



**HAL**  
open science

# Naître à la maison : modèle ou hérésie ? L'accouchement programmé à domicile en France : un conflit entre la confiance en la nature humaine et la sécurité des normes médicales

Anne-Charlotte Durnerin

## ► To cite this version:

Anne-Charlotte Durnerin. Naître à la maison : modèle ou hérésie ? L'accouchement programmé à domicile en France : un conflit entre la confiance en la nature humaine et la sécurité des normes médicales. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01945964

**HAL Id: dumas-01945964**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01945964v1>**

Submitted on 5 Dec 2018

**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.

# Naître à la maison : modèle ou hérésie ?

L'accouchement programmé à domicile en  
France : un conflit entre la confiance en la  
nature humaine et la sécurité des normes  
médicales

Présenté et publiquement soutenu devant  
L'École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Le 16 avril 2018

Par

Anne-Charlotte DURNERIN

Née le 05 mai 1985

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme  
Année universitaire 2017-2018

Membres du Jury :

- Marie-Pierre BALZING, directrice de mémoire, sage-femme enseignante, directrice du Département de Formation initiale de l'École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée.
- Carole ZAKARIAN, sage-femme enseignante, directrice de l'École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée.
- Anne-Laure PONS, sage-femme praticienne.



# Naître à la maison : modèle ou hérésie ?

L'accouchement programmé à domicile en  
France : un conflit entre la confiance en la  
nature humaine et la sécurité des normes  
médicales

Présenté et publiquement soutenu devant  
L'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Le 16 avril 2018

Par

Anne-Charlotte DURNERIN

Née le 05 mai 1985

Validation session juin 2018

Oui  Non

Mention :

Félicitations du jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation session septembre 2018

Oui  Non

Visa et tampon de l'école

# Naître à la maison : modèle ou hérésie ?

L'accouchement programmé à domicile en  
France : un conflit entre la confiance en la  
nature humaine et la sécurité des normes  
médicales

Présenté et publiquement soutenu devant  
L'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Le 16 avril 2018

Par

Anne-Charlotte DURNERIN

Née le 05 mai 1985

Membres du Jury :

- Marie-Pierre BALZING, directrice de mémoire, sage-femme enseignante, directrice du Département de Formation initiale de l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée.
- Carole ZAKARIAN, sage-femme enseignante, directrice de l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée.
- Anne-Laure PONS, sage-femme praticienne.

## Remerciements

Merci...

A celle qui est à la source de ce projet, Madame Marie-Pierre BALZING, sage-femme enseignante, pour ses conseils, son aide et ses encouragements, ainsi qu'à toute l'équipe enseignante de l'EU3M qui, année après année, m'a appris mon métier de sage-femme.

A Mesdames Nathalie DEGEZ, Marianne Benoit TRUONG CANH et Isabelle BAR et à Monsieur Germain DECROIX, qui m'ont accordé du temps pour livrer leur témoignage personnel ou professionnel.

A tous ceux qui ont participé aux relectures de ce travail, et particulièrement à Danielle, à Sandra et à mon frère Louis pour leur disponibilité et leur sens du détail.

A toutes les femmes que j'ai accompagnées et que j'accompagne dans leur expérience de la maternité, me permettant ainsi d'être témoin privilégiée de leur grossesse et de leur accouchement, et qui m'apprennent peu à peu qu'une sage-femme c'est essentiellement une présence bienveillante et rassurante.

---

***Prendre soin évite souvent d'avoir à en donner.***

Une sage-femme, citée par Yvonne KNIBIEHLER, universitaire,  
essayiste, historienne et féministe française,  
professeur émérite de l'Université d'Aix-en-Provence,

dans son ouvrage *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins*  
*depuis le milieu du XXe s.*

---

## Table des matières

Remerciements.....	
Abréviations.....	
Avant-Propos .....	1
Introduction à l'étude.....	3
Matériels et Méthode .....	8
Résultats.....	10
Analyse et Discussion.....	26
1. Analyse de la controverse .....	26
i. Limite de l'étude.....	26
ii. Interprétation et Analyse des résultats .....	26
2. Discussion.....	30
i. AAD : Contexte historique et naissance de la controverse.....	30
ii. AAD : Etat des lieux en France .....	33
a. Législation.....	33
b. Nombre d'AAD.....	34
c. Charte de l'AAD et conditions de réalisation d'un AAD .....	34
d. Assurance en responsabilité civile professionnelle.....	35
iii. Deux idéologies de la naissance, source de la controverse .....	37
a. La vision naturaliste : la nature sait ce qu'elle fait.....	38
b. La vision médicale : la nature a besoin d'alliés. ....	42
c. Des mots qui recouvrent une réalité différente .....	46
• La sécurité : quelle sécurité, médicale ou affective ?.....	46
• Le risque : quel risque, celui de la complication ou celui d'être traité comme un objet de la médecine ?.....	48
d. Respect du choix de la femme ou protection de l'être sans défense qui va naître ?	54
iv. Quelles propositions et perspectives pour une résolution de cette controverse ? ...	54
a. Exemple à l'étranger : gérer le risque par l'organisation .....	55
b. Vers une humanisation de l'hôpital ou une médicalisation du domicile ?.....	58
Conclusion de l'étude .....	63
Bibliographie.....	66



## Abréviations

AAD	Accouchement à domicile
ANSFL	Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
CIANE	Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
CCNE	Comité Consultatif National d’Ethique
CNGOF	Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNOSF	Conseil National de l’Ordre des Sages-Femmes
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
IHEST	Institut des Hautes Etudes pour la Science et la Technologie
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MACSF	Mutuelle d’Assurance du Corps de Santé Français
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SA	Semaines d’aménorrhée
SYNGOF	Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France
UNSSF	Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

## Avant-Propos

---

*Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille  
Applaudit à grands cris.  
Son doux regard qui brille  
Fait briller tous les yeux,  
Et les plus tristes fronts, les plus souillés peut-être,  
Se dérident soudain à voir l'enfant paraître,  
Innocent et joyeux.*

*Soit que juin ait verdi mon seuil, ou que novembre  
Fasse autour d'un grand feu vacillant dans la chambre  
Les chaises se toucher,  
Quand l'enfant vient, la joie arrive et nous éclaire.  
On rit, on se récrie, on l'appelle, et sa mère  
Tremble à le voir marcher.*

**Victor HUGO** (1802-1885)

---

---

*Mais le lieu où la femme accouche et où naît son enfant est bien plus qu'un simple espace de soins. Il participe à la symbolique et au mystère qui sont au cœur de toute naissance humaine. Il conditionne un certain nombre de gestes, d'attitudes et différentes formes de sociabilité.*

*Autrefois, près de la cheminée familiale, l'accouchée était accompagnée et rassurée dans son travail et ses douleurs par les femmes de sa communauté ; cette aide à la fois charnelle et morale était capitale, elle permettait de surmonter l'angoisse de mort qui entoure inévitablement chaque venue au monde.*

*Sans vouloir être nostalgique du bon vieux temps, force est de constater que la chaleur amicale et sécurisante des anciens accouchements à la maison s'est perdue avec le passage à l'hôpital : le lieu anonyme et aseptisé, le face-à-face distant avec un personnel inconnu et interchangeable, l'interventionnisme médical de plus en plus pesant sont peu faits pour rassurer, même si la prise en charge de la douleur y est efficace et le danger de mort presque totalement écarté. Il faut souhaiter que la richesse affective des accouchements d'autrefois puisse réapparaître aujourd'hui sous d'autres formes qui restent à expérimenter.*

Histoire de la naissance en France (17-20<sup>e</sup> s.),

**Marie-France MOREL**, historienne, présidente de la Société  
d'Histoire de la Naissance

---

## Introduction à l'étude

Comment considère-t-on aujourd'hui la naissance d'un enfant ? Quelle est la place de la femme dans l'acte de donner la vie ? Quelle est la place de la médecine dans l'émergence et la maîtrise des premiers balbutiements de la vie ?

S'agit-il d'une alternative entre physiologie d'un événement naturel – en comptant avec le côté parfois impitoyable de cette nature – et sécurité d'une médecine qui a beaucoup progressé ces dernières décennies ?

La nature est amie, elle est explosion printanière, corne d'abondance et pourvoyeuse de vie. Mais elle est aussi ennemie, elle est grêle, ouragan, ravage des récoltes, froideur et gelée hivernales, mettant la sève à l'arrêt. La nature serait-elle docteur JEKYLL et mister HYDE ? Devons-nous respecter à tout prix le docteur JEKYLL ou est-il possible aussi de se défendre de mister HYDE ? Respecter la nature, la laisser agir, lui faire confiance, mais aussi peut-être se défendre de ses excès, de ses déficiences, de ses difformités.

En France, l'histoire de la naissance a longtemps été une histoire immobile : pendant des millénaires, chaque femme accouchait à la maison, dans un espace familial, entourée de compagnes plus ou moins expertes. Deux mutations essentielles, l'une concernant les accompagnants, l'autre le lieu de l'accouchement, vont changer radicalement les conditions de la naissance. C'est aux XVII<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècles qu'eut lieu l'apparition d'abord timide, puis affirmée, des hommes accoucheurs. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, les développements de l'obstétrique, de l'anesthésie et de l'hygiène changent les conditions d'accueil dans les hôpitaux et conduisent au XX<sup>ème</sup> siècle au basculement définitif de la majorité des accouchements du domicile vers le milieu hospitalier, qui aboutit à une médicalisation totale de la naissance (1).

Quelles raisons ont pu faire passer les us et coutumes de la naissance de l'accouchement à domicile (AAD) à l'accouchement hospitalier ? Et pourquoi,

aujourd'hui en France, le choix de cette alternative prend-il la forme d'un conflit, d'une lutte ?

La pratique de l'AAD n'est pas illégale officiellement, mais les préjugés à son encontre sont nombreux et profondément ancrés, et cette pratique reste donc marginale (elle représente en France à peu près 1% des naissances, par choix ou de manière inopinée). Les sages-femmes sont soumises à des pressions administratives et assurantielles, qui peu à peu font disparaître une des dernières alternatives à l'accouchement médicalisé. Il est difficile de trouver un professionnel de santé qui pratique l'AAD et la coordination entre sages-femmes libérales et unités d'obstétrique n'est que rarement organisée. Ces différents éléments font de l'AAD en France un vrai parcours du combattant pour une patiente qui a choisi d'accoucher chez elle.

Dans le même temps, ces demandes d'AAD peuvent paraître paradoxales, puisqu'elles émergent dans un contexte sociétal où le juridique et le rejet du « risque zéro » semblent être à leur paroxysme. L'accident n'est pas accepté – il reste bien sûr insupportable, et tout problème de survenue brutale et imprévue tend à devoir être placé sous une quelconque responsabilité pour pouvoir être ensuite dédommagé. L'accident est devenu rare, mais ce côté exceptionnel qu'il revêt lui donne une importance médiatique d'autant plus grande qu'il est inhabituel. Et la tolérance zéro à son égard n'en est que plus entière et totale. L'exigence de la perfection devient la règle. Le rejet de la médicalisation et de sa vision sécuritaire correspond à une sorte de rejet du risque pour une vision paradigmatique et idéaliste où la nature livrée à elle-même n'apporterait que la vie, une vie parfaite.

Cette contradiction résume en quelque sorte la controverse qui entoure l'AAD. Faut-il considérer le faible taux d'AAD comme une preuve du développement humain et médical d'un pays ou bien comme la technicisation exagérée d'un moment unique de la vie humaine ? Des deux côtés, les arguments et témoignages abondent, permettant de différencier deux types de posture face à la naissance.

Les femmes peuvent être regroupées en deux types de population :

- l'une pour qui la sécurité et la prise en charge sont prioritaires, quitte à subir l'environnement hospitalier et ses protocoles : la prévention du risque de complications prime sur un cadre domestique intime et chaleureux,
- l'autre, minoritaire, peu anxieuse par rapport à la naissance, pour qui l'autonomie, l'intimité et le respect de la nature sont primordiaux, quitte à gérer seule le sentiment de perte de maîtrise inhérent à toute naissance.

Du côté des professionnels de santé, et particulièrement des sages-femmes, deux attitudes principales devant cet événement se font face :

- l'une, minoritaire, considérant la naissance comme naturelle et pour qui priment le libre choix, la continuité des soins et l'indépendance, quitte à subir une disponibilité pesante et un stress,
- l'autre considérant l'accouchement comme potentiellement risqué et pour qui priment la diminution du risque et la planification de l'activité, quitte à subir une hiérarchie et à n'utiliser qu'une partie de ses compétences.

Récemment, l'AAD était une fois encore au centre de l'attention de la presse française, signe - s'il en était besoin - qu'il s'agit bien d'un sujet brûlant d'actualité.

*« Les faits sont terribles. Implacables. Un nouveau-né a succombé le 27 octobre 2008 à Thuir. Mort à la naissance lors de l'accouchement pratiqué au domicile familial par une sage-femme, aujourd'hui âgée de 39 ans, appelée ce mardi à répondre devant le tribunal correctionnel de Perpignan d'homicide involontaire" pour ne pas avoir eu recours au matériel adapté et n'avoir pas donné l'alerte suffisamment tôt »* rapportait en septembre 2016 le journal L'Indépendant (2).

Le journaliste continue : *« Une histoire aussi tragique qu'émaillée d'irrationalités, a insisté le président Dooms. Entre l'émotion naturelle liée au contexte, les animosités personnelles et cette querelle idéologique entre les partisans "d'une institution hospitalière imposante et traditionnelle" et "les tenants d'une médecine que l'on dit plus douce, plus humaine et plus légère". Les parents du nourrisson, infirmiers tous les deux, ont opté pour ce dernier choix "raisonné et de conviction", quelques mois plus tôt.*

*La grossesse se passe alors bien. Or, le médecin qui suit la future maman à l'hôpital de Perpignan émet une opposition médicale à la naissance à la maison au vu du poids de l'enfant » (2).*

En quelques lignes, toute la « problématique » de l'AAD et de sa légitimité est résumée : opposition entre deux mondes, celui de l'humanité douce et respectueuse de la nature et de la liberté, dressé contre celui de la médecine forte de ses progrès et avancées technologiques. Deux idéologies qui s'affrontent...

Le procureur a requis contre la sage-femme une peine de prison avec sursis et une interdiction d'exercer sa profession pendant 3 ans, « évoquant "un retour au XVIIIe siècle et un tableau apocalyptique" que celui de ces parents, se relayant pour aider la sage-femme à ramener leur nouveau-né à la vie. Désespérément... » (2). L'enjeu est important : la pratique de l'AAD peut, dans certaines circonstances, amener un professionnel de la santé à l'interdiction d'exercer. Quelles sont ces circonstances ? La recherche de sécurité maximale a-t-elle été respectée ? Pouvait-on s'attendre à une telle issue au vu du dossier médical de la parturiente ?

Cette affaire récente, relayée par les médias, suscite bon nombre d'interrogations et relance une fois de plus la polémique sur cette pratique qui a traversé les temps : quels sont les arguments et points de vue qui alimentent la controverse actuelle sur l'accouchement programmé à domicile en France ? (Il est bien précisé qu'il s'agit de l'accouchement programmé à domicile et non de celui qui survient à domicile de manière inopinée, sans véritable signe annonciateur).

En somme, l'objectif de ce mémoire est d'identifier puis d'analyser l'ensemble des arguments qui alimentent la controverse sur l'AAD en France. Le travail nécessitera plusieurs étapes : en premier lieu, à travers la bibliographie recueillie, discerner les questions centrales du débat, puis lister les opinions des différents protagonistes en relevant leurs points d'accord ou de désaccord.

En aucune manière, il n'y a dans cette étude l'ambition de venir clore le débat ou de donner une solution à cette controverse, ni même de prendre position en faveur ou en

défaveur de l'AAD, mais plutôt le simple souhait d'apporter une petite pierre à l'édifice, de faire avancer un tant soit peu la réflexion sur ce sujet.

Le plan de ce mémoire, rédigé sous la forme d'un mémoire-article, s'articule de la façon suivante : après la description de ce qui a été réalisé pour répondre à la question de recherche énoncée ci-dessus (section Matériels et méthode), les résultats de la recherche bibliographique seront présentés (section Résultats) puis interprétés et discutés (section Analyse et discussion) avant que l'étude ne soit conclue (section Conclusion).



## Matériels et Méthode

L'objectif de ce mémoire est de rassembler et analyser les différents points de vue qui alimentent la polémique sur l'AAD en France pour tenter d'apporter un éclairage nouveau sur ce sujet et ainsi d'éventuels éléments de réponse. Ce travail se présentera sous forme d'une analyse de controverse, méthode qui a semblé la plus adéquate pour ce thème, sujet à de multiples débats par des protagonistes aussi variés que nombreux. La méthodologie utilisée s'inspire largement de celle décrite par Bruno LATOUR, philosophe, qui a créé la cartographie des controverses à l'Ecole des Mines il y a une quinzaine d'années afin de permettre de mieux comprendre l'articulation entre sciences et société (Annexe I).

