est éradiquée en 1950. C'est à partir de ce moment là que l'image de l'hôpital se modifie ; il représente alors un lieu aseptisé où la médecine sauve et guérit.

Parallèlement, vers 1840, on découvre le pouvoir des « drogues » anesthésiantes et analgésiques, qui peuvent s'appliquer lors des accouchements. Bien que réticents au départ, les médecins sont amenés à les utiliser de plus en plus pour satisfaire leurs patientes. [1] Dès la moitié du XIX^e siècle, l'éther, le chloroforme et les sédatifs neurotropes se généralisent. [6]

C'est l'apparition de toutes ces nouvelles méthodes et pratiques qui amène les parturientes à se diriger vers l'hôpital, devenu un véritable espace de soins. L'accouchement perd alors l'ancienne « sociabilité féminine » qui l'entourait.

1.3 Le XXe siècle ou la médicalisation croissante de l'accouchement

C'est au XXe siècle qu'a lieu le basculement définitif de la majorité des accouchements du domicile vers l'hôpital.

En effet, l'accouchement en milieu médicalisé se généralise dans les années 1920-1930, surtout dans les grandes villes, et notamment grâce à l'intervention de l'Etat. Ce dernier, pour « relancer » la natalité, crée des aides pour les salariées les moins payées. Les frais d'accouchement sont pris en charge, une indemnité égale à la moitié du salaire est versée pendant douze semaines ainsi que des allocations mensuelles d'allaitement. A la même période, l'hôpital devient un lieu de grande technicité médicale.

Cependant, en milieu rural, où les grands hôpitaux n'existent pas, l'accouchement à la maison reste la règle et est pratiqué par une sage-femme, le médecin ne passant que de façon épisodique.

Entre les deux guerres, il n'est pas défini de lieu idéal pour l'accouchement. Deux pratiques s'observent : d'un côté la bourgeoisie urbaine et les paysannes qui accouchent à la maison et de l'autre côté les classes populaires urbaines qui accouchent plutôt à l'hôpital.

A la fin de l'entre-deux guerres, l'accouchement est un acte encore peu médicalisé, surtout à la campagne et dans les petites villes. Mais les sages-femmes sont beaucoup mieux formées qu'auparavant. Elles connaissent parfaitement l'anatomie et la physiologie féminine, elles maîtrisent de nouvelles techniques d'obstétrique et de soins, et elles connaissent, appliquent et enseignent aux femmes les principes de l'hygiène pasteurienne.

En France la Sécurité sociale est créée en 1945. Elle permet à la patiente, si l'accouchement se déroule en milieu hospitalier, d'avoir accès aux soins sans verser aucune somme à l'hôpital. Une telle mesure a contribué à faire entrer massivement dans les mœurs l'accouchement en maternité. [8]

Cette évolution est très nette à partir de 1952 où 53 % des accouchements se déroulent en milieu hospitalier puis 85 % en 1962. La diffusion de l'accouchement « sans douleur » proposée par le Dr Fernand Lamaze en 1950 joue un grand rôle dans le déplacement de l'accouchement à domicile vers l'hôpital. Cette méthode se répand dans

toute la France de 1953 à 1956. [8] En 1956, les femmes obtiennent le remboursement par la sécurité sociale de six séances de préparation à la naissance, 8 dans les années 1960. [6]

Le choix du lieu d'accouchement variait beaucoup selon les catégories sociales. En 1968, les femmes de salariés agricoles accouchaient à domicile deux fois plus souvent que la moyenne, douze fois plus souvent que les conjointes des cadres supérieurs. On notait encore 20 000 naissances à domicile en France en 1971.

Au cours des années 1970-1980, d'autres développements dans le suivi de la naissance comme l'échographie, le monitoring, l'analgésie péridurale... accentuent le choix des couples vers l'hôpital pour la naissance d'un enfant.

Les sages-femmes abandonnent alors progressivement le secteur libéral, faute de travail et rejoignent l'hôpital.

Entre 1974 et 1986, les effectifs libéraux de sages-femmes, en décroissance continue, sont divisés par deux (Données INSERM 1984, données CNAM, chiffres du Ministère de la Santé).

De 1987 à 1995, ils se sont stabilisés pour augmenter ensuite jusqu'à aujourd'hui. En 2008, près de 3000 sages-femmes ont choisi l'exercice libéral soit 15,8 % des sages-femmes. Elles étaient 28 % en 1974.

Au 9 juin 2011, d'après le conseil national de l'ordre des sages-femmes, 72 sages-femmes déclarent pratiquer l'accouchement à domicile en 2011.

Paul CESBRON commente l'évolution de la prise en charge autour de la naissance :

« En un siècle, tout a basculé. Au début du XXe siècle, l'espèce humaine était encore soumise à sa nature mammifère : la procréation dépendait du désir sexuel, la fécondité était mal maîtrisée, la stérilité restait sans recours, et les risques de mortalité à la naissance (mortalité de l'enfant, mortalité de la mère) demeuraient élevés. A la fin du XXe siècle, sexualité et reproduction peuvent être dissociées, la fécondité est un choix, la stérilité n'empêche plus les naissances, et la menace de mort est presque totalement écartée.

Prodigieuse transformation ! On ne saurait sans mauvaise foi mépriser de telles victoires. Des médecins en ont écrit l'histoire en termes triomphants. Mais elles ont eu pour effet d'établir sur la naissance le pouvoir quasi absolu du corps médical, de transformer l'heureux évènement en prouesse scientifique et technique. » [4]

2 L'accouchement hors d'une structure hospitalière

L'accouchement hors d'une structure hospitalière rassemble deux catégories, d'une part l'accouchement à domicile et d'autre part, l'accouchement en maisons de naissance. En France, il n'existe pas encore de maison de naissance à proprement parlé. Par contre, dans quelques pays européens, ces deux alternatives existent.

2.1 L'exemple néerlandais

Au Pays-Bas, 30 % des hollandaises accouchent chez elles. Les indicateurs en termes de mortalité et de morbidité sont comparables à ceux de la France. [9] Seulement, l'accouchement à la maison n'est proposé que si la grossesse ne présente aucun risque. En effet, l'organisation néerlandaise est basée sur le fait qu'il est possible de séparer facilement les situations normales des situations pathologiques ou à risque, et que, dans ces conditions, rien ne s'oppose à ce que les accouchements normaux se déroulent dans un lieu non médicalisé, comme le domicile des parents notamment ou en polyclinique.

Le terme de « polyclinique » au Pays-Bas est bien différent du nôtre. L'accouchement en « polyclinique » permet à une femme sans facteur de risque, mais qui préfère le milieu hospitalier, d'accoucher dans une maternité. Le début du travail s'effectue alors à la maison accompagnée de la sage-femme qui a suivi la grossesse. La femme est ensuite transférée à la maternité où cette même sage-femme effectue l'accouchement dans des conditions strictement identiques à celles du domicile ; elle ressort de la maternité quelques heures après l'accouchement (24 heures au maximum) et le suivi post-natal est assuré par la sage-femme à la maison. Environ 11 % des accouchements se déroulent de cette façon. [10]

Pour permettre ces différentes prises en charge, l'ensemble du système néerlandais est articulé autour d'un dispositif de coordination, la liste d'indications obstétricales (VIL). Ces indications sont classées en 3 catégories :

- ❖ les femmes sans indication particulière ou avec des indications de type A sont suivies par une sage-femme et peuvent accoucher à la maison ou en « polyclinique »
- ❖ les femmes présentant des indications de type B sont adressées par la sage-femme à un obstétricien. La suite de la prise en charge sera déterminée par les différents résultats obtenus.
- ❖ Les femmes présentant des indications de type C doivent être suivies par un obstétricien et l'accouchement se déroulera à l'hôpital. [10] (annexe I)

Aux Pays-Bas, la parturiente peut donc choisir d'accoucher à domicile/polyclinique ou en milieu hospitalier si elle appartient à une catégorie sans indication particulière. Ce choix ne lui appartient plus à partir du moment où elle entre dans une catégorie à risque ; cette frontière est très bien établie grâce aux critères médicaux de la liste d'indications obstétricales.

Ce système est basé sur une séparation très stricte entre situation normale et situation pathologique. Cette séparation se retrouve dans les professions. Les sages-femmes revendiquent un savoir-faire spécifique concernant les accouchements normaux, les obstétriciens ne traitent eux, que des cas pathologiques. De ce fait, la hiérarchisation entre les deux professions est très faible, chacun ayant un savoir-faire propre à son milieu. [11]

L'AAD en Hollande existe donc du fait de la sélection rigoureuse des femmes mais d'autres facteurs entrent également en compte :

- La faible distance entre le domicile et l'hôpital, car le pays est petit, permet à une ambulance d'intervenir en urgence dans les 15 minutes.
- La présence permanente lors de l'accouchement d'une Kraamverzorgster (aide-maternelle/auxiliaire de puériculture) pour accompagner la sage-femme. Cette personne revient dans les jours qui suivent l'accouchement pour aider la patiente dans les tâches ménagères, la conseiller pour l'allaitement, voire pour les soins aux bébés.
- La peur de l'hyper-médicalisation. Selon Ellen Timmer, porte-parole du ministère de la Santé aux Pays-Bas, « le système tente de ne pas médicaliser la naissance », par exemple, il est très difficile d'obtenir une péridurale sans pathologie. Les assurances-maladies ne couvrent pas la totalité des frais d'hospitalisation sauf en cas d'impératif médical. [12]

2.2 Quelques données sur la Belgique

En Belgique, selon un rapport du Centre d'informations et de recherches des organisations de consommateurs (CRIOC), environ 4 % des naissances se déroulent à domicile. En effet, aucune loi n'interdit l'accouchement en un autre endroit qu'en milieu hospitalier. Les sages-femmes sont habilitées à évaluer si telle femme présente ou non des risques à enfanter à la maison.

Bien que l'AAD soit autorisé en Belgique, peu de sages-femmes et de rares médecins généralistes le pratiquent. Il n'est donc pas toujours évident de satisfaire la demande des patientes.

Dans ce pays, il existe deux conceptions d'AAD, selon les professionnels. Il y a ceux qui pratiquent l'accouchement où chaque geste est mesuré et seulement réalisé s'il est vraiment nécessaire et ceux qui réalisent systématiquement les actes comme ils sont habituellement pratiqués en milieu hospitalier (rasage du périnée, rupture artificielle de la poche des eaux...). [13]

Pour les patientes qui souhaitent un accouchement « naturel » mais qui ne désirent pas accoucher à domicile, il existe l'accouchement ambulatoire. La majeure partie du travail s'effectue à domicile accompagnée d'une sage-femme ou d'un médecin généraliste, le transfert vers l'hôpital se fait en compagnie du professionnel et l'accouchement a lieu à la maternité. Après quelques heures, la femme rentre chez elle où sa surveillance et celle de son bébé, ainsi que l'accompagnement de la famille sont poursuivis par la même sage-femme.

L'accompagnement d'un AAD par une sage-femme doit répondre à plusieurs critères : la femme ne doit attendre qu'un enfant et celui-ci doit être en présentation céphalique, l'absence d'antécédents gynécologiques, obstétricaux, personnels ou familiaux susceptibles de compliquer la naissance, la grossesse doit être à terme (entre 38 et 42 semaines en Belgique).

En juillet 1996 une série de mesures ont été prises par les autorités belges afin de favoriser les prises en charge à domicile pendant la période périnatale et de revaloriser la profession de sage-femme. En pratique, cela a entraîné le remboursement à 100% des consultations de sage-femme, ce qui leur permet maintenant d'être plus souvent et plus longtemps présentes auprès des familles. [9]

Mais, en Belgique, l'AAD reste tout de même minoritaire, peut-être du fait que l'INAMI (institut national d'assurance maladie-invalidité) rembourse les soins et l'assistance donnés lors du séjour à l'hôpital mais ne rembourse rien si cette assistance est donnée à domicile.

2.3 Accouchements hors-hôpital en Allemagne

En Allemagne, comme dans la plupart des pays européens, le taux d'AAD est faible, 1 à 2 %. En revanche, sur 10 000 naissances par an hors d'une structure hospitalière,

3000 ont lieu à domicile et 7000 en maison de naissance. Cela représente 6,8% des naissances en dehors d'un établissement hospitalier. [14]

Une étude menée sur 42154 naissances à la maison entre 2000 et 2004 ramènent les chiffres suivants : 1/3 des femmes étaient des primipares, 31% des primipares avaient plus de 35 ans et 90% des primipares ont accouché spontanément.

Il y a eu 12,5% de transferts, la plupart du temps pour stagnation de la dilatation. Seulement 1% des accouchements ont nécessité un transfert rapide. 52,7% des femmes transférées ont eu une naissance spontanée.

Mortalité périnatale : 0,16% (ce taux comprend les cas pour lesquels il a été prévu et effectué un accouchement hors clinique, d'un enfant dont on savait qu'il ne serait pas viable). [15]

Les sages-femmes qui pratiquent l'AAD en Allemagne sont couvertes par une assurance obligatoire. De plus, même si la pratique de l'AAD n'est pas majoritaire, elle bénéficie d'une large reconnaissance, tant par les caisses d'assurance maladie que par le monde médical.

Cependant, lorsqu'on parle d'accoucher « autrement » en Allemagne, on sous-entend plutôt les maisons de naissance. Il existe actuellement 140 maisons de naissance en Allemagne où sont réalisés 50 à 100 accouchements par an dans chacune d'elles. A Berlin, la maison de naissances comptabilise jusqu'à 300 naissances par an. La création des maisons de naissance est née de l'initiative de milliers de femmes, à Berlin, en 1983. Elles ont créé une association « pour un accouchement autogéré » en s'inspirant des Birth Centers en Amérique, dans les années 70. Ce courant a été très encouragé par les sages-femmes et ainsi, a permis de voir naître la première maison de naissance à Berlin en 1987.

Ce mouvement s'est ensuite de plus en plus développé. Les maisons d'accouchements allemandes sont très petites, les accouchements y sont ambulants, la maman rentre chez elle 4 à 6 heures après la délivrance. [9]

Dans le cas d'un accouchement en maison de naissance, le suivi de la grossesse est effectué par une seule sage-femme qui sera assistée par une collègue lors de l'accouchement.

En Allemagne, dans les maisons de naissance, 90% des femmes accouchent en position verticale. Elles peuvent boire, manger, bouger librement. Seuls les accouchements jugés normaux sont autorisés dans ces structures. Les grossesses multiples ou

pathologiques ainsi que les cas susceptibles de complications sont systématiquement refusés. De plus, dans la plupart des cas, la maison de naissance se situe à 15 minutes maximum d'un hôpital pour le cas d'un éventuel transfert et se trouvent principalement dans les grandes villes.

Bien que ces structures soient totalement autorisées en Allemagne, la Sécurité Sociale ne rembourse pas intégralement les accouchements. Elle leur reconnaît pourtant un coup moindre qu'en structure hospitalière. La patiente qui souhaite un tel accouchement doit donc payer un complément qui varie de 300 à 700 euros, en fonction de sa caisse d'assurance maladie.

Malgré tout, cela n'empêche pas de plus en plus de femmes de choisir ce type d'accouchement.

2.4 Le cas du Royaume-Uni

En 1993, un rapport du Parlement anglais, « changer la naissance », propose une modification de l'organisation des soins. Ce rapport a été établi à partir du constat que l'accouchement en milieu hospitalier n'a pas prouvé sa supériorité en matière de sécurité. A partir de là, les femmes ont donc le droit de choisir leur lieu d'accouchement et l'Etat se doit de leur offrir ce choix. Il existe une obligation légale pour les hôpitaux de pourvoir à l'accompagnement des femmes qui ont choisi l'AAD par des sages-femmes de leurs services. [16]

Plus récemment, d'après les recommandations du Nursing Midwifery Council en 2006, la politique gouvernementale est de promouvoir le choix des femmes en matière de soin de grossesse et de lieu d'accouchement. Cela inclut la possibilité d'accéder aux soins à domicile et à l'AAD. [17]

Dans tout le Royaume-Uni en 2006, 18953 naissances sur 741952 au total ont eu lieu à domicile, contre 17277 en 2005. C'est une augmentation importante de 9,7% mais cela ne concerne que 2,5% du total des naissances au Royaume-Uni. [18] [19]

Mary Newburn, responsable de la recherche en périnatalité au National Childbirth Trust, s'exprime sur le sujet : « c'est très encourageant de voir que le nombre des AAD augmente, et que les femmes et leur partenaire bénéficient d'un plus large choix. Cependant, de nombreuses femmes du Royaume-Uni rencontrent encore des difficultés pour accéder à l'accompagnement global. Il y a un manque d'information manifeste pour pouvoir leur permettre de faire un choix en toute connaissance de cause sur le lieu de naissance du bébé. Le faible nombre de sages-femmes qualifiées a aussi pour conséquence

que cette option n'est pas proposée aux femmes ou que les services proposés sont annulés à la dernière minute. » [9]

En avril 2007, dans une déclaration conjointe, le Collège Royal des Sages-Femmes (RCM) et le Collège Royal des Obstétriciens (RCOG) soutiennent la naissance à domicile pour les femmes ayant des grossesses sans complication. Pour cela, une sélection avisée des grossesses à faible risque est très importante pour minimiser les complications éventuelles. En effet, à la suite de l'analyse des diverses données disponibles sur la pratique des naissances à domicile, on remarque des taux plus faibles d'intervention et une satisfaction maternelle plus élevée. Lorsqu'on étudie les récits des femmes qui ont accouché à domicile, il en ressort un sentiment de plus grand contrôle, de capacité personnelle et d'estime de soi. [20]

Le RCM et le RCOG estiment tous deux que pour atteindre une pratique optimale au sein des services de naissances à domicile, il est nécessaire que les systèmes et les structures d'organisations soient élaborés pour soutenir complètement ce service.

D'autre part, la politique périnatale du Royaume-Uni reconnaît que, pour la majorité des femmes, la grossesse et l'accouchement sont des étapes normales de la vie et que promouvoir l'expérience pour les femmes d'avoir le choix et un certain contrôle autour de la naissance peut avoir un effet significatif sur la santé et le développement des bébés.

Mais l'application de toutes ces recommandations n'est pas évidente et le taux de naissance à domicile au Royaume-Uni reste faible. Il est probable que si les femmes avaient véritablement le choix, ce taux atteindrait 8 à 10%. Cette absence de choix est notamment due au manque de sages-femmes.

2.5 Quelques informations sur la France

En France, aucune loi n'interdit l'accouchement à domicile. C'est d'ailleurs la seule alternative à l'accouchement en milieu hospitalier qui existe.

Selon le CIANE, en 2009, entre 1 et 2 % des 820 000 naissances annuelles se font à domicile en France. Cependant, ce ne sont que des estimations, car il est difficile de distinguer les AAD correctement suivis, de ceux subis et inopinés. [9]

Seule une soixantaine de praticiens, essentiellement des sages-femmes libérales, offrent la possibilité d'un AAD. Or, d'après le Collectif Naître chez soi, 60% des sages-femmes exerçant en libéral ont déjà été sollicitées pour réaliser un AAD mais seulement 4,4% d'entre elles acceptent d'en pratiquer, notamment en raison des problèmes

d'assurance. En 2008, elles ont ainsi réalisé 1052 AAD pour quelques 4500 demandes non satisfaites.

Certains professionnels observent une demande d'AAD de plus en plus forte, l'estimant entre 3 et 5% des grossesses, d'autres, comme le collectif Evolutionnaire AAD, affirment que 25% des Françaises sont désireuses d'accoucher chez elles. Une donnée qui vient nuancer la dernière enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) où plus de 95% des femmes se déclarent « très ou plutôt satisfaites » des conditions de la naissance de leur enfant. [21]

Cette augmentation de la demande d'AAD peut s'expliquer par le plan périnatalité 1995-2001 qui prévoyait la concentration du personnel et des moyens dans de grandes unités hospitalières. Une des conséquences a été le regroupement des lieux de naissance et donc la fermeture d'un grand nombre d'établissement. Ainsi, la France comptait 1379 maternités en 1975, 815 en 1997 et 584 au début 2008.

Mais les discussions autour de la périnatalité ont été nombreuses en France. Le 10 mars 2003, Jean-François Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, propose un plan où il fait part de son soutien aux professionnels de la naissance. Grâce à ce plan, vingt propositions ont pu être faites dont les deux suivantes :

- Proposer une politique périnatale, en différenciant la prise en charge du « bas risque » et du « haut risque » périnatal. Il souligne également l'importance du suivi personnalisé, privilégiant la continuité, l'idéal étant un suivi allant de la déclaration de grossesse à l'issue de l'allaitement.
- Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance en détectant dès le début de la grossesse le caractère physiologique, en informant la patiente sur l'offre de soins périnatals afin qu'elle puisse choisir le mode de prise en charge qu'elle souhaite entre le secteur public et libéral.

Il précise que « la possibilité de l'accouchement à domicile doit faire l'objet d'une réflexion spécifique concernant les conditions de sécurité ». Il estime également que le principe du libre choix par les patientes de leur praticien doit être respecté, permettant la prise en charge des grossesses et des accouchements par les sages-femmes libérales. [22]

Il est aussi important de parler du plan périnatalité 2005-2007 mis en place par Mr Douste-Blazy, ancien ministre de la santé et de la protection sociale qui visait à moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance. Les points forts de ce plan sont : plus d'humanité, plus de proximité, plus de sécurité et plus de qualité. Les mesures

préconisées visent à améliorer la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Certaines de ces recommandations encouragent l'accompagnement global. Ce plan mentionnait aussi l'expérimentation de lieux non médicalisés comme les maisons de naissance pour les accouchements dits physiologiques. Le décret permettant cette phase d'essai n'est toujours pas paru. [23]

3 Principes actuels de l'accouchement à domicile en France

3.1 Les compétences des sages-femmes

Selon la définition dite internationale, reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé, la Confédération Internationale des sages-femmes et la Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens :

« 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 de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'un accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses 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. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents [...] La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »

Cette définition n'aborde pas les limites de la profession.

Les sages-femmes doivent donc se référer à de nombreux textes législatifs.

Concernant les actes pour lesquels elle est compétente, l'article L4142-1 du code de la santé publique, modifié en juillet 2011, stipule que : *« 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 postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant (...) »*. [24]

Les limites de la profession de sage-femme sont exposées dans l'article L4151-3 du code de la santé publique : *« En cas de pathologie maternelle, fœtale 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 (...) ».

Les sages-femmes sont également régies par un code de déontologie. L'article R.4127-318 énumère de façon non limitative certains actes qu'elles peuvent pratiquer. Les autres articles citent les modalités des moyens techniques, du matériel, du lieu d'exercice de la profession...

Tous ces textes législatifs qui encadrent la profession de sage-femme définissent les compétences de cette dernière dans le cadre de l'eutocie. En cas de pathologie, la sage-femme doit orienter sa parturiente vers un médecin spécialiste.

3.2 L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales a été créée en 1983, elle est régie par la loi de 1901. Son but est de revaloriser et de défendre la profession de sage-femme libérale en France. Pour cela, elle s'est fixée 7 objectifs :

- « - Œuvrer pour le regroupement des sages-femmes libérales en France*
- Favoriser l'information et la formation des sages-femmes libérales*
- Mettre en commun et analyser la pratique professionnelle des sages-femmes libérales en France*
- Développer avec la population de meilleures conditions de maternité/paternité et favoriser la prise de conscience individuelle et collective des femmes et des hommes face à la naissance, à la santé, à la prévention*
- Intervenir auprès des organismes d'Etat (ministères, sécurité sociale...) afin d'informer les gestionnaires de l'Etat sur la pratique professionnelle des sages-femmes libérales et de leur apporter toute analyse leur permettant de légiférer en connaissance de cause*
- Intervenir auprès des médias afin que l'information soit la plus complète et la plus claire possible pour favoriser les choix des populations et des sages-femmes libérales en matière de naissance, sexualité, santé et prévention (par publications, conférences, séminaires, colloques, tables rondes et autres manifestations).*
- Participer à un travail unitaire avec les sages-femmes salariées (secteur public et privé) en adhérant à une Fédération des Associations des sages-femmes dans la diversité des exercices professionnels. »*

Depuis sa création, l'ANSFL participe aux réflexions et avancées sur les possibilités de lieux de naissances (plateaux techniques, domicile, maisons de naissances).

En ce qui concerne la pratique des accouchements en libéral, elle s'efforce d'avoir des données chiffrées pour analyser et évaluer cette pratique et ainsi permettre une reconnaissance de l'accompagnement global. [25]

3.3 La Charte de l'accouchement à domicile

Afin de guider les sages-femmes qui ont choisi de pratiquer l'accompagnement global avec accouchement à domicile, l'ANSFL a créé la Charte de l'accouchement à domicile en 2002. Celle-ci a été modifiée en 2009.

A l'aide de 9 items, elle donne les règles élémentaires de bonne pratique et de prudence nécessaires à toute naissance à domicile. Les conduites à tenir en fonction des situations sont laissées à l'appréciation de la sage-femme qui « définit son champ de compétences et indique les limites de son exercice (code de déontologie) ».

Voici les 9 items :

I - La démarche initiale provient du désir du couple. Les parents souhaitant mettre au monde leur enfant à domicile doivent en avoir fait la demande, ils peuvent expliquer leurs motivations et sont conscients de la part de responsabilité qu'ils prennent. Toute sage-femme doit avant de s'engager dans une naissance à domicile avoir analysé l'ensemble de la situation dans ses composantes médicales (physique et psychique), familiale et sociale. Il est essentiel que puisse s'établir une relation de confiance partagée.

II - 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 (code de déontologie des sages-femmes). Ces éléments sont précisés sur un document écrit, signé par les parents. Ce document peut être la charte ANSFL de l'AAD enrichie des éléments spécifiques à chaque sage-femme.

III - Accompagnement global : L'accouchement et le suivi postnatal doivent être pratiqués par la ou les sages-femmes ayant effectué le suivi de la grossesse (ou leur remplaçante désignée).

IV - La préparation de la naissance doit tenir compte du climat relationnel et affectif qui entourent les futurs parents et envisage les aspects matériels de l'AAD. Elle vise à créer un climat serein et confiant sans lequel l'accouchement à domicile deviendrait contre-indiqué.

V - L'accouchement à domicile ne peut être envisagé qu'après une grossesse normale (c'est-à-dire sans pathologie telle que l'hypertension, diabète, toxémie, etc) chez une femme en bonne santé. Toute pathologie au cours de la grossesse doit entraîner une

consultation ou un transfert vers un autre professionnel. Lorsque le problème est réglé la SF peut reprendre le suivi médical de cette grossesse.

VI - Les circonstances de la naissance doivent être physiologiques et ne pas présenter de risque majoré de complication (siège, gémellaire). L'accouchement doit avoir lieu entre 37 et 42 SA. Les moyens utilisés pour apporter de l'aide à chaque femme pendant son accouchement sont avant tout la mise en valeur de ses propres capacités, ainsi que les savoir-faire liés à l'expérience de chaque SF. L'enfant surveillé régulièrement pendant la travail et l'expulsion ne montre pas de signes de souffrance.

L'indication d'ocytociques au cours de la dilatation et avant que l'enfant ne soit engagé, ou de morphiniques pendant le travail impose le transfert, en raison des effets secondaires qu'ils peuvent provoquer.

VII - La sage-femme peut être amenée à transférer la femme vers une maternité pendant le travail, l'accouchement ou pendant les suites de couche, à chaque fois que la situation n'est plus de sa compétence (définie et listée dans le code de déontologie), lorsque l'accouchement requiert une technique telle que la pose d'une analgésie, la stimulation des contractions, l'utilisation d'un forceps, ventouse etc, ou si le couple en fait la demande en cours d'accouchement.

Pour le confort de la femme, et une continuité correcte des soins, le transfert doit toujours être préparé :

- En sachant vers quelle maternité ce transfert aura lieu et, si possible, en ayant informé cette maternité de cette éventualité (au moins une consultation dans la structure du transfert éventuel, pour constitution du dossier médical et présentation du projet d'AAD).
- En ayant prévu le moyen de transport (voiture personnelle, pompier, SAMU...).

VIII - Les soins que nous prodiguons à la mère et au nouveau-né s'appuient sur des preuves scientifiques.

IX - La sage-femme s'engage à participer à l'évaluation de sa pratique par l'utilisation des dossiers ANSFL-AUDIPOG. Ce dossier comprend la surveillance de la grossesse ainsi que celle du travail à l'aide d'un partogramme, et contient le résumé du suivi des suites de couches. Cette évaluation permet une analyse des situations qui ont posé problème, pour une évolution et une remise en question permanente des pratiques. [25]

Grâce à ce 9e item, ces dossiers sont analysés depuis 1997.

Il arrive souvent que cette charte serve de « contrat » entre la sage-femme et le couple.

3.4 Le choix de la patiente

En 1988, le Parlement européen a établi une charte européenne des droits de la parturiente qui précise, entre autre, que :

« - l'accouchement ne peut se dérouler dans un climat de sérénité que lorsque la femme bénéficie d'une assistance appropriée de la part d'un personnel spécialisé, qu'elle choisisse d'accoucher en milieu hospitalier ou à domicile (...) »

En effet, chaque couple est en mesure de choisir les modalités de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement à partir du moment où il a reçu toutes les informations nécessaires.

Cependant, cette charte n'a jamais été ratifiée par la France.

L'article 1 de la Charte de l'accouchement à domicile cite que « la démarche initiale provient du désir du couple ». [25]

Le choix d'un AAD émane d'une longue réflexion de la femme et du couple. Il nécessite une grande maturité du couple.

Selon la National Birthday Trust Fund (organisme ayant permis de mettre en place une étude sur la maternité et la santé de l'enfant en Grande-Bretagne), ce choix est fait pour différentes raisons :

- 30% évoquent le besoin d'intimité, de respect
- 25% évoquent le côté pratique, commode, la présence de la famille
- 24% évoquent une réduction du stress et une réelle implication
- 11% évoquent un accouchement hospitalier mal vécu
- 10% évoquent un précédent accouchement à domicile bien vécu
- 10% évoquent la peur de l'hôpital, le rejet des protocoles et règlements
- et enfin, 4% évoquent l'accompagnement global et la continuité des soins. [19]

De l'analyse de nombreux témoignages lus, les mêmes motivations sont souvent retrouvées :

- la volonté de se réapproprier la naissance de leur enfant, d'être respectés en tant que parents responsables
- le refus de l'hyper médicalisation, c'est-à-dire l'absence de direction du travail, d'analgésie péridurale, de perfusion, de monitoring en continu...
- Le respect de l'intimité
- La personnalisation de la prise en charge, avec l'accompagnement de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches par une seule et même personne.
- Le désir d'impliquer le père dans l'accouchement et dans la préparation de celui-ci

- Le bien-être de la maison, d'être dans un environnement connu...

Les couples qui entreprennent cette démarche se réfèrent très souvent aux textes législatifs qui évoquent le libre choix du lieu de naissance afin de défendre leur projet auprès de leur entourage et également auprès du corps médical qui désapprouve souvent cette décision. Par exemple, le guide pratique des soins liés à l'accouchement normal de l'OMS précise « *le respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de naissance* ». Le code de déontologie de la sage-femme comprend également un article sur le respect du choix de la patiente, article R4127-306 : « *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 (...)* ».

Afin de faire valoir ce droit, certains 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 prône le suivi personnalisé, la responsabilisation et la participation active des parents, les lieux de naissances respectueux des parents, de l'enfant. Paul CESBRON soutient avec ferveur ces associations : « *(...) ces associations exigent le respect des femmes, des pères, des enfants, de l'intimité, des corps, les consciences et de l'eutocie, quand la pathologie est absente. Professionnels, nous avons tout à gagner à les écouter, mais plus encore à les associer à nos pratiques, pas seulement pour avoir la paix, mais plus encore pour mieux comprendre notre fonction et ainsi mieux la remplir.* » [4]

3.5 La sélection des femmes

Aucun texte législatif n'existe quant à une liste de contre-indications à l'AAD. La sélection des femmes appartient donc à la sage-femme. Cette sélection se doit d'être rigoureuse. La grossesse doit être complètement physiologique et le travail puis l'accouchement eutociques.

L'OMS propose la définition suivante d'une naissance normale : « 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 37^e et 42^e semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien. » [26]

Le groupe d'étude de l'ANAES, en 2002, classe dans la catégorie de population à faible risque les parturientes qui ne présentent aucun des caractères suivants :

- Antécédents maternels : Hypertension, diabète, utérus cicatriciel, enfants présentant des séquelles de traumatisme obstétrical ou d'hypoxie néonatale
- Grossesse pathologique ou à risque : hémorragie au cours de la grossesse, anomalie placentaire, anomalie congénitale, grossesse multiple, restriction de croissance intra-utérine
- A l'admission : terme dépassé (> 42 SA), prématurité (< 37 SA), hypotrophie, rupture prolongée des membranes (> 24h), hydramnios, anomalie du RCF à l'admission
- Au cours du travail et de l'accouchement :
 - anomalie à l'auscultation (bradycardie, tachycardie, ralentissements), anomalie du RCF dans le cas d'un enregistrement à l'admission
 - métrorragies, température > 38°C
 - anomalie obstétricale : présentation dystocique, liquide (oligoamnios, liquide méconial)
 - utilisation d'analgésiques, anesthésie péridurale.

Dans son document, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction de situations à risque identifiées », la HAS précise le type de suivi approprié (type de professionnel de santé, niveau de l'établissement. [27] (annexe II)

A ces deux textes, s'ajoutent la Charte de l'accouchement à domicile qui propose un référentiel des bonnes pratiques. Une vague liste de contre-indications est proposée mais cette charte insiste surtout sur la préparation du couple, le consentement éclairé et les modalités de l'accompagnement global.

La sage-femme dispose également de la liste d'indications obstétricales de Klosterman proposée par les Pays-Bas. (annexe I)

Toutes ces publications permettent à la sage-femme de sélectionner les parturientes le plus strictement possible.

3.6 L'assurance responsabilité civile

Depuis mars 2002, d'après l'article L1142-2 du code de la santé publique, tous les professionnels de santé exerçant à titre libéral doivent avoir une assurance responsabilité civile, afin de pouvoir indemniser les victimes des accidents médicaux (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé modifiée par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009). « *Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, (...) exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins (...) sont tenus de souscrire à 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. »

Depuis 2004, une absence d'assurance peut entraîner des sanctions disciplinaires (article L1142-2 du code de la santé publique), une amende de 45000€ et une interdiction d'exercer. (article L1142-25 du code de la santé publique.) [24]

Les sages-femmes libérales doivent donc souscrire à ce type d'assurance. Pour la plupart d'entre elles, s'assurer ne pose pas de problème sauf pour la pratique de l'accouchement à domicile. En effet, la majorité des assureurs a choisi de se désengager des « risques » liés à ce mode d'exercice. Ceux qui proposent une assurance le font à des tarifs démesurés au vu des honoraires perçus par une sage-femme appliquant les tarifs conventionnels. (annexe III)

Les sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile le font, en majorité, sans assurance. Elles en informent les parents au début du suivi de grossesse. Le risque est connu et partagé quand il est accompagné de documents écrits d'entente mutuelle. Ces documents sont rarement signés, peut-être à tort, les deux parties estimant que l'établissement d'une relation de confiance est suffisant. Les parents sont donc conscients, à priori, qu'en cas de problème, la réparation pour dommages et intérêts sera limitée aux biens personnels de la sage-femme.

L'ANSFL recherche actuellement une solution afin de réussir à mettre en place une couverture assurantielle prenant en compte toutes les activités de la profession et correspondant à l'ensemble des besoins.

Récemment, en septembre 2011, le rapport de la cour des comptes de la sécurité sociale note : *« Le projet d'accouchement à domicile, qui ne fait l'objet d'aucun encadrement réglementaire, comprend une prise de risque dès lors que le système de soins n'est pas organisé pour assurer le transfert et l'accueil des patientes en cas de nécessité. Ainsi, l'absence d'assurance constitue une situation tout à fait anormale qui ne peut perdurer. Il convient donc que l'Etat fasse strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle. »* [28]

En ce qui concerne l'absence d'assurance, la cour des comptes précise tout de même qu' *« en France, aucune assurance n'accepte aujourd'hui de couvrir à un tarif compatible avec des revenus de sages-femmes la responsabilité civile professionnelle dans le cas d'accouchements à domicile. »* [28]

En interdisant la pratique d'AAD programmés, ne risque-t-on pas d'inciter les femmes à accoucher à la maison sans assistance ?

4 Qu'est-ce que l'accompagnement global ?

4.1 Définitions

L'AAD ne peut être envisagé sans un accompagnement global. Cette notion d'AG fut évoquée par un ensemble de sages-femmes lors de la création de l'ANSFL en 1983. Une définition simple et claire de ce concept fut donnée en 2002, par Jacqueline LAVILLONNIERE, présidente de l'ANSFL à cette époque : « *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 postnataux de la mère et de l'enfant.* » [29]

Cela sous-entend que l'accompagnement médical d'une grossesse physiologique doit se faire par une seule et même personne, en général une sage-femme. L'objectif principal est l'établissement d'une réelle relation de confiance.

Lors d'un suivi de grossesse en milieu hospitalier, un couple est amené à rencontrer de nombreux intervenants. En effet, en 1997, dans son guide pratique pour des soins liés à un accouchement normal, l'OMS fait la remarque suivante : « *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 ».* » Les choses ont bien sûr évolué depuis ce constat. Néanmoins, il n'est pas rare qu'une patiente présentant une grossesse physiologique, suivie et accouchant dans un centre hospitalier universitaire rencontre tout de même entre sept et dix sages-femmes tout au long de sa grossesse.

Or, il a été nettement défini que la relation de confiance réciproque qui s'installe, lors d'un AG, entre une femme, un couple et une sage-femme est la base de la prévention. Le couple devient alors plus responsable, plus acteur et un couple qui se responsabilise est beaucoup plus à l'écoute des changements physiques ou physiologiques qui interviennent lors d'une grossesse. Jacqueline LAVILLONNIERE explique d'ailleurs que « *C'est dans une vision globale de l'individu, dans son univers familial que se trouvent les premiers indices d'un dérèglement pouvant aboutir à une pathologie.* »

4.2 L'investissement de l'OMS et de la HAS

L'OMS soutient également la nécessité d'un accompagnement personnalisé où la parturiente se trouve au cœur du système de soins. Cette notion se retrouve lors de la Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement à Fortaleza Brésil en 1985 : « *Tout 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.* » (annexe IV)

La HAS s'est associée à l'OMS et a écrit un fascicule en 2005 : « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » et ainsi préconiser le suivi des grossesses normales, par un groupe restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par une même personne de référence en articulation avec un réseau organisé, base d'une prévention précoce.

Beaucoup d'organismes préconisent l'AG.

4.3 Un consentement éclairé

La sage-femme se doit de donner tous les éléments, toutes les informations nécessaires pour que le couple prenne lui-même les décisions concernant la naissance. La Charte des droits de la parturiente (annexe V) signale 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 tout en sachant que certains examens ou prescriptions sont rendus obligatoires par des textes et des lois. L'article R4127-334 du code de la santé publique stipule : « *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.* » [24]

4.4 L'accompagnement global : une continuité des soins

Une continuité chronologique des soins est la base de cet accompagnement. Idéalement, il comprend le suivi de la grossesse, l'accouchement, se poursuit au cours de la surveillance du post-partum et même souvent jusqu'à la rééducation périnéale.

- Suivi prénatale : les consultations ont lieu tous les mois, le plus souvent au cabinet de la sage-femme libérale. Il en est de même pour les huit séances de préparation à la naissance, habituellement individuelles.

- Suivi per natal : L'accouchement peut avoir lieu à domicile, dans une structure publique ou privée si la sage-femme a accès à un plateau technique. La sage-femme en charge de l'accouchement est bien sûr celle qui a suivi la grossesse.

- Suivi postnatal : il s'effectue à domicile si la naissance y a eu lieu ou à la suite d'un retour précoce si la patiente a accouché en structure hospitalière. La sage-femme assure la surveillance clinique de la mère et de l'enfant, observe la mise en place de la relation parents-enfant, aide la mère pour les soins du nouveau-né, la mise en place de l'allaitement quel qu'il soit

Selon S. Janin et M. Trelaün, sages-femmes libérales pratiquant l'AG : « *Choisir un accompagnement global de la naissance, c'est choisir une personne qui guide le couple tout au long de cette période sensible, pleine d'espoirs et d'inquiétudes.* »

Elles évoquent deux dimensions de cette prise en charge globale :

«- *Une dimension horizontale : avec la notion de continuité dans le temps : c'est une seule et même personne qui est présente tout au long de la grossesse, au moment de la naissance et des suites proches.*

- *Une dimension verticale : avec la notion de prise en charge globale de l'être, du couple, de la famille. Au cours de cet accompagnement, on prend le temps, le temps de se connaître, de se faire confiance. Le père, la mère et l'enfant y trouvent chacun leur place.*

La sage-femme est là, non pas pour se charger de la grossesse, mais plutôt pour aider le couple à trouver la confiance qui leur permettra de la prendre en main eux-mêmes. Le point culminant de cet accompagnement est le moment de la naissance : en permettant aux mères de donner la vie elles-mêmes. » [30]

Cette continuité permet au couple d'accorder sa confiance à l'interlocuteur choisi et ainsi d'exprimer plus librement, ses doutes ou inquiétudes. Elle permet également de gagner un temps précieux puisque la sage-femme connaît sa patiente, son histoire et il est ainsi inutile de réexpliquer sans cesse les événements qui ont pu marquer la grossesse. Mme LAVILLONNIERE s'exprime à ce sujet : « *la globalité de la femme enceinte permet à celle-ci d'être le premier intervenant de son homéostasie. La parturiente informe le professionnel de tout changement significatif pour elle, lui apportant les éléments d'un diagnostic plus juste.* » En connaissant l'univers du couple, l'AG apparaît comme un véritable moyen de prévention pour la femme, comme pour l'enfant. De plus, il respecte un suivi médical réglementé en partenariat avec un réseau de santé indispensable comme l'échographiste, l'anesthésiste, le gynécologue obstétricien, la PMI...

Enfin, un AG ne signifie pas forcément un AAD. En effet, depuis la loi EVIN du 19 mai 1991, les sages-femmes libérales peuvent avoir accès aux plateaux techniques des maternités pour la pratique de leurs accouchements. Cependant, les sages-femmes ont encore beaucoup de difficultés à obtenir cet accès, malgré l'existence d'un cadre législatif.

DEUXIEME
PARTIE :
Etude

1 Présentation générale de l'étude

1.1 Objectifs

Cette étude avait pour but d'essayer de comprendre ce que recherchent les femmes et les couples qui ne souhaitent pas accoucher à l'hôpital et les raisons qui ont motivé ce choix.

Ma question de départ était la suivante : « les femmes/couples ayant fait le choix d'un AAD ont-ils un profil-type ? ». Par profil-type, j'entendais entre autre, la situation sociodémographique, le nombre d'enfants, les lieux des précédents accouchements, les raisons de ce choix...

1.2 Hypothèses

- Il existe un profil-type des patientes faisant le choix d'accoucher à domicile ;
- Les femmes accouchant à domicile désirent un accompagnement personnalisé ;
- Le respect de la physiologie est une des motivations dans le choix d'un AAD.

1.3 Méthodologie

1.3.1 Sélection de la population concernée

Afin d'obtenir un nombre représentatif de femmes ayant accouché à domicile et/ou en ayant eu le souhait, j'ai choisi de transmettre un questionnaire par internet.

Dans un premier temps, j'ai posté des messages sur différents forums parlant de l'AAD, en invitant les femmes concernées et intéressées à me contacter par e-mail.

Grâce au site internet « Naître chez soi », j'ai transmis le questionnaire à des associations soutenant l'AAD dans différentes régions de France.

Enfin, grâce au site de l'ANSFL, j'ai pu avoir accès à une liste répertoriant les SF pratiquant l'AAD.

Dans cette étude, j'ai exclu les couples ayant accouché inopinément à domicile ainsi que ceux ayant fait le choix d'accoucher à domicile sans assistante. J'ai également exclu les couples ayant accouché à domicile dans un autre pays que la France.

1.3.2 Lieu et période de l'étude

L'étude s'est déroulée du 15 octobre 2011 au 15 décembre 2011, au niveau national.

1.3.3 Choix de l'outil

J'ai choisi d'interroger les patientes à l'aide d'un questionnaire (annexe VI).

Une 1ère partie comprenait 9 questions à choix multiples afin d'essayer de définir la situation sociodémographique de chaque femme/couple.

Une 2e partie était divisée en 3 sous-parties :

- la 1ère sous-partie était destinée à toutes les femmes. Elle comprenait des questions ouvertes notamment sur les raisons du choix d'un AAD, les connaissances sur d'autres lieux d'accouchement éventuels, l'entourage...
- la 2e sous-partie était destinée aux femmes pour qui l'AAD était le tout premier accouchement, avec des questions ouvertes sur le déroulement du travail, l'accouchement, le post-partum...
- la 3e sous-partie était destinée aux multipares et comprenait des questions sur les différences avec un accouchement à l'hôpital pour celles qui l'ont vécu, la gestion des aînés...

J'ai ainsi envoyé 140 questionnaires, 140 sont revenus. Dans ces 140 questionnaires, 5 AAD s'étaient déroulés dans un pays étranger et 2 AAD s'étaient passés sans assistance. J'ai donc pu exploiter 133 questionnaires.

J'ai également effectué 3 entretiens auprès de couples ayant accouché à domicile afin de pouvoir compléter mon étude.

2 Présentation des résultats des questionnaires

2.1 Situation sociodémographique des couples interrogés

▲ La situation familiale

Sur les 133 couples ayant répondu aux questionnaires, 130 femmes vivent avec le père de l'enfant. Trois femmes sont actuellement célibataires. Dans ces 3 cas, le père était présent lors de la naissance de l'enfant mais le couple s'est séparé depuis.

▲ La parité

71% (n=95) des femmes qui souhaitaient un AAD avaient déjà un ou plusieurs enfants et 29% (n=38) des femmes étaient primipares.

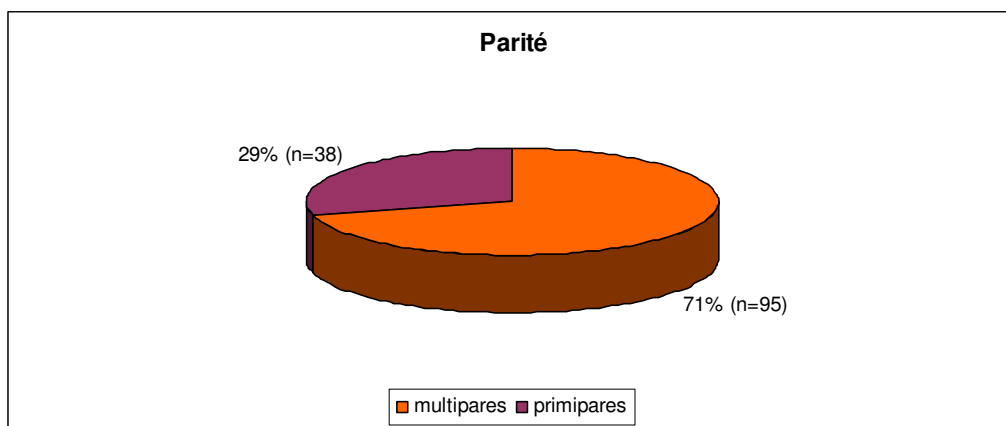


Figure 1 : Pourcentage de primipares et de multipares

56% (n=53/95) des multipares avaient au total 2 enfants, 31% (n=29/95) en avaient 3.