Depuis plusieurs décennies - mais de manière plus aigüe depuis le début des années 2000 avec l'arrivée des discussions sur les maisons de naissance, l'AAD est au centre d'un débat public auquel participent bien sûr le personnel soignant concerné directement par ce sujet (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, etc) ainsi que les couples qui ont vécu cette expérience, mais aussi des journalistes, des scientifiques, des experts, des associations, des collectifs, des assureurs, des sociologues, des anthropologues etc. Les acteurs sont nombreux et variés ce qui permet d'avoir une vision assez panoramique de la problématique de fond.

Les sources utilisées pour cette étude sont très hétérogènes. La recherche bibliographique a été menée dans différents types de littérature : études scientifiques, revues spécialisées en gynécologie-obstétrique, en pédiatrie, en maïeutique, rapports d'experts, mémoires en maïeutique, articles venant de supports multimédias (sites internet d'associations et collectifs, documentaires télévisés), extraits de livres, articles et interviews de presse généraliste, témoignages écrits ou oraux et autres publications diverses. Quelques interviews ont été effectuées spécialement pour un recueil le plus exhaustif possible d'arguments. Pour qu'un article soit retenu, deux conditions devaient être respectées : que l'auteur soit mentionné et qu'il y ait un apport d'argument à la controverse. Les forums de discussion et les articles non argumentés ont donc été exclus.

Plusieurs moteurs de recherche et bases de données ont été utilisés : Google et Google Scholar, EM Premium, Web of Science, Sciences Direct. Les mots clés employés ont été : « accouchement à domicile », « accouchement en milieu hospitalier », « sécurité médicale », « intimité », « respect du choix », « responsabilité », « risque ». La recherche a aussi été conduite « de proche en proche », permettant ainsi son élargissement et répondant à la volonté de traiter ce sujet de la manière la plus complète possible.

Il a fallu donner quelques limites spatiales et temporelles à cette recherche : les éléments bibliographiques retenus sont donc datés entre 1998, date du premier décret de périnatalité – avec en particulier le début des années 2000, période pendant laquelle ont commencé les discussions autour de la création des maisons de naissance : la question de l’AAD a donc été fréquemment soulevée pendant cette dernière décennie – et août 2017, et concernent essentiellement la France. En fin de discussion, les pratiques des pays voisins, en particulier les Pays Bas, mais aussi un peu plus lointain tel que le Canada, donneront quelques clés mais le sujet de ce mémoire concerne très spécifiquement ce qui se passe en France, c’est sur elle que toute l’attention va se porter.

Les documents et publications relatifs à l’AAD hors du territoire national ont été exclus car les problématiques posées, les populations et traditions, ainsi que l’organisation sanitaire en termes de périnatalité sont différentes de celles retrouvées en France.

La section suivante « Résultats » présente donc les articles et publications retenus lors de la recherche bibliographique, puis les arguments en faveur ou en défaveur de l’AAD qui y ont été retrouvés.

## Résultats

La recherche bibliographique, menée entre novembre 2016 et août 2017, a permis de recenser 43 articles (tous types confondus) datés entre décembre 1998 et septembre 2017. Pour faciliter la lecture et permettre d'avoir une vue d'ensemble, les articles ont d'abord été classés selon le type de publication et de source utilisées (tableau 1), puis selon l'argumentation apportée à la controverse (tableaux 2 et 3) et, enfin, un histogramme présente le positionnement des différents protagonistes dans le débat sur l'AAD selon leur qualité ou leur qualification professionnelle.

Les articles analysés sont répertoriés en annexe IV sous forme de grille de lecture et d'analyse de données, et en annexe V où leur bibliographie est détaillée.

Le tableau 1 répertorie les publications selon leur type (publications médicales, publications politiques, publications de sociologie et de sciences humaines, témoignages de femmes) et selon les sources utilisées (revues scientifiques, rapport officiel, congrès, mémoires, publications issues de journaux, film, livres et sites internet, interviews réalisées en vue de cette étude).

Tableau 1

Classification des documents selon le type de publication et de sources utilisées

PUBLICATIONS	SOURCES	REFERENCES
<p><b>PUBLICATIONS MEDICALES Gynécologie Obstétrique</b></p>	<p>Revues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gynécologie, obstétrique et fertilité</li> <li>▪ Spirale</li> <li>▪ American Journal of Obstetrics &amp; Gynecology</li> <li>▪ Extrait des Mises à Jour en Gynécologie et Obstétrique</li> <li>▪ Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction</li> </ul> <p>Journaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cheek Magazine</li> <li>▪ Libération</li> <li>▪ Le Figaro</li> <li>▪ La Nouvelle République</li> </ul> <p>Congrès :</p> <p>Médecine de la femme (Marseille 2016)</p>	<p>[4] [5] [6] [8] [19]</p> <p>[1]</p> <p>[7]</p> <p>[11]</p> <p>[22]</p> <p>[2]</p> <p>[3]</p> <p>[10]</p> <p>[20]</p> <p>[18]</p>
<p><b>PUBLICATIONS MEDICALES Maïeutique</b></p>	<p>Mémoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accoucher à la maison, quels couples font ce choix et pourquoi ?</li> <li>▪ Sécurité et risque des pratiques autour de la naissance : perception des sages-femmes</li> <li>▪ Accouchement à domicile, risque ou modèle</li> </ul>	<p>[12]</p> <p>[14]</p> <p>[15]</p>

<b>PUBLICATIONS</b>	<b>SOURCES</b>	<b>REFERENCES</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'accompagnement global de la naissance par les sages-femmes libérales : Qu'en est-il de la sécurité pour l'accouchement des patientes à bas risque obstétrical ayant choisi le domicile ?</li> <li>▪ Accoucher à domicile : la recherche d'un idéal ?</li> </ul> <p>Congrès : Médecine de la femme (Marseille 2016)</p> <p>Site Internet d'associations : ANSFL</p> <p>Journal : Le Télégramme</p> <p>Témoignage recueilli en vue de l'étude</p>	<p>[16]</p> <p>[23]</p> <p>[13]</p> <p>[32]</p> <p>[24]</p> <p>[21]</p>
<b>PUBLICATIONS MEDICALES Pédiatrie</b>	<p>Congrès : Médecine de la femme (Marseille 2016)</p>	<p>[9]</p>
<b>PUBLICATIONS POLITIQUES ET LEGISLATIVES</b>	<p>Rapport officiel à la demande du Ministère de la Santé</p> <p>Journal Officiel des communautés européennes</p> <p>Communiqué de presse de la Cour Européenne des Droits de l'Homme</p> <p>Web : Legifrance.gouv.fr</p>	<p>[17]</p> <p>[25]</p> <p>[26]</p> <p>[27]</p>
<b>PUBLICATIONS DE JURISTES</b>	<p>Congrès : Médecine de la femme (Marseille 2016)</p> <p>Interview menée en vue de l'étude</p>	<p>[42]</p> <p>[43]</p>

PUBLICATIONS	SOURCES	REFERENCES
<b>PUBLICATIONS DE SOCIOLOGIE, PSYCHOSOCIOLOGIE, ANTHROPOLOGIE ET SCIENCES HUMAINES</b>	Journaux, revues en ligne : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cheek Magazine</li> <li>▪ Libération</li> <li>▪ Reporterre</li> <li>▪ Connexions</li> </ul> Livre : Et si j'accouchais à la maison ?  Thèse de doctorat en sociologie : Sociologie de l'accouchement  Film/documentaire : Entre leurs mains  Site Internet d'associations et de collectifs : CIANE, Accoucher librement, Alter-Natives	[2] [3] [37] [40]  [38]  [41]  [39]  [33] [34] [35] [36] [2]
<b>TEMOIGNAGES DE FEMMES ET DE COUPLES</b>	Témoignages recueillis en vue de l'étude Journal : Le Télégramme Web : Alter-Native.be	[28] [31] [24] [29] [30]

De nombreux arguments ont été relevés au fil de l'étude des documents. Le tableau 2 classe ceux favorables à la pratique de l'accouchement à domicile selon la qualification des auteurs, tandis que le tableau 3 classe de la même manière ceux en défaveur de l'accouchement à domicile, du point de vue des professionnels de santé d'abord, puis du point de vue des patientes.

Chaque argument a été résumé puis retranscrit le plus fidèlement possible dans le respect du principe d'objectivité. Selon Simone MANON (professeur de philosophie, auteur du site Internet Philolog), « *le postulat d'objectivité scientifique préconise que le savant doit être étranger dans sa pratique théorique à des considérations morales, politiques ou idéologiques. Sa seule préoccupation doit être la recherche de la vérité et de l'intelligibilité du réel* » (3). La valeur d'un mémoire scientifique tient donc très largement de l'objectivité et de l'impartialité sur lesquelles il s'est construit.

C'est ce qu'exprime en d'autres termes le philosophe et médecin biologiste Henri ATLAN (membre du CCNE de 1983 à 2000) : « *Que l'interprétation des observateurs ne fasse aucunement appel à la subjectivité même partagée sous la forme de jugements de valeur a priori, sur le caractère souhaitable ou désirable de tel ou tel résultat, ce qui exclut d'emblée qu'on se préoccupe du caractère bon ou mauvais de tel ou tel résultat, de telle ou telle théorie* » (3). C'est dans cet esprit que les arguments ont donc été exposés, avant que ne soit lancée la discussion.

Tableau 2

Classification des arguments favorables à la pratique de l'accouchement à domicile selon la qualification des auteurs.

<b>Arguments favorables à la pratique de l'accouchement à domicile</b>	<b>Références bibliographiques</b>	<b>Nombre de citations</b>	<b>Qualification des auteurs</b>
Il s'agit d'une option réaliste, réalisée par des professionnels compétents et bien organisés.	[2] [25]	2	Parlement européen Association
Cette pratique est bien encadrée, les patientes sont présélectionnées, les pathologies sont éliminées, la maternité est prévenue, les conditions de transport actuelles sont bonnes.	[2] [22] [24] [32] [39]	5	Gynécologues-obstétriciens Sage-femme Association (ANSFL) Journalistes
L'AAD peut être pratiqué à condition que les moyens d'extraction de l'enfant dans un délai raisonnable et de prise en charge d'une hémorragie de la délivrance soient mis en place en amont.	[42]	1	Gynécologue-obstétricien Juriste
Les accouchements à bas risque (réalisables à domicile) correspondent aux accouchements avec risque assurantiel moindre.	[33] [39]	2	Association (CIANE) Journaliste



<b>Arguments favorables à la pratique de l'accouchement à domicile</b>	<b>Références bibliographiques</b>	<b>Nombre de citations</b>	<b>Qualification des auteurs</b>
Parmi les urgences pouvant survenir en cas d'accouchement, un certain nombre ne peut survenir qu'en établissement hospitalier, à cause de la iatrogénicité de certaines pratiques.	[2] [33] [35] [36]	4	Journaliste Associations
La médicalisation systématique dépossède les femmes de leur accouchement : à travers l'AAD, elles cherchent à se réapproprier la naissance de leur enfant (sentiment de contrôle, responsabilité, autonomie, estime de soi).	[1] [12] [13] [35] [36] [37] [38]	7	Gynécologue-obstétricien Sages-femmes Femmes Associations Journaliste
L'environnement est plus intime.	[3] [12] [13] [24] [28] [38]	6	Sages-femmes Femmes Journalistes
L'environnement est plus familier et plus rassurant, moins anxiogène que celui de l'hôpital (prise en charge, perfusion, froideur de la salle d'accouchement) : recherche d'une sécurité affective.	[12] [18] [21] [24] [29] [30] [35]	7	Gynécologue-obstétricien Sages-femmes Femmes et couples Association

<b>Arguments favorables à la pratique de l'accouchement à domicile</b>	<b>Références bibliographiques</b>	<b>Nombre de citations</b>	<b>Qualification des auteurs</b>
Lors d'un AAD, la femme est plus active.	[24]	1	Sage-femme
L'environnement est moins invasif, moins agressif pour le nouveau-né, il y a moins de gestes iatrogènes (épisiotomie, déclenchement, interventions instrumentales).	[16] [17] [28] [35] [36] [38] [40]	7	Gynécologues-obstétriciens Sage-femme Femmes et couples Associations Anthropologue
En milieu hospitalier, la mise en place systématique d'une perfusion et d'un monitoring continu provoque l'immobilisation de la parturiente : l'AAD permet une liberté posturale complète (position lithotomique non physiologique).	[18] [21] [24] [35] [38] [39]	6	Gynécologue-obstétricien Sage-femme Femmes et couples Association Journaliste
Accoucher est un événement naturel : l'AAD s'appuie sur la confiance en la capacité des femmes à accoucher, sur le respect de la nature et de la physiologie.	[9] [21] [23] [28] [30] [24] [35] [41]	8	Pédiatre Sages-femmes Femmes et couples

<b>Arguments favorables à la pratique de l'accouchement à domicile</b>	<b>Références bibliographiques</b>	<b>Nombre de citations</b>	<b>Qualification des auteurs</b>
			Association Sociologue
La pratique de l'AAD correspond à un refus de l'hypermédicalisation routinière pour un acte qui est naturel.	[12] [13] [18] [23] [24] [29] [36] [37] [40]	9	Sages-femmes Femme et couple Association Journaliste Anthropologue
La pratique de l'AAD vient d'un refus de la norme institutionnelle et du pouvoir biomédical.	[40] [41]	2	Anthropologue Sociologue
La possibilité de l'AAD respecte la liberté de choix des femmes.	[22] [23] [33] [35]	4	Gynécologues-obstétriciens Sage-femme Associations
L'AAD permet le « one to one », la personnalisation de la prise en charge, contrairement à l'hôpital où une sage-femme peut avoir plusieurs patientes à accompagner en même temps.	[9] [12] [14] [21] [24] [28] [29] [30] [33] [38] [39]	11	Pédiatre Sages-femmes Femmes et couples Association Journaliste

<b>Arguments favorables à la pratique de l'accouchement à domicile</b>	<b>Références bibliographiques</b>	<b>Nombre de citations</b>	<b>Qualification des auteurs</b>
L'AAD permet d'être accompagnée par une sage-femme déjà connue.	[34]	1	Association
La place donnée au père est plus importante qu'en milieu hospitalier.	[9] [12] [18] [21] [38]	5	Gynécologue-obstétricien Pédiatre Sages-femmes Femme
Après un AAD, il y a un meilleur taux d'allaitement.	[9]	1	Pédiatre
La satisfaction maternelle chez les femmes ayant accouché à domicile est meilleure.	[9] [13]	2	Pédiatre Sage-femme
Cette option correspond à un choix éclairé des patientes qui assument les risques inhérents à tout accouchement.	[23] [24] [33]	3	Sage-femme Femme et couple Association
Les patientes faisant ce choix peuvent être motivées par un évitement des violences obstétricales.	[3]	1	Journaliste

<b>Arguments favorables à la pratique de l'accouchement à domicile</b>	<b>Références bibliographiques</b>	<b>Nombre de citations</b>	<b>Qualification des auteurs</b>
L'AAD n'est pas illégal.	[26] [42] [43]	3	Cour européenne des Droits de l'Homme Juristes Gynécologue-obstétricien

Tableau 3

Classification des arguments défavorables à la pratique de l'accouchement à domicile selon la qualification des auteurs.