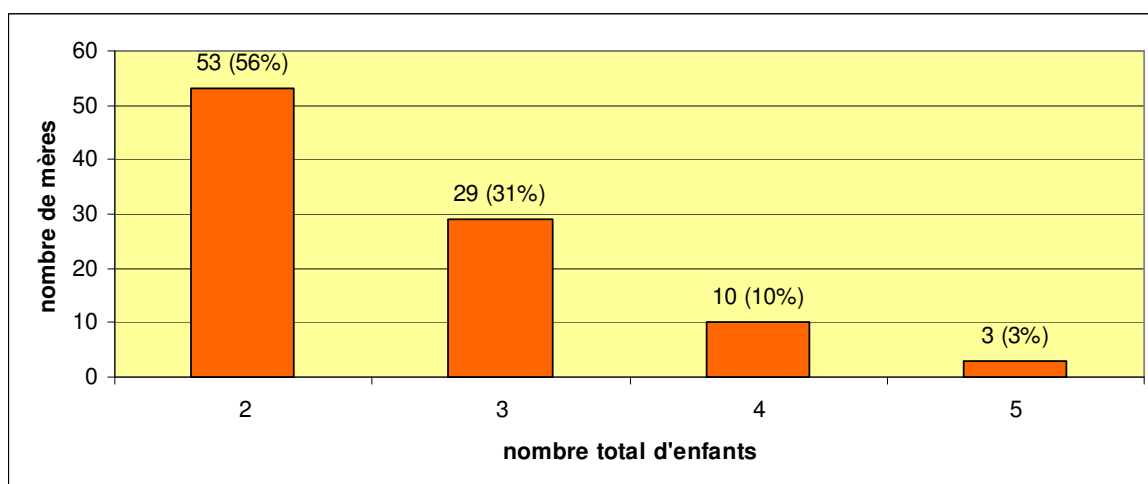


Figure 2 : nombre total d'enfants chez les multipares

Parmi les femmes multipares, 75% (n=71/95) avaient accouché précédemment en hôpital public ou privé. Environ 25% (n=24/95) d'entre elles avaient déjà accouché à domicile pour leur(s) précédente(s) grossesse(s). Les 3% (n=3/95) de femmes restants avaient accouché soit en plateau technique, soit en MdN à l'étranger.

▲ L'âge des parents

Deux des trois femmes actuellement célibataires n'ont pas souhaité donner d'informations concernant le père de l'enfant. Le nombre total de père est donc de 131, celui des mères est de 133.

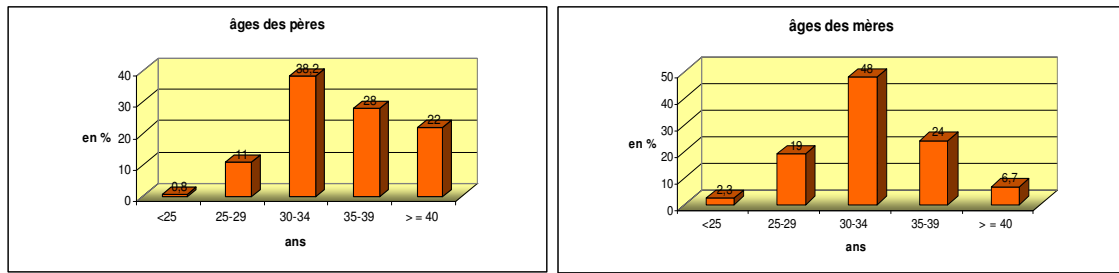


Figure 3 : âge des parents

88,2% (n=116/131) des pères et 78,7% (n=105) des mères étaient âgés de plus de 30 ans. 38,2% (n=50) des pères ont entre 30 et 34 ans et 48% (n=64) des mères sont également entre ces 2 âges.

▲ Origines géographiques des parents

95% (n=127) des femmes et 87% (n=114/131) des hommes sont d'origine française. Parmi les origines étrangères on retrouve l'Allemagne, l'Argentine, la Belgique, le Canada, la Colombie et la Suisse pour les femmes. Du côté des hommes, ce sont les origines africaines (Algérie, Afrique du Sud...), des pays de l'est (Slovaquie, Roumanie) ainsi que les origines belges, hollandaises qu'on retrouve.

▲ Niveau d'études du couple

68% (n=91) des femmes et 45% (n=59/131) des hommes ont un niveau d'études supérieures.

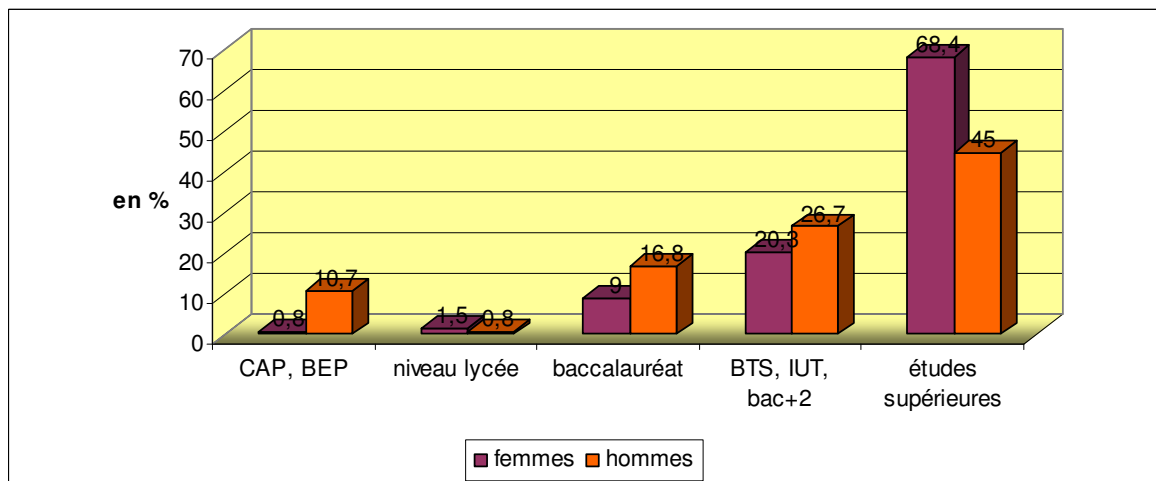


Figure 4 : Niveau d'études du couple

▲ La profession des parents

55% (n=73) des mères et 34,4% (n=45/131) des pères appartenait à la catégorie socioprofessionnelle des professions intermédiaires. 20% (n=26/131) des pères étaient dans la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » contre 9,7% (n=13) des mères.

Parmi les 22 femmes sans activité professionnelle, 2 étaient en congé parental et 1 était étudiante. Parmi les 10 hommes sans activité professionnelle, 3 étaient en congé parental et un autre était étudiant.

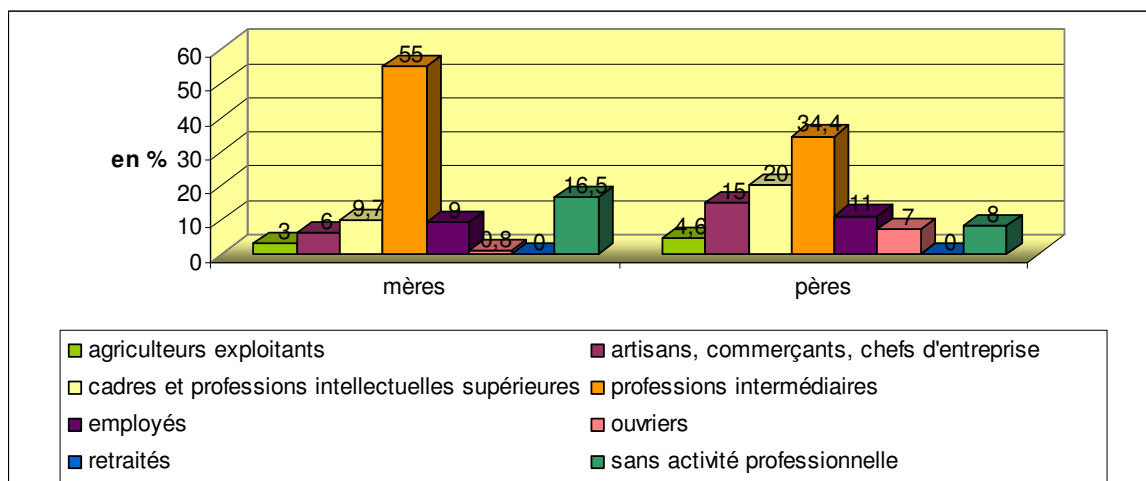


Figure 5 : catégories socioprofessionnelles des parents

Il n'est pas évident de savoir exactement à quels métiers correspondent ces catégories. J'ai donc choisi de créer des groupes de professions :

- médical/paramédical
- enseignement/éducation/social
- directeur/chef d'entreprise/cadre/ingénieur
- employé/ouvrier/agriculteur/artisan
- sans profession.

46% (n=60/131) des pères et 29% (n=38/133) des mères sont employés, ouvriers, agriculteurs ou artisans.

22% (n=29/131) des pères et 27% (n=36/133) des mères travaillent dans l'enseignement, l'éducation ou le social.

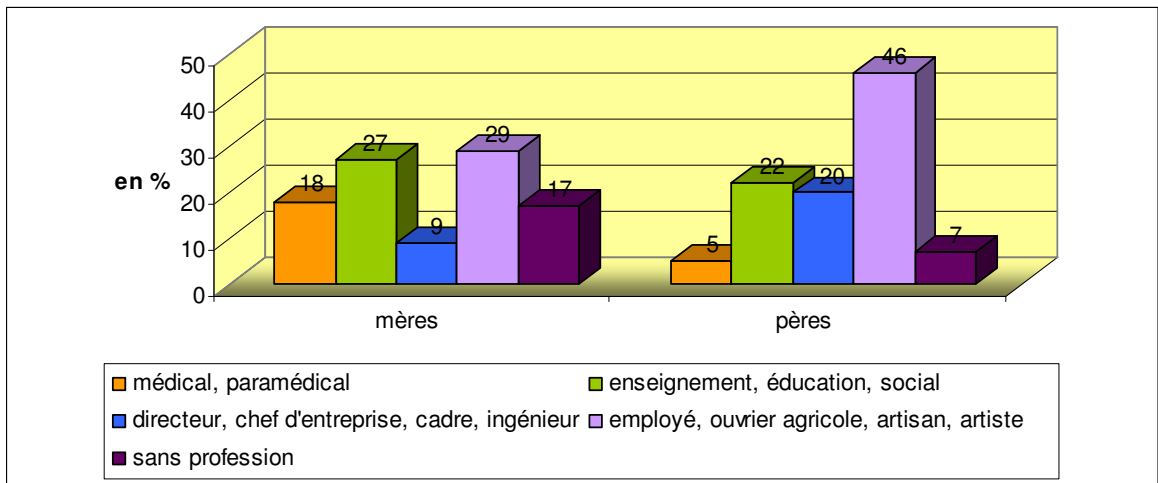


Figure 6 : Professions des parents

▲ Le lieu de vie du couple

57% (n=75/133) des couples vivaient à la campagne, 32% (n=43/133) vivaient en ville et 11% (n=15/133) en périphérie urbaine.

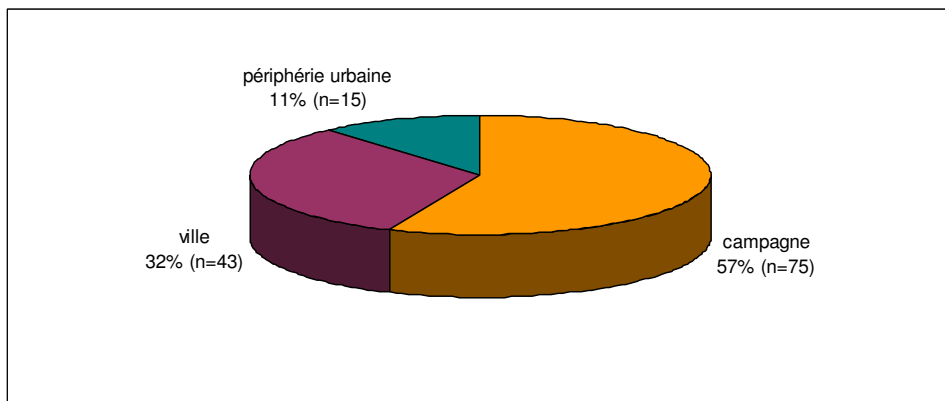


Figure 7 : zones d'habitation des couples

67% (n=90) des couples vivaient dans une maison, 26% (n=34) vivaient en appartement et 7% (n=9) dans un autre type d'habitation. Parmi ces 9 couples, 5 vivaient en yourte, 3 en roulotte et 1 en bus.

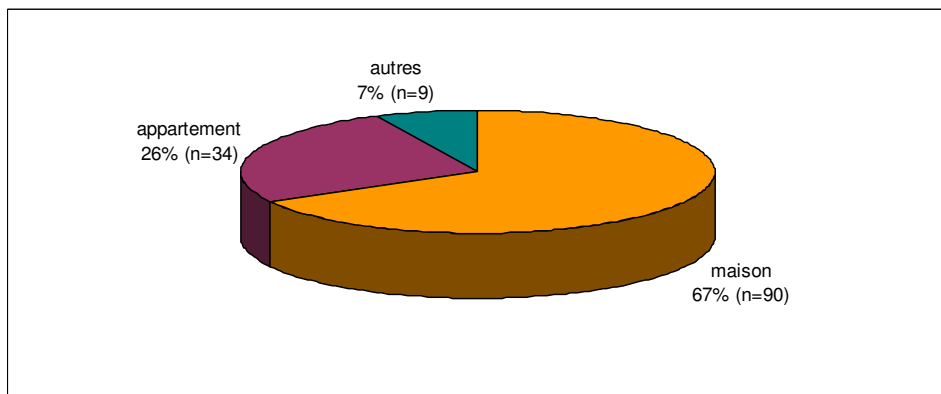


Figure 8 : types d'habitations des couples

2.2 Renseignements concernant le projet de naissance

▲ Moment du choix de l'AAD

68% (n=91) des couples avaient fait le choix d'un AAD avant la grossesse, 20% (n=26) au 1er trimestre de la grossesse.

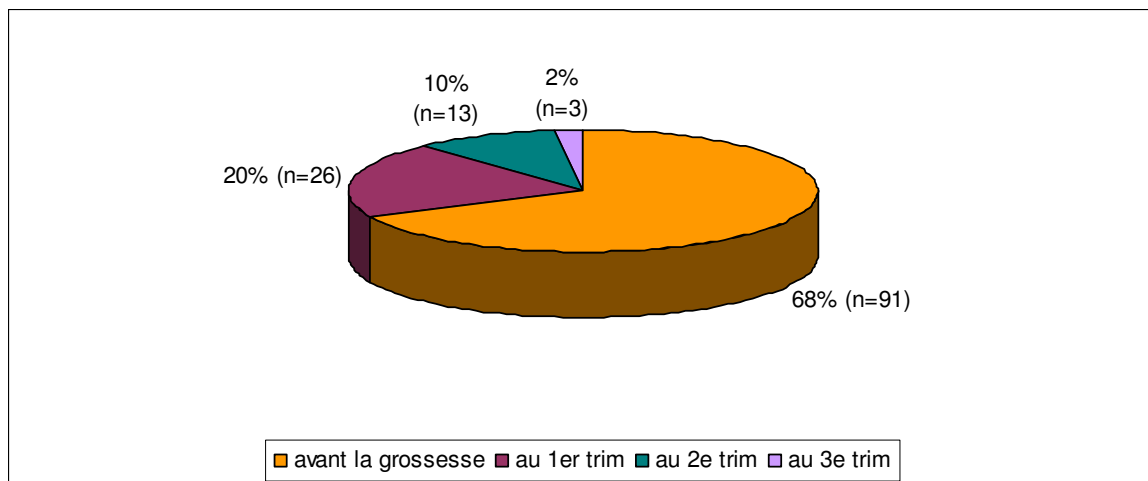


Figure 9 : Moment du choix de l'AAD

▲ Le choix d'un AAD

Dans 58,6% (n=78) des cas, le choix de l'AAD était avant tout un choix venant de la mère. Pour 14 de ces 78 couples, le choix était en 1er lieu un choix venant de la mère puis est devenu un choix de couple par la suite.

40,6% (n=54) des personnes interrogées affirment que ce choix était un choix de couple dès le départ.

Dans 1 couple, c'est le conjoint qui à fait cette proposition.

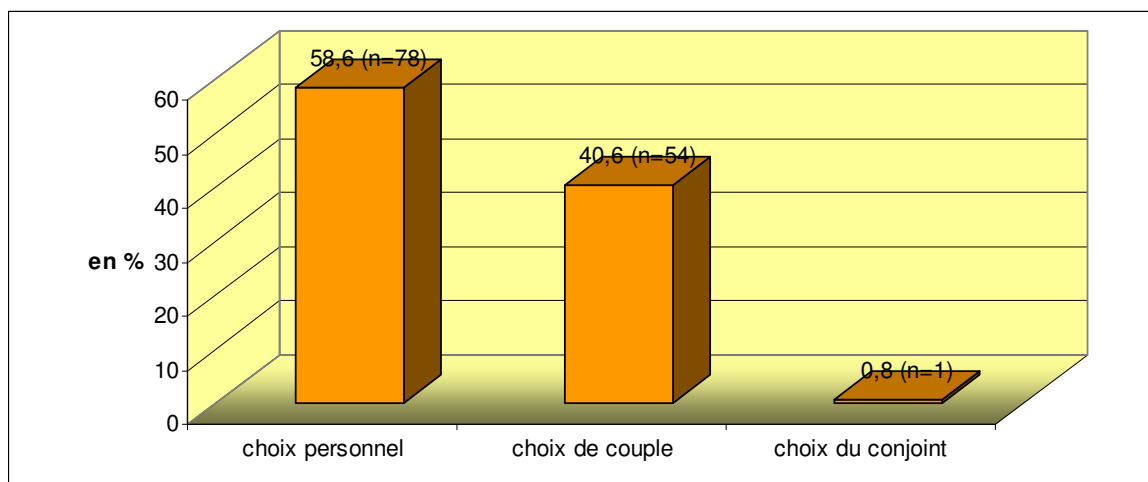


Figure 10 : De qui venait le choix d'un AAD ?

▲ Motivations d'un AAD

- 66 couples sur 133 (50%) ont exprimé le refus d'une surmédicalisation comme motivation dans le choix d'un AAD.
- 61 couples (46%) ont plutôt évoqué le besoin d'intimité, de tranquillité.
- 59 couples (44%) ont parlé du respect de la naissance et d'un accouchement le plus naturel possible.
- 48 couples (36%) ont mentionné l'accompagnement global et la confiance envers la SF ayant effectué cet AG.
- 34 couples (26%) étaient rassurés par le bien-être d'un lieu connu.
- 31 couples (23%) ont souhaité être acteur de l'évènement.
- 28 couples (21%) ont voulu que le père et/ou la fratrie soient présents.
- 15 couples (11%) ont envisagé l'AAD suite à un accouchement en milieu hospitalier mal vécu.

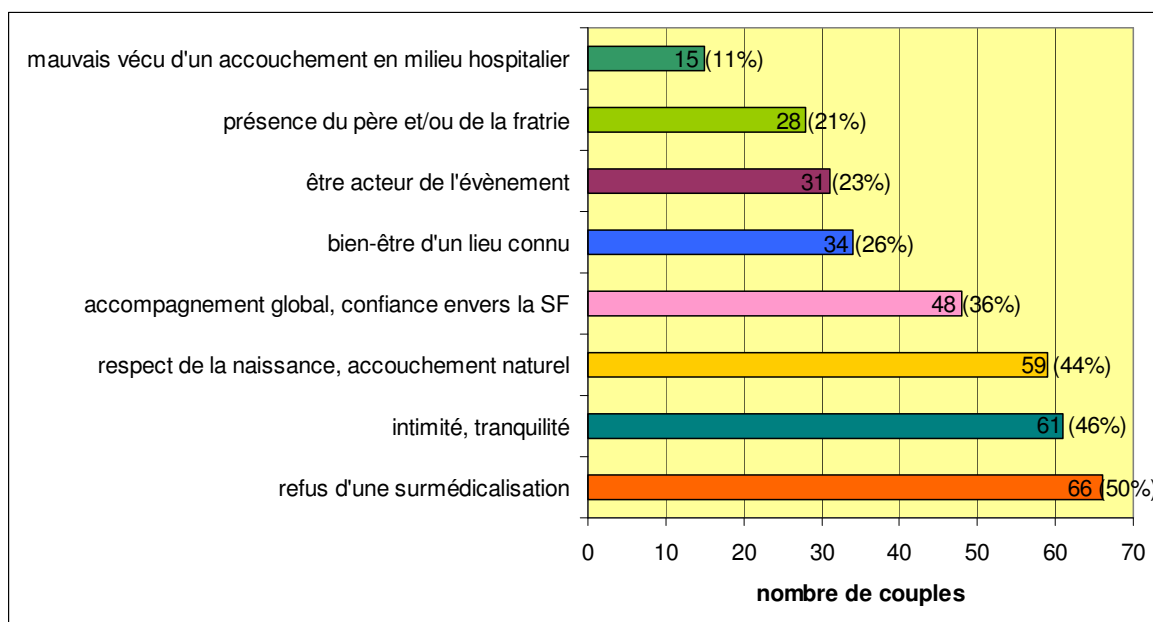


Figure 11 : Motivations d'un AAD

▲ Informations reçues sur l'AAD

76 couples avaient obtenu des informations sur l'AAD par la famille ou les ami(e)s. Parmi ces 76 couples, 12 avaient également eu des informations par l'intermédiaire d'internet. 49 couples s'étaient servis d'internet pour s'informer sur l'AAD.

Les autres sources d'informations citées par 32 couples étaient :

- Les associations
- Un professionnel de santé
- Des lectures

- Le visionnage de films

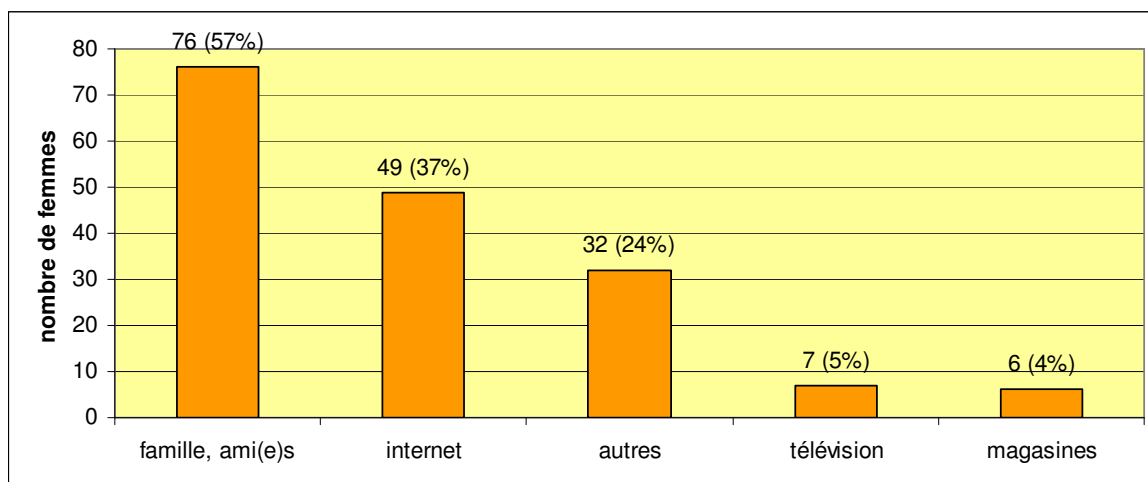


Figure 12 : Informations sur l'AAD

▲ Personnes dans l'entourage ayant accouché à domicile

84% (n=112) des femmes connaissaient quelqu'un dans leur entourage qui avait déjà accouché à domicile. 16% (n=21) des femmes ne connaissaient personne ayant accouché à domicile avant qu'elles accouchent elles-mêmes à la maison.

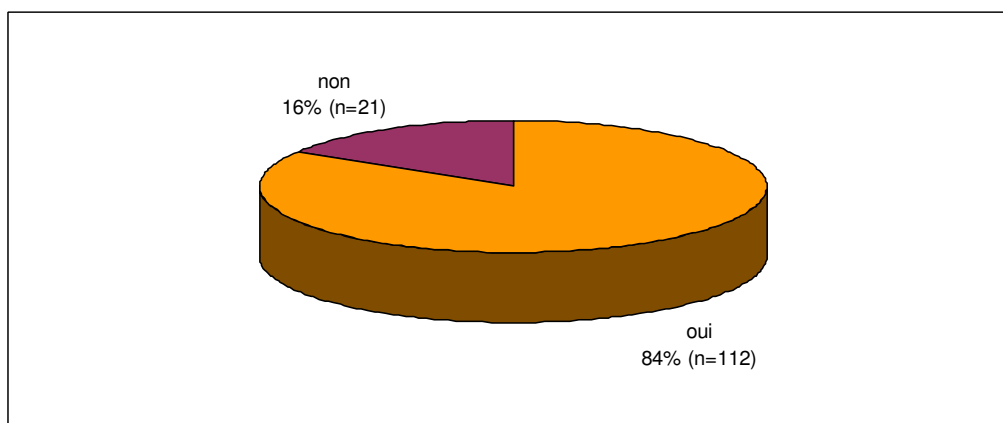


Figure 13 : Connaissance de personne(s) dans l'entourage ayant accouché à la maison

▲ Opinion de l'entourage sur l'AAD

Dans environ 32% (n=43) des cas, l'entourage du couple avait plutôt un avis négatif sur l'AAD. Les couples ont mentionné les termes « défavorable, dangereux, peur, inconscience ». Dans 26% (n=35) des cas, il s'agissait d'un avis positif. Les couples ont alors retranscrit les termes suivants : « respect, soutien, confiance, courage, admiration ». Enfin, dans 42% (n=55) des cas, l'entourage du couple avait des avis divergents sur l'AAD.

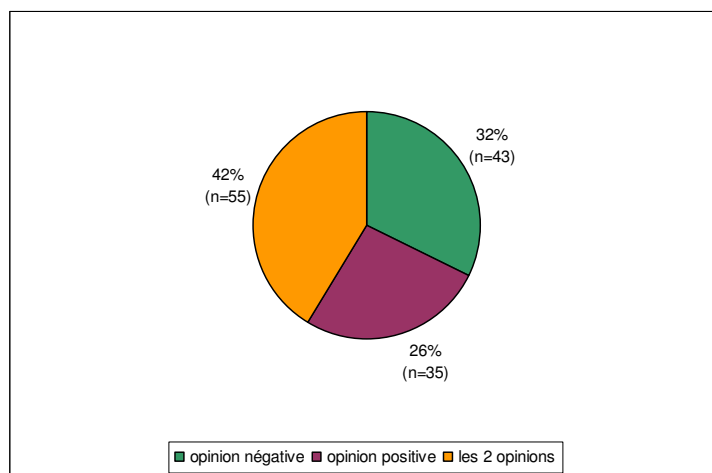


Figure 14 : Opinion de l'entourage sur l'AAD

▲ Connaissance d'autres lieux d'accouchement

72% (n=96) des femmes connaissaient d'autres lieux où il était possible d'accoucher. Parmi ces 96 femmes, 94 avaient évoqué les MdN et 8 les plateaux techniques. 28% (n=37) des femmes ne connaissaient pas d'autres lieux d'accouchement.

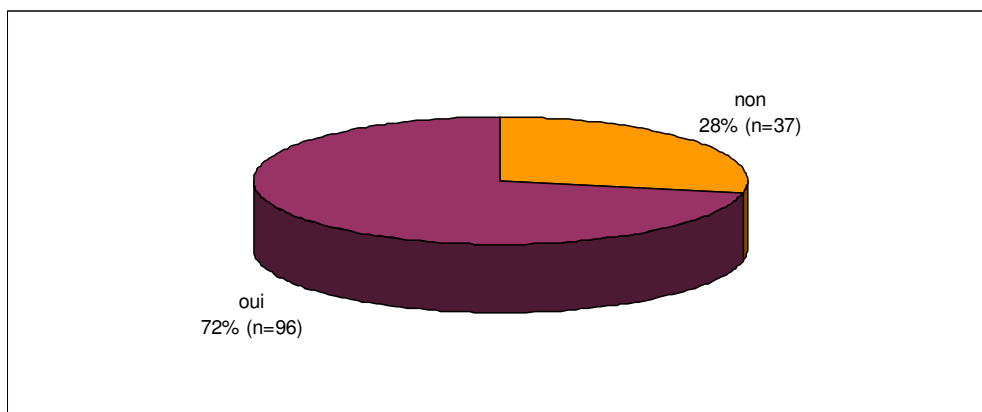


Figure 15 : Connaissance d'autres lieux d'accouchement

▲ Ordre de préférence des lieux pour accoucher

121 femmes (91%) sur les 133 interrogées avaient choisi l'AAD comme 1^{er} lieu pour accoucher. Parmi ces 121 femmes, 10 avaient déclaré n'avoir choisi que l'AAD dans la mesure où il n'y avait pas de contre-indication.

105 femmes (79%) avaient choisi une MdN comme 2^{ème} lieu d'accouchement et enfin 105 (79%) femmes avaient désigné l'hôpital ou la clinique comme 3^{ème} lieu d'accouchement.

Parmi les autres lieux d'accouchement cités, on retrouve la location d'un gîte pour se rapprocher d'une SF pratiquant l'AAD et les plateaux techniques.

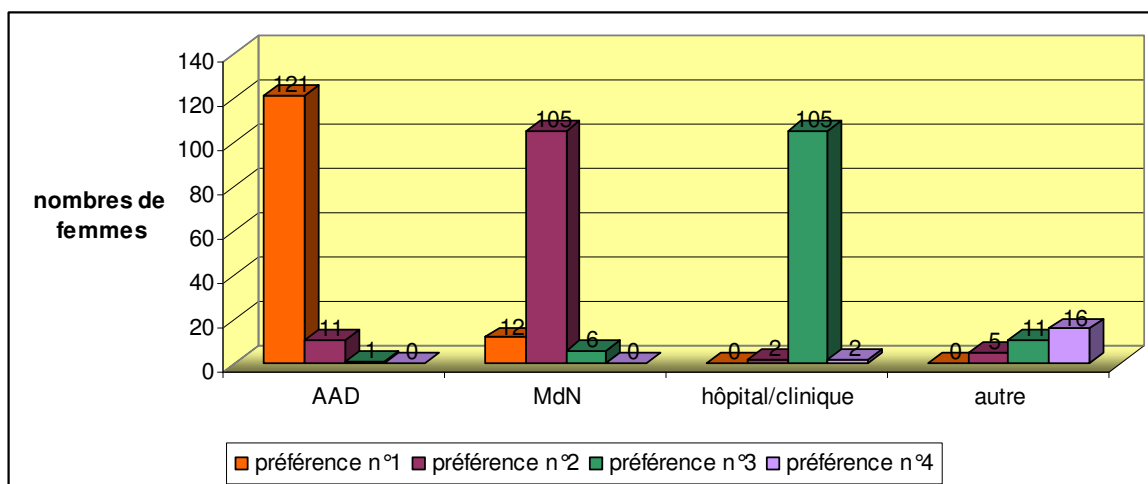


Figure 16 : Ordre de préférence des lieux d'accouchement

2.3 Renseignements sur le suivi de la grossesse

▲ Choix de la SF libérale

67 couples (50%) ont choisi la SF qui les accompagnerait grâce au « bouche à oreille ».

14 couples (11%) se sont renseignés auprès d'un professionnel et 9 couples (7%) ont effectué leur recherche dans les pages jaunes.

43 (32%) couples ont utilisé une autre méthode pour trouver une SF libérale pratiquant les AAD.

Parmi ces autres méthodes, ont été citées :

- internet, pour 25 d'entre eux
- la connaissance de la SF avant la grossesse pour 15 couples
- les réunions d'associations pour 3 couples.

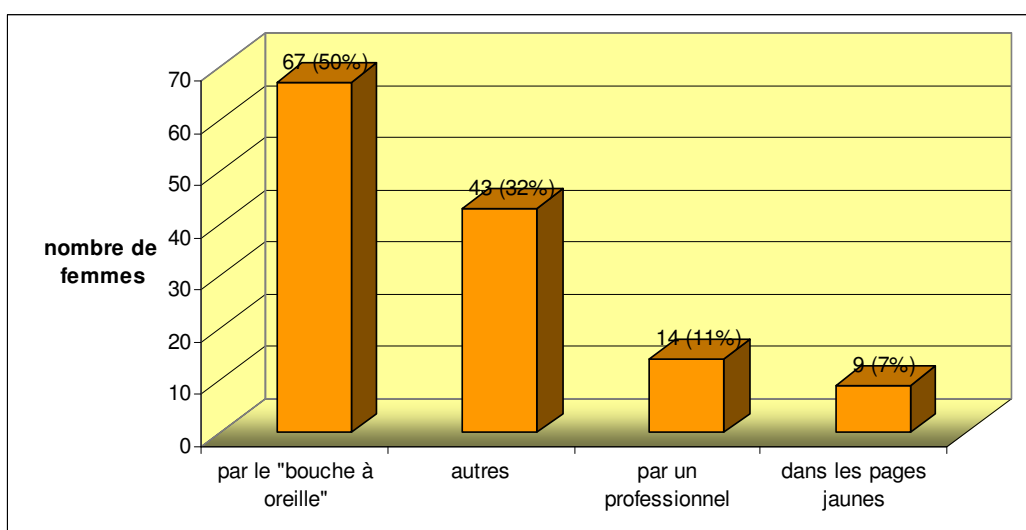


Figure 17 : Choix de la SF libérale

▲ Informations données par la SF

97% (n=129) des femmes ont affirmé avoir reçu des informations sur les conditions de suivi de la grossesse. Il en est de même pour la possibilité d'un transfert à tout moment. 86% (n=114) ont mentionné les conditions de sélection des patientes. 95% (n=126) des femmes avaient reçu des informations sur les éventuels risques d'un AAD. 32% (n=42) des femmes avaient également eu d'autres informations. Parmi ces autres informations, on retrouve l'absence d'assurance, les tarifs et éventuels dépassements d'honoraires, les examens obligatoires ou non, le matériel nécessaire à un AAD, le déroulement d'un accouchement physiologique...

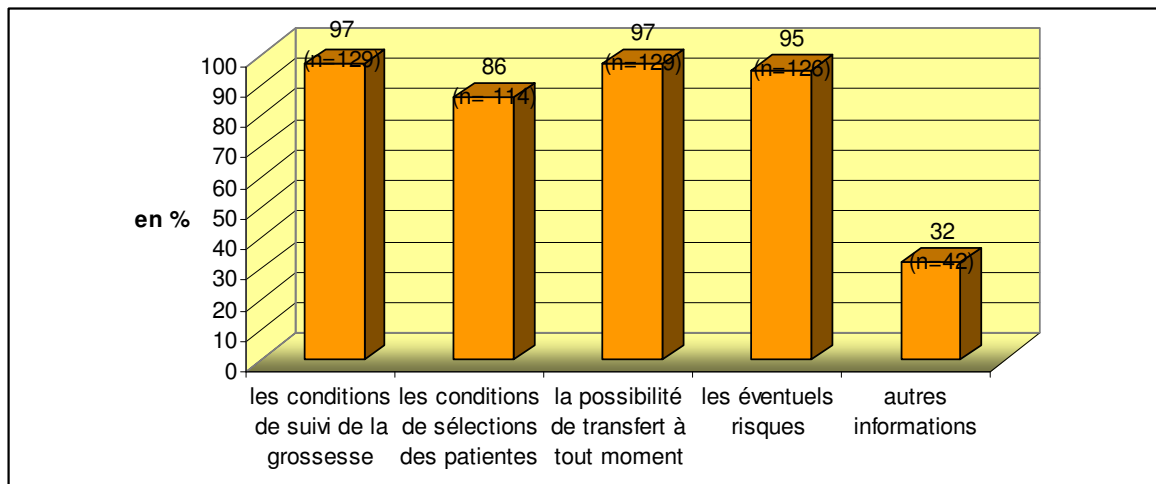


Figure 18 : Informations données par la SF

▲ Issue de la grossesse

89% (n=119) des femmes ont accouché à domicile et 11% (n=14) n'ont pas pu. Parmi ces 14 femmes, 9 étaient primipares et 5 étaient multipares.

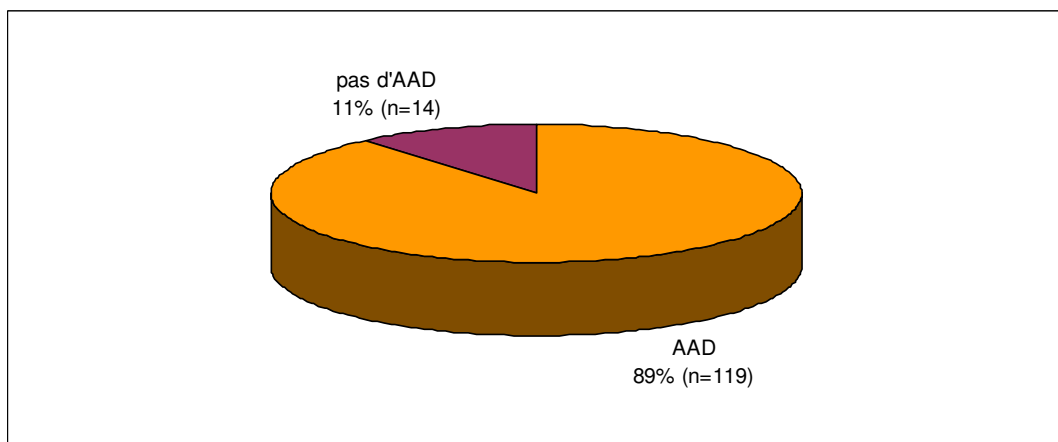


Figure 19 : Pourcentage d'AAD ou non

Parmi les 14 couples n'ayant pas accouché à domicile, 6 femmes ont dû être transférées en cours de travail et 8 n'ont pas pu voir leur projet aboutir.

Les raisons de transfert sont divisées en 2 catégories :

- 3 transferts ont été dus à un travail long et à une fatigue maternelle.
- les 3 autres transferts ont été effectués en raison de l'apparition d'anomalies dans le déroulement du travail (ralentissement du rythme cardiaque fœtal et hypertonie).

Pour les 8 autres couples :

- 3 ont dû être déclenchés pour dépassement de terme ou rupture de la poche des eaux supérieure à 24h.
- 2 couples ont choisi de s'orienter d'eux-mêmes vers l'hôpital parce qu'ils ne se sentaient pas en sécurité avec la SF.
- Les 3 autres couples n'ont pas expliqué les raisons du non aboutissement de leur projet.

Pour les 14 couples n'ayant pas pu accoucher à la maison, 10 envisageraient à nouveau un AAD pour une prochaine grossesse

▲ Régions de l'AAD

29% des femmes ont accouché dans les régions de Normandie, Bretagne ou Pays de la Loire, 19% étaient dans les régions Rhône-Alpes ou Auvergne lors de l'AAD et dans 16% des cas, l'AAD s'est déroulé en région Midi-Pyrénées ou Aquitaine.

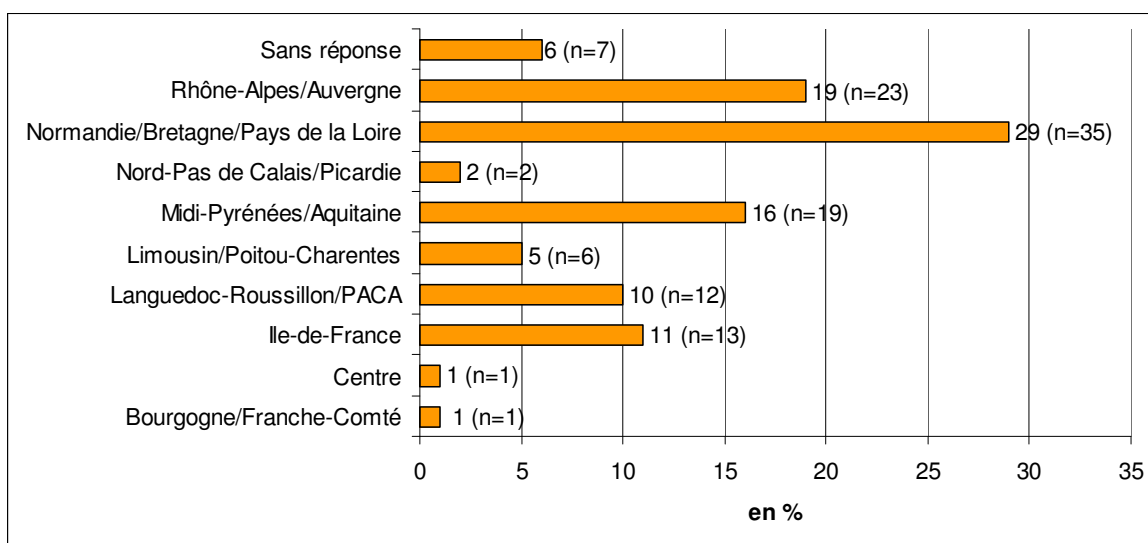


Figure 20 : Régions de l'AAD

2.4 Renseignements sur l'accouchement et le post-partum chez les primipares

Nous avons vu précédemment que 9 des 38 primipares n'avaient pas accouché à domicile ce qui nous fait une population de 29 femmes pour cette partie du questionnaire.

▲ Déroulement de l'accouchement

59% (n=17/29) des femmes ont affirmé avoir accouché sans intervention de la part de la SF.

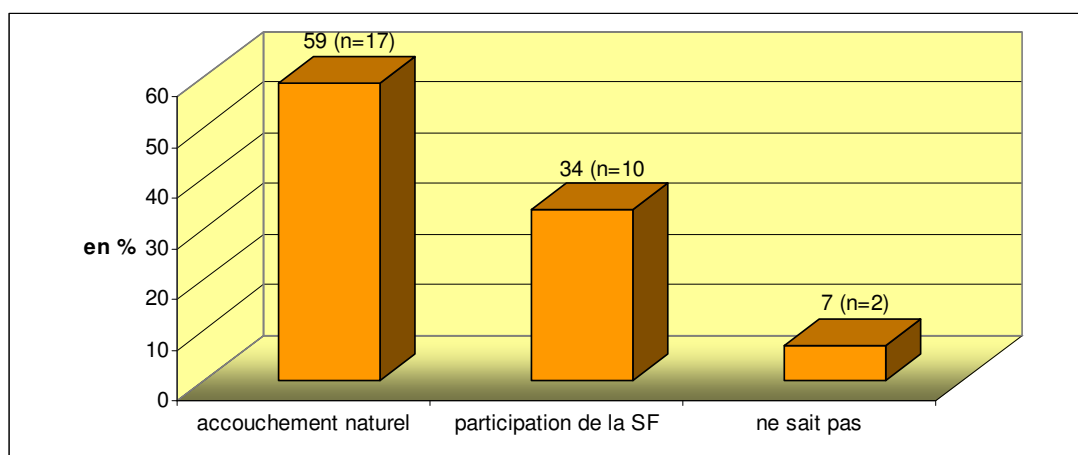


Figure 21 : Déroulement de l'accouchement

▲ Position de l'accouchement

8 femmes (28%) ont accouché en position accroupie, 7 (24%) en position allongée, 6 (21%) en position assise, 5 (17%) à quatre pattes et 2 (7%) en position debout.

1 femme (3%) a affirmé ne pas se souvenir de la position dans laquelle elle se trouvait lors de l'accouchement.

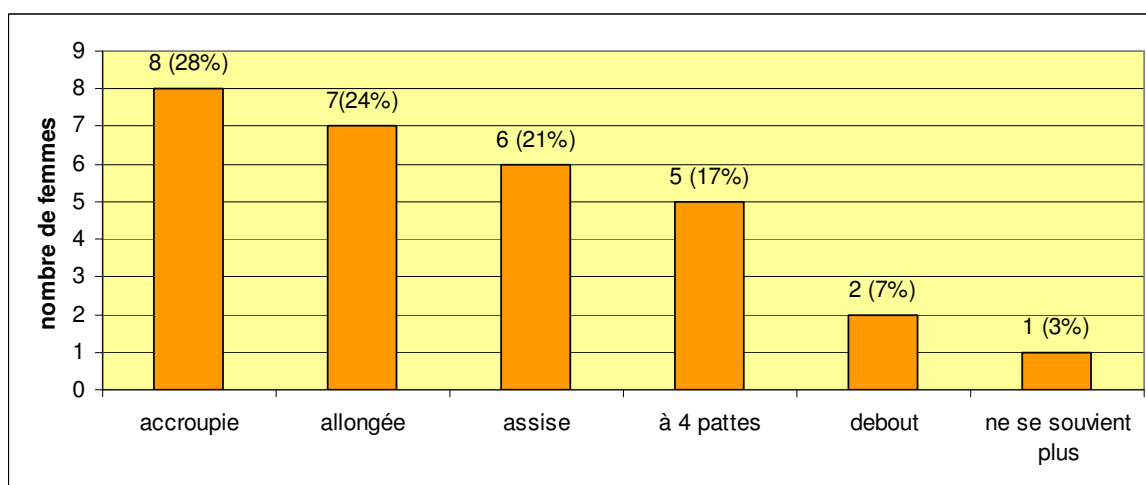


Figure 22 : positions de l'accouchement

▲ Déchirure

21 femmes (72%) ont eu une déchirure suite à l'accouchement, 13 (62%) ont été recousues.

▲ Mode d'alimentation choisi pour le nouveau-né

97% (n=28/29) des femmes ont choisi l'allaitement maternel comme mode d'alimentation pour leur enfant.

▲ Visites de la SF après l'accouchement

2 femmes (7%) ont déclaré avoir eu 1 visite de la SF après l'accouchement. 11 femmes (38%) ont mentionné plus de 5 visites dans le post-partum.

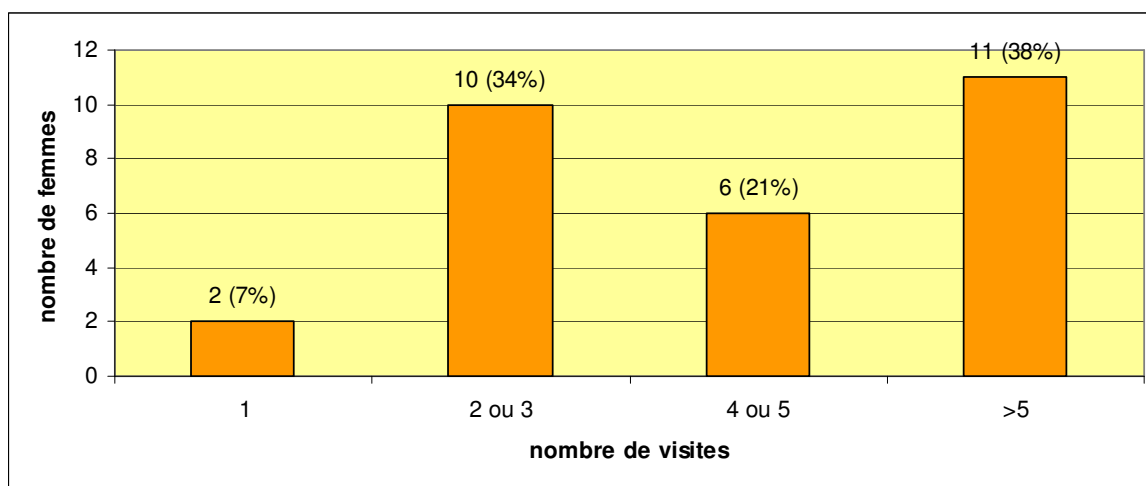


Figure 23 : Nombre de visites de la SF après l'accouchement

12 femmes ont déclaré avoir eu besoin de joindre la SF par téléphone, notamment pour des questions sur l'allaitement.

▲ Aide d'une tierce personne pour la vie quotidienne

51% (n=15/29) des couples ont obtenu de l'aide dans les jours suivants la naissance. Parmi ces 51%, 53% (n=8/15) des femmes avaient demandé à leurs parents de venir passer une semaine chez eux après la naissance.

▲ Souhais si l'AAD avait été impossible

76% (n=22/29) des couples se seraient tournés vers l'hôpital, 10% (n=3/29) auraient été tentés par un accouchement en plateau technique, 7% (n=2/29) des couples ne savaient pas vers quoi s'orienter et les 7% (n=2/29) restants auraient cherché une autre alternative.