<b>Arguments défavorables à la pratique de l'accouchement à domicile</b>	<b>Références bibliographiques</b>	<b>Nombre de citation</b>	<b>Qualification des auteurs</b>
<b>DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>			
L'AAD fait encourir des risques à la patiente.	[2] [3] [5] [6] [11] [18] [35] [40] [42]	9	Gynécologues-obstétriciens Association Anthropologue Juriste
L'AAD fait encourir des risques au nouveau-né.	[3] [7] [11] [18]	4	Gynécologues-obstétriciens

<b>Arguments défavorables à la pratique de l'accouchement à domicile</b>	<b>Références bibliographiques</b>	<b>Nombre de citation</b>	<b>Qualification des auteurs</b>
<b>DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>			
Certains accidents de la naissance sont imprévisibles et potentiellement mortels s'il y a un retard de prise en charge.	[8] [9] [10] [16] [20] [41] [42]	7	Gynécologues-obstétriciens Pédiatre Sages-femmes Sociologue Juriste
Il n'y a pas de consensus pour définir le « bas risque obstétrical », pas de critères objectifs médicaux.	[5] [8] [14]	3	Gynécologues-obstétriciens Sage-femme
Le risque n'est plus accepté dans la société actuelle.	[4]	1	Gynécologue-obstétricien
Le « risque zéro » n'existe pas.	[14] [40]	2	Sage-femme Anthropologue
La disponibilité médicale et matérielle à l'hôpital permet de gérer les imprévus avec moins de stress.	[15] [19]	2	Gynécologues-obstétriciens Sage-femme
L'accès à l'hôpital peut être difficile en cas de transfert urgent (disponibilité du bloc obstétrical, densité du trafic routier).	[33]	1	Association

<b>Arguments défavorables à la pratique de l'accouchement à domicile</b>	<b>Références bibliographiques</b>	<b>Nombre de citation</b>	<b>Qualification des auteurs</b>
<b>DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>			
<p>Il peut y avoir des difficultés de coordination entre la sage-femme et l'équipe médicale de la maternité de transfert (difficulté à établir un partenariat, brusque désorganisation de l'équipe de garde).</p>	<p>[13] [33] [34]</p>	<p>3</p>	<p>Sage-femme Associations</p>
<p>La prise en charge de la douleur est plus optimale en milieu hospitalier (présence d'anesthésiste donc possibilité d'analgésie péridurale).</p>	<p>[5] [6] [10]</p>	<p>3</p>	<p>Gynécologues- obstétriciens</p>
<p>Il existe des alternatives peu médicalisées et plus sécurisées (maisons de naissance).</p>	<p>[10]</p>	<p>1</p>	<p>Gynécologue- obstétricien</p>
<p>L'Etat national peut interdire l'AAD en faisant primer l'intérêt supérieur de l'enfant sur la liberté de choix des mères.</p>	<p>[42]</p>	<p>1</p>	<p>Juriste</p>
<p>La formation reçue par les sages-femmes est inadéquate par rapport à la pratique de l'AAD.</p>	<p>[33]</p>	<p>1</p>	<p>Association</p>

Arguments défavorables à la pratique de l'accouchement à domicile	Références bibliographiques	Nombre de citation	Qualification des auteurs
DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE			
La pratique de l'AAD est mal perçue par le milieu hospitalier.	[24] [40]	2	Sage-femme Anthropologue
Les assureurs refusent d'assurer les sages-femmes pour un AAD ou bien le coût de l'assurance est très élevé : pratiquer l'AAD sans assurance, c'est pratiquer dans l'illégalité.	[13] [20] [24] [27] [33] [2] [37] [3] [42] [43]	10	Sages-femmes Document officiel Association Journalistes Juristes
En cas d'accident lors d'un AAD, c'est la prise de risque du professionnel qui sera appréciée et jugée, et non la demande de la femme ou du couple.	[42] [43]	2	Juristes
Le coût d'un AAD est plus élevé que celui d'un accouchement réalisé en structure spécialisée.	[11]	1	Gynécologues-obstétriciens
Il est peu rentable financièrement pour le professionnel de santé qui le pratique.	[24]	1	Sage-femme

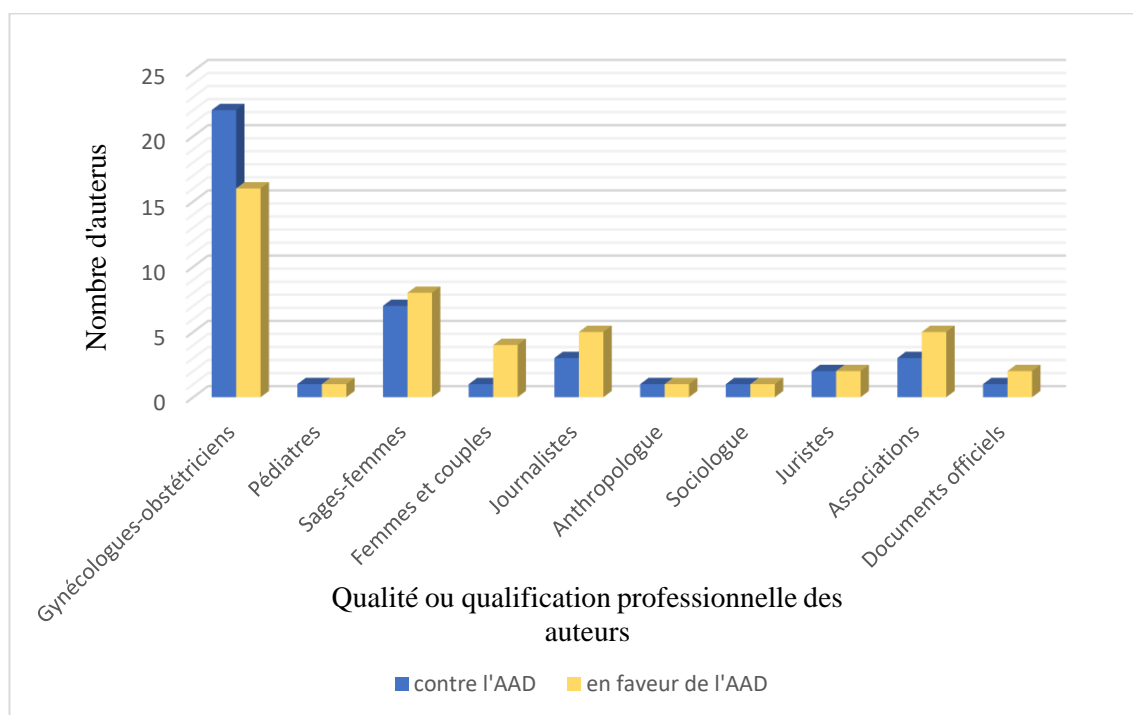


<b>Arguments défavorables à la pratique de l'accouchement à domicile</b>	<b>Références bibliographiques</b>	<b>Nombre de citation</b>	<b>Qualification des auteurs</b>
<b>DU POINT DE VUE DES PATIENTES</b>			
L'accouchement en milieu hospitalier répond au besoin d'être prise en charge, de se sentir en sécurité physique et entourée de compétences médicales 24h/24.	[15] [19] [31]	3	Gynécologues- obstétriciens Sage-femme Femme
La peur de l'inconnu pousse à préférer la sécurité médicale de l'hôpital.	[31]	1	Femme
La peur d'une complication imprévisible pousse à faire le choix d'un accouchement hospitalier.	[15] [31]	2	Gynécologues- obstétriciens Sage-femme Femme
Le désir de prise en charge de la douleur, le besoin d'analgésie n'ont pas de réponse suffisante dans un AAD.	[15] [19]	2	Sage-femme
Un accouchement hospitalier antérieur bien vécu rend la question de l'AAD superflue.	[15]	1	Sage-femme

Dans l’histogramme figuré ci-dessous, les auteurs (ou articles quand il s’agit de textes officiels législatifs qui n’ont pas d’auteur nommé spécifié) de la controverse sont représentés à la fois selon leur qualité ou leur qualification professionnelle et selon leur positionnement par rapport à l’AAD.

Figure 1

Histogramme présentant le positionnement par rapport à la pratique de l’AAD selon la qualité ou qualification professionnelle des auteurs.



# Analyse et Discussion

## 1. Analyse de la controverse

### i. Limite de l'étude

Les limites de l'étude tiennent essentiellement à l'ampleur de la documentation et au grand nombre de publications au sujet de l'AAD. La recherche a été la plus étendue possible pour essayer de rassembler un maximum d'arguments différents, mais aucune garantie d'exhaustivité ne peut être donnée, comme dans tout exercice d'analyse, aussi méthodique et consciencieux soit-il.

Cette restriction se retrouve dans l'éventualité d'un biais de sélection des sources : même si la recherche a été effectuée "tous azimuts", de manière la plus hétérogène possible, certains articles apportant un argument supplémentaire à la controverse ont pu échapper à la sélection. De même, certains documents n'ont pu être sélectionnés en raison de leur difficulté d'accès (non soumis au prêt). Enfin, l'exclusion des articles ne comportant pas de nom d'auteur et des forums de discussion a pu jouer dans ce biais de sélection : les forums de discussion sont en effet un endroit par excellence où les couples et les femmes - les « usagers » de l'AAD en quelque sorte - peuvent s'exprimer avec authenticité et liberté. Pour pallier ce manque, les témoignages ont été choisis pour être les plus représentatifs possible du contenu des forums de discussion en ligne.

### ii. Interprétation et Analyse des résultats

L'étude bibliographique de la controverse a retenu un total de 43 articles, issus de 70 auteurs différents (ont été comptabilisés dans le nombre d'auteurs les articles provenant de documents officiels - un extrait de loi, un extrait de journal officiel, un communiqué de presse - mais sans qu'un auteur soit personnellement nommé).

Sur ces 70 auteurs :

- 26 ont apporté des arguments en faveur de l'AAD
- 25 ont donné des arguments contre cette pratique
- 19 ont avancé des arguments en faveur de chacune de ces positions.

Dans la partie « Résultats » ci-dessus, ces articles ont été analysés et triés sous l'angle de leur argumentation : 23 arguments en faveur de l'AAD et 23 en sa défaveur.

Ces différents chiffres, même s'ils ont un aspect arbitraire puisqu'il reste possible de les modifier tant que la recherche bibliographique est poursuivie, permettent une première approche de la configuration de la controverse étudiée : en termes de publications et de documentation, il y a un relatif équilibre entre les protagonistes, aucune position n'étant défendue de manière plus significative que l'autre.

Les arguments favorables à l'AAD ont été avancés par quelques gynécologues-obstétriciens, par des sages-femmes, des femmes et des couples, des associations, des journalistes et quelques documents officiels - les plus actifs dans la défense de l'AAD étant les sages-femmes, les femmes concernées et les couples, les associations et les journalistes.

Ces arguments peuvent être triés selon plusieurs aspects :

- éthique : la médicalisation systématique masque la capacité des femmes à accoucher, les dépossède de leur accouchement ; l'AAD permet une écoute particulière du couple et un accompagnement individualisé, rassurant et par là-même plus respectueux de la nature et de l'être humain ; la possibilité de l'AAD marque aussi le respect de la liberté de choix des femmes ;
- psychologique : à ce niveau, la signification profonde de l'AAD pour la parturiente est dans la conservation de ses repères familiaux et de l'intimité au milieu des siens. Cette absence de « rupture environnementale » au moment de la naissance évite tout le côté anxiogène d'une arrivée en milieu hospitalier et le stress, élément iatrogène pour le travail et l'accouchement lui-même. La satisfaction des femmes et leur vécu a posteriori de leur accouchement sont meilleurs quand l'accouchement a eu lieu à domicile ;

- sécuritaire : les femmes sont présélectionnées, seules celles vivant une grossesse « à bas risque » sont retenues, les maternités sont prévenues pour un éventuel transfert, le moyen de transport est anticipé ;
- médical : ce qui est principalement mis en cause dans les accouchements en milieu hospitalier est la iatrogénicité de l'hypermédicalisation, qui vient du non-respect de la physiologie d'un acte naturel ;
- juridique : l'AAD n'est pas illégal, personne ne peut obliger une femme à aller accoucher à l'hôpital.

Les deux premiers aspects, éthique et psychologique, sont prédominants dans l'argumentaire des défenseurs de l'AAD tandis que les trois derniers, les niveaux sécuritaire, médical et juridique, sont plutôt avancés comme réponses aux détracteurs de l'AAD.

Les arguments en défaveur de l'AAD sont cités par des auteurs similaires mais, en termes de proportionnalité, il y a davantage de gynécologues-obstétriciens, un peu moins de sages-femmes, moins de femmes et de couples, moins d'associations, et moins de journalistes. Ce constat peut s'expliquer par le fait que l'accouchement en milieu hospitalier étant la norme en France (moins de 1% des accouchements ont lieu à domicile), les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les femmes, les couples, les journalistes ont moins besoin de prendre la plume ou la parole pour le défendre par rapport à l'autre option qu'est l'AAD.

Comme les arguments en faveur de l'AAD, ils peuvent être triés selon plusieurs aspects :

- sécuritaire : le bas risque obstétrical n'est pas l'absence de risque (le « risque zéro » n'existe pas) il n'y a pas de définition consensuelle de la notion de « bas risque », le « bas risque obstétrical » est un leurre. Il reste toujours un risque résiduel imprévisible ;

- médical : les complications obstétricales graves sont rares mais souvent imprévisibles et potentiellement mortelles en cas de retard de prise en charge, la continuité de soins peut s'avérer compliquée à assurer en cas de transfert à cause de la brusque désorganisation de l'équipe de garde ou d'une difficulté de collaboration entre le professionnel de santé pratiquant l'AAD et l'équipe hospitalière ;
- juridique : la grande majorité des compagnies d'assurance refuse d'assurer les professionnels de santé en responsabilité civile pour un AAD, pratiquer sans être assuré est illégal ;
- éthique : le droit fondamental des femmes à bénéficier d'une prise en charge optimale de la douleur n'est pas forcément respecté dans l'AAD (pas d'analgésie péridurale possible).

La majorité de ces arguments touche à la sécurité médicale et à l'aspect juridique de la question. La discrétion de l'aspect psychologique chez les auteurs qui dénoncent la pratique de l'AAD est notable.

Cette étude bibliographique met ainsi en exergue plusieurs points de discussion, laissant émerger deux idéologies de la naissance très différentes, idéologies qui pourraient expliquer les raisons d'une telle controverse. Après un rapide parcours de l'histoire de l'AAD, un état des lieux de la situation actuelle en France sera dressé avant que chaque ensemble d'opinions convergentes, repéré lors de l'analyse de cette étude, soit détaillé : la vision naturaliste de la naissance, puis la vision médicale. L'issue de cette discussion essaiera d'apporter quelques pistes et de dégager des perspectives de résolution de cette controverse.

## 2. Discussion

### i. AAD : Contexte historique et naissance de la controverse

Depuis des siècles, la naissance est une affaire à la fois domestique et féminine. Domestique, car les naissances ont lieu à la maison, dans l'espace de vie quotidienne, au cœur de la vie de tous les jours. *« Événement hors du commun malgré sa fréquence, l'accouchement, tout comme la mort, se passe là où vit au jour le jour et depuis des années une lignée familiale, dont le destin s'identifie à une maison, à un village, dont on fait partie et d'où l'on ne bouge guère »* (1).

Non seulement la maison était le lieu traditionnel pour accoucher, mais il était aussi le plus sûr : en effet *« seules les pauvresses ou les filles mères, qui n'ont nulle part où aller, accouchent à l'hôpital, qui n'est pas un établissement de soins, mais un lieu d'assistance, où l'on recueille les malades pauvres ; on y meurt beaucoup plus qu'ailleurs, à cause de l'entassement et de la contagion des « fièvres » qu'on ne sait pas maîtriser. En temps ordinaire, 10 % des accouchées meurent, mais, à certains moments, la mort en emporte plus de la moitié »* (1).

Féminine, car depuis l'Antiquité la prise en charge des femmes enceintes et des parturientes a toujours été considérée comme relevant du cercle féminin. La femme qui accouche est soutenue par un entourage uniquement féminin : une parente, une amie, une voisine, et au centre de cette assistance la matrone, l'accoucheuse, celle qui est plus âgée et a l'expérience de l'enfantement.

Mais ce climat intime et familial ne protège pas des risques et des drames de la périnatalité : *« à cause de l'impuissance de la médecine de l'époque ou de l'impéritie des matrones, trop de femmes en meurent et bien d'autres sont mutilées à vie, ainsi que leurs enfants. On estime à 1 ou 2 % la mortalité des femmes en couches dans la France du XVIIIe siècle, qu'il s'agisse des conséquences d'accouchements impossibles par suite d'une mauvaise présentation ou de l'étroitesse du bassin (la césarienne est quasiment impraticable en l'absence d'anesthésie et de techniques de suture de l'utérus), d'hémorragies du post-partum ou de fièvres puerpérales. Ce risque se renouvelant à*

*chaque grossesse, comme les femmes ont en moyenne cinq enfants, cela signifie que 10% des femmes en âge de procréer meurent à la suite d'un accouchement » (1).*

Au XVIIIème siècle, l'environnement de la naissance s'ouvre peu à peu aux hommes : les accoucheurs puis les chirurgiens représentent de plus en plus la force et la sécurité auprès des parturientes dans un état d'esprit général qui est en train d'évoluer – *« désormais, les femmes n'acceptent plus de mourir en couches ; elles veulent la vie sauve pour elles et pour leurs bébés » (1).* A partir de 1760, pour essayer de réduire la mortalité maternelle et infantile, le pouvoir royal met en place une formation médicale pour que les matrones de village deviennent de véritables sages-femmes : mais avec des compétences médicales certaines, elles acquièrent aussi une nouvelle manière d'accompagner les parturientes, plus distante, plus autoritaire, plus insensible. *« Si, entre leurs mains, la naissance a plus de chances de bien se passer, la femme en mal d'enfant se retrouve aussi plus isolée » (1).*

Le XIXème siècle est celui de la médicalisation de l'accouchement : la formation des sages-femmes est renforcée ; à partir des années 1840, la médecine découvre le pouvoir d'anesthésiants et analgésiques, puis PASTEUR va permettre une avancée décisive en 1878 en montrant l'importance vitale de l'asepsie, de l'antisepsie et de la stérilisation dans les pratiques de soins. Peu à peu, les parturientes vont être attirées par l'hôpital qui perfectionne progressivement les nouvelles méthodes d'accouchement et devient un espace de soins plus sécuritaire du point de vue de l'hygiène en particulier : leur volonté d'abolir la douleur va les rendre de plus en plus dépendantes du médecin. Une baisse radicale de la mortalité maternelle est constatée au début du XXème siècle.

Le XXème siècle, dans la continuité du précédent, favorise de plus en plus le déplacement de l'accouchement du domicile vers l'hôpital, grâce *« à l'arrivée des méthodes d'analgésie qui vient profondément entamer la représentation doloriste de l'accouchement, et à la construction de nombreuses structures hospitalières, notamment dans des lieux plus isolés. (...) Ainsi, Yvonne KNIBIEHLER [ndlr : universitaire et historienne française, spécialiste de l'histoire des femmes et de la maternité] note qu'en 1952 45.60% des accouchements se font encore à domicile, qu'il n'y en a plus que*



13.90% en 1962 et 1% en 1974, situation sensiblement équivalente à celle d'aujourd'hui » (4).