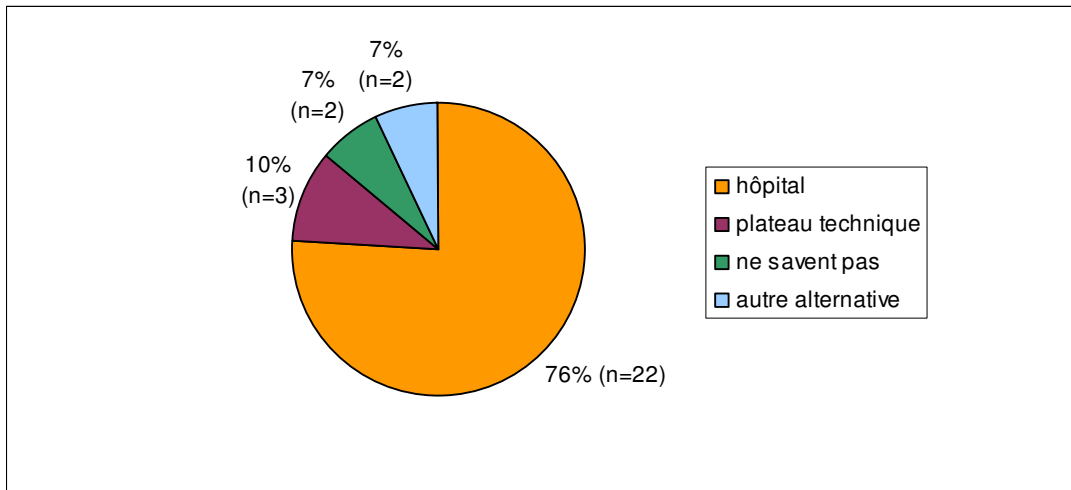


Figure 24 : souhaits si l'AAD avaient été impossible

▲ Volonté pour une éventuelle prochaine grossesse

28 couples (97%) envisageraient à nouveau un AAD pour une prochaine grossesse. Un couple (3%) préférerait se tourner vers une MdN.

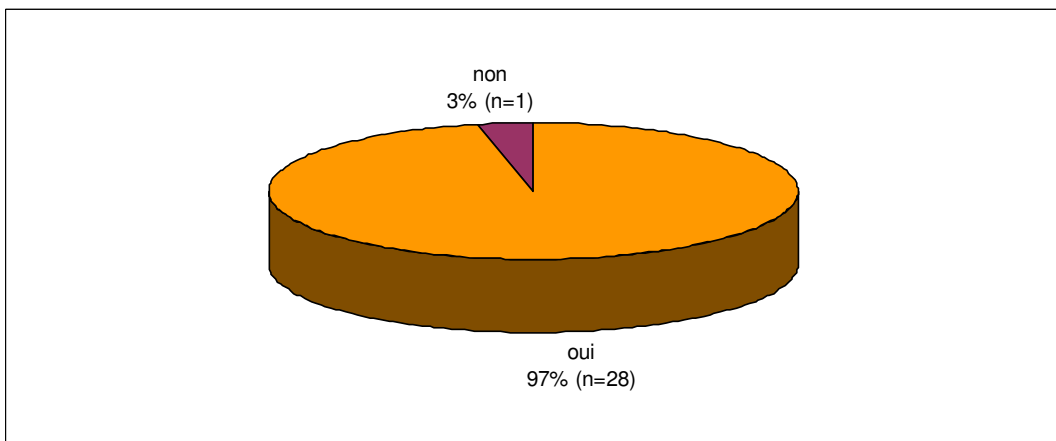


Figure 25 : à nouveau AAD ?

2.5 Renseignements sur l'accouchement et le post-partum chez les multipares

Nous avons vu précédemment que sur les 95 multipares qui avaient un projet d'accouchement à la maison, 5 n'avaient pas pu voir ce projet aboutir. Pour cette partie du questionnaire, nous avons donc une population de 90 femmes.

▲ Déroulement de l'accouchement

68% (n=61/90) des femmes ont affirmé avoir accouché sans intervention de la part de la SF et 30% (n=27/90) des femmes se sont souvenues d'une participation de la SF lors de l'accouchement.

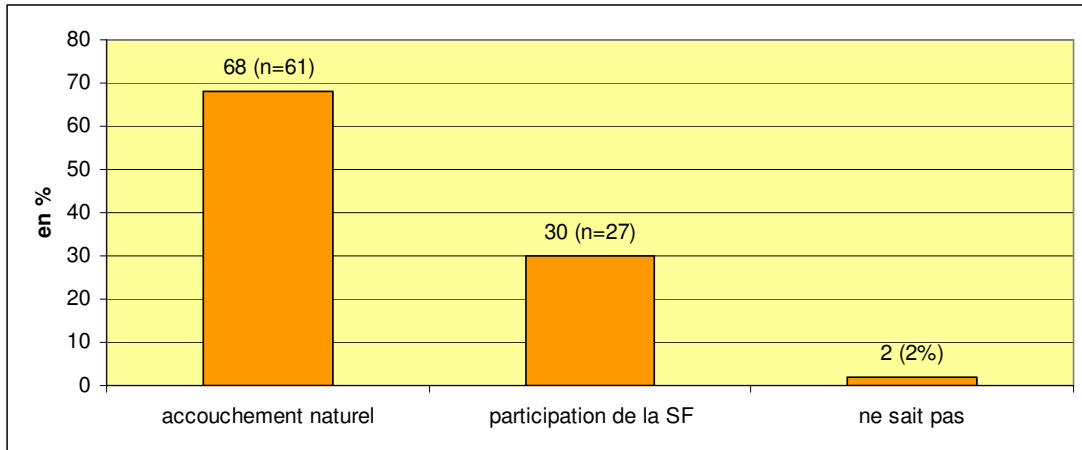


Figure 26 : Déroulement de l'accouchement

▲ Positions de l'accouchement

25 femmes (28%) ont déclaré avoir accouché à 4 pattes et 17 (19%) ont affirmé avoir accouché à genoux.

Dans toutes ces positions que les femmes décrivent, c'est la plupart du temps le conjoint qui soutient la femme. Lorsqu'elles sont en position assise, elles sont sur le tabouret d'accouchement.

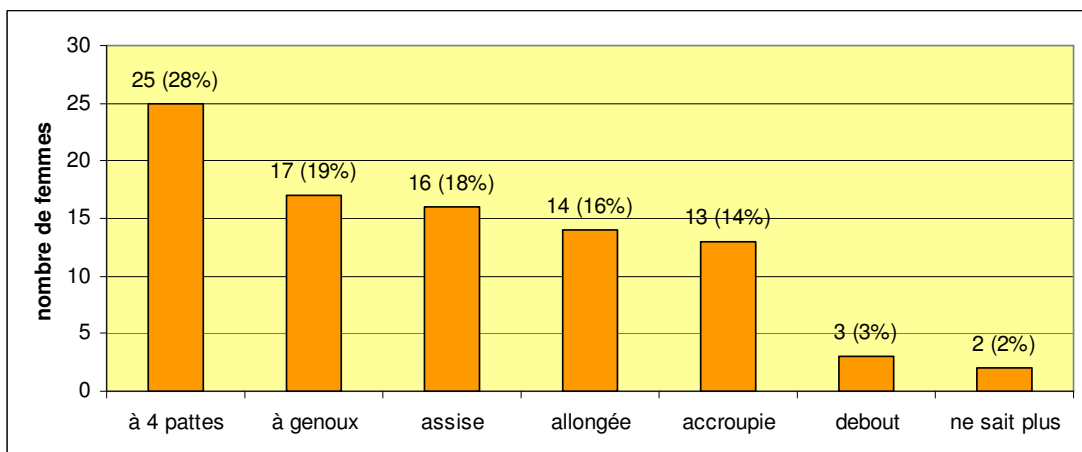


Figure 27 : positions de l'accouchement

▲ Gestion des aînés lors de l'accouchement

Pour 55% (n=50/90) des familles, les aînés étaient dans le logement au moment du travail et de l'accouchement. Parmi ces 50 familles, 44% (n=22/50) des aînés ont assisté à

l'accouchement. Dans les 26 autres cas, soit l'accouchement s'est déroulé la nuit et les enfants dormaient dans leur chambre, soit une personne de l'entourage est venue au domicile pour s'en occuper.

Pour les 45% restants, les couples se sont arrangés pour faire garder les enfants lorsque la femme sentait que le travail s'intensifiait.

▲ Déchirure

50% (n=45/90) des femmes ayant accouché à la maison ont eu une déchirure lors de l'accouchement. Parmi ces 45 femmes, 25 ont été recousues et les 20 autres ont laissé la déchirure cicatriser naturellement soit par choix personnel, soit parce qu'elle était très superficielle et ne nécessitait pas de points d'après la SF.

▲ Mode d'alimentation choisi pour le nouveau-né

100% des femmes (n=90/90) ont choisi l'allaitement maternel comme mode d'alimentation pour leur enfant.

▲ Visites de la SF après l'accouchement

40% (n=36/90) des femmes ont déclaré avoir eu 2 à 3 visites de la SF après l'accouchement, 32% (n=29/90) en ont eu 4 à 5 et 26% (n=23/90) des femmes ont vu la SF plus de 5 fois dans le post-partum.

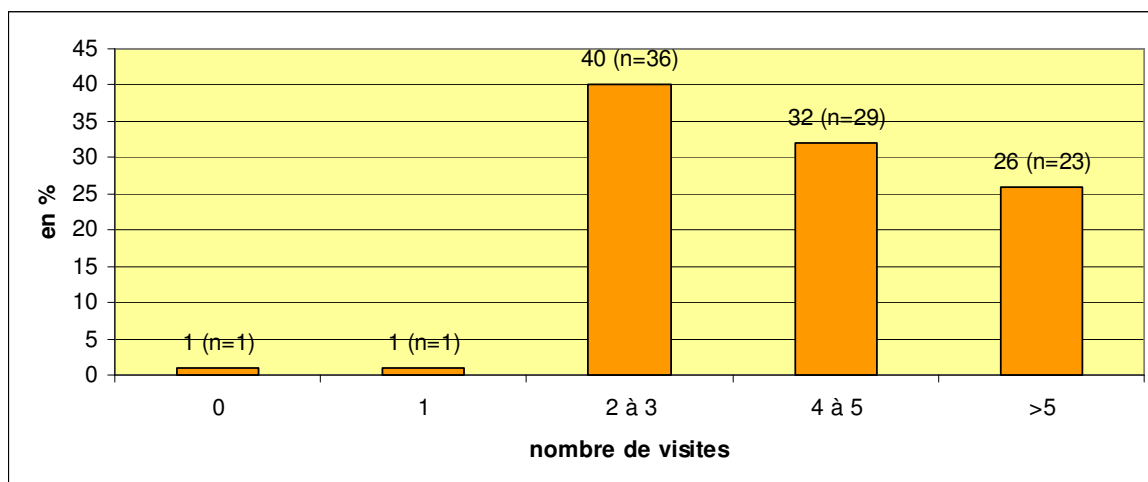


Figure 28 : Nombre de visites de la SF après l'accouchement

22 femmes (24%) ont eu besoin de joindre la SF en plus de ses visites. Les raisons de ces appels sont centrées sur l'allaitement et aussi un besoin d'être rassurée.

▲ Aide d'une tierce personne pour la vie quotidienne

29% (n=26/90) des familles ont obtenu de l'aide pour gérer la vie quotidienne dans les jours suivant l'accouchement. L'entourage apportait des plats préparés, s'occupait des lessives, du ménage. 3 couples ont demandé l'aide d'une aide ménagère dans le premier mois.

Parmi les 71% (n=64/90) restant, 34% des couples (n=22/64) vivaient loin de leur famille ou de leurs amis et n'ont donc pu avoir d'aide dans le post-partum même s'ils le souhaitaient.

Les 66% (n=42/64) des couples n'ayant pas eu d'aide dans les jours suivant la naissance l'ont fait par choix, pour rester en famille, dans leur cocon.

▲ Souhais si l'AAD avait été impossible

76% (n=68/90) des couples se seraient tournés vers un accouchement en milieu hospitalier, 11% (n=10/90) ne savaient pas vers quoi s'orienter notamment parce qu'ils ne l'avaient pas envisagé autrement. 11% (n=10/90) des couples auraient cherché un plateau technique ou une autre alternative et les 2% (n=2/90) restants avaient pensé à un accouchement non assisté.

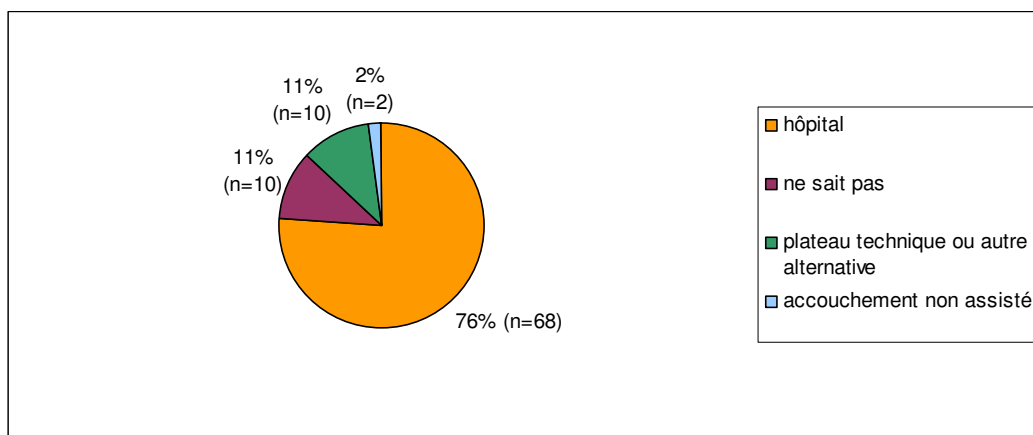


Figure 29 : souhaits si l'AAD avait été impossible

▲ Volonté pour une éventuelle prochaine grossesse

99% (n=89/90) des couples se tourneraient à nouveau vers l'AAD pour une prochaine grossesse. 1 couple ne retenterait pas l'expérience : la femme a exprimé sa peur de ne pas y arriver et la douleur très difficile à supporter.

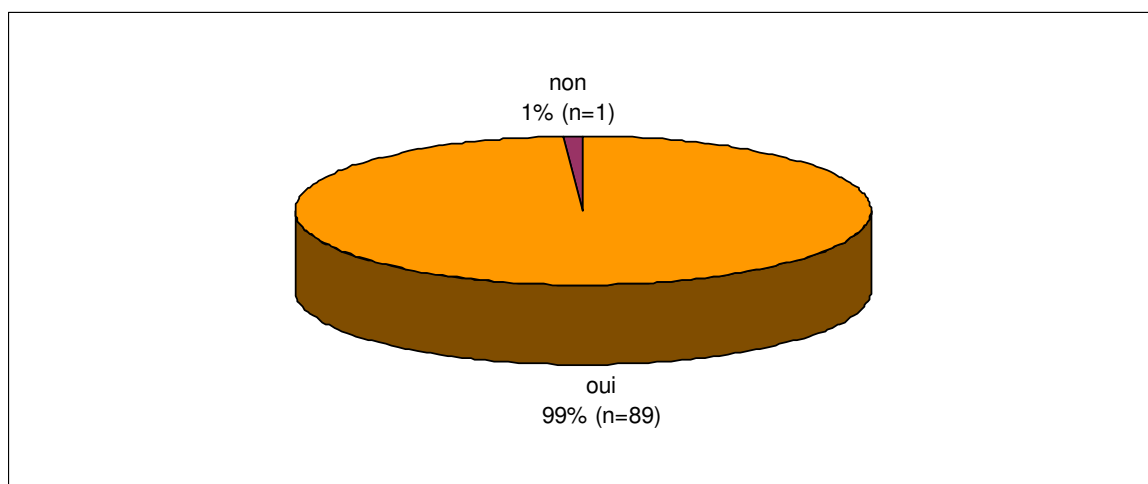


Figure 30 : A nouveau AAD ?

2.6 Différences évoquées par les multipares ayant déjà accouché en milieu hospitalier auparavant

71 des 95 multipares avaient accouché en milieu hospitalier avant leur AAD.

▲ Différences dans la prise en charge

Les principales différences évoquées entre un accouchement à l'hôpital et un accouchement à la maison sont les suivantes :

- 42 femmes (59%) ont mentionné les gestes techniques systématiques : monitoring en continu, la perfusion, les touchers vaginaux répétés... avec un manque de respect du corps ainsi que le fait de ne pas pouvoir manger et boire librement.
- 40 femmes (56%) ont exprimé un manque d'intimité, une absence d'atmosphère chaleureuse, un lieu inconnu et froid.
- 36 femmes (49%) ont mal vécu la séparation avec le père et les aînés, les aller-retours pour ces derniers entre la maison et l'hôpital
- 32 femmes (45%) ont ressenti un sentiment de soumission, d'impuissance, d'inégalité face au corps médical les empêchant d'exprimer et de faire respecter leur choix.
- 27 femmes (38%) ne se sont pas senties libres dans leurs mouvements, leurs positions mais aussi dans l'expression de leur douleur.
- 25 femmes (35%) ont été gênées par le fait qu'elles ne connaissaient pas le personnel, qu'il y avait une multiplication des intervenants (SF, étudiant SF, aide-soignante, obstétricien...) et une succession de SF différentes due aux changements de gardes.

- 18 femmes (25%) ont évoqué l'absence d'accompagnement personnalisé pendant l'accouchement et le post-partum avec pour seule proposition à la gestion de la douleur : l'analgésie péridurale. Elles ont eu aussi du mal à établir une relation de confiance avec les professionnels de santé.
- 14 femmes (20%) ont eu du mal à s'adapter au rythme imposé par l'hôpital, réveils matinaux, heures de repas... etc.
- 6 femmes (8%) ont ressenti un stress au moment du départ à la maternité et ont eu beaucoup de mal à se recentrer sur elle-même par la suite.

▲ Impact sur la relation parents-enfant

34% (n=24/71) des couples n'ont pas ressenti de différence dans la relation immédiate avec leur enfant. Parmi ces 34%, 54% (n=13/24) des parents ont affirmé ne pas avoir été séparés de leur nouveau-né dans les heures suivant l'accouchement à l'hôpital.

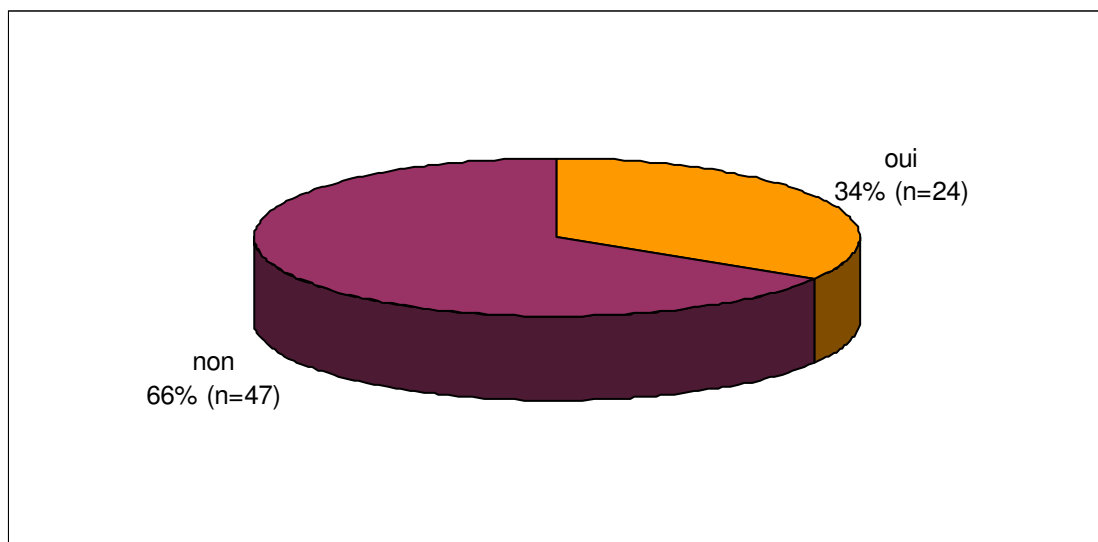


Figure 31 : Différence dans la relation immédiate avec l'enfant

▲ Vécu de l'AAD par rapport à l'accouchement hospitalier

Concernant les pères, 75% (n=53/71) se sont sentis moins fatigués par l'AAD. Ils ont évoqué l'absence d'aller-retours entre la maison et la maternité et la nécessité de faire garder les aînés.

11% (n=8/71) des pères ont trouvé l'AAD plus fatigant notamment parce qu'ils n'avaient pas pensé à l'organisation après l'accouchement.

14% (n=10/71) des pères n'ont pas ressenti de différence de fatigue entre l'AAD et l'accouchement en milieu hospitalier.

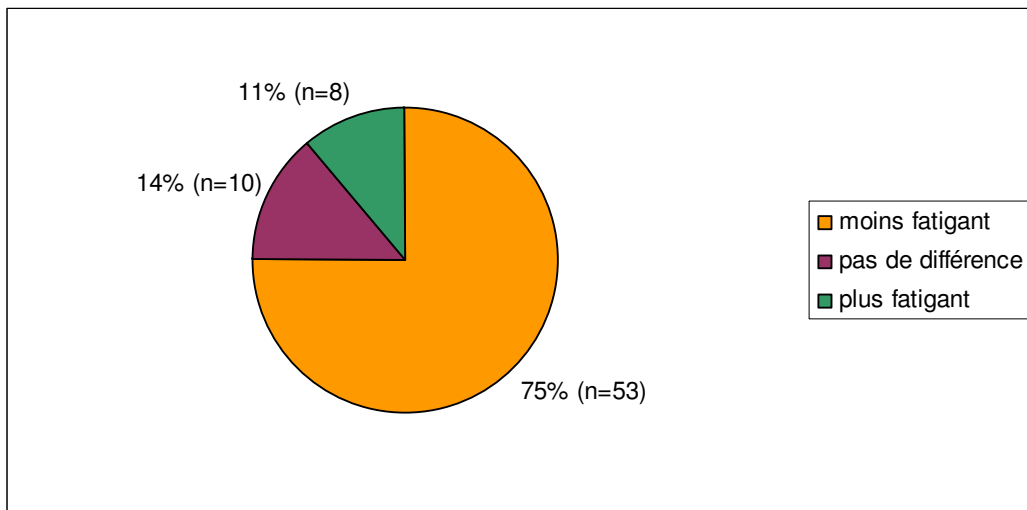


Figure 32 : Vécu de l'AAD par rapport à l'accouchement hospitalier pour les pères

Concernant les mères, 85% (n=60/71) se sont senties moins fatiguées lors de l'AAD et 15% (n=11/71) se sont senties plus fatiguées.

Les raisons évoquées pour cette plus grande fatigue sont :

- pour 2 femmes, le manque d'organisation pour le post-partum.
- pour 4 femmes, le fait que leur mari soit retourné travailler rapidement après l'accouchement et qu'elles aient dû gérer le quotidien seule.
- pour 3 femmes, un accouchement long
- pour 2 femmes, la gestion des aînés en même temps.

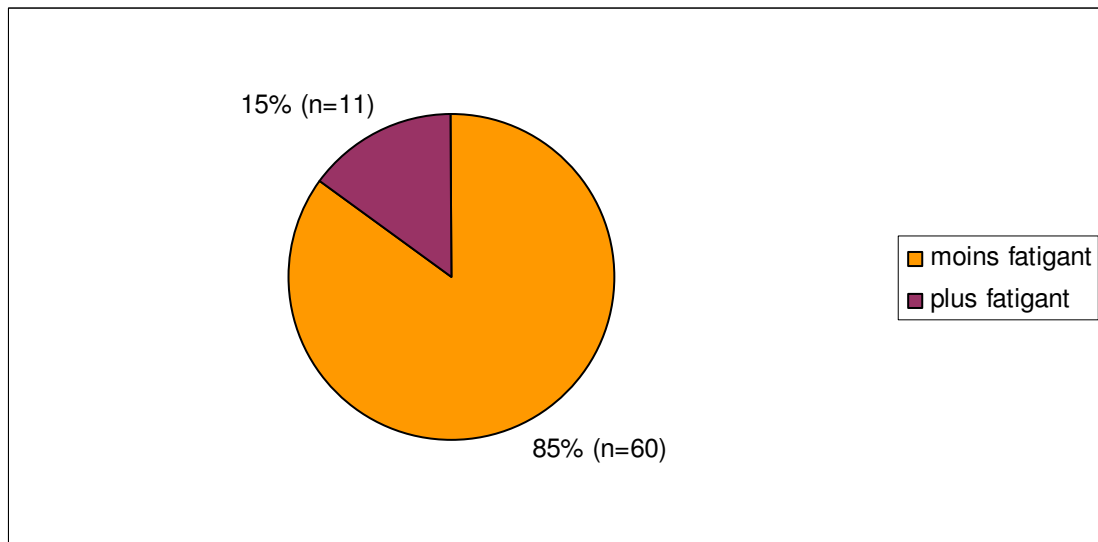


Figure 33 : Vécu de l'AAD par rapport à l'accouchement hospitalier pour les mères

TROISIEME
PARTIE :
Analyse/Discussion

1 Critique de la méthodologie

1.1 Points faibles de l'étude

Il est possible que certaines questions (questions 12 et 18 sur le suivi du travail, 14 et 22 sur la reprise du cours de la vie quotidienne par exemple) aient été mal interprétées, peut-être à cause d'une formulation insuffisamment claire.