Cependant, ce changement de lieu et cette surmédicalisation exponentielle ne font pas l'unanimité et la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle voit s'élever des contestations, tant féminines que médicales : les termes « accouchements à la chaîne », « usines à bébés », « déshumanisation de la naissance » font leur apparition et des critiques sont exprimées à l'égard de « l'hospitalo-centrisme ». Pendant que Fernand LAMAZE, neurologue et obstétricien français, développe dans sa maternité des Bluets une nouvelle approche de l'obstétrique moderne, l'accouchement sans douleur, par des techniques de relaxation et respiration, afin de redonner aux femmes le contrôle de leur corps, Frédéric LEBOYER, gynécologue et obstétricien français, dénonce la violence qui entoure la naissance et, suite à un voyage en Inde où il découvre ce qu'il n'aurait jamais cru possible : la naissance d'un bébé sans pleurs, sans cris, dans le dénuement d'une simple hutte, écrit *Pour une naissance sans violence*, livre qui rencontre un énorme succès (5). De son côté, Michel ODENT, chirurgien et obstétricien français, fait des recherches originales en vue d'une maternité différente : il introduit dans les maternités le concept d'accouchement en salle de naissance « comme à la maison » - la salle de naissance est dite « sauvage » : pénombre, naissance dans l'eau, intimité avec le moins d'intervenants possible, liberté de position, mobilier familial. Pour lui, la femme est un mammifère et, en tant que tel, n'a besoin que de deux choses pour accoucher : se sentir en sécurité et ne pas se sentir observée. Michel ODENT est considéré comme l'un des pères de l'accouchement physiologique.

Comme le souligne l'anthropologue Roselyne ROTH-HAILLOTTE dans son ouvrage *Les représentations profanes et médicales du lieu d'accouchement : entre l'idéal et le réel*, « cette approche subversive fait école et de nouveaux adeptes ; chacun, avec sa sensibilité et ses méthodes, bannit l'intrusion robotisée de la technicité, tout en prônant une attention plus particulière envers les parturientes et l'accueil du nouveau-né.

*Si un rapport de l'OMS de 1997 [ndlr : Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique] et un bon nombre d'associations*

*d'usagers revendiquent un retour aux accouchements moins médicalisés, la suprématie de la haute technicité biomédicale prime assidûment et, de nos jours, plus de 99 % de femmes accouchent dans une structure hospitalière » (6).*

## ii. AAD : Etat des lieux en France

### a. Législation

Bien que peu connu et moins utilisé en France que dans d'autres pays européens, l'AAD est une pratique légale. En 1998, le Parlement Européen a rédigé une Charte européenne des Droits de la parturiente, votée le 8 juillet 1998 : il « *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* ». Il demande donc que les femmes aient le choix du lieu d'accouchement et de ses modalités (positions) et qu'elles bénéficient de l'assistance appropriée lorsqu'elles optent pour l'AAD, « *en tenant compte de l'état psychique et physique de la parturiente et de l'enfant à naître ainsi que de l'environnement* » (7). Malgré ces directives très claires et les pressions de toutes sortes, la France reste prudente dans la promotion des accouchements autres qu'en milieu hospitalier et n'a toujours pas ratifié cette Charte.

Dans l'actualité juridique plus récente, la Cour européenne des Droits de l'Homme a dû se prononcer sur une affaire concernant l'AAD. Dans son arrêt de chambre du 11 décembre 2014, elle a tenu compte de deux éléments : l'absence de consensus européen sur le point de savoir s'il faut ou non autoriser les AAD, et la nécessité d'allocation de ressources financières (par exemple pour créer un système adéquat de gestion des urgences pour les naissances à domicile). La chambre a conclu que les états jouissent d'une ample marge d'appréciation pour régler cette question (8).

Deux points sont donc à retenir au niveau des textes officiels européens : le droit des femmes à choisir l'AAD et la responsabilité de chaque état pour la mise en place de la pratique sécurisée de l'AAD. Il y a donc dans le droit français un réel manque. Au niveau juridique, les termes d'AAD n'apparaissent qu'une fois dans le Code Civil à l'article 56 à propos de la déclaration de naissance : « *La naissance de l'enfant sera*

*déclarée par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement ; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée. L'acte de naissance sera rédigé immédiatement ».* Ce vide juridique peut être un des éléments favorisant le maintien d'une controverse, là où il pourrait n'y avoir qu'une affaire de choix libre, éclairé et sécurisé.

#### *b. Nombre d'AAD*

Selon le site du CNOSF, « *aujourd'hui, 99% des accouchements ont lieu à l'hôpital et 75 % sous péridurale* » (9). Ce chiffre correspond avec celui, fréquemment rencontré au cours des lectures mais dont il est difficile de trouver une source officielle, qui évalue le nombre d'AAD en France de moins de 1% à 1% selon les publications. D'après l'INSEE, en 2016, il y a eu 785000 naissances vivantes en France (10) : le nombre d'accouchements hors milieu hospitalier peut être estimé à 7850 - accouchements planifiés à domicile, accouchements inopinés à domicile et accouchements en maison de naissance.

#### *c. Charte de l'AAD et conditions de réalisation d'un AAD*

L'ANSFL, créée en 1983 pour la revalorisation et la défense de la profession de sage-femme libérale en France, participe aux réflexions et avancées sur les possibilités de lieux d'accouchement (plateau technique, domicile, maison de naissance) et s'efforce d'avoir des données chiffrées pour analyser et évaluer la pratique d'accouchements en libéral - à domicile et sur plateaux techniques. Elle regroupe les sages-femmes qui accompagnent et pratiquent l'AAD, leur permettant de se connaître, de lutter contre l'isolement, d'échanger leurs expériences. Dans ce cadre-là et pour « *garantir aux usagers une sécurité optimisée, l'ANSFL propose un référentiel de bonnes pratiques (...), les règles élémentaires de prudence qui doivent présider à toute naissance à domicile.* »

Cette Charte de l'Accouchement à domicile insiste particulièrement sur le choix libre et éclairé du couple, sur la responsabilité qu'il prend à travers cette décision, sur la confiance qui doit régner entre le couple et la sage-femme : la charte va jusqu'à établir

que l'AAD devient contre-indiqué s'il n'y a pas ce climat serein et confiant. Les autres conditions sans lesquelles un AAD ne peut avoir lieu concernent la situation médicale :

- la grossesse doit avoir été normale (sans pathologie telle que l'hypertension, le diabète, la toxémie, etc.) chez une femme en bonne santé ;
- les circonstances de la naissance doivent être physiologiques et ne pas présenter de risque majoré de complications (siège, gémellaire) ;
- l'accouchement doit avoir lieu entre 37 et 42 SA.

La possibilité d'un transfert est bien sûr spécifiée, avec les précisions sur les motifs qui doivent le déclencher, motifs qui correspondent en fait au dépassement des compétences des sages-femmes définies et listées dans le Code de Déontologie : indication d'ocytociques en cours de dilatation et avant l'engagement de la présentation, indication de morphinique ou autre analgésique pendant le travail, utilisation de forceps ou de ventouse pour l'expulsion, ou si le couple en fait la demande. La maternité de transfert doit avoir été prévenue au préalable de cette éventualité : et « *au moins une consultation dans la structure du transfert éventuel, pour constitution du dossier médical et présentation du projet d'AAD* », doit avoir été effectuée. Le moyen de transport doit avoir été prévu (11).

La Charte de l'Accouchement à domicile de l'ANSFL fait donc de l'AAD une pratique encadrée et régie par des principes de prudence médicale.

Quant au coût d'un AAD, il est nettement moins élevé qu'un accouchement (à bas risque) en milieu hospitalier : le tarif pris en charge par la Sécurité Sociale – que ce soit à domicile ou à l'hôpital - est de 349,44 € pour un accouchement simple, auquel peuvent être ajoutés des dépassements d'honoraires si le professionnel de santé qui pratique l'AAD le demande. Pour un accouchement hospitalier, il faut tenir compte du coût global d'une hospitalisation – qui est en grande partie prise en charge par la Sécurité Sociale et les mutuelles certes, mais représente cependant des frais important pour la société : celle-

ci implique l'intervention de nombreux professionnels de santé, le corps médical d'une part (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, biologistes et auxiliaires médicaux qui accompagnent les spécialistes dans leur travail) mais aussi le personnel hospitalier affecté aux services (personnel en charge des admissions administratives, personnel affecté au confort des patientes et au nettoyage de la chambre).

#### *d. Assurance en responsabilité civile professionnelle*

La dernière condition essentielle pour un AAD est la couverture assurantielle de la sage-femme ou du médecin qui le pratique : la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé impose à chaque professionnel de santé de souscrire une assurance en responsabilité civile. Le CIANE, collectif particulièrement investi dans la promotion du respect de la physiologie de l'accouchement, explique le dilemme auquel se trouvent confrontées les sages-femmes libérales.

*« C'est en mars 2002, qu'une loi impose à chaque professionnel de santé de souscrire une assurance en responsabilité civile. L'objectif est d'apporter une garantie aux victimes des accidents médicaux. Dans le même temps, de nombreuses compagnies d'assurances se désengageaient des « risques » liés au médical en général. Nous assistons alors à un véritable envol des prix. Actuellement les sages-femmes libérales qui pratiquent des accouchements et des échographies sont soumises au chantage scandaleux de rares compagnies qui ont un quasi-monopole. Elles doivent souscrire à des prix totalement prohibitifs si elles respectent les honoraires conventionnels. (...) Les sages-femmes se retrouvent devant une impasse. En effet elles ne peuvent exercer leur métier sans assurance, et les assureurs ne veulent pas les assurer » (12).*

Il s'ensuit que certaines sages-femmes françaises pratiquent l'AAD sans assurance : leur salaire annuel moyen est de 24 000 € et le montant de la prime demandée par les assureurs est de 19 000 € par an. Cette prime est calculée sur la base des risques encourus par les obstétriciens, alors que la patientèle d'un obstétricien est logiquement plus à risques que celle des sages-femmes.

Le CIANE rappelle ensuite qu'en 2013, « alerté par la Cour des comptes, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a décidé de saisir l'Ordre des sages-femmes sur les risques encourus du fait d'un défaut de souscription d'assurance en responsabilité civile professionnelle par les sages-femmes libérales pratiquant des accouchements à domicile, rappelant que le manquement à cette obligation d'assurance est passible de sanctions disciplinaires telles que l'interdiction d'exercice prononcée par l'Ordre des sages-femmes, et qu'il peut également faire l'objet de sanctions pénales pouvant aller jusqu'à 45 000 € d'amende (article L.1142-25 du code de la santé publique) » (13). C'est à partir de ce moment que la « répression » contre l'AAD s'est véritablement affermie.

Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé s'est aussi prononcé en juin 2014 dans le Journal Officiel du Sénat, en réponse à une question écrite par un sénateur à propos des difficultés rencontrées par les sages-femmes dans le cadre des AAD : « Le niveau de la prime d'assurance est fixé par les assureurs ; il est croissant avec le risque et n'est pas corrélé au niveau de revenu du professionnel de santé » (14). Le Ministère admet ensuite que, certes, les charges liées à la signature d'une assurance en responsabilité civile sont élevées mais il rappelle que la rémunération des sages-femmes a été récemment valorisée.

En réalité, il ne propose pas de solutions directes pour l'AAD, mais invite les femmes souhaitant une prise en charge moins médicalisée pour leur grossesse et leur accouchement à se tourner vers d'autres alternatives : plateaux techniques hospitaliers, filières physiologiques au sein des maternités, mise en place des maisons de naissance.

### iii. Deux idéologies de la naissance, source de la controverse

Comme constaté ci-dessus, l'historique de la naissance en France apporte un premier éclairage sur les fondements du débat sur l'AAD : jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, l'accouchement était une affaire domestique, concernant les femmes et gérée par les femmes, avec un fort taux de mortalité maternelle et infantile (une femme sur trente-cinq et un enfant sur dix mouraient). Mais à partir de 1930, les patientes ont été vivement encouragées à accoucher à l'hôpital plutôt que chez elles.

D'acte d'entraide et d'assistance, l'accouchement va devenir peu à peu un acte médical : entre 1920 et 1930, le taux d'accouchements à l'hôpital est passé de 33% à 67,8%. (1) La grossesse et la naissance vont changer de connotation dans les esprits : elles étaient considérées comme un processus physiologique, une étape de la vie humaine, un acte naturel, elles vont être envisagées désormais comme un épisode à haut risque, une aventure dangereuse, une circonstance de la vie où la science va s'immiscer jusqu'à devenir indispensable.

Une autre raison peut être invoquée comme élément catalyseur de cette controverse : la position typiquement française sur la naissance. Les auteurs d'un rapport de l'OMS (Les soins liés à un accouchement normal, 1997), cités par la sociologue Béatrice JACQUES, remettent en cause « *l'adoption de toute une gamme d'interventions inopportunes, inappropriées et/ou superflues* » et reviennent sur la définition d'un accouchement normal : « *La conception française selon laquelle un accouchement n'est eutocique qu'a posteriori a amené les obstétriciens à traiter de la même façon un accouchement eutocique et un accouchement pathologique, et à transformer ainsi un événement physiologique en un acte médical* » (4).

Deux visions totalement différentes sont donc non seulement en présence l'une de l'autre, mais même en opposition : pour l'une, le bas risque d'une grossesse vient de son caractère physiologique, tandis que pour l'autre, c'est l'absence de pathologie a posteriori qui permettra de l'affirmer. L'échange entre les défenseurs de l'AAD et ses détracteurs est difficile car ces deux idéologies de la naissance reposent sur des valeurs trop différentes, et les mêmes mots recouvrent en fait des significations hétérogènes.

*a. La vision naturaliste : la nature sait ce qu'elle fait.*

Ancrée dans un sens profond de l'enfantement, la vision naturaliste défend le paradigme de la naissance physiologique : la grossesse et l'accouchement sont des actes naturels, et non médicaux, ils ne demandent pas d'intervention de la technique médicale mais seulement un accompagnement. Le corps de la femme sait accoucher, un enfant sait naître, ce sont des réponses à l'instinct le plus fondamental, il s'agit d'un savoir ancestral qui ne s'apprend pas.

C'est la femme qui accouche : mieux que quiconque, elle connaît son corps, elle a juste besoin de se centrer complètement sur elle, sur ce corps qui va donner la vie, de faire abstraction de tout ce qui peut entraver la puissance de cette profonde concentration, de cette attention toute dirigée vers elle-même. L'accompagnant, conjoint, sage-femme ou médecin, est là pour satisfaire ce besoin d'être contenue, d'être sécurisée émotionnellement, pour qu'aucune énergie de la parturiente ne serve à autre chose qu'à la mise au monde de son enfant. Elle a besoin d'une assistance, d'une guidance dans ce qu'elle va conduire elle-même.

D'après Michel ODENT (cité par l'association Accoucher librement), « *une femme ne peut "apprendre à accoucher". L'accouchement est en effet un processus involontaire qui met en jeu des structures anciennes et primitives du cerveau. Les informations qui préparent le mieux une future mère à une naissance douce sont celles qui lui rendent sa foi en sa capacité d'accoucher naturellement* » (15). Une juste préparation semblerait donc davantage être celle qui s'applique à travailler sur les peurs, sur le mental, sur l'émotionnel que celle qui est axée essentiellement sur des aspects techniques : une peur, même inconsciente, entravera plus le bon déroulement d'un accouchement que la non connaissance intellectuelle d'une position conseillée pendant les contractions – une femme en plein travail prend spontanément les positions physiologiques qui permettent son déroulement optimal.

La femme qui accouche est dans un environnement familial, connu donc rassurant, son intimité est respectée, les accompagnants sont des personnes proches (conjoint, famille) ou avec qui elle est en confiance après avoir fait connaissance au long de la grossesse (sage-femme), ils sont en nombre réduit et totalement disponibles, sa liberté posturale et de mouvement est complète, elle éprouve un fort sentiment d'autonomie - cet accouchement lui « appartient », ce n'est pas un soignant inconnu qui a comme une mainmise dessus, c'est le rythme de la nature qui dicte l'évolution du travail, la naissance est intégrée physiquement et spatialement à la vie quotidienne - il n'y a pas la rupture d'un séjour à l'hôpital.



Pas d'angoisse liée à la froideur blanche d'un hôpital, pas de stress lié à l'appréhension face à un personnel soignant inconnu (pour une femme, être entre les mains d'un étranger pour son accouchement peut être un facteur de risque générateur d'anxiété), pas de peur devant ces examens et techniques qui restent souvent énigmatiques pour une parturiente. « *Si la femme est traitée de manière impersonnelle dans l'environnement froid d'un hôpital, qu'on lui injecte des hormones synthétiques, des médicaments, son corps répond par l'inhibition et la peur. Il se replie sur lui-même en bloquant la production d'endorphines [et d'ocytocine] et en produisant au contraire de l'adrénaline, qui fait ralentir ou bloquer le travail. Les endorphines sont des analgésiques et tranquillisants naturels de l'organisme. Elles ont un effet sédatif sur la perception de la douleur et créent un sentiment de bien-être* » (15).

Cette vision dénonce en quelque sorte certaines interventions de la médecine qui, si elles sont superflues, peuvent même devenir iatrogènes et facteurs de ralentissement du travail : les allées et venues de personnes étrangères dans la salle de travail - cause de distractions de cet état de conscience dominé par l'instinct et coupé du monde, état dans lequel le travail se fait plus naturellement ; l'agitation, caractéristique assez constante du monde hospitalier, qui nuit au silence nécessaire à la concentration de la parturiente en pleines contractions ; l'usage continu du monitoring, la perfusion quasi systématique et la position lithotomique – imposée pour faciliter les interventions du corps médical mais pas du tout spontanée ni physiologique chez une femme qui accouche (la position accroupie ouvre le canal vaginal, alors que les positions assise et couchée le ferment) – qui entravent la liberté de mouvement permettant à la femme de mieux gérer la douleur et au fœtus de s'accommoder peu à peu au bassin maternel. Roselyne ROTH-HAILLOTTE analyse cette volonté de se préserver de l'industrialisation et de la standardisation de l'accouchement non pas forcément comme un retour à la physiologie, dans une construction de l'idéal, mais simplement comme « *une dénégalation du réel hospitalier environnant. (...) Bien souvent, ces femmes réfutent la norme institutionnelle où des gestes intrusifs et iatrogènes gommant la relation soignant/patiente et font basculer cet acte dans une véritable médicalisation routinière (...) où parfois la sage-femme est très peu présente* » (6).

Accoucher chez soi pour ces femmes est, certes, une question de confort affectif, mais c'est aussi une vision différente de la responsabilité et de la sécurité. Isabelle BRABANT, sage-femme depuis plus de 35 ans, l'explique ainsi dans son livre *Une naissance heureuse* : « Bien qu'on ne puisse nier l'expérience et les connaissances des professionnels, qu'ils soient médecins de famille, obstétriciens ou sages-femmes, la femme qui accouche a potentiellement accès à une connaissance intime du processus complètement inaccessible aux gens qui y sont extérieurs. C'est cette connexion primordiale que veulent protéger les parents qui choisissent d'accoucher à la maison, en y adjoignant la vigilance respectueuse d'une sage-femme qui saura agir au besoin tout en considérant les parents comme des acteurs centraux. Nulle intervention n'aura lieu si le couple ne la juge raisonnable et nécessaire. Car les parents qui font le choix de l'accouchement à la maison ne refusent pas la technologie. Ils 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. Ils sont prêts à aller à l'hôpital si un problème se présente. C'est d'ailleurs pour s'occuper des problèmes que les hôpitaux existent » (16).

Un élément important est pointé dans cette dernière remarque : pour ceux qui ont une vision naturaliste de la maternité, la grossesse et l'accouchement ne sont jamais considérés comme une pathologie – ce que les progrès en obstétrique ont tendance à faire oublier. Ce n'est pas la peur de la maladie ou de la complication qui domine, mais bien l'harmonie avec la nature, avec cette capacité fondamentale de l'être humain de donner la vie.

Toutes ces réalités sont résumées à travers les mots de Sophie, cette femme qui a accouché chez elle pour son deuxième enfant : « Je me sens vraiment plus en sécurité chez moi, plus libre, en pleine possession de mes moyens. Je n'oublie pas l'accompagnement de notre sage-femme présente et à la fois d'une discrétion incroyable, pas d'inquisition, pas d'intervention, que des regards posés sur nos vies et sur notre chemin de parents naissant pour la deuxième fois » (17).

Y a-t-il un profil type des femmes ou des couples qui souhaitent accoucher à domicile ? L'AAD évoque souvent dans l'esprit de nos contemporains des femmes

« babas cool », marginales, « hippies ». Mais cette vision semble erronée d'après l'étude qu'a menée Carole BOUDET, sage-femme : pour elle, ces couples « *ont simplement une réflexion personnelle sur la naissance et se sont interrogés sur le sens qu'ils souhaitaient lui donner* ». Ils ont en général une vie proche de la nature et « *incluent 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 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* » (18).

*b. La vision médicale : la nature a besoin d'alliés.*

« *Dans une vie, rares sont les dangers de mort, sauf quand on accouche* » : pour le Docteur Bertrand de ROCHAMBEAU, président du SYNGOF, tout accouchement est risqué et c'est ce point qui prime avant tout sur la décision du lieu privilégié d'accouchement (19).

Le contexte a changé, le discours aussi : la peur du danger, la crainte du malheur sont devenues prégnantes et poussent les futurs parents à une « *forte délégation de leurs propres responsabilités aux professionnels* » d'après les mots de Paul CESBRON (gynécologue-obstétricien, chef de la maternité de CREIL pendant trente ans) et Yvonne KNIBIEHLER dans leur ouvrage commun *La naissance en Occident* (20). L'enfant attendu est unique, précieux et demande les plus grandes précautions : la surveillance est intensifiée, les femmes ont besoin d'être rassurées sur la « normalité » de leur fœtus, les échographies sont de plus en plus fréquentes, la certitude diagnostique et pronostique devient une exigence des couples, le désir de « perfection fœtale » est omniprésent et le « dispositif préventif » s'amplifie toujours plus (échographies, amniocentèse, monitoring). Les professionnels de santé deviennent donc des protagonistes de la grossesse et de la naissance à part entière, jusqu'à gommer quelquefois la responsabilité des femmes et des couples qui préfèrent la déléguer à ceux qui détiennent le savoir médical.

De là vient un des obstacles majeurs à l'AAD, pour de nombreux professionnels de santé : le poids du médico-légal. La peur du procès est un frein puissant à l'engagement dans la pratique de l'AAD. Médecins et sages-femmes sont unanimes pour dire qu'aujourd'hui, il est impossible de travailler sans être couvert par une assurance. « *Quand les femmes ont des enfants handicapés, elle se retournent contre nous, contre ceux qui les ont conseillées, la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien. Car dans la société actuelle, on veut des enfants parfaits* » (19). Le Docteur de ROCHAMBEAU met ainsi le doigt sur une des évolutions actuelles de l'état d'esprit d'une majorité de couples : le désir de l'enfant idéal. L'idéologie du progrès, la maîtrise de plus en plus précise des techniques qui entourent la gestation, l'avènement du diagnostic prénatal et la médicalisation intensive de la grossesse poussent à une exigence de plus en plus grande de perfection : « *le mythe du bébé parfait* », selon l'expression de Myriam SZEJER, pédopsychiatre et psychanalyste (21).

En ce qui concerne la parturiente, les accidents de la naissance restent des éventualités objectivement menaçantes : la mortalité maternelle est intolérable pour l'esprit humain. Pendant des millénaires, elle a fait partie de la vie mais comment continuer à prendre des risques quand les progrès scientifiques ont permis l'effondrement de cette mortalité depuis quelques décennies ? Ces accidents sont souvent imprévisibles (hémorragie de la délivrance, embolie amniotique mais aussi nécessité d'une césarienne en urgence pour diverses raisons, maternelles ou fœtales) et les complications inopinées peuvent être d'une gravité redoutable : dans ce cas, chaque minute de prise en charge est essentielle pour optimiser les chances d'amélioration du pronostic - qui peut être vital dans certains cas. Cela sous-entend que si les moyens et les compétences sont disponibles immédiatement, comme en structure hospitalière, une situation potentiellement dramatique peut être rapidement améliorée, alors qu'un retard de prise en charge peut vite avoir des conséquences irréversibles.

Le Professeur Israël NISAND (gynécologue-obstétricien, professeur des universités à la faculté de médecine de Strasbourg) donne un exemple, « *celui de l'hémorragie de la délivrance, un saignement brutal et massif à la suite de l'accouchement : 30% de ces hémorragies surviennent sans qu'aucune circonstance*

*réputée favorisante ne puisse l'expliquer. Dans de bonnes conditions, soignées par des équipes de sages-femmes et de médecins entraînés, les choses s'arrangent plutôt bien et rapidement. En revanche, s'il faut se déplacer à ce moment-là vers un hôpital, on perd de précieuses minutes et donc des chances de guérison sans séquelle, voire de survie » (22).*

Pour lui, c'est l'évolution de l'espèce humaine elle-même qui explique pourquoi la nature qui était auparavant une alliée est devenue presque ennemie : *« L'accouchement a toujours existé, bien avant qu'il n'y ait des accoucheurs. Les femmes étaient toujours aidées par une autre femme qui avait de la « sagesse », c'est-à-dire l'expérience nécessaire pour aider à la difficile parturition dans l'espèce humaine qui a une si grosse tête et un bassin rendu oblique par la station debout. La confrontation entre la tête du fœtus et le bassin de sa mère est un peu juste dans l'espèce humaine. C'est notre lot, depuis la nuit des temps. On invoque souvent la nature comme étant le meilleur des guides mais ici, elle est parfois fort mauvaise mère : la mortalité infantile en couche était de l'ordre d'un à deux enfants sur dix à la naissance et dans le mois qui la suivait. La mortalité maternelle est encore aujourd'hui de 1 à 2 % dans les endroits reculés et défavorisés où aucun geste médical n'est possible en cas de complication. Les femmes autrefois savaient toutes qu'elles pouvaient y perdre la vie. La moindre complication emportait son enfant, ou pire encore à cette époque, lui laissait des séquelles incurables et donc rédhibitoires » (22).*

Pour ceux qui défendent la vision médicale de la naissance, c'est donc l'ambivalence de cet événement qui est retenue : la vie n'est jamais indépendante de la mort et à chaque naissance, l'ombre de la mort rôde aussi, prête à surgir sans forcément de signe avant-coureur. Les raisons du choix d'un accouchement hospitalier, données tant par les professionnels de santé que par les femmes, tournent essentiellement autour de ce risque qui, en raison de son côté incertain et imprévisible, est si difficile à appréhender.

La femme sait qu'en cas de complication, une fois l'alerte donnée, le maximum de moyens de prise en charge peut être mis en place en un minimum de temps ; l'obstétricien, la sage-femme savent que, une fois le diagnostic posé, l'équipe soignante au complet est prévenue aussitôt, le matériel est prêt et disponible, le dossier de la patiente

est connu donc il n'y aura pas de temps de transmission supplémentaire ou bien des difficultés de coordination lors d'un transfert depuis le domicile : la prise en charge médicale peut être commencée immédiatement, augmentant ainsi la probabilité de résultat positif.

Encore une fois, les mots du Professeur Israël NISAND sont particulièrement forts, plaçant les parents devant leurs responsabilités, devant leur choix : « *Qui pourrait assumer aujourd'hui un accident grave (avec ce que ce mot signifie en obstétrique) pour avoir souhaité le confort du logis au détriment de la sécurité ? Qui pourrait regarder un enfant dans les yeux dont le handicap serait lié à un accouchement à domicile ? Non pas tant que ces complications soient plus fréquentes à domicile. Mais elles ne le sont pas moins non plus. L'accouchement à domicile ne protège pas contre le mauvais sort. La médecine oui, le plus souvent. Chacun s'habitue à se déplacer pour obtenir des soins de qualité dans des structures qui ont les moyens de les prodiguer. Chacun sait qu'une petite structure qui pratique peu d'actes dans son année donne moins de chance de réaction optimale du corps médical en cas de complication rare. Et chacun sait que les équipements médicaux sont d'autant plus adaptés qu'ils servent souvent* » (22).

La majorité des obstétriciens et des sages-femmes comprend la non-satisfaction d'une femme sur quatre par rapport aux conditions actuelles d'accouchement en milieu hospitalier et le sentiment de dépossession de leur accouchement qu'elles peuvent ressentir : mais comment rendre compatibles la logique sécuritaire et l'éthique ? Ces professionnels ne peuvent s'opposer à l'AAD mais ils mettent en doute la réalité du sentiment de responsabilité de ses « partisans » lorsqu'ils sont confrontés à des situations d'urgence à haut risque maternel et/ou néonatal consécutives à un AAD. Ils ne rejettent pas la possibilité d'un accouchement familial et démedicalisé, mais à condition que ce soit dans un environnement sécurisé.

Les points de vue essentiels qui s'opposent donc entre ces deux idéologies de la naissance sont, d'une part le respect de la nature et du choix de la femme, et d'autre part la survenue de complications inattendues. Deux termes reviennent souvent, à la fois chez les défenseurs de l'AAD et chez ses opposants : sécurité et risque.

c. *Des mots qui recouvrent une réalité différente*

✚ La sécurité : quelle sécurité, médicale ou affective ?

Le mot sécurité (du latin securus) signifie étymologiquement exemption de souci, sans inquiétude, tranquillité d'esprit. Cette confiance, ce sentiment de sûreté viennent de l'opinion que le danger n'est pas à craindre. La sécurité est une préoccupation partagée par tous, c'est un besoin humain universel, un état que chacun recherche d'une manière ou d'une autre tout au long de sa vie, mais pour les femmes de façon particulièrement intense quand approche le moment à la fois désiré et redouté de la mise au monde de leur enfant.

Si la médecine a maintenant le contrôle des naissances, c'est en large partie à cause de cette peur « *aussi vieille que l'humanité, celle de la naissance, toute proche de la peur universelle et éternelle de la mort* » (16). Les femmes, les couples qui choisissent un accouchement en milieu hospitalier recherchent la garantie la plus complète possible d'une naissance où le danger de mort est écarté : choisir l'hôpital donne le sentiment d'avoir fait au mieux, en confiant sa santé et celle de son enfant à un professionnel. « *Le premier critère présent dans le discours des parturientes pour expliquer le choix de la structure est la sécurité. La présence de spécialistes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, l'accès permanent à une haute technicité, la proximité d'un service de réanimation néonatale sont des facteurs d'orientation largement cités (...). Ce critère sécurité repose sur une forte anticipation des risques de la part des parturientes* » explique Béatrice JACQUES dans son livre *Sociologie de l'accouchement* (4). C'est une sécurité d'ordre technique et médicale qui est attendue : présence continue d'aide compétente, disponibilité du matériel médical, besoin de prise en charge, besoin de se libérer d'une certaine responsabilité face à la vie naissante en la confiant à des mains professionnelles. « *Paradoxalement, l'amélioration de la sécurité à la naissance s'accompagne d'une montée en puissance de l'inquiétude des femmes enceintes* » note Myriam SZEJER dans son ouvrage *Pour une médicalisation raisonnée de la maternité*.

Pour le professionnel de santé, médecin ou sage-femme, les raisons du choix d'un accouchement hospitalier sont aussi le plus souvent cette sécurité objective de la technique, des moyens à disposition en cas de complication : il a la conviction qu'il fait

ainsi courir le moins de risques possibles à la femme et à l'enfant, il « *met en exergue la disponibilité à l'hôpital de produits sanguins pour la mère et des services de réanimation pédiatrique qui ont été un facteur important de chute de la mortalité néonatale des dernières années* » (23).

Pour une femme qui désire accoucher à domicile, la sécurité recherchée à travers ce choix ne pourra exister que dans l'environnement calme et rassurant du « chez-soi », avec ses repères quotidiens, dans une atmosphère chaleureuse et familière : la parturiente désire que son enfant vienne au monde dans son monde à elle, c'est à la maison qu'il a été conçu, c'est à la maison qu'il a été attendu, pourquoi aller ailleurs le jour de son arrivée ? C'est une sécurité subjective qui lui donnera confiance en elle et en ce corps qui va accoucher, une sécurité qui est intimité, liberté de mouvement, réappropriation de cet acte puissant de l'accouchement. La satisfaction de ses besoins affectifs sera le support qui permettra aux hormones de l'accouchement d'être sécrétées au mieux.

Isabelle BRABANT décrit ainsi cette sécurité affective désirée par la femme qui accouche chez elle : « *J'ai l'immense privilège d'assister des accouchements à la maison depuis plusieurs années. Il est difficile d'en décrire l'atmosphère à quelqu'un qui n'en a jamais assisté. Le confort, la présence rassurante des objets familiers, la liberté de changer de pièce quand on veut, de retourner pour la troisième fois dans le bain, de passer quelques instants sur le balcon à prendre l'air, d'ouvrir le réfrigérateur et de choisir ce qu'on veut manger. L'extraordinaire force des contractions côtoie l'odeur du café qu'on prépare, un indicible mélange d'intensité et d'ordinaire. Tout cela contribue à donner à chaque accouchement à la maison une saveur unique qui ressemble aux gens qui l'habitent* » (16).

L'hôpital est plutôt synonyme de peur, d'impersonnalité, de manque d'intimité, d'autoritarisme du personnel, de protocoles à respecter ; il crée donc un contexte anxigène où la parturiente se sent jugée, contrôlée, observée, limitée dans ses choix (mobilité pendant le travail, position d'accouchement, nombre restreint d'accompagnants). Les interventions du corps médical sont jugées excessives et invasives



dans un événement considéré comme naturel, le sentiment que son corps lui échappe fait naître inquiétude et angoisse, aux antipodes du calme et de la sérénité qu'elle recherche.

✚ Le risque : quel risque, celui de la complication ou celui d'être traité comme un objet de la médecine ?

Le risque est une notion complexe et difficile à cerner : au sens le plus général possible, c'est une contingence indésirable, appréhendée mais a priori peu probable. Le risque se distingue de l'aléa ou de l'incident car souvent l'exposition au risque résulte d'une démarche consciente, alors que l'aléa, l'incident surviennent de manière imprévue. Le risque renvoie aux peurs et aux angoisses de chacun et associe deux dimensions, la probabilité de survenue d'un événement redouté et la gravité des conséquences, rendant le concept d'autant plus délicat à appréhender, avec des perceptions qui peuvent être très différentes.