Pour les questions concernant la notion de temps (questions 12 et 18 concernant la sage-femme, les premiers soins donnés à l'enfant), les réponses sont parfois vagues ; les femmes expliquent qu'elles n'ont pas prêté attention à la notion de temps compte tenu de ce qu'elles vivaient.

J'aurais également aimé effectuer plus d'entretiens. Cependant, les femmes que je pouvais rencontrer n'habitaient pas dans la région et il était difficile de réussir à trouver des créneaux communs.

1.2 Points forts de l'étude

Le questionnaire établi a permis de traiter assez largement l'AAD.

Le nombre de questionnaires reçus est de 140 avec 133 exploitables, ce qui est satisfaisant.

Le fait de laisser des questions ouvertes permet aux femmes/couples de s'exprimer librement, sans être influencés.

Les femmes ayant souhaité répondre au questionnaire viennent de différentes régions de France. Elles n'ont donc pas eu la même sage-femme, ni le même accompagnement.

2 Profil du couple faisant le choix d'un AAD

La majorité des femmes ayant fait le choix d'un AAD avait déjà un ou plusieurs enfants. Parmi ces multipares, la plupart avait accouché en milieu hospitalier pour les grossesses précédentes.

Les couples ont en majorité entre 30 et 34 ans, ils ont donc une certaine maturité, un vécu et peut-être une plus grande réflexion autour la naissance.

La plupart des couples sont d'origine française. Cependant, je remarque que quelques uns viennent de pays limitrophes de la France, notamment la Belgique, la Suisse, les Pays-Bas. Dans ces pays, l'accouchement à la maison est une pratique beaucoup plus courante et reconnue, ce qui les incite probablement à reproduire le schéma auquel ils sont habitués.

La majorité des couples ayant pour souhait un AAD ont un niveau d'études supérieures (68% des femmes et 45% des hommes). Ils se sont renseignés sur tout ce qui a trait à la natalité, à la parentalité et aussi sur la grossesse, l'accompagnement classique en maternité, le déroulement d'un accouchement, l'accueil du nouveau-né... ce qui les a sans doute amené à se poser des questions concernant la naissance de leur enfant. Une grande partie d'entre eux ne se retrouvent pas dans la « prise en charge » proposée par la majorité des établissements hospitaliers et souhaitent une autre naissance à leur enfant.

Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont celles des professions intermédiaires.

Comme il n'est pas évident de savoir exactement à quoi correspond cette catégorie, j'ai donc aussi choisi de créer des groupes de professions :

- médical/paramédical,
- enseignement/éducation/social,
- directeur/chef d'entreprise/cadre/ingénieur,
- employé/ouvrier/agriculteur/artisan,
- sans profession.

La catégorie la plus représentée est celle des « employé/ouvrier/agriculteur/artisan » avec 60 pères et 38 mères. 24 femmes appartiennent au monde médical ou paramédical parmi lesquelles on retrouve principalement des kinésithérapeutes, des ostéopathes, des infirmières, des médecins et des SF. Ils justifient leur choix d'AAD par le fait qu'à la base, la grossesse est physiologique et que l'accouchement ne nécessite pas de se dérouler à l'hôpital s'il est normal.

Concernant les parents travaillant dans l'enseignement/l'éducation/le social, la plupart sont professeurs des écoles ou en collège/lycée. Ils se sont beaucoup documentés sur la grossesse et ont réfléchi à ce qu'ils souhaitaient.

Malgré tout, aucune catégorie ne ressort particulièrement et on remarque alors que la démarche d'un AAD n'est pas propre à une catégorie professionnelle.

Une grande partie de ces couples vit à la campagne (57%), dans une maison (67%). Lorsqu'ils s'expriment sur leur mode de vie, ces couples racontent une « vie proche de la nature ». Ils incluent alors la naissance à la maison comme quelque chose de naturel, sans nécessité d'intervention médicale.

Si on veut essayer de définir un profil-type des couples faisant le choix d'un accouchement à la maison, il ressort qu'ils sont :

- des couples âgés de 30 à 34 ans avec une majorité de femmes multipares

- d'origine française
- avec un niveau d'études supérieures
- dans la catégorie socioprofessionnelle des professions intermédiaires
- vivant plutôt à la campagne et dans une maison

Je remarque que ces couples ne sont pas, comme on peut le penser de prime abord, des « hippies, baba-cool... ». Ils ont simplement une réflexion personnelle sur la naissance et se sont interrogés sur le sens qu'ils souhaitaient lui donner.

3 Le projet de naissance

3.1 Le choix d'un AAD

L'AAD est avant tout le choix de la future mère. Il s'agit d'un désir profond, un choix personnel. Ce choix n'a jamais été induit par la sage-femme. Pour environ 40% de la population étudiée, il s'agit d'une décision de couple même si beaucoup de pères expriment leur manque d'assurance quand la mère évoque sa volonté d'accoucher à la maison.

En effet, le conjoint a beaucoup plus de difficultés à ressentir les émotions de la femme en ce qui concerne la grossesse. Celle-ci a confiance en elle, en ses capacités à accoucher. Elle est à l'écoute d'elle-même, capable de repérer ce qui n'est pas normal. La grossesse est un univers inconnu pour le père et il a souvent besoin de preuves objectives pour être plus confiant. Dans leurs témoignages, les pères disent souvent avoir de multiples questions lors de la première consultation, n'hésitent pas à exprimer leurs craintes mais sortent en général rassurés, convaincus et heureux de la place qu'ils vont pouvoir prendre dans cette aventure.

Dans 68% des cas, le désir d'un AAD était présent bien avant la grossesse. Les femmes/couples ont donc entamé une réflexion sur la façon dont ils voulaient donner naissance à leur enfant avant leur grossesse, cela montre qu'ils sont impliqués dans les prises de décisions concernant la maternité.

A partir du moment où le choix d'un AAD est fait, les couples recherchent une SF pour le pratiquer. La majorité des couples l'a trouvée grâce au « bouche à oreille ». Ils connaissent la plupart du temps des couples dans leur entourage ayant accouché à la maison et se sont donc renseignés auprès d'eux. Une partie des couples s'est tournée vers internet afin d'obtenir des listes de SF pratiquant l'AAD. Cependant, la même remarque revient souvent : « *nous n'avons pas vraiment eu le choix* ». Comme ils le disent,

il n'existe souvent qu'une seule SF ayant choisi d'accompagner les accouchements à la maison à proximité de chez eux. Le choix est donc restreint et nombre de ces couples avouent « *avoir croisé les doigts pour que le feeling passe entre eux* » parce que s'ils ne sentent pas en confiance avec la SF ou inversement, le projet ne peut souvent pas aboutir.

Certains couples se sont dirigés vers un professionnel afin de savoir s'il connaissait des SF pratiquant l'AAD. Ce pourcentage faible (11%) montre que peu de membres du personnel soignant informe des différentes possibilités pour accoucher, par opposition ou par méconnaissance de cette pratique. Les couples n'ont donc jamais été influencés dans cette démarche par les professionnels de santé.

3.2 L'entourage et l'AAD

La majorité des couples connaissent quelqu'un dans leur entourage qui a déjà accouché à la maison. Je pense que l'AAD est alors plus vécu comme une alternative possible à l'accouchement en milieu hospitalier et plus « banalisé » puisqu'ils peuvent en discuter librement avec des personnes ayant déjà fait ce choix avant eux.

Je remarque aussi que la majorité des couples ont obtenu des informations sur l'AAD par la famille, les ami(e)s. L'AAD est alors un sujet de discussion comme un autre où chacun peut témoigner de son expérience, parler de ce qui a pu les amener à ce choix. Le projet d'AAD s'inscrit dans une grande réflexion autour de la naissance et du sens qu'on veut lui donner...

Enfin, en ce qui concerne l'opinion de l'entourage proche sur l'AAD, les avis sont très partagés. Dans les témoignages des couples, certains parlent d'un « *entourage très craintif* ». J'ai même pu lire des femmes qui écrivaient que leur famille parle « *d'un retour en arrière, de l'époque du Moyen-âge* ».

3.3 Les motivations évoquées pour le choix d'un AAD

▲ Un respect de la naissance, un accouchement naturel/Le refus d'une (sur)médicalisation

J'ai choisi d'associer ces deux raisons puisque dans la plupart des cas, les couples mentionnaient les deux.

De nos jours, quel que soit le risque obstétrical, l'accouchement en maternité est très souvent médicalisé. Les parents ne se placent pas dans un total refus de la médicalisation mais ils contestent la médicalisation non justifiée, les gestes systématiques quand la grossesse et l'accouchement se déroulent de façon physiologique. Certaines femmes disent « être sûre d'être faite pour accoucher et les bébés pour naître. »

Ils voient la naissance comme un « *évènement normal de la vie* » et non comme une maladie nécessitant d'aller à l'hôpital. Certains couples parlent « *d'une suite logique d'un choix de vie proche de la nature, responsable* ». D'ailleurs, certaines femmes qui n'ont jamais été confrontées à l'hôpital refusent de vivre leur première expérience hospitalière pour un accouchement.

Ces couples veulent que l'on prenne en compte le rythme de la mère, de l'enfant. Ils souhaitent offrir une naissance douce, respectueuse pour leur enfant, dans le calme et la sérénité, préserver la création du lien mère-enfant.

L'envie d'accoucher à la maison s'inspire pour ces couples d'une remise en question des conditions de naissance actuelles.

Beaucoup de femmes parlent aussi du fait de ne pas se poser la question « quand partir ? ». En effet, la mère peut continuer pendant un long moment ses activités de la journée avant que le travail ne requiert sa complète attention. Rester à la maison élimine le stress de la décision du départ vers la maternité.

▲ Intimité/tranquillité

C'est la deuxième motivation évoquée par les couples. L'intimité est un des piliers des besoins affectifs avec le confort, la confiance, l'atmosphère douce et calme. Cela permet à la femme d'être détendue, de lâcher prise. Les mères se sentent moins inhibées dans l'expression de leurs réponses physiologiques au travail et moins limitées dans leurs méthodes de gestion de la douleur. En effet, lorsqu'une femme donne naissance, elle a tendance à un moment donné à se couper du monde, à modifier son niveau de conscience. Elles osent alors faire ce qu'elles ne feraient jamais dans la vie sociale : s'exprimer de manière sonore (chanter, crier, même jurer des fois), adopter des positions confortables, souvent inattendues, sans pudeur, avoir une intimité avec leur partenaire, danser avec lui... « *J'ai envie de pousser et je me mets à crier comme jamais : drôles de hurlements, de gémissements presque primitifs, comme si je revenais à mon état sauvage.* »

▲ L'accompagnement global, la confiance envers la sage-femme

Les femmes choisissant l'AAD évoquent « *la continuité des soins, un suivi sur la durée* » : elles désirent être accompagnées par une personne qu'elles connaissent et qui est consciente de leurs désirs et de leurs priorités. Ainsi, la compréhension de la patiente par la sage-femme est facilitée, elle peut plus facilement repérer l'apparition d'un problème aussi bien d'ordre médical que psychologique.

Dans le contexte d'une relation de confiance, les peurs et les incertitudes quant à la naissance peuvent être évoquées avec honnêteté, sans peur du jugement. Les liens entre la sage-femme et le couple sont forts de la confiance qui s'est installée entre eux. Les consultations sont l'occasion de parler du ressenti, elles se font autour des attentes et des questions des parents. Elles durent suffisamment longtemps pour que tout ce qu'elles souhaitent aborder puisse l'être. L'écoute y a une très grande place. Les consultations deviennent souvent le moment de confidences, sur l'organisation de la vie familiale autour de cette grossesse, le fait de devenir parents, de bouleverser la place que chacun a déjà au sein de la famille, sur des réflexions quant à l'éducation souhaitée pour leur enfant...

Grâce à cet AG, les femmes se sentent reconnues individuellement, avec leur caractère propre, leur histoire, leurs attentes. Une véritable complicité s'installe. L'écoute et la clarté des réponses semblent engendrer la sérénité chez ces femmes. La totale disponibilité de la sage-femme est aussi un facteur important pour les couples. Les femmes se sentent comprises, entourées et connues. Elles expriment le fait que « *grâce à cet accompagnement, elles ont confiance en elles, en leur capacité à donner naissance à leur enfant et à assumer leur rôle de mère* ».

« Je me sentais à l'aise, ceux qui m'accompagnaient dans cette aventure étaient discrets, patients. Je n'ai pas eu peur de me laisser aller. »

L'importance d'un réel contact humain ressort très souvent. Les parents refusent que la présence humaine, la vigilance discrète de la sage-femme soit remplacée par la surveillance des machines.

▲ Bien-être d'un lieu connu

La maison est pour ces couples le lieu le plus familier et confortable qu'ils peuvent espérer. Les femmes trouvent la sérénité dans leur foyer. Pendant un AAD, la SF est l'invitée. Elle pénètre dans l'univers familial et ce n'est pas au couple de s'adapter à un milieu inconnu. Une femme parle aussi de « *la réalisation de la symbolique : que l'enfant naisse réellement au foyer et non dans un lieu anonyme* ».

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 son jardin, de rester près du feu de cheminée, de prendre plusieurs bains...

Pour de nombreuses femmes, l'environnement d'une salle d'accouchement n'est pas sécurisant.

I. Brabant s'exprime sur l'atmosphère d'un AAD :

« Il est difficile de décrire l'atmosphère d'un AAD à quelqu'un qui n'y a jamais assisté. Le confort, la présence rassurante des objets familiers, la liberté de changer de pièce, de rentrer pour la troisième fois dans le bain, de prendre l'air quelques instants, de choisir dans le frigo ce que l'on veut manger, l'extraordinaire force des contractions qui côtoie l'odeur du café qu'on prépare, cet indicible mélange d'intensité et d'ordinaire, tout cela contribue à donner à l'accouchement une saveur unique qui ressemble aux gens qui habitent la maison. Tout se vit simplement dans l'intimité de l'endroit habité par ce couple. Les autres personnes sont tous des invités, y compris la sage-femme, ils sont sur le territoire de ce couple, plutôt que le contraire, et cela donne une perspective particulière à leur présence. Hormis une vigilance discrète, aucune consigne ne vient troubler le déroulement spontané du travail. De plus, la maison offre la possibilité pour le père et les autres personnes de se reposer dans une autre pièce, de se rafraîchir, de manger, quand le travail est long... ». [31]

A tout cela s'ajoute l'absence des contraintes d'organisation d'un service de maternité. La période de suites de couches à la maison se fait au rythme des parents : pas de réveil matinal pour refaire la literie, pas d'horaires de repas imposés... Les nouveaux parents conservent leurs habitudes de vie, leur alimentation. Il arrive parfois qu'ils demandent l'aide d'une tierce personne pour s'occuper des tâches ménagères, pour gérer les aînés.

▲ Etre acteur de l'évènement

Le choix d'un AAD se justifie également pour une volonté d'autonomie, de responsabilisation, de participation active. Cette dernière se fait à deux niveaux. D'abord, avec le suivi en prénatal, où la SF 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 »... Elle démystifie la grossesse et l'accouchement. Elle expose les raisons des examens proposés, leur caractère obligatoire ou non 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 laquelle elle va accoucher...

Les parents veulent se sentir maîtres d'œuvre de cet évènement si important de leur vie. *« Les parents qui accouchent à la maison ne refusent pas la technologie mais en redéfinissent l'à-propos, ce qui est bien différent ! Ils pensent que la technologie n'est*

efficace qu'à sa place, dans les cas exceptionnels et sont prêts à aller à l'hôpital si un problème se présente. » [31]

Accoucher chez soi pour ces femmes n'est pas qu'une question de confort, c'est aussi et surtout une vision différente de la responsabilité et de la sécurité.

Dans un AAD, la femme occupe un rôle central. Dans sa maison, elle a une forte autorité sur les prises de décisions, une grande influence pour faire réaliser ses choix. Elle est hôte et ceux qui sont présents sont ses invités.

Pour certaines femmes, mettre au monde leur enfant par elle-même, sans assistance est un chemin initiatique personnel, « *aller au bout d'elles-mêmes* » et se découvrir femme et mère à travers leurs sensations, leur gestion, leur acceptation.

▲ Présence du père et/ou de la fratrie

C'est aussi une raison évoquée dans le choix d'un AAD. L'accouchement à la maison s'inscrit dans le rythme de la vie de famille, conserve les repères familiaux pour les parents et les éventuels aînés. Il y a moins de dérangement dans la vie familiale. Les autres enfants, en pleine construction de leur nouveau rôle dans la famille, ne sont pas perturbés par une séparation avec leur mère, et celle-ci peut choisir de les inclure ou non dans l'expérience de la naissance. L'AAD préserve l'harmonie familiale et facilite le lien mère-enfant, dans un environnement décontracté, entouré par des proches qui la soutiennent.

En ce qui concerne le père, à la maison il a un rôle actif, il s'implique comme il le souhaite dans la naissance de son enfant. Il n'est pas spectateur de l'accouchement, il représente un grand soutien pendant le travail, aide sa partenaire à gérer les contractions...

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. Le père gère aussi l'organisation de la vie quotidienne.

▲ Mauvais vécu d'un accouchement en milieu hospitalier

Cette raison arrive en dernière position, ce qui montre bien que le choix d'un AAD n'est pas, en premier lieu, un choix par défaut, par aversion du milieu hospitalier. Les parents ne rejettent pas la médicalisation lorsqu'elle est indiquée. D'ailleurs, ils doivent tous ouvrir un dossier dans la maternité de leur choix (si possible la plus proche de leur

domicile) et programmer une consultation prénatale obstétricale ainsi qu'avec l'anesthésiste pour préparer un éventuel transfert.

Lorsqu'ils parlent d'un accouchement précédent en milieu hospitalier, ces couples évoquent « *l'ensemble des gestes techniques pratiqués sans explication, de façon systématique* ». Ils parlent de « *protocoles rigides sans aucune personnalisation* ». Ils décrivent aussi un « *manque de respect du corps, un manque de soutien avec pour seule réponse à la douleur la péridurale, un manque d'écoute, de respect des volontés des parents* ». Le suivi est beaucoup moins personnalisé. Les femmes ont le sentiment d'être « *réduites à une chose* » et cela contraste, selon elles, avec le caractère très humain des contacts existant avec la SF pratiquant l'AG.

Certains 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. Certaines femmes ont même évoqué le sentiment de « *se faire voler leur accouchement* ». Elles parlent d'un accouchement passif qu'elles opposent à l'AAD qu'elles viennent de vivre et pendant lequel elles ont apprécié d'être participatives ainsi que leur conjoint qui a pu les soutenir. Plusieurs pères ont été déçus de ne pas trouver leur place à l'hôpital, où l'équipe prenait tout en charge.

« Avant d'accoucher à la maison, j'avais l'impression de ne jamais avoir accouché. J'ai tellement perçu tout ce qui s'est passé. C'est une révélation : c'est tellement naturel et évident. »

3.4 Lorsque l'AAD n'a pas lieu

Dans mes résultats, deux raisons d'accouchement en structure hospitalière sont ressorties :

- les couples qui ont du être transférés en cours de travail
- les couples dont le projet de naissance n'a pas pu aboutir.

Les causes de transfert en cours de travail sont soit dues à un travail long et une fatigue maternelle, soit dues à l'apparition d'anomalies dans le déroulement du travail.

Les femmes ayant été transférées pour un travail long et une fatigue maternelle disent l'avoir vécu comme un soulagement. Elles expliquent que le transfert est apparu comme une évidence car le travail n'avancait plus, elles étaient épuisées. Même si pour certaines, le transfert à la maternité a été synonyme de déception ou de regret, elles s'étaient

préparées à cette éventualité avec la SF et avaient le sentiment d'avoir fait le maximum qu'elles pouvaient.

Les femmes transférées pour des anomalies apparues au cours du travail en ont un vécu plus stressant. En effet, le transfert s'effectue alors dans la précipitation et la peur de perdre l'enfant est la première chose qui vient à l'esprit des femmes à ce moment là.

Lorsque les couples arrivent à la maternité, les équipes acceptent rarement que la SF reste auprès du couple. Le départ de la SF à qui ils ont donné toute leur confiance a souvent été un moment difficile pour le couple. L'attitude de l'équipe soignante et son entente avec le couple influencent alors beaucoup le vécu du transfert. Certains couples affirment avoir reçu « *un discours culpabilisant de la part du personnel* ».

D'autres au contraire ont été reçus par des SF très soucieuses de leurs attentes, respectueuses de leur projet de naissance et acceptant de limiter les actes médicaux à ceux nécessaires à la situation. Ce vécu est surtout exprimé par les couples dont le projet n'a pu aboutir et qui ont donc été à l'hôpital avant que le travail ne se déclenche. La maternité avait alors été prévenue par la SF qu'un couple en désir d'AAD allait se présenter car les conditions actuelles ne lui permettaient plus de les accompagner dans leur projet.

Parmi les couples dont le projet n'a pas abouti, 2 ont choisi de s'orienter d'eux-mêmes vers la maternité car ils ne se sentaient pas en sécurité avec la SF. Cette décision s'est faite de façon progressive, au fur et à mesure des consultations. La SF a été prévenue de ce changement de projet. On voit alors à quel point la relation qui s'établit entre le couple et la SF est importante.

La majorité des couples dont le souhait était d'accoucher à la maison mais qui n'ont pas pu voir aboutir leur projet retenteraient l'expérience pour une prochaine grossesse. Ceux qui ne se tourneraient pas à nouveau vers l'AAD sont les couples pour qui le transfert était dû à une anomalie au cours du travail car ils avouent avoir eu peur pour leur enfant mais aussi pour la femme.

4 L'accouchement et le post-partum

4.1 Ressenti lors du travail et de l'accouchement

Les femmes ont toutes des façons différentes de gérer la douleur des contractions mais je remarque tout de même que quelques pratiques dominent. La déambulation, le changement fréquent de positions, le balancement sur le ballon sont très souvent cités. Le bain accompagné de massages par la SF et le conjoint, les techniques de respiration sont très appréciés pour la détente ainsi que les techniques de chant prénatal. « *Je respire à fond*

pour chaque contraction et plus je la sens qui arrive, plus je me détends. » Les pressions sur les points d'acupuncture sont fréquemment utilisées.

Mais les femmes précisent très souvent qu'elles ont surtout été aidées par la présence rassurante de la SF, les paroles réconfortantes qu'elles pouvaient entendre, les encourageant à « continuer dans cette voie ». *« Quelle est sage, cette femme ! Toujours dans la proposition, la suggestion, la douceur et la liberté. Jamais elle ne m'a imposé quoi que ce soit ou parlé de façon trop dirigiste. »*

La liberté et le respect qu'on leur a accordé, le calme et la sérénité 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. Beaucoup de femmes parlent de la douleur du travail comme *« une douleur positive, essentielle pour devenir mère. »* Elles ont bien conscience que la perception de la douleur est très variable d'une femme à l'autre. Beaucoup se sont aidées de la visualisation pour accepter cette douleur. Elles décrivent les contractions comme *« de grandes vagues qui les submergent, qui amènent peu à peu leur enfant vers la sortie »*. *« Chaque contraction me donnait l'espoir que j'étais en train d'accompagner mon enfant « dehors ». »*

L'accompagnement personnalisé de la SF, sa présence bienveillante, son attention professionnelle discrète ont représenté un soutien et une sécurité.