Les détracteurs de l'AAD invoquent comme principale raison à leur refus de cette pratique l'absence de « risque zéro » : certes, à l'hôpital comme à la maison ce risque zéro n'existe pas, mais pour eux l'hôpital reste le meilleur moyen de répondre à d'éventuelles complications. Ils allèguent la transformation actuelle de l'accouchement « *en une succession de risques et non plus en un immense moment de bonheur* », pour reprendre l'expression de René-Charles RUDIGOZ, gynécologue-obstétricien, dans son article en réponse à celui d'Olivier Dupuis et all. *Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000* (24). Contrairement à l'approche anglaise, qui n'est pas interventionniste, en France une grossesse est toujours considérée comme a priori à risque. L'AAD représente donc pour une majorité de personnels soignants une hérésie car le risque nul n'existe pas et par nature il n'est pas toujours prévisible. Le classement des maternités en plusieurs niveaux est bien le signe que les professionnels sont constamment préoccupés par le danger qui guette les mères et les nouveau-nés au moment de l'accouchement : l'organisation du système de santé obstétrical français traduit un réel souci de prévention de la mortalité maternelle et périnatale.

La société actuelle accepte de plus en mal la réalité du risque : c'est un paradoxe, mais plus les progrès des sciences et des techniques avancent, plus le risque occupe une place prépondérante dans les esprits. Le monde de la naissance n'y échappe pas, et l'amélioration de la sécurité médicale qui entoure la grossesse et l'accouchement s'accompagne de la « *montée en puissance de l'inquiétude des femmes enceintes* ». Myriam SZEJER donne un exemple de la façon dont peut réagir une femme enceinte face au mot risque quand vient le dépistage des anomalies chromosomiques : « *Certaines ne semblent pas avoir de doute quant à la normalité de leur enfant ; pour d'autres, le dosage des marqueurs sériques marque l'entrée dans une période d'incertitude où plane l'insupportable notion de "probabilité de risque". Il y a comme un suspense qui commence avec l'échographie et avec le test sanguin. Quand l'intéressée apprend qu'elle est dans une frange à risques, elle sent le sol se dérober sous ses pieds. Il va falloir maintenant attendre l'amniocentèse, puis son résultat. Soit, en France, un mois à six semaines. On voit ainsi des femmes désinvestir ce bébé potentiellement non conforme. C'est comme si la dimension psychique de la grossesse s'arrêtait ou du moins se mettait entre parenthèses, dans l'attente d'un feu vert médical* » (21).

Du côté des parents, la raison qui explique le choix d'un accouchement hospitalier est donc souvent, entre autres, cette inquiétude face au risque – particulièrement pour ceux qui ont déjà connu dans leur entourage un accident péri-natal : risque d'un accident de la naissance, pour la mère ou pour l'enfant, et en parallèle, confiance très forte en la médecine, qui se convertit alors en exigence de résultat. Les usagers n'acceptent plus le risque, l'imprévisible doit être « prévu » - le paradoxe est parlant – et indemnisé. Les soignants sont maintenant en devoir de soigner la pathologie, ce qui a toujours été, mais ils doivent aussi la prévenir le plus tôt possible : de là vient la nouvelle représentation de l'accouchement, celle d'un exercice à haut risque qui ne peut se faire sans l'accompagnement de la technique médicale.

C'est ce qu'explique la journaliste Béatrice KAMMERER dans son article *L'accouchement à domicile est-il une hérésie ?* : pour les médecins « *le normal ne peut être défini qu'après avoir exclu toute présence de pathologies. Le passage du pathologique vers la normalité ne peut se faire qu'après tout un travail médical de*

*dépistage* » (25). Pour qu'une grossesse soit définie comme physiologique, les exigences à satisfaire sont de plus en plus grandes, et le passage du normal au pathologique, du bas risque au haut risque se fait très facilement.

La sociologue Béatrice JACQUES, citée par Béatrice KAMMERER, analyse cet état de fait en ces termes : « *On a un double sentiment qui se développe à l'égard du professionnel de santé : une croyance forte dans les possibilités techniques qu'il représente, sans cesse améliorées par la science mais qui, en retour, rendent inacceptable l'erreur, la faute médicale individuelle.* » Se mettent alors en place un certain nombre d'interventions inutiles, les examens auxquels les médecins consentent pour rassurer les parents, ceux qu'ils réalisent pour être certains qu'on ne leur reprochera rien, auxquels s'ajoutent ceux qui ont la force de l'habitude et qui apparaissent comme autant de rituels réconfortants : « *On assiste ici à une inversion de l'idée de risque. Tout se passe en fait comme si le risque médico-légal encouru par le médecin était plus fort que le risque pour le patient. Plus que le fœtus ou sa mère, c'est d'abord le corps médical qu'il s'agit de protéger contre les accusations d'erreurs, de non-information* » (25).

Pour les partisans de l'AAD, le risque n'est pas considéré de la même manière : il serait erroné de croire qu'ils font abstraction des risques liés à toute naissance ou bien qu'ils cherchent à minimiser ces risques par rejet de la norme de l'hôpital. Ici, pour les femmes, le risque c'est la déshumanisation, la prise en charge protocolaire et normée sans forcément d'adaptation à chaque patiente (exemple de l'ocytocine administrée sur un travail spontané par seul souci de rendement : accélérer un accouchement uniquement pour libérer la salle car la parturiente suivante attend...), la multiplication des actes sans forcément de justification médicale avec un glissement vers la iatrogénicité, la dépossession de leur corps et de leur accouchement qui revient alors au pouvoir médical, l'anxiété d'un environnement inconnu et invasif.

Sophie, patiente qui a accouché à domicile pour son deuxième enfant, et déjà citée plus haut, résume en quelques mots ce que représente pour elle le risque lors d'un accouchement : « *Pourquoi un AAD me direz-vous ? Comme pour beaucoup, l'histoire d'un premier accouchement à l'hôpital, l'inhumanité, la froideur, un personnel à la fois*

*prisonnier et complice d'un système hypermédicalisé, un corps qui m'échappe et que je vois, impuissante, se faire manipuler et diriger contre lui-même, contre moi-même* » (17). Le lieu même de l'hôpital est considéré comme un facteur de risques, de même que le respect de la physiologie de la naissance et de l'intimité de la parturiente, l'écoute attentive des professionnels, la prise en charge adaptée à chaque cas sont vus comme « *autant de garanties contre l'apparition de pathologies. (...) Pour les acteurs de l'AAD, le risque n'est pas seulement lié à des facteurs biomédicaux, mais peut aussi être induit par le milieu institutionnel et son fonctionnement* » (4).

La définition du risque est donc inversée par rapport aux patientes qui préfèrent accoucher en milieu hospitalier : l'hôpital n'est plus un lieu sécuritaire, le garant contre le risque, mais plutôt générateur de risques, risques qu'il faut ensuite neutraliser par des traitements iatrogènes. C'est alors le cercle vicieux de la pathologie qui se met en route : la cascade qui part de l'inquiétude d'une détresse fœtale aigüe pendant le travail, mène à l'utilisation du monitoring fœtal, à l'immobilisation de la parturiente, au ralentissement du travail, au recours à l'ocytocine et l'amniotomie, à l'augmentation des douleurs, à la pose d'une analgésie péridurale, aux éventuelles anomalies de tracé de cardiogramme (à cause de l'ocytocine ou de l'amniotomie), et pour finir à une césarienne en urgence pour dystocie ou détresse fœtale. Pour elles, le risque lié à la iatrogénicité de la médecine est plus important que les risques avérés de morbi-mortalité maternelle et néonatale. « *Des associations d'usagers dénoncent de plus en plus fermement cette médicalisation qui - de leur point de vue - perturbe le déroulement de cet événement avant tout familial, nuit à l'établissement des relations précoces entre parents et nouveau-nés et laisse des séquelles tant physiques que psychologiques à une proportion importante des femmes* », note Madeleine AKRICH, sociologue et ingénieure française, directrice du Centre de sociologie de l'innovation, associé au CNRS. (26)

En choisissant l'AAD, les couples acceptent la part de risque liée à tout accouchement sans la nier, ils gardent leur responsabilité et ne la transfèrent pas totalement sur le personnel soignant comme auraient davantage tendance à faire les couples qui choisissent l'accouchement hospitalier. « *Autant l'hôpital dépersonnifie et assiste les usagers dans leur parcours de soin, autant l'AAD affirme la liberté de choix*

*et donc la responsabilité des acteurs »*, comme l'explique Florence PINEAU, sage-femme, dans son mémoire de fin d'études *Accoucher à domicile, la recherche d'un idéal* (27). Les couples sont conscients des risques, qui peuvent aller jusqu'à des risques vitaux, mais ce qui est primordial pour eux ce sont leur liberté, leur choix, leurs responsabilités : ils ne veulent pas démissionner de leur rôle de parents. La plupart du temps, ils se sont informés avec soin et sont renseignés sur toutes les modalités de prise en charge des éventuelles complications : face aux réticences et à la stigmatisation qu'ils peuvent rencontrer, ils ont souvent un argumentaire précis et sans faille. Franck et Sarah, couple ayant vécu trois AAD, expriment ainsi leur conscience aigüe des risques encourus lors d'un AAD : « *C'est une aventure non pas risquée mais calculée : nous sommes conscients des risques. Au moindre problème, on filait à la maternité. Et sans discussion. Tout cela avait été vu avec la sage-femme qui avait toute notre confiance* » (28).

Henci GOER, auteure américaine de nombreux écrits sur la grossesse et la naissance, résume ainsi la perception du risque des défenseurs de l'AAD : « *La véritable question à propos de la sécurité n'est pas : "Voulez-vous un accouchement agréable à la maison ou sécuritaire à l'hôpital ? ", mais plutôt : "Voulez-vous accoucher à la maison en tenant compte du risque infime d'une urgence qui pourrait être (mais ne serait pas nécessairement) mieux traitée à l'hôpital, ou préférez-vous accoucher à l'hôpital et courir le risque considérablement augmenté d'une infection, la certitude d'un stress additionnel, et la certitude presque totale de subir des interventions inutiles (potentiellement sources de risques) ?" »* (29).

Depuis quelques temps, les langues se délient, la parole se libère et les femmes hésitent de moins en moins à dénoncer certains traitements honteux et dégradants qu'elles ont subis pendant leur accouchement. Ces témoignages se multiplient, ils ne peuvent plus être écartés ou ignorés.

Le terme « violences obstétricales » fait son apparition dans les couloirs de l'hôpital. Dans son ouvrage *Le livre noir de la gynécologie – Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes*, Mélanie DÉCHALOTTE [ndlr : journaliste indépendante et documentariste à France Culture] livre sa réflexion sur

la réappropriation par les femmes de leur corps tout au long de leur vie sexuelle : les droits de la parturiente sont remis au premier plan et les professionnels de santé sont invités à mener une réflexion éthique et humaniste sur les violences du soin en général et des actes gynécologiques et obstétricaux en particulier, afin que certaines pratiques cessent. « *En 2006, la DREES conduit une enquête de satisfaction auprès des usagers de la maternité. Ainsi 6% des parturientes ne sont pas du tout satisfaites du déroulement de leur accouchement, soit une femme sur vingt. Autrement dit, cette année-là, 48000 femmes avouent avoir très mal vécu leur accouchement. En 2012, le CIANE publie une étude sur le respect des souhaits et le vécu de l'accouchement. (...) Près de deux femmes sur cinq n'ont pu obtenir de l'équipe médicale que leurs demandes soient satisfaites. Parmi les femmes dont les souhaits n'ont pas été respectés, 57% l'ont très mal ou plutôt mal vécu sur le plan physique, 70% sur le plan psychologique. Incompréhension ou refus des professionnels face à leur demande, manque d'écoute, promesses non tenues, imposition par force de certains gestes... Les accouchées souffrent en silence* » (29).

Entre ces deux paradigmes du risque, la science elle-même a bien du mal à trancher. En 2013, la collaboration Cochrane, organisation indépendante chargée de recenser et de diffuser les preuves scientifiques de bonne qualité, concluait dans des propos relayés par Béatrice KAMMERER : « *Des études observationnelles de plus en plus fiables suggèrent que l'accouchement planifié à l'hôpital n'est pas plus sûr que l'accouchement planifié à domicile assisté par une sage-femme expérimentée avec la collaboration d'un soutien médical, mais peut conduire à un plus grand nombre d'interventions et à davantage de complications. Il n'existe cependant pas de preuves solides issues d'essais randomisés en faveur de l'accouchement planifié à l'hôpital ou de l'accouchement planifié à domicile pour les femmes enceintes à faible risque* » (25).

Si la science elle-même n'est pas en mesure d'évaluer avec pertinence et objectivité la sécurité d'une pratique d'accouchement par rapport à une autre, vers quelle discipline faudrait-il se tourner pour avoir au moins quelques éléments de réponse à ce débat complexe de l'AAD ? Est-ce aux juristes de mettre fin à cette polémique, aux experts en éthique de se prononcer, aux sociologues de statuer ou non d'une évolution de la société ou aux femmes d'user de leur libre-arbitre ?

*d. Respect du choix de la femme ou protection de l'être sans défense qui va naître ?*

Cette controverse autour de l'AAD fait donc émerger de nombreuses questions fondamentales, qui touchent la vie, la liberté de choix de la personne humaine, la protection du fœtus, la responsabilité des parents envers leur enfant, les bénéfices et risques des avancées médicales, etc.

M. Germain DECROIX, juriste à la Direction du Risque Médical et de la Protection Juridique de la MACSF, interrogé en septembre 2017 en vue de la rédaction de ce travail, fait ainsi part des interrogations que provoque le débat autour du lieu de naissance. « *A-t-on le droit de faire courir un risque à une femme quand il y a possibilité de la faire accoucher dans un milieu plus sécurisé que le domicile ? La mission du professionnel de santé n'est-elle pas de protéger l'enfant à naître, qui ne peut pas s'exprimer ?* » Et de même, à propos de la personnalité juridique de l'enfant à naître : « *Avant la naissance, une mère n'a aucune obligation à l'égard du fœtus et ne sera pas pénalement condamnable en cas d'accident : mais dès qu'il est né, elle a des obligations à son égard car l'enfant n'existe qu'à partir de sa naissance* » (30).

Deux entités semblent alors se dresser l'une contre l'autre, opposition dont le paradoxe ne peut laisser insensible : la mère et sa liberté de choix d'un côté, l'enfant à naître, sa vulnérabilité et son incapacité à se défendre de l'autre. Comment imaginer que le débat autour de l'AAD soit ainsi réduit à une opposition entre l'intérêt maternel et l'intérêt fœtal, entre la liberté maternelle et le droit fœtal à la vie ? Comment concilier cette antinomie apparente, ce conflit materno-fœtal ?

**iv. Quelles propositions et perspectives pour une résolution de cette controverse ?**

Ce mémoire ne prétend pas apporter des solutions à cette controverse franco-française de l'AAD ; cependant, considérer la situation des accouchements chez certains de nos voisins européens peut permettre d'envisager quelques perspectives pour la situation française.

*a. Exemple à l'étranger : gérer le risque par l'organisation*

Contrairement à la France, où 99% des accouchements ont lieu à l'hôpital, les Pays-Bas ont préservé la tradition des AAD, qui concernent aujourd'hui une femme sur trois : l'AAD n'est pas considéré comme un projet alternatif, mais comme une naissance « normale ». Madeleine AKRICH, déjà citée plus haut, propose de redonner à la famille française toute sa place dans l'événement de la naissance, en analysant le système de soins néerlandais mais pour elle le chemin à parcourir reste long « *tant le modèle obstétrical centré sur le risque reste prégnant en France...* » D'après son observation, la différence essentielle entre les deux systèmes de soins français et néerlandais est dans la conception même de la naissance, dans la limite entre la physiologie et la pathologie. « *Toute l'organisation néerlandaise est basée sur le postulat qu'il est possible de séparer sans ambiguïté 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 futurs parents. Ici, donc, la sécurité n'est pas attachée comme en France au lieu et à la quantité de moyens qui s'y trouvent accumulés, mais réside dans le couplage approprié entre une femme particulière et un lieu : à condition que la femme le souhaite et qu'elle habite à moins de vingt minutes d'un hôpital (ce qui, compte tenu de la géographie néerlandaise, est le cas majoritaire), un accouchement normal sera aussi sûr à la maison, où le minimum de perturbations et d'interventions sont à craindre, alors qu'un accouchement pathologique ne peut se dérouler en sécurité qu'à l'hôpital* » (26).

L'organisation du réseau périnatal aux Pays-Bas est comme un contre-exemple du cas français, et ceci est dû là encore à une différence fondamentale de conception de la naissance : pour reprendre les mots de Madeleine AKRICH, « *alors qu'en France, l'amélioration des performances périnatales a toujours été pensée en termes de médicalisation accrue, confrontés au même problème, les néerlandais ont mis en place une forme d'organisation qui, appuyée sur une séparation stricte des compétences des sages-femmes et des obstétriciens, a permis de conserver un taux très élevé de naissances à la maison, plus de 30%* » (31). Les praticiens néerlandais insistent donc sur le caractère physiologique de l'accouchement : pour eux une large proportion de parturientes peut



accoucher sans que la médecine soit obligée d'intervenir. Pour faire évoluer la situation française, un long travail de reconsidération de l'accouchement et de la place des techniques médicales de surveillance dans le per-partum serait nécessaire.