4.2 La présence du père

Lorsque les couples parlent de la naissance de leur enfant, ils disent *« nous avons accouché »*. Cela montre bien la place très importante du père. D'une part dans la gestion de la douleur où la présence du père est d'un grand soutien pour la femme. Dans de nombreux témoignages, les couples disent avoir *« dansé ensemble, même chanté »*. On ressent alors une grande complicité entre eux, un partage. *« Nous faisons le tour du quartier en nous arrêtant toutes les dix minutes pour cause de contractions. On rigole bien vu ma démarche de canard boiteux et les arrêts fréquents. »*

Lors des entretiens effectués, 2 des pères étaient présents. Ils racontent l'accouchement avec beaucoup d'entrain, j'ai même eu l'impression qu'ils ressentaient exactement les mêmes choses que ce que vivaient leurs femmes. Le calme et la confiance que les mères pouvaient ressentir de leur conjoint leur a permis de se détendre, d'avoir confiance, notamment dans leur capacité à donner la vie.

D'autre part dans les positions que les femmes prennent pour accoucher, le soutien du père est nécessaire. Elles sont très souvent accroupies, à genoux, assises et leur conjoint

les soutient physiquement. Il a alors l'impression d'accoucher en même temps que sa femme. Si la mère est dans une position qu'elle peut garder toute seule, c'est alors souvent le mari qui accompagne la naissance de leur enfant et qui met ses mains lors de la sortie.

La majorité des femmes affirment que la SF n'est pas intervenue lors de l'accouchement.

Les femmes ont ressenti une « *réelle liberté dans les positions* » qu'elles prenaient, la SF n'intervenant que lorsque l'accouchement semblait difficile. On remarque que la verticalité semble être la position la plus appropriée lors de l'expulsion.

4.3 La présence des aînés

Dans à peu près la moitié des cas, les aînés étaient dans la maison lors de l'accouchement. Lorsque les enfants dormaient au moment de l'accouchement, ils se sont, la plupart du temps, réveillés d'eux-mêmes pendant le travail ou quelques temps après la naissance. « *Mon fils s'est réveillé et était très amusé de me trouver dans le bain. Il me chantait des comptines, proposait de me prêter ses jouets de bains...* »

Les parents décrivent la rencontre avec le nouveau-né comme « *magique, tendre et douce* ». Le(s) aîné(s) ne voulaient plus quitter le bébé. Certaines familles parlent d'une véritable fête : « *on a fait des crêpes, on a gonflé des ballons* ».

L'AAD permet de préserver le cocon familial. La vie ne s'interrompt pas. Les aînés ne se sentent pas délaissés par l'absence de la mère. Même si elle passe beaucoup de temps avec le bébé, les mères disent continuer à privilégier des instants avec les aînés. Elles les incluent même dans les soins du nouveau-né, ce sont eux qui aident pour les mesures, qui coupent le cordon.

4.4 Le mode d'alimentation choisi pour le nouveau-né

100% des multipares et 97% des primipares ont choisi l'allaitement maternel qui s'inscrit dans la continuité de l'AG et de l'AAD. Les femmes décrivent une « grande disponibilité de la SF face aux questions concernant l'allaitement ». Quelques unes d'entre elles sont membres d'associations soutenant l'allaitement comme « La Leache League » ou « Renoal » pour celles ayant accouché à domicile dans la région. Elles disent avoir rencontré un grand soutien lors de ces réunions.

Celles ayant accouché à l'hôpital pour une précédente grossesse disent avoir reçu des informations divergentes sur l'allaitement, ne se sentant pas entendues ou comprises face aux difficultés qu'elles rencontraient.

4.5 Disponibilité de la SF en post-partum

La majorité des femmes a reçu plus de deux à trois visites de la SF dans les jours suivants l'accouchement. Ces visites durent en moyenne 1h et les femmes peuvent aborder toutes les questions qu'elles souhaitent. Les mères peuvent exprimer leurs inquiétudes en toute liberté. L'AG permet à la SF de détecter plus facilement une éventuelle dépression du post-partum, celle-ci connaissant parfaitement sa patiente.

Une multipare a déclaré n'avoir eu aucune visite de la SF ayant accompagné l'AAD en post-partum parce qu'elle habitait loin. Cependant, elle l'avait eu au téléphone tous les jours et une SF libérale plus proche de son domicile est passée à plusieurs reprises.

En plus des visites à la maison, certaines femmes ont eu besoin d'appeler la SF. Les raisons évoquées sont des questions sur l'allaitement, un besoin de réassurance.

4.6 Aide d'une tierce personne

Les primipares ont obtenu plus d'aide dans le post-partum que les multipares. Elles ont souvent demandé à leurs parents d'être présents dans les jours suivants l'accouchement pour gérer les tâches ménagères, les courses, la préparation des repas. Parmi celles n'ayant pas eu d'aide, certaines l'ont regretté et affirment s'organiser différemment pour un éventuel prochain AAD.

Certains couples n'ont pas demandé d'aide par choix. Ils souhaitent préserver l'atmosphère, l'intimité, la chaleur des jours suivant la naissance. De nombreux parents ont évoqué la volonté de « *rester dans le cocon familial, dans cette bulle qui se forme autour de cette nouvelle famille.* » Afin de pouvoir rester dans cette ambiance, les couples avaient préparé des plats cuisinés qu'ils avaient congelés avant la naissance. Ainsi, dans le post-partum, la préparation des repas était une occupation en moins. C'est souvent la SF qui avait émis cette idée lors des consultations prénatales. On voit alors la diversité des sujets pouvant être abordés en prénatal.

Trois familles ont sollicité une aide-ménagère dans le premier mois suivant la naissance. Ces couples avaient déjà vécu un AAD et savaient comme il pouvait être difficile de tout gérer avec la venue d'un nouveau-né.

4.7 Volonté pour une éventuelle prochaine grossesse

97% des primipares et 99% des multipares ayant vu leur projet aboutir envisagent à nouveau un AAD pour une prochaine grossesse. Elles disent avoir été très satisfaites de l'accompagnement dont elles ont bénéficié.

La plupart des couples ne changeraient rien par rapport à cette première expérience. Ils estiment que chaque naissance est différente et donc, que les choses se dérouleront différemment lors d'un prochain AAD.

Les multipares ayant déjà accouché à l'hôpital disent avoir ressenti un stress au moment du départ : « *Est-ce le bon moment ? Avons-nous pris toutes les affaires dont nous allons avoir besoin ?* ». Rester à la maison leur a permis de ne quasiment rien préparer avant cette naissance. La magie du moment est alors préservée.

Pour ces femmes, rester chez elles et être accompagnées par une seule SF est synonyme de sécurité. Elles ont confiance en leur capacité à mettre au monde leur enfant.

5 Alternatives lorsque l'AAD n'est pas possible

Lorsque j'ai posé la question de la connaissance d'autres lieux pour accoucher, la majorité des femmes ont évoqué les MdN. C'est d'ailleurs la deuxième solution qu'elles préféreraient après l'accouchement à la maison. Quelques unes d'entre elles ont aussi parlé des plateaux techniques si la SF y a accès et de la location d'un gîte pour se rapprocher d'une SF pratiquant les AAD. Cette dernière solution n'est pas la plus pratique comme elles le disent. En effet, l'organisation de la location, la durée, le fait de ne pas être réellement chez soi ajoutent des difficultés dans l'élaboration du projet.

A la question « qu'auriez-vous fait si l'AAD n'avait pas été possible ? », la majorité des couples a tout d'abord répondu qu'outre l'hôpital et l'accouchement à la maison, il n'existe pas, à ce jour, d'autres alternatives.

Les résultats à cette question sont les mêmes, que les femmes soient primipares ou multipares.

La majorité des couples se tourneraient donc, en premier lieu, vers un accouchement en milieu hospitalier. Un accouchement en plateau technique est la deuxième option évoquée. Quelques couples auraient tenté un accouchement en MdN. Au moment du remplissage du questionnaire, certains couples ne savaient pas ce qu'ils envisageraient et se demandaient même s'il existait vraiment des lieux respectant la naissance et les souhaits des parents. Enfin, une minorité (2% des multipares) avoue avoir pensé à un accouchement non assisté.

- *L'accouchement en milieu hospitalier*

Les couples qui se tourneraient vers cette option favoriseraient le choix d'une maternité réputée pour respecter le projet de naissance des parents.

Dans la rédaction de ce projet de naissance, on retrouve les mêmes motivations que pour un accouchement à la maison, la première étant le respect de la physiologie. Les couples réclament une médicalisation non systématique, une liberté des actes et des postures, une ambiance calme, un accueil respectueux du nouveau-né. D'ailleurs, la notion de maternité ayant l'appellation « amie des bébés » est ressortie dans de nombreux témoignages.

Les couples aimeraient aussi que la grossesse soit suivie par le même praticien.

Enfin, la plupart des parents demanderaient une sortie précoce de la maternité, si tout va bien, avec un suivi à domicile.

- L'accouchement en plateau technique

Grâce à cette pratique, les femmes bénéficient d'un AG et d'un accouchement avec la SF ayant effectué cet AG. Le début du travail peut être effectué à la maison puis la femme accompagnée de la SF quittent le domicile pour se rendre vers la maternité où l'accouchement aura lieu. Elles rentrent ensuite précocement chez elle où les suites de couches s'effectueront sous la surveillance de cette même sage-femme.

Le développement de l'accès aux plateaux techniques semble être une pratique qui se généralise actuellement et je pense que cela peut être une bonne alternative à l'AAD. Les femmes n'ont pas à ressentir le stress d'un éventuel transfert puisqu'elles sont dans l'enceinte de l'hôpital, l'accouchement est physiologique, elles connaissent la SF qui les accouche et sont déjà dans une relation de confiance avec cette dernière et enfin, elles vivent les suites de couches à la maison ce qui leur permet de rester dans le cocon familial, entourée des aînés.

- Les maisons de naissance

Bien que les MdN n'existent pas en France, quelques couples envisageraient d'accoucher dans un pays proche de chez eux, où il y a des MdN.

En France, les MdN ne sont actuellement pas reconnues, ni instituées légalement bien que de nombreux organismes comme le CIANE, l'ANSFL par exemple se mobilisent pour qu'elles se développent. Dans le plan périnatalité 2005-2007, une MdN est définie comme « le lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des SF, dès lors que celui-ci se présente comme à priori normal. »

C'est une structure physiquement et juridiquement différenciée pouvant se situer dans la maternité partenaire ou à distance, dès lors que le transfert des femmes peut se faire dans un délai compatible avec l'urgence.

- *L'accouchement à domicile non assisté*

Devant l'absence de SF libérale pratiquant l'AAD à proximité de chez eux, certains couples ont évoqué la possibilité d'un accouchement à la maison sans SF. J'ai d'ailleurs reçu quelques questionnaires où les couples mentionnaient le fait qu'ils avaient accouché à la maison sans assistance.

La plupart du temps, ces couples font suivre la grossesse normalement par une SF libérale ou à l'hôpital mais savent très bien qu'ils ne s'y rendront pas au moment de l'accouchement. Cette pratique inconsciente ne doit pas être encouragée, ni motivée. De plus, l'accouchement à domicile non assisté ne peut que donner une image péjorative et dangereuse de l'AAD mais aussi des SF qui l'accompagnent.

Bien que les femmes aient confiance en leur capacité à enfanter et que lors d'un accouchement, ce sont elles qui donnent naissance et pas nous, il est important que des dérives comme l'accouchement à domicile non assisté ne se développent pas.

Paul CESBRON s'exprime sur le suivi par une sage-femme libérale et un accouchement hors structure hospitalière : « *Une telle alternative à l'accouchement hospitalier devrait désormais être médicalement et fermement soutenue. Il ne s'agit nullement d'une régression, mais bien d'un véritable progrès. Une réhabilitation de la naissance comme étape singulière d'une histoire personnelle.* » [4]

CONCLUSION

CONCLUSION

Pour beaucoup de femmes, la question du lieu de naissance ne se pose pas. Il semble « normal » de se rendre à la maternité pour accoucher.

Cependant, de plus en plus de couples s'interrogent sur la naissance, le sens qu'ils souhaitent lui donner et s'orientent vers l'accompagnement global avec un accouchement à domicile.

Cette étude a permis de décrire les couples qui souhaitent un AAD en faisant ressortir des critères communs sans pour autant pouvoir en établir un profil. Le choix d'un AAD est un acte réfléchi, responsable de couples voulant réellement s'investir dans la natalité et la parentalité.

Leurs motivations principales sont les mêmes : un respect de la naissance, l'intimité/la tranquillité, l'AG/la relation de confiance, le bien-être d'un lieu connu, être acteur de l'évènement et enfin la présence du père et/ou de la fratrie.

Afin d'avoir le libre choix de leur lieu d'accouchement, les couples doivent être pleinement informés des possibilités qui s'offrent à eux.

Lorsque l'AAD n'est pas possible, il existe des alternatives comme les maisons de naissance et l'accouchement en plateau technique. Cette dernière pratique se développe dans les établissements hospitaliers, comme au Centre Hospitalier Universitaire de Caen où un projet est en cours. Je pense qu'elle permettrait de satisfaire de nombreux couples et éviterait certaines dérives comme l'accouchement à domicile non assisté.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]: Morel M-F. Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècles). Actualité et dossier en santé publique, 2007 ; 61 : p22-28.
- [2]: Frydman R, Szejer M. La naissance, histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Editions Albin Michel, Paris, 2010.
- [3]: Beauvalet-Boutouyrie S. Naître à l'hôpital au XIXème siècle. Editions Belin, St-Germain-du-Puy, 1999.
- [4]: Cesbron P, Knibiehler Y. La naissance en Occident. Editions Albin Michel, Paris, 2004.
- [5]: Jacques B. *De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ?* Dossier « Naître en France ». INPES, La santé de l'homme, 2007 ; 391 : p20-22.
- [6]: Thévenet S. *L'accouchement en pôle physiologique, une alternative à la médicalisation de la naissance.* Vocation sage-femme, 2007, n°51 : p11-17.
- [7]: Janicki J. *La mission de Mme du Coudray, enseigner l'art des accouchements aux sages-femmes du Royaume de France XVIIIe siècle.* Les dossiers de l'obstétrique, 2009, n° 386 : p27-30.
- [8]: Knibiehler Y. Accoucher - Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle. Editions ENSP, Mayenne, 2007.
- [9]: Collectif inter associatif autour de la naissance. <http://www.ciane.net//>, 11 août 2011.
- [10]: Akrich M. *Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas,* Dossier « Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? ». INPES, La santé de l'homme, 2007 ; 391 : p45-47.

- [11]: CEAS M. *L'accouchement à domicile aux Pays-Bas*. Les dossiers de l'obstétrique n°185 ; 1991, p3-16.
- [12]: GOER H. *Obstetrical myths versus research realities – A guide to the medical littérature*. Wesport : Bergin et Garvey, chap 17 ; 1995, pp.331-47.
- [13]: Association « accoucher librement ». <http://www.accoucherlibrement.fr//>, 11 septembre 2011.
- [14]: Keller M-J et Creiser C. *Visite d'une maison de naissance à Brême*. Contact sages-femmes n°28 ; 2011, p8-9.
- [15]: Verlag H H. "*A German Study*", *5 Jahres-Studie 2000-2004*. Ausserklinische Geburtshilfe in Deutschland. Gesellschaft für Qualität in der ausserklinischen Geburtshilfe, 2007.
- [16]: Department of Health, *Changing Childbirth*. The report of the Expert Maternity Group (Crumberlege report). Londres : HMSO ; 1993.
- [17]: Circulaire pour les sages-femmes et les infirmières. Nursing Midwifery Coucil. 2006.
- [18]: Office Nationale des Statistiques, Bureau Général des Enregistrements Statistiques d'Ecosse. *New national statistics : big increase in home births across UK*, Agence pour la Recherche et les statistiques d'Irlande du Nord, 2006.
- [19]: CHAMBERLAIN G, WRAIGHT A, CROWLEY P, *Home Births – The report of the 1994 confidential enquiry by the national Birthday Trust fund*. Parthenon Publishing ; 1997.
- [20]: *Naissance à domicile au Royaume-Uni*. Déclaration conjointe du Collège Royal des Sages-Femmes et du Collège Royal des Obstétriciens. n°2, avril 2007.
- [21]Ministère de la santé, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques « *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement* ». Etudes et Résultats n° 660, septembre 2008

[22]: BREART G, PUECH F, ROZE JC, Mission périnatalité, conclusions, vingt propositions pour une politique périnatale ; septembre 2003, 26p.

[23]: Ministère de la santé, plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » ; 2004, 44p.

[24]: Code de la santé publique. <http://www.legifrance.gouv.fr//>, 12 août 2011.

[25]: Association Nationale des Sages-femmes Libérales. <http://www.ansfl.org//>, 29 mai 2011.

[26]: Organisation Mondiale de la Santé. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique, Rapport d'un groupe de travail technique, 1997.

[27]: Haute Autorité de la Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées ; Service des recommandations professionnelles, Mai 2007.

[28]: Publications de la cour des comptes. <http://www.ccomptes.fr//>, 11 septembre 2011.

[29]: Lavillonière J. Organisation des soins périnataux en France. La lettre aux adhérentes 2002 ; juin : 11.

[30]: Janin S, Trélaün M. Commission “Naître mieux”. Association femmes/ sages-femmes d’Aquitaine, Montpouillan, 1998, p 24.

[31]: BRABANT Isabelle, Pour une naissance heureuse, Ed Chronique sociale, 2003, 438p

ANNEXES

ANNEXE I : Liste d'indications officielles obstétricales aux Pays-Bas

VERLOSKUNDIGE INDICATIELIST = V.I.L. Critères de référencements et de transferts utilisés aux Pays-Bas

La VIL, liste d'indications officielles obstétricales, utilisées en Hollande, définit la répartition des compétences obstétricales, au vu d'arguments obstétricaux.

Classe A :

Suivi par la sage-femme libérale

Accouchement à domicile, à l'hôpital ou en maison de naissance, au libre choix de la patiente. En cas d'accouchement prévu en milieu hospitalier, le début du travail se fera à domicile sous la surveillance de la sage-femme.

Classe B :

La sage-femme consulte un obstétricien pour avis, ou envoie sa patiente chez l'obstétricien pour une consultation. La sage-femme décide ensuite si elle accepte de suivre la grossesse de la patiente.

Si la patiente est en définitive suivie par un obstétricien, l'accouchement aura lieu en milieu hospitalier.

Classe C :

La sage-femme envoie la patiente vers le deuxième échelon de soins, elle ne suivra pas sa grossesse, elle sera suivie par un obstétricien.

Classe D :

La patiente est suivie par la sage-femme, mais au vu d'antécédents particuliers, l'accouchement aura lieu en milieu hospitalier, avec la sage-femme.

I. ANTECEDENTS

1) Histoire Médicale

A. Pathologie neurologique

Epilepsie, hémorragie sub-arachnoïdienne, SEP B

Hernie discale A

B. Pathologie médicale

Tuberculose C

Asthme B

Cardiopathie B

Thrombo-embolie B

Anomalie de la coagulation C

Néphropathie B

Diabète C

Maladie d'Addison, Maladie de Cushing C

Hypothyroïdie B

Hyperthyroïdie C

Anémie < 6 mmol/l B

Rectocolite hémorragique, maladie de Crohn C

C. Pathologie gynécologique

Prolapsus génital B

Conisation cervicale C

Myomectomie sous-séreuse A

Myomectomie sous-muqueuse ou intra-murale C

Fistule vésico-vaginale ou recto vaginale C

Dysplasie cervicale A

Cancer du col C

Exposition au distilbène A

IUD in situ A

Infertilité A

Fracture pelvienne B

D. Divers

Consommation de drogues dures	C
Troubles psychiatriques	B

2) Histoire Obstétricale

Iso-immunisation Rhésus	C
HTA gravidique	A
Fausses couches spontanées du 1 ^{er} trimestre à répétition	A
Accouchement prématuré	B
Béance cervicale	C
HRP	C
Extraction instrumentale	A
Césarienne	C
RCIU	C
Souffrance fœtale	B
MFIU, Mort néonatale	B
Malformation congénitale	B
Hémorragie du post-partum	B
Délivrance artificielle	B
Déchirure périnéale du 3 ^e degré	A
Psychose puerpérale	A
Multipare de plus de 35 ans	B
Multipare de plus de 40 ans	B
Age inférieur à 15 ans	A
Grande multiparité	A

II. DEROULEMENT DE LA GROSSESSE

Anémie < 6 mmol/l	B
Pyélonéphrite	A
Rubéole, CMV	A
Toxoplasmose	C
Herpès	B
Ag Hbs positif	A
Hernie discale survenant pendant la grossesse	B
Dysplasie cervicale	A
Consommation de drogues dures	C
Troubles psychiatriques	B
Diagnostic anténatal (amniocentèse, biopsie de trophoblaste)	A
Suspicion de malformation fœtale	B
HTA (Diastolique > 9 mmHg)	B
Protéinurie	B
Iso-immunisation Rhésus	C
Métrorragies après 20 SA	C
HRP	B
Suspicion de RCIU	B ou C
Dépassement de terme	C
MAP	C
Béance cervicale	C
Grossesse multiple	C
Présentation dystocique	B ou C
Macrosomie au 3 ^e trimestre	B
Mort fœtale	B ou C

III. ANOMALIES DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

Présentation dystocique	C
Suspicion de souffrance fœtale aigue	C
RPDE > 24h sans contractions	C
Stagnation du travail ou de l'expulsion	C
Métrorragies anormales pendant le travail	C

HRP	C
Vaisseau prævia	C
Hémorragie de la délivrance	C
Rétention placentaire	C
Déchirure périnéale du 3 ^e degré	C
Déchirure périnéale compliquée	C

IV. ANOMALIES DU POST-PARTUM

1) Versant maternel

Hématome vulvaire	C
Infection puerpérale	C
Psychose puerpérale	C
Thrombo-embolie	C

2) Versant fœtal

Hypotrophie	C
Prématurité	C
Cyanose	C
Hypothermie	C
Malformation congénitale	C
Ictère dans les premières 24 heures	C

ANNEXE II : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées



Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

Mai 2007

Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative)

Types de suivi recommandés

♿ **Suivi A** : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

○ **Avis A1** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.

○ **Avis A2** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

♿ **Suivi B** : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Types de structures requises

♿ **Unité d'obstétrique** : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique « une unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés. »

♿ **À adapter** en fonction du risque pour la mère et l'enfant à naître.

Abréviations et acronymes : indice de masse corporelle (IMC), hypertension artérielle (HTA), interruption volontaire de grossesse (IVG) et interruption médicale de grossesse (IMG), retard de croissance intra-utérin (RCIU), mort foetale intra-utérine (MFIU), *hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet* (HELLP), syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), lupus érythémateux disséminé (LED), virus d'immunodéficience humaine (VIH), fécondation *in vitro* (FIV)

Période préconceptionnelle ou 1^{re} consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	À adapter
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	À adapter en fonction de l'anomalie
TOXIQUES		
Sevrage alcoolique	A1	À adapter en fonction des conséquences
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PREEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES		
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	À adapter
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B	À adapter
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	À adapter
Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	À adapter
Diabète	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	À adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow - Maladie de Basedow	A1 B	Unité d'obstétrique À adapter
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire) - Asthme modéré, ancien, contrôlé	B A	À adapter Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter
Drépanocytose et autres hémoglobinopathies - mère homozygote - mère hétérozygote	B A2	À adapter Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie - Uropathie	B A2	À adapter Unité d'obstétrique si sans

		retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce	À adapter
Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter
Chirurgie cervico-utérine		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE		
Antécédents médicaux		
Infections urinaires récidivantes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récurrence au cours de la grossesse
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité foeto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	A2 B	À adapter en fonction de la récurrence
Fausses couches répétées au cours du 1er trimestre : - sans étiologie - avec étiologie SAPL	A2 B	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications
Fausses couches tardives au cours du 2e trimestre	B	À adapter en fonction de la récurrence
Accouchement prématuré	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récurrence
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2) Interruption médicale de grossesse (IMG)	A1 A2	Unité d'obstétrique À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3e percentile) - Mort foetale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B B	À adapter À adapter
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		

Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexplicée	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du <i>post-partum</i>, stress post-traumatique	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter
Durant la grossesse (de la 2e à la 7e consultation - du 4e au 8e mois)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter
Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...) - au 1er trimestre de grossesse - au 2e ou 3e trimestre de grossesse	A2 B	Unité d'obstétrique À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie fœtale
Rubéole	B	À adapter si pathologie fœtale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie fœtale
Herpès génital primo-infection ou récidive	B	À adapter si survenue durant 3 ^e trimestre de grossesse
Infection à parvovirus B19	B	À adapter si pathologie fœtale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie fœtale
Hépatite B aiguë	B	À adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter

Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	À adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-fœtales
Listériose	B	À adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter
Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	À adapter
Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Amniocentèse/ponction des villosités choriales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes - avant 16 SA - après 16 SA	A2 A2	Unité d'obstétrique À adapter
Hémorragies foeto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire - bichoriale - monochoriale	A2 B	Unité d'obstétrique À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité foeto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance foetale	B	À adapter
Mort foetale <i>in utero</i>	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

Consultation du 9e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en mai 2007 - © Haute Autorité de santé – 2007
 Les recommandations, leur synthèse et l'argumentaire complets sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

ANNEXE III : Les tarifs conventionnels

Tarifs des actes obstétricaux (tarifs en euros à compter du 23 avril 2008)		
Actes obstétricaux	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer
Consultation : C	17	17
Visite : V	17	17
Examens médicaux du suivi de la grossesse : CG	19	19
Séances de suivi postnatal : SP	18,55	18,55
Accouchement simple : SF 118	312,70	312,70
Accouchement gémellaire : SF 130	344,50	344,50
Actes en SF	2,65	2,65
Majoration de dimanche* et jour férié	21,00	21,00
Majoration de nuit de 20h à 0h et de 6h à 8h	35,00	35,00
Majoration de nuit de 0h à 6h	40,00	40,00
Indemnité forfaitaire de déplacement : IFA	3,81	3,81

* Pour la réalisation d'un acte obstétrical, la majoration de dimanche est étendue au samedi 12 heures en cas d'appel d'urgence.