L'élément essentiel de l'organisation néerlandaise est la liste d'indications obstétricales (Verloskundige Indicatie List, VIL), « *procédure institutionnalisée et officielle de sélection des grossesses et des accouchements à risque et alternative à une hospitalisation générale de toute l'obstétrique* ».

La VIL classe les maladies et troubles divers qui peuvent toucher une femme enceinte (présents dans ses antécédents ou susceptibles de se déclarer lors de la grossesse actuelle, de l'accouchement ou du post-partum) en trois classes, A, B et C :

- Classe A : le suivi de la grossesse est assuré par une sage-femme, comme n'importe quelle grossesse physiologique, et l'accouchement peut avoir lieu à la maison (si l'hôpital est à moins d'une demi-heure) ou à l'hôpital, selon le souhait de la femme.
- Classe B (problèmes cardiaques, anémie, troubles psychiatriques, antécédent de mort in utero ou périnatale, primipare de plus de 35 ans, multipare de plus de 40 ans, etc.) : la sage-femme envoie la patiente consulter un obstétricien, et décidera de continuer à la prendre en charge selon les résultats de cette consultation ou bien de la référer à un spécialiste pour la suite de la grossesse et l'accouchement.
- Classe C (antécédents de césarienne, diabète, terme dépassé, grossesse multiple, signes de détresse fœtale, absence de progression du travail, etc.) : la sage-femme confiera obligatoirement la femme enceinte à un obstétricien.

Physiologie et pathologie sont donc strictement séparées, « *séparation qui est inscrite dans les professions - les sages-femmes ne traitent que des cas normaux, les obstétriciens que des cas pathologiques* » (31). Cette limite entre physiologie et pathologie est-elle aussi circonscrite en France ? Le fait qu'une grossesse n'y soit

considérée comme physiologique qu'a posteriori, une fois qu'elle est terminée et qu'en effet aucune complication n'a eu lieu, ne rend-t-il pas cette frontière plus floue et imprécise ? De plus, aux Pays-Bas, « *la hiérarchisation des professions et des savoirs est, sinon absente, du moins beaucoup plus faible qu'en France : les sages-femmes revendiquent un savoir-faire spécifique concernant les accouchements normaux. Elles n'ont que leurs mains, quelques petits instruments, leurs sens, leurs compétences sociales et leurs compétences techniques définies comme la capacité à n'agir qu'en cas de "réelle" nécessité, et cette relative pauvreté de moyens définit en creux l'importance des savoir-faire incorporés que les obstétriciens, confrontés majoritairement à la pathologie, ne possèdent pas* » (31).

Au Québec, l'accouchement à domicile est réglementé et autorisé depuis 2004, et répond à des conditions très strictes d'exécution, définies dans *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile*. Ce règlement stipule entre autres que la sage-femme est tenue d'informer les patientes de toutes les conditions pouvant faire l'objet d'un transfert dès les premières consultations, elle doit par ailleurs vérifier le domicile des patientes avant la 36<sup>ème</sup> semaine de grossesse, afin de s'assurer que les secours pourront accéder à la patiente ou à son nouveau-né en cas d'urgence. La femme doit remplir un formulaire de consentement qui pose clairement la responsabilité qu'elle prend en choisissant d'accoucher à domicile : « *Je soussignée... ai décidé d'accoucher à domicile, soit au... et d'être accompagnée par une sage-femme. Je reconnais avoir été informée des éléments suivants :*

- *des particularités des différents lieux de naissance, des avantages et des risques qui y sont afférents ;*
- *des mesures liées à l'accouchement à domicile ;*
- *des cas où la consultation d'un médecin ou le transfert de la responsabilité clinique à un médecin est nécessaire ;*
- *des mesures d'urgence à prendre lors d'une complication ;*
- *des critères de transport du domicile au centre hospitalier lorsque indiqué, incluant l'implication de la distance.*

*Je comprends que la planification d'un accouchement à domicile ne me le garantit pas pour autant. Je comprends que je peux modifier en tout temps le choix du lieu de naissance » (32).*

La sage-femme doit également tenir un dossier de la patiente à jour, et un arsenal de matériel obligatoire présent sur place (du sonocaid au nécessaire pour cathétérisme vésical, en passant par le nécessaire pour l'intubation néonatale).

La pratique de l'AAD est donc, au Canada (principalement au Québec) comme aux Pays-Bas, très encadrée et strictement codifiée. Les sages-femmes exercent dans le cadre du régime institué par la Loi sur l'Assurance Maladie, et quand la situation obstétricale d'un accouchement dépasse leurs compétences, il y a transfert de la responsabilité clinique à un médecin, ce qui est largement établi et intégré dans les habitudes médicales des professionnels. Là encore, physiologie et pathologie sont rigoureusement séparées, ce qui facilite la pratique de l'AAD de manière sécuritaire.

#### *b. Vers une humanisation de l'hôpital ou une médicalisation du domicile ?*

Depuis le début des années 2000, une autre alternative à l'accouchement hospitalier a émergé, celle des maisons de naissance : évoquée pour la première fois par le ministre de la santé Bernard Kouchner en 1998, leur expérimentation a été une des priorités des plans de périnatalité 2005-2007. La polémique qu'elles ont déclenchée a retardé leur mise en place en France (alors que de nombreux pays les avaient déjà adoptées, aux Etats Unis, au Canada, en Europe). En décembre 2013, la loi permettant leur expérimentation est promulguée.

L'objectif des maisons de naissance est de proposer aux femmes enceintes une prise en charge globale de leur grossesse (suivi, accouchement, suite de couches) dans le respect de la physiologie : il repose sur le principe « une femme/une sage-femme » et répond à la demande de parents qui rejettent le cadre très normé et standardisé du milieu hospitalier. La similitude des arguments des couples choisissant l'accouchement en maison de naissance et ceux des couples optant pour un AAD est notable.

Cette constatation peut-elle permettre d'avancer une ébauche de solution à court ou moyen terme ? En effet, pour arriver à une situation d'équilibre à long terme, équilibre entre domicile et hôpital comme celui décrit aux Pays-Bas, un changement profond de la mentalité française autour de la naissance semble incontournable, mutation profonde donc forcément inscrite dans un contexte de durée. Pour la plupart de nos contemporains, l'idée même d'accoucher en dehors de l'hôpital renvoie à des pratiques dépassées : les femmes qui entendent choisir les modalités de leur accouchement sont donc considérées comme étant à contre-courant de la société actuelle, d'où la difficulté aujourd'hui d'aborder le sujet de l'AAD de manière non controversée.

Pour la sociologue Madeleine AKRICH, « *les différences que l'on observe entre les deux pays ne sont pas superficielles et d'organisation, elles renvoient à des différences profondes sur la " philosophie " de l'accouchement, la définition des professions, la nature des savoirs professionnels. L'expérience hollandaise montre qu'une autre voie existe in vivo ; rendant possible une réponse aux attentes exprimées par nombre de parents ; au-delà des moyens qu'elle demande, cette voie nécessite une révolution culturelle et organisationnelle dont l'un des points est manifestement la prise en compte du point de vue des parents. Et ce, pour rendre effective une autre révolution : celle qui place les usagers au cœur du système de soins ; des usagers responsables et capables de prendre des décisions, en interaction avec les professionnels* » (26).

Cette autre voie est-elle l'imitation stricte de ce qui existe dans d'autres pays, la possibilité d'un AAD à proprement parler, ou bien plutôt une adaptation de l'AAD à la française avec inspiration néerlandaise, plus dans le style des maisons de naissance, où un compromis entre la maison et l'hôpital semble émerger ? Mais encore faut-il que les maisons de naissance soient à la fois considérées comme satisfaisantes pour ceux qui n'imaginent un accouchement qu'à domicile et comme sécuritaires pour ceux qui pensent que la seule arme contre les dangers de la naissance est située à l'hôpital. La maison de naissance, en raison de sa proximité immédiate avec un établissement hospitalier, est plutôt favorablement acceptée par ces derniers, mais pour les femmes et couples qui voudraient un AAD, le « compromis » de la maison de naissance peut paraître encore trop extérieur à leur domicile : en effet la maison de naissance, même si elle porte à juste titre

ce nom de maison, reste le « territoire » des sages-femmes et non du couple lui-même. Dans ce sens, l'alternative à l'hôpital conventionnel qu'est la maison de naissance peut paraître insuffisante pour ces femmes qui veulent accoucher chez elle.

Une femme doit avoir le choix d'accoucher là où elle le désire, cela fait partie des droits fondamentaux de la parturiente : actuellement en France à peu près 99% des femmes choisissent d'aller donner naissance à leur enfant en milieu hospitalier. Quand un tel pourcentage fait un choix identique, il est légitime de se poser la question de sa réalité... S'agit-il en effet d'un choix réel, éclairé, totalement libre ? Ou bien seulement d'une habitude nationale ? Il semblerait que la liberté des femmes, des couples, des familles quant à leur décision de donner naissance à domicile avec l'aide d'une sage-femme restera brimée tant qu'il n'y aura pas en France un règlement, une loi, des statuts encadrant cette pratique et lui donnant son entière légitimité, les règles mêmes devenant alors les garantes de la sécurité de cette pratique.

En 2003, lors des Etats Généraux de la naissance, le CNGOF ne s'est pas opposé à la possibilité de l'AAD : pour lui, « *l'organisation de l'accouchement à domicile doit faire l'objet d'une réflexion spécifique concernant les conditions de sécurité, de possibles recours à une équipe médicale, les conditions juridiques et d'assurance professionnelle nécessaires à sa réalisation dans les meilleures conditions de sérénité* » (33).

Dix ans plus tard, en 2012, le CNGOF se positionne de façon claire sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de l'accouchement physiologique, mais il n'est pas question d'AAD dans son rapport : « *Le Collège réaffirme sa position en insistant sur le fait qu'aucune organisation ne peut être mise en place si elle ne permet pas de réunir toutes les conditions de sécurité tant pour la mère que pour son enfant, ce qui conduit à envisager l'accouchement exclusivement à proximité immédiate et en lien étroit avec un plateau technique organisé et doté des moyens techniques et humains pour prendre en charge la pathologie obstétricale. (...) Le CNGOF, dans la mesure où des assurances ont été données sur les points qui l'avaient amené, en 2008, à donner un avis défavorable sur l'expérimentation des maisons de naissance, considère que la simplification de la prise en charge obstétricale de l'accouchement physiologique pourrait aussi s'envisager selon*

*les modalités suivantes : lieu spécifique aménagé en dehors du plateau technique médicalisé (mais à proximité immédiate et en lien fonctionnel avec lui pour les raisons de sécurité), prise en charge par des sages-femmes dans les limites de leurs compétences reconnues » (34).*

Le CNGOF reconnaît alors la possibilité de plusieurs approches possibles pour un accouchement dit physiologique :

- des « espaces physiologiques », ou salles « nature » : leur fonctionnement est un fonctionnement traditionnel, mais sans direction du travail ni péridurale, avec des sages-femmes dédiées ou non ;
- une « unité sage-femme » autonome dont la responsabilité est portée par des sages-femmes, attenante à l'hôpital avec un statut public ou privé : il s'agit d'une « maison de naissance hospitalière » (établissement de santé) ;
- une « maison de naissance » telle qu'elle est définie par la proposition d'expérimentation et dans les limites prédéfinies.

L'accent est mis sur l'accompagnement par les sages-femmes et les conditions matérielles simplifiées par rapport à celles présentes lors d'un accouchement purement hospitalier, mais l'hôpital reste la base, la référence : il n'est pas question de domicile. Ces espaces physiologiques, maisons de naissance et plateaux techniques peuvent être les étapes nécessaires avant que ne soit éventuellement réglementée la pratique de l'AAD : la mentalité française de la naissance peut ainsi se réapproprier peu à peu avec l'idée qu'un accouchement n'est pas obligatoirement lié au milieu hospitalier, qu'il fait partie des événements normaux de la vie et n'a pas à être défini comme un événement médical.

Avant d'arriver à une législation, qui demandera probablement en amont des études scientifiques récentes prouvant l'absence de surrisque de l'AAD s'il est bien encadré et réglementé, il convient peut-être mieux d'optimiser l'accompagnement et la « personnalisation » du travail et de l'accouchement : prendre un certain recul avec la protocolisation systématique de tout accouchement, le démedicaliser en quelque sorte

pour qu'il retrouve peu à peu aux yeux de tous, personnel médical, femmes, couples, sa normalité, son naturel.

Dans ses dernières *Recommandations de bonne pratique, Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*, validées en décembre 2017, l'HAS semble vouloir diriger les équipes obstétricales vers ce constat : « *Il est nécessaire d'informer les femmes et les couples afin de les aider à faire des choix éclairés et d'établir une discussion avec l'équipe soignante permettant de prendre en compte au mieux leurs préférences et leurs attentes (exprimées éventuellement dans un projet de naissance, compatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis), et de rendre ainsi la femme actrice de son accouchement. Primum non nocere : ces recommandations visent à abandonner les pratiques systématiques pour ne garder que celles qui sont scientifiquement justifiées* » (35).

Quoi qu'il en soit, l'orientation que prendra le système français – si une évolution est en effet envisagée – devra passer aussi par une reconnaissance des compétences des sages-femmes comme accoucheuses naturelles, les obstétriciens n'intervenant que si le travail et/ou l'accouchement quittent la physiologie et demandent une intervention médicale.

Dans son livre *La naissance en Occident*, Paul CESBRON voit surtout le poids culturel que pourrait porter l'AAD : « Y a-t-il réellement volonté de promouvoir l'AAD dans les pays occidentaux aujourd'hui ? C'est possible, mais ce qui semble le plus clair, c'est la volonté de le défendre comme une alternative acceptable, sur les plans sanitaire et obstétrical. Il ne constitue pas un facteur de risque, ni pour la mère ni pour l'enfant. Il n'existe pas d'interdits réglementaires à ce sujet, mais en fait, des mesures administratives et sociales s'y opposent, alors que ce choix, soutenu, pourrait avoir une fonction culturelle essentielle. En effet, il s'agit d'une véritable liberté, facteur d'interpellation et donc de résistance à l'industrialisation des naissances » (20).

## Conclusion de l'étude

Le débat sur l'AAD, s'il est particulièrement d'actualité en ce moment, est en fait un sujet intemporel : l'histoire de la naissance montre en effet que pendant des millénaires le domicile familial a été le lieu d'accouchement par excellence. Aujourd'hui, à l'heure du tout médical, l'AAD est devenu pour ses défenseurs un symbole de la liberté des femmes. Sa pratique témoigne de l'enrichissement culturel et sociétal d'une époque où les progrès de la science et de la médecine ont pris une place considérable. Il permet le renforcement de la confiance des femmes en leur capacité à assumer pleinement l'expérience périnatale.

Mais dans le contexte médico-légal actuel le risque à domicile est plus difficile à défendre que le risque en milieu hospitalier, et c'est un des arguments majeurs des détracteurs de l'AAD pour qui il s'agit d'une pratique déraisonnable, imprudente et dangereuse. En France, le discours des experts se cristallise facilement sur la question du risque, ce qui pousse le débat autour de l'AAD à devenir une vraie controverse.

L'étude bibliographique des documents retenus a permis de constater qu'une des raisons majeures à sa non résolution semble être contenue dans la profonde divergence de vue entre les protagonistes. Derrière les mots "naissance", "sécurité", "risque", des réalités différentes sont exprimées, des visions opposées sont décrites. Les uns mettent leur confiance dans la sagesse de la nature, les autres dans la technique de la médecine ; les premiers sont dans l'accueil exclusif de la vie, les seconds dans la crainte qu'un malheur surgisse sans prodrome ; la sécurité affective du chez soi s'oppose à la sécurité scientifique de l'hôpital.

Dans ce contexte, la discussion et les échanges ne doivent pas tendre à la victoire des uns ou des autres, mais plutôt à l'amélioration du paysage périnatal français et par là-même au bien-être des femmes dans leur vécu de l'enfantement et de maternité. Calquer simplement l'organisation de certains pays nordiques, dans lesquels la question de l'AAD n'est pas polémique mais juste intégrée dans le quotidien des femmes, ne semble pas forcément une solution valide au vu de certaines caractéristiques de la mentalité française.



Mais évoluer progressivement vers une démedicalisation raisonnée et prudente de la naissance paraît plus adapté aux potentielles réactions de l'opinion publique.

C'est ce que l'HAS vient d'initier en validant en décembre 2017 des *Recommandations de bonne pratique, Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. « Cette recommandation de bonne pratique (RBP) porte sur les modalités de prise en charge de l'accouchement normal, respectueuses du rythme et du déroulement spontané de la naissance chez les femmes présentant un bas risque obstétrical. Elles peuvent comprendre :

- soit un accompagnement de la physiologie de l'accouchement (soutien continu, prise en charge non médicamenteuse de la douleur...);
- soit des interventions techniques et médicales minimales, réduites aux données de la science (administration d'ocytocine pour accélérer le travail, anesthésie loco-régionale...) destinées à assurer le confort et la sécurité de la mère et de son enfant.