Tarifs des soins infirmiers (tarifs en euros à compter du 23 avril 2008)		
Soins infirmiers	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer
Actes en SFI	2,18	2,18
Majoration de dimanche	7,62	7,62
Majoration de nuit	9,15	9,15
Indemnité forfaitaire de déplacement : IFA	1,19	1,19

Tarifs des indemnités kilométriques
(tarifs en euros à compter du 23 avril 2008)

Indemnités kilométriques	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer
Indemnité kilométrique en plaine	0,38	0,38
Indemnité kilométrique en montagne	0,61	0,61
Indemnité kilométrique à pied ou à ski	3,35	3,66

Suite à la nouvelle convention régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et les sages-femmes libérales :

- examens médicaux de suivi de grossesse : CG
- autres consultations : C
- préparations à la naissance : SF
- séances de suivi postnatal : SP

ANNEXE IV : Conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement

OMS

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 ces 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.

Recommandations générales

1. Les pays devraient se doter des moyens nécessaires à la réalisation d'enquêtes collectives visant à évaluer la technologie obstétricale.
2. La communauté dans son ensemble devrait être informée des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux.
3. Les groupes féminins d'entraide sont une valeur, intrinsèque dans la mesure où ils constituent des mécanismes de soutien social et de diffusion des naissances, notamment eu égard à la naissance.
4. Les éventuels systèmes parallèles de soins prénatals (que représentent par exemple les accoucheuses traditionnelles) doivent cohabiter avec le système officiel, et leur collaboration doit être maintenue au bénéfice de la mère. De nations, si elles sont établies sans aucune tentative de domination système sur l'autre, peuvent être très fructueuses...
5. Il faudrait encourager la formation de sages-femmes ou d'accoucheuses traditionnelles qui seraient chargées des soins à dispenser en cas de grossesse normale, ainsi que pendant et après l'accouchement..
6. Il faudrait diffuser auprès du public desservi par les hôpitaux des informations sur les pratiques en vigueur dans ces établissements en matière d'accouchement (taux de césariennes, par exemple).
7. Le bien-être psychologique de la Mère doit être assuré non seulement par la présence d'une personne de son choix pendant l'accouchement, mais aussi par la possibilité de recevoir librement des visites au cours de la période post-natale.
8. Le nouveau-né doit toujours rester avec sa mère si l'état de santé de l'un et de l'autre le permet. Aucun examen ne justifie que l'on sépare un nouveau-né en bonne santé de sa mère.
10. Les pays dont les taux de mortalité périnatale sont parmi les plus faibles du monde ont des taux de césarienne inférieurs à 10 %. Il n'y a manifestement aucune raison pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10 à 15 % des accouchements pratiqués soient des césariennes.
11. Rien ne prouve qu'une césarienne soit nécessaire chez les femmes qui ont déjà subi une césarienne segmentaire transversale. L'accouchement par les voies basses chez les femmes qui ont déjà eu une césarienne devrait normalement être encouragé chaque fois que l'on dispose de l'infrastructure chirurgicale nécessaire en cas d'urgence.
12. Il n'est pas prouvé que le monitoring fœtal de routine pendant l'accouchement ait un effet positif sur l'issue de la grossesse. On ne devrait avoir recours au monitoring électronique du fœtus que dans des cas médicaux soigneusement sélectionnés (lorsqu'il y a un risque élevé de mortalité périnatale) et lorsque le travail est provoqué. Les pays qui disposent d'appareils de monitoring fœtal et d'un personnel qualifié devraient chercher à déterminer quels sont les groupes de femmes enceintes susceptibles de bénéficier des techniques de surveillance électronique du fœtus. En l'absence de ces données, les services de santé nationaux devraient s'abstenir d'acheter de nouveaux appareils de monitoring.
13. Le rasage du pubis ou l'administration d'un lavement avant l'accouchement ne s'impose pas.
14. Les femmes enceintes ne devraient pas être couchées sur le dos pendant le travail ou l'accouchement. Il faudrait les encourager à déambuler pendant le travail et leur permettre de choisir librement la position qu'elles adopteront pour la délivrance.
15. Le recours systématique à l'épisiotomie ne se justifie pas. D'autres méthodes de protection du périnée devraient être étudiées et, le cas échéant, adoptées.
16. L'accouchement ne devrait pas être provoqué par commodité et il ne faudrait procéder au déclenchement artificiel du travail qu'en présence d'indications médicales précises. Aucune région géographique ne devrait enregistrer des taux de déclenchement artificiel du travail supérieurs à 10%.
17. Au cours de l'accouchement, il faudrait éviter l'administration systématique d'analgésiques ou d'anesthésiques qui ne sont pas expressément requis pour traiter ou prévenir une complication.

9. L'allaitement au sein doit être immédiatement encouragé, avant même que la mère ne quitte la salle d'accouchement.

18. La rupture artificielle des membranes n'est pas indispensable avant un stade avancé du travail. Aucune donnée scientifique ne justifie la rupture systématique des membranes par des moyens artificiels à un stade précoce de l'accouchement.

RECOMMANDATIONS DE L'O.M.S.

Conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement- Fortaleza Brésil, 22-26 Avril 1985 :

Le bureau régional de l'Europe et le bureau régional des Amériques de l'organisation mondiale de la Santé (OMS) ont organisé une conférence commune qui a réuni plus de 60 participants venus de deux régions intéressées, parmi lesquels des sages-femmes, des obstétriciens, des pédiatres, des administrateurs sanitaires, des sociologues, des psychologues, des économistes et des usagers.

La conférence a formulé un certain nombre de recommandations en partant du principe que toute femme a le droit fondamental de bénéficier de soins prénataux adéquats, que la femme a un rôle essentiel dans tout ce qui concerne ces soins, et qu'il faut absolument tenir compte des facteurs sociaux, affectifs et psychologiques si l'on veut concevoir et dispenser des soins appropriés.

ANNEXE V : Charte des droits de la parturiente

Journal officiel des communautés européennes, 8 juillet 1988

Le Parlement européen,

- A. Conscient des efforts que déploie la Commission des Communautés européennes en vue de contribuer à ce que la vie de la femme se déroule dans les meilleures conditions possibles,
- B. considérant que la méthode d'accouchement et la préparation à l'événement font, dans beaucoup d'Etats membres, l'objet de débats,
- C. considérant que la maternité doit être l'aboutissement d'un libre choix,
- D. considérant que la diminution de la mortalité périnatale qui touche tous les enfants et les parturientes en Europe s'explique en grande partie, et entre autres raisons, par l'assistance pré- et postnatale, par le type de traitement appliqué lors de l'accouchement et par les soins dispensés aux nouveau-nés, grâce aux progrès de la médecine, à la spécialisation croissante des médecins et à la formation appropriée des accoucheuses,
- E. faisant toutefois part des vives inquiétudes que lui cause la mortalité élevée - qui, dans certains Etats membres, est encore en hausse - due au syndrome de mort subite des nourrissons, les bébés de 2 à 6 mois surtout, ce pour ces raisons essentielles que, d'une part, le corps médical sait, aujourd'hui encore, peu de chose au sujet des causes de cette affection et que, d'autre part, la plupart des parents en ignorent tout, quand bien même il s'agit en l'espèce de la cause principale de mortalité postnatale,
- F. estimant que les facteurs psychologiques jouent un rôle important lors de l'accouchement, dans la mesure où ils créent un climat de tension particulière selon le pays et selon la situation professionnelle, sociale et économique de la femme et de sa famille,
- G. considérant que les facteurs culturels jouent un rôle important lors de l'accouchement et sont le reflet de la manière dont la société accueille le nouveau-né comme l'un de ses nouveaux membres,
- H. exigeant que soit dispensé le traitement approprié à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement en fonction de ses besoins et de ses caractéristiques personnelles,
- I. considérant que, même si la société a déployé des efforts considérables pour démystifier l'inquiétude au moment de, l'accouchement, il semble persister un certain état psychologique de crainte ancestrale, qui s'explique par la persistance parallèle de risques pendant la grossesse et au moment de l'accouchement,
- J. considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée,
- K. considérant qu'aucune intervention chirurgicale (césarienne) ne doit être pratiquée lors des accouchements en milieu hospitalier, sauf en cas d'absolue nécessité,
1. estime que l'accouchement ne peut se dérouler dans un climat de sérénité que lorsque la femme bénéficie d'une assistance appropriée de la part d'un personnel spécialisé, qu'elle choisisse d'accoucher en milieu hospitalier ou à domicile et lorsque les futurs pères et mères disposent d'une information appropriée et que chacun peut accéder gratuitement à une assistance prénatale, sur les plans préventif, médical, psychologique et social ;
 2. souhaite qu'une information appropriée et complète soit largement diffusée dans les centres de consultation médicale et centres hospitaliers sur l'assistance sociale dont peuvent bénéficier les futures mères en détresse ;
 3. demande à la Commission de prendre de nouvelles initiatives en vue d'arrêter une directive qui alignerait, autant que faire se peut, les dispositions législatives nationales relatives aux facilités prévues pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pour les parents sur les réglementations et les dispositions de l'Etat membre le plus avancé en la matière ;
 4. estime indispensable que les Etats membres procèdent en outre à une profonde révision et à un aménagement de l'ensemble de la législation relative à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement, aussi bien en ce qui concerne les services sociaux que l'équipement des centres médicaux et les soins dispensés aux nouveau-nés
 5. estime insuffisante l'initiative de la Commission d'élaborer un code de conduite en matière de protection sociale de la maternité et demande qu'une directive soit consacrée à ce sujet ;
 6. déplore le nombre sans cesse croissant de césariennes pratiquées dans la Communauté ;
 7. déplore que le taux d'allaitement au sein soit si peu élevé dans certains Etats membres de la Communauté;
 8. souligne la nécessité de mettre en place des centres de santé pour les femmes (sur le modèle des "Well Women Centres" p.e.) afin que ces dernières puissent avoir accès aux consultations et à une bonne médecine préventive.

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

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

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

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

12. demande en outre aux Etats membres

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE VI : Questionnaire

Bonjour.

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 4^e année à l'école du CHU de Caen.

Dans le cadre de l'obtention de mon diplôme, je dois réaliser un mémoire de fin d'études.

J'ai choisi de traiter l'accouchement hors d'une structure hospitalière et donc l'accouchement à domicile.

Pour réaliser cette étude, je dois interroger des femmes/couples ayant vécu l'accouchement à la maison ou dont cela était le souhait même si l'accouchement n'a pu avoir lieu hors milieu hospitalier.

Pour que mon étude ait une certaine valeur, il est nécessaire que je puisse interroger un grand nombre de femmes/couples concernés par l'accouchement à la maison.

C'est pour cette raison que je me permets de vous solliciter à travers ce questionnaire.

Je vous remercie de me le retourner complété et ainsi me permettre de mener à bien mon travail.

Comptant sur votre participation,

Cordialement

BOUDET Carole

QUESTIONNAIRE

La 1^{ère} partie du questionnaire permet de définir votre situation sociodémographique.

1) Situation familiale :

- en couple
- célibataire

2) Avez-vous déjà des enfants ?

- non
- oui

☞ Si oui, combien ?

3) Si vous avez déjà des enfants, où avez-vous accouché les fois précédentes :

- Hôpital privé
- Hôpital public
- A domicile
- Autre

☞ Précisez :

4) Quel âge avez-vous ?

4 bis) Si vous vivez en couple, quel âge a votre conjoint ?

5) Quelles sont vos origines géographiques ?

5 bis) Si vous vivez en couple, quelles sont celles de votre conjoint ?

☞ Dans quelle région s'est déroulé l'accouchement à domicile s'il a eu lieu ?

6) Quelle est votre niveau d'études ?

- Brevet des collèges
- CAP, BEP
- niveau lycée
- baccalauréat
- BTS, IUT, bac + 2
- études supérieures

6 bis) Si vous vivez en couple, celui de votre conjoint ?

- Brevet des collèges
- CAP, BEP
- niveau lycée
- baccalauréat
- BTS, IUT, bac + 2
- études supérieures

7) Exercez-vous une profession ?

- non
- oui

☞ Si oui, laquelle ?

7 bis) Si vous vivez en couple, votre conjoint exerce-t-il une profession ?

- non
- oui

☞ Si oui, laquelle ?

8) Dans quel environnement vivez-vous ?

- campagne
- ville
- périphérie urbaine

9) Vous logez dans ?

- une maison
- un appartement
- autre

☞ Précisez :

La 2^e partie

1) A quel moment avez-vous décidé de vivre votre accouchement à domicile ?

- avant la grossesse
- au 1^{er} trimestre de la grossesse
- au 2^e trimestre de la grossesse
- au 3^e trimestre de la grossesse

2) Etait-ce un choix plutôt personnel, venant de votre conjoint ou un choix de couple ?

- choix personnel
- choix venant de mon conjoint
- choix de couple

3) Quelles raisons ont motivé ce choix ? (si possible, des réponses courtes, plutôt sous forme de mots-clés)

4) De quelle façon avez-vous été informée de l'accouchement à domicile ?

- par la télévision
- par des magazines
- par internet
- par la famille, des ami(e)s
- autres

☞ Précisez

5) Que pense votre entourage proche (famille, amis) de l'accouchement à domicile ?

6) Connaissez-vous, dans votre entourage, des personnes qui ont déjà accouché hors structures hospitalières ?

- oui
- non

7) A part le milieu hospitalier privé ou public et le domicile, connaissez-vous d'autres lieux où il est possible d'accoucher ?

- non
- oui

☞ Si oui, précisez :

8) Si vous aviez-le choix, pour quel lieux d'accouchement opteriez-vous ? (noter par ordre de préférence, 1 étant votre 1^{er} choix)

- Hôpital/clinique
- Maison de naissance
- AAD
- autres

☞ Précisez

9) Une fois la décision de l'accouchement à la maison prise, comment avez-vous choisi la sage-femme libérale ?

- par le « bouche à oreilles »
- dans les pages jaunes
- par un professionnel
- Si c'est le cas, lequel ?
- autre

☞ Précisez :

10) La sage-femme qui vous a suivi vous a-t-elle informé sur :

- les conditions du suivi de la grossesse oui non
- les conditions de sélection des patientes oui non
- la possibilité de transfert à tout moment oui non
- les éventuels risques oui non
- autres informations, précisez :

11) Avez-vous finalement accouché à domicile ?

- oui
- non

☞ Si non, pour quelles raisons ?

☞ Et retenteriez-vous tout de même l'expérience ?

- oui
- non

☞ Si non, pour quelles raisons ?

Les questions 12 à 17 concernent les femmes pour qui c'est le 1^{er} accouchement :
Pour celles qui ont déjà vécu un accouchement, allez directement à la question 18.

12) Comment s'est passé le travail et l'accouchement ?

→ Dans quelle pièce de votre logement avez-vous accouché ?

→ Concernant cette pièce :

- Comment l'avez-vous organisée ?
- Quelle était la luminosité ?
- Avez-vous mis de la musique ?

→ Concernant la sage-femme :

- A quel moment l'avez-vous appelée ?
- Est-elle arrivée rapidement ?

- Est-elle restée tout le temps auprès de vous ?

→ Concernant le suivi du travail :

- Avez-vous eu des enregistrements du rythme cardiaque de votre bébé ? si oui, à quelle fréquence ? Avec quel appareil ?
- Vous a-t-elle examiné ? Si oui, à quelle fréquence ?
- Comment avez-vous géré la douleur du travail ?

→ Concernant l'accouchement :

- La sage-femme a-t-elle mis ses mains pour accompagner la sortie du bébé lors de l'accouchement ou a-t-elle laissé les choses se dérouler naturellement sans intervenir ?

- Dans quelle position avez-vous accouché ?

- Avez-vous eu une déchirure ? oui non
- ☞ si oui, a-t-elle été recousu ? oui non
- ☞ si non, pour quelles raisons ?

- Combien de temps la sage-femme est-elle restée après l'accouchement ?

→ Concernant les premiers soins donnés à l'enfant :

- Combien de temps après l'accouchement ont-ils été effectués ?
- Quels soins ont été donnés ? (bain, mesures...)
- Dans quelle pièce cela s'est-il passé ?

→ Quel mode d'alimentation avez-vous choisi pour votre bébé ?

le sein le biberon

- Si vous avez choisi le sein, combien de temps après l'accouchement avez-vous donné la 1^{ère} tétée ?
- La sage-femme était-elle présente à ce moment ?

→ Combien de fois la sage-femme est-elle venue vous voir dans les jours qui ont suivi l'accouchement ?

- Avez-vous eu besoin de l'appeler ou de la voir plus que prévu ?

Oui
Non

☞ si oui, pour quelles raisons ?

13) Quel a été l'impact de l'accouchement à la maison sur votre couple ?

- Votre conjoint a-t-il facilement réussi à trouver sa place ?
- L'accouchement à domicile a-t-il renforcé la relation avec votre conjoint ?

- L'un de vous a-t-il regretté ce choix ? oui non

☞ Si oui, pour quelles raisons ?

14) Comment s'est passée la reprise du cours de la vie quotidienne ?

Par exemple, au bout de combien de temps vous êtes vous levée ?

Vous êtes vous douchée ?

Avez-vous mangé ?

15) Après l'accouchement, avez-vous eu de l'aide pour la vie quotidienne (famille, amis...) ?

16) Qu'auriez-vous fait si l'accouchement à la maison n'avait pas été possible ?

17) Si c'était à refaire, souhaiteriez-vous à nouveau accoucher à domicile ?

- non

☞ Pour quelles raisons ?

- oui

☞ Changeriez-vous des choses par rapport à votre expérience ?

Les questions 18 à 27 concernent les femmes qui ont déjà un ou plusieurs enfant(s) :

18) Comment s'est passé le travail et l'accouchement ?

→ *Dans quelle pièce de votre logement avez-vous accouché ?*

→ *Concernant cette pièce :*

- Comment l'avez-vous organisée ?
- Y avait-il beaucoup de lumière ?
- Avez-vous mis de la musique ?

→ **Concernant la sage-femme :**

- A quel moment l'avez-vous appelée ?
- Est-elle arrivée rapidement ?
- Est-elle restée tout le temps auprès de vous ?

→ **Concernant le suivi du travail :**

- Avez-vous eu des enregistrements du rythme cardiaque de votre bébé ? si oui, à quelle fréquence ? Avec quel appareil ?
- Vous a-t-elle examiné ? Si oui, à quelle fréquence ?
- Comment avez-vous géré la douleur du travail ?

→ **Concernant l'accouchement :**

- La sage-femme a-t-elle mis ses mains pour accompagner la sortie du bébé lors de l'accouchement ou a-t-elle laissé les choses se dérouler naturellement sans intervenir ?

- Dans quelle position avez-vous accouché ?

- Avez-vous eu une déchirure ? oui non
- ☞ si oui, a-t-elle été recousu ? oui non
- ☞ si non, pour quelles raisons ?

- Combien de temps après l'accouchement s'est fait la délivrance ?

- Combien de temps la sage-femme est-elle restée après l'accouchement ?

→ **Concernant les premiers soins donnés à l'enfant :**

- Combien de temps après l'accouchement ont-ils été effectués ?
- Quels soins ont été donnés ? (bain, mesures...)
- Dans quelle pièce cela s'est-il passé ?

→ **Quel mode d'alimentation avez-vous choisi pour votre bébé ?**

le sein le biberon

- Si vous avez choisi le sein, combien de temps après l'accouchement avez-vous donné la 1^{ère} tétée ?
- La sage-femme était-elle présente à ce moment ?

→ **Combien de fois la sage-femme est-elle venue vous voir dans les jours qui ont suivi l'accouchement ?**

- Avez-vous eu besoin de l'appeler ou de la voir plus que prévu ?

Oui
Non

☞ si oui, pour quelles raisons ?

19) Pour les femmes qui ont déjà vécu un accouchement à l'hôpital auparavant, quelles sont les principales différences de prise en charge qui ont compté pour vous ?

Par exemple sur l'accompagnement, la mobilité, la gestion de la douleur, l'alimentation pendant le travail... (mais n'hésitez pas à me dire tout ce qui vous passe par la tête)

19 bis) L'AAD était plus ou moins fatigant pour vous ? et pour votre conjoint ?

20) Avez-vous senti une différence dans la relation immédiate avec votre enfant ?

21) Quel a été l'impact de l'accouchement à domicile sur votre couple ?

- Votre conjoint a-t-il facilement réussi à trouver sa place ?
- L'accouchement à domicile a-t-il renforcé la relation avec votre conjoint ?

- L'un de vous a-t-il regretté ce choix ? oui non

☞ Si oui, pour quelles raisons ?

22) Comment s'est passé la reprise du cours de la vie quotidienne ?

Par exemple, au bout de combien de temps vous êtes vous levée ?

Vous êtes vous douchée ?

Avez-vous mangée ?

23) Après l'accouchement, avez-vous eu de l'aide pour la vie quotidienne (famille, amis...) ?

24) Comment avez-vous géré la présence de votre ou vos aîné(s) ?

- Par exemple, Etais(en)t-il(s) dans votre logement pendant le travail et l'accouchement ?

oui non

☞ Si oui, dans quelle pièce ?

25) Pour le(s) aîné(s), comment s'est passée la rencontre avec le nouveau-né ?

- Par exemple, combien de temps après l'accouchement ? Dans quelle pièce (celle de l'accouchement, une autre ?)

26) Qu'auriez-vous fait si l'accouchement à la maison n'avait pas été possible ?

27) Si c'était à refaire souhaiteriez-vous à nouveau accoucher à domicile ?

- non

☞ Pour quelles raisons ?

- oui

☞ Changeriez-vous des choses par rapport à votre expérience ?

Merci beaucoup pour le temps que vous avez consacré à répondre à ce questionnaire.

Je vous tiendrai au courant de la suite de mon mémoire.

Cordialement

BOUDET Carole

RÉSUMÉ :

De plus en plus de couples s'interrogent sur le sens qu'ils souhaitent donner à la naissance de leur enfant. Ils s'orientent alors vers l'accompagnement global avec accouchement à domicile qui semble correspondre à leurs attentes.

Cette étude a permis de décrire ces couples en démarche d'AAD en faisant ressortir des critères communs sans pour autant pouvoir en établir un profil.

Le choix d'un AAD est un acte réfléchi, motivé et responsable de couples voulant réellement s'investir dans la natalité et la parentalité.

Afin d'avoir le libre choix de leur lieu d'accouchement, les couples doivent être pleinement informés des possibilités qui s'offrent à eux.

MOTS-CLÉS : Accouchement à domicile, accompagnement global, sages-femmes libérales, respect de la naissance, démedicalisation, profil-type.

TITRE : Accoucher à la maison : quels couples font ce choix et pourquoi ?

AUTEUR : Carole BOUDET

Diplôme d'État de Sage-Femme

École de Sages-femmes de Caen

Promotion 2008-2012