*Selon les préférences des femmes et en fonction de l'évolution de la situation clinique de la mère et de l'enfant, il est possible de passer successivement de l'une à l'autre de ces modalités par choix ou par nécessité.*

*Les principaux objectifs et enjeux de cette RBP sont de :*

- répondre à la demande des femmes quant à une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement, en respectant son déroulement spontané ;
- améliorer et garantir la sécurité des soins de la mère et de son enfant ;
- harmoniser les pratiques, notamment dans les lieux dédiés à la physiologie » (35).

Physiologie, accompagnement, demande des femmes, respect du rythme et du déroulement spontané de la naissance, soutien continu, confort, sécurité de la mère et de son enfant, prise en charge moins médicalisée de l'accouchement, tout y est. Tout ce qui fait le ferment de la controverse sur l'AAD est rassemblé ici avec la précaution et l'équilibre indispensables pour traiter d'un sujet aussi essentiel que celui de la venue au monde. Ne serait-ce pas une ouverture vers une nouvelle approche, un premier pas vers la résolution d'une polémique qui a déjà fait couler trop d'encre ?

## Bibliographie

1. Morel M.F. Histoire de la naissance en France (XVIIème-XXème). Adsp n°61/62. Décembre 2007 - mars 2008.
2. Une sage-femme jugée pour accouchement mortel à domicile à Thuir. L'Indépendant. <http://www.lindependant.fr/2016/09/28/une-sage-femme-jugee-pour-accouchement-mortel-a-domicile,2263311.php> (consulté le 30 novembre 2016)
3. Manon S. En quoi consiste l'objectivité scientifique ? PhiloLog. <http://www.philolog.fr/en-quoi-consiste-l'objectivite-scientifique/> (consulté le 17 juin 2017)
4. Blatgé M. Béatrice Jacques, Sociologie de l'accouchement. Lectures. 2007 May 3. <https://lectures.revues.org/403> (consulté le 14 juin 2017)
5. Frédérick Leboyer, père de la naissance sans violence. La Croix. 8 juillet 2017. <https://Famille/Frederick-Leboyer-pere-naissance-sans-violence-2017-07-08-1200861464> (consulté le 30 décembre 2017)
6. Roth-Hailotte R. Les représentations profanes et médicales du lieu d'accouchement : entre l'idéal et le réel, Medical and Lay Representations of the Place to Give Birth : Between the Ideal and Reality. Connexions. 2011 Jun 14 ; (95) : 155–66.
7. La Charte Européenne des Droits de la Parturiente. <http://ansfl.org/document/la-charte-europeenne-de-la-parturiente/>. Annexe II
8. Décisions du collège de la Grande Chambre. Cour Européenne des Droits de l'Homme. Juin 2015. <http://www.alliancevita.org/wp-content/uploads/2015/06/Decisions-du-college-de-la-Grande-Chambre-juin-2015.pdf> (consulté le 30 août 2017)
9. Histoire de la profession. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/> (consulté le 1er mai 2017)

10. Bilan démographique 2016 - Insee Première - 1630.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860> (consulté le 31 décembre 2017)
11. Charte de l'accouchement à domicile. ANSFL. Annexe III
12. Ciane. Assurance RC des sages-femmes et accouchement à domicile [Internet]. Ciane. 2006 [cited 2016 Nov 30]. Available from:  
<http://ciane.net/2006/11/assurancercdessages-femmesetaccouchementadomicile/>
13. Ciane. Accouchement à domicile et assurance : L'État doit agir au plus vite pour rendre la loi applicable. Ciane. 2013. <https://ciane.net/2013/10/accouchement-a-domicile-et-assurance-letat-doit-agir-au-plus-vite-pour-rendre-la-loi-applicable/> (consulté le 5 juin 2017)
14. Difficultés rencontrées par les sages-femmes dans le cadre des accouchements à domicile - Sénat. <https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ131109513.html> (consulté le 1er janvier 2018)
15. Association Accoucher Librement. L'accouchement à domicile  
<http://www.accoucherlibrement.fr/aadomicile.htm> (consulté le 30 novembre 2016)
16. Brabant I. Vivre sa grossesse et son accouchement, une naissance heureuse. Nouvelle édition. Janvier 2013.
17. Témoignages. AlterNatives.  
<http://www.alternatives.be/Ressources/Temoignages> (consulté le 30 novembre 2016)
18. Boudet C. Accoucher à la maison : quels couples font ce choix et pourquoi ? 2012. [http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/26/89/35/BOUDET\\_Carole.pdf](http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/26/89/35/BOUDET_Carole.pdf) (consulté le 29 mai 2017)
19. Magazine C. Peut-on encore (vraiment) décider de son accouchement ? ChEEK Magazine. 2016. <http://cheekmagazine.fr/societe/accouchement-choix/> (consulté le 30 novembre 2016)
20. Cesbron P., Knibiehler Y. La naissance en Occident. 2004.
21. Szejer M. Pour une médicalisation raisonnée de la maternité. Inf Soc. 2008 Apr 1 ; (132) : 54–63.

22. Accouchement à domicile : qu'en pensent les obstétriciens ? Le Figaro Santé. 2016. <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/09/09/25376-accouchement-domicile-que-pensent-obstetriciens> (consulté le 30 novembre 2016)
23. Pireyn-Piette CA. Accouchement à domicile : risque ou modèle ? 2005. <http://portail.naissance.asso.fr/memoires/Cathy-AnnePiette.pdf>
24. Rudigoz RC. Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000 : O. Dupuis et al. Gynécol Obstét Fertil 2002 ; 30 : 677–683. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2003 Jun ; 31 (6) : 572.
25. Kammerer B. L'accouchement à domicile est-il une hérésie ? Slate.fr. <http://www.slate.fr/story/148281/laccouchement-domicile-est-il-une-heresie> (consulté le 11 juillet 2017)
26. La Santé de l'homme n° 391 - Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? - Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/391/05.htm> (consulté le 1er mai 2017)
27. Pineau F. Accoucher à domicile : la recherche d'un idéal ? Avril 2012. [http://naitre-chez-soi.over-blog.com/pages/Memoires\\_de\\_fin\\_detudes\\_de\\_Sages\\_Femmes-740780.html](http://naitre-chez-soi.over-blog.com/pages/Memoires_de_fin_detudes_de_Sages_Femmes-740780.html)
28. Madec Y., Nescop R. Quand la maternité tient salon. Le Télégramme. 6 décembre 2012. <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/26/89/35/telegrammeAAD.pdf> (consulté le 1er septembre 2012)
29. Goer H. L'accouchement à domicile : mythes et réalités. <http://portail.naissance.asso.fr/docs/homebirth-fr.htm> (consulté le 6 décembre 2016)
30. Decroix G. MACSF. Entretien téléphonique. Août 2017. Annexe VII
31. Akrich M, Pasveer B. La sécurité de la naissance en France et aux Pays-Bas : coordonner par la technique ou par l'organisation ? Rev Fr Adm Publique. 1995 ; (76) : 575 à 584.

32. Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile. RLRQ c S-0.1, r. 14.  
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-0.1,%20r.%2014/>
33. CNGOF. Etats Généraux de la naissance. Sécurité/proximité : l'impossible équilibre ? Juin 2003. [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/MDIR\\_311.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_311.HTM) (consulté le 6 décembre 2016)
34. Puech F., Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de "l'accouchement physiologique". Décembre 2012.  
[http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/position\\_acc\\_physio\\_121205.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/position_acc_physio_121205.pdf) (consulté le 25 janvier 2018)
35. Haute Autorité de Santé - Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Décembre 2017. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales)
36. A quoi servent les controverses scientifiques ? France Culture.  
<https://www.franceculture.fr/emissions/science-publique/science-publique-vendredi-13-mai-2016> (consulté le 29 mai 2017)
37. Au cœur des controverses. Des sciences à l'action. Actes Sud Sciences Humaines. Questions Vives. Octobre 2015. Coédition Institut des hautes Etudes pour la Science et la Technologie. <http://www.actes-sud.fr/catalogue/sciences-humaines-et-sociales-sciences/au-coeur-des-controverses> (consulté le 29 mai 2017)
38. Introduction à la cartographie des controverses. Cours donné à Sciences Politiques Paris. Bruno Latour. <http://www.bruno-latour.fr/fr/node/31>

# ANNEXES

<b>ANNEXE I</b> : Quelques mots sur l’analyse de controverse	II
<b>ANNEXE II</b> : Charte Européenne des Droits de la Parturiente	IV
<b>ANNEXE III</b> : Charte de l’AAD (ANSFL)	X
<b>ANNEXE IV</b> : Grille de lecture et d’analyse de données	XIII
<b>ANNEXE V</b> : Bibliographie de l’étude	LXIII
<b>ANNEXE VI</b> : Témoignage d’Isabelle Bar, sage-femme libérale ayant effectué des AAD, écrit en 2006	LXVIII
<b>ANNEXE VII</b> : Entretien téléphonique avec M. Germain Decroix, Juriste à La Direction du risque Médical et de la Protection Juridique de la MACSF, septembre 2017	LXXII
<b>ANNEXE VIII</b> : Mail de Mme Marianne BENOIT TRUONG CANH, présidente par intérim du CNOSF, octobre 2017	LXXV
<b>ANNEXE IX</b> : Entretien téléphonique avec Nathalie, ayant accouché à domicile pour son troisième enfant, février 2017	LXXVIII
<b>ANNEXE X</b> : Témoignage d’Anaïs, ayant accouché à l’hôpital pour son premier enfant, juillet 2017	LXXXII

## ANNEXE I : Quelques mots sur l'analyse de controverse

Les controverses ont une place à ne pas négliger dans les avancées de la science, et de l'humanité en général. Comme le disait récemment Michel ALBERGANTI (journaliste scientifique) lors d'une émission radio, « *la science se nourrit des controverses qui apparaissent à chacune de ses avancées majeures. Historiquement, elles ont probablement toujours existé car elles surgissent dès que la démarche scientifique bouscule les connaissances établies. Les exemples célèbres pullulent si l'on remonte au 16ème siècle avec Copernic qui met le Soleil et non la Terre au centre de l'univers connu à l'époque. Suivent Galilée, Pascal, Newton, Darwin ou Pasteur. Tous ont dû se battre pour imposer leurs résultats. Plus près de nous, Einstein s'est opposé à Bohr sur la mécanique quantique. La communauté scientifique a largement débattu de la mémoire de l'eau, de la fusion froide ou des origines humaines du réchauffement climatique* » (36).

Mais alors que, pendant de longs siècles, ces controverses étaient cantonnées à la communauté des scientifiques (savants, théologiens, philosophes), elles se sont répandues peu à peu au sein de la société qui n'a plus seulement le rôle de spectateur. « *Aujourd'hui, les controverses scientifiques ne se jouent plus uniquement dans les salons feutrés des Académies savantes. Qu'il s'agisse du réchauffement climatique, des OGM, des ondes électromagnétiques, du nucléaire, des nanotechnologies, du gaz de schiste, des pesticides ou, même, de la vaccination, l'opinion publique est devenue une actrice déterminante. Et, derrière elle, le politique et le judiciaire, mais aussi les lobbies, entrent également en lice pour encadrer ou défendre les applications de la science dans la société* » (36).

L'Institut des Hautes Etudes pour la Science et la Technologie, l'IHEST, a fait de l'étude des controverses le thème de son université d'été organisée en 2013 : l'essentiel des interventions est rassemblé dans un ouvrage intitulé *Au cœur des controverses, des sciences à l'action*.



Dans la présentation de ce livre, les éditeurs en résument tout l'enjeu en quelques mots :  
*« La controverse représente une voie royale pour comprendre les sciences, les enseigner et en débattre. Elle permet en effet une mise en récit, processus sans doute décisif pour restituer ce que la recherche peut avoir d'aventureux, pour en décrire les défis, en exposer tout le sens humain »* (37).

Bruno LATOUR, professeur émérite de Sciences Po Paris, a développé une méthode pédagogique permettant de dresser la carte d'une controverse c'est-à-dire de permettre *« à tous de d'orienter dans le débat en repérant les positions des divers acteurs, comme avec une carte routière. Le principe est de rendre plus compréhensible la complexité et la circulation des controverses. L'objectif n'est pas de prendre parti, mais de décrire le plus soigneusement possible la dynamique des débats, les arguments techniques échangés et leur traduction par les différents médias »* (38).

## ANNEXE II : Charte Européenne des Droits de la Parturiente

Une résolution présentée et votée par le Parlement Européen à Strasbourg, le 8 juillet 1988, porte le nom de « Charte européenne des droits de la parturiente ». Ce texte est fréquemment cité comme une référence. On peut cependant relever qu'il n'a jamais été ratifié par la France et regretter que les choses n'aient pas beaucoup évolué depuis.

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 États 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 la 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,

#### Le Parlement Européen

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. estime 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 États 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 États 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 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 mois,

12. a) demande en outre aux États membres 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 États 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 États membres.

## ANNEXE III : Charte de l'AAD (ANSFL)

Une naissance est un événement normal et sain. Chaque femme vit la normalité de sa grossesse et de son accouchement de façon unique. L'accouchement à domicile fait partie du système de soins primaires et les professionnels qui le pratiquent font partie d'un réseau visible et reconnu.

Afin de garantir aux usagers une sécurité optimisée, l'ANSFL propose un référentiel de bonne pratique. Ce cadre minimum a pour but de donner les règles élémentaires de prudence qui doivent présider à toute naissance à domicile.

I - La démarche initiale provient du désir du couple. Les parents souhaitant mettre au monde 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 qu'elle 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



visé 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 qu'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 le 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.

## ANNEXE IV : Grille de lecture et d'analyse de données

<b>PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)</b>				
<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
<b>Paul CESBRON</b>  [1]	Gynécologue-obstétricien Ancien chef de service de la maternité de Creil Président de l'Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception de 1994 à 2004 Secrétaire de la Société d'Histoire de la Naissance.	Article : Quelques propositions d'organisation des soins obstétricaux  Janvier 2006	La médicalisation systématique dépossède les femmes de la grossesse et de la naissance. La médicalisation systématique et technicisée est une chape contraignante et déshumanisante qui entraîne inévitablement une véritable cascade de souffrances, dont la diversité de l'expression clinique aboutit à une fuite en avant d'investigations et de thérapeutiques de tous ordres.	
<b>Bertrand de ROCHAMBEAU</b>  [2]	Gynécologue-obstétricien Président du SYNGOF	Interview, cité par la journaliste Tiphaine Honnet dans Cheek Magazine  21 octobre 2016		Dans une vie, rares sont les dangers de mort, sauf quand on accouche. L'accouchement en maison de naissance, c'est intéressant sur le principe, mais en cas d'urgence, ce ne sont pas les

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
				meilleures conditions. Par contre, l'AAD c'est de la folie.
<p align="center"><b>Bertrand de ROCHAMBEAU</b></p> <p align="center">[3]</p>	<p>Gynécologue-obstétricien Président du SYNGOF</p>	<p>Interview, cité par la journaliste Aurore Coulaud dans Libération</p> <p align="center">1<sup>er</sup> aout 2017</p>		<p>Tout accouchement est risqué. Dans le cas de l'AAD, les sages-femmes prennent leur responsabilité : c'est une prise de risque pour la patiente et l'enfant. Quand les femmes ont des enfants handicapés, elles se retournent contre nous, contre ceux qui les ont conseillées, la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien. Car, dans la société actuelle, on veut des enfants parfaits.</p>
<p align="center"><b>René-Charles RUDIGOZ</b></p> <p align="center">[4]</p>	<p>Gynécologue-obstétricien Chef du service de gynécologie de l'hôpital de la Croix Rousse à Lyon Professeur des universités Praticien hospitalier qualifié en oncologie gynécologique</p>	<p>Article : Réponse à l'article de O.Dupuis et al. Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000</p>		<p>A l'heure où la plupart des établissements hospitaliers ont de la peine à assurer une présence médicale sur place, on n'imagine pas qu'ils puissent garantir le déplacement impromptu au domicile d'une parturiente, d'une équipe médicale.</p> <p>La plupart des patientes est consciente des risques encourus. On doit également souligner une conscience aiguë des risques encourus par l'équipe médicale,</p>

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
		Avril 2003		alors même que les risques ne sont plus acceptés par les usagers, que l'imprévisible doit être évité et indemnisé, que l'accouchement est transformé, par l'information complète préalable, en une succession de risques et non plus en un immense moment de bonheur.
<p><b>Loïc MARPEAU</b></p> <p>[5]</p>	<p>Gynécologue-obstétricien</p> <p>Chef de service gynécologie-obstétrique du CHU de Rouen</p>	<p>Article :</p> <p>Réponse à l'article de O.Dupuis et al. Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000</p> <p>Avril 2003</p>		<p>En ce qui concerne enfin le risque périnatal de l'AAD, celui-ci ne se résume pas à la procidence du cordon et au décollement placentaire ; il y a bien sûr d'autres accidents possibles.</p> <p>Il faut aussi envisager la sécurité de la mère et son confort (analgésie).</p> <p>Il n'y a pas de consensus pour définir le bas risque obstétrical... Cette absence de consensus n'est-elle pas la meilleure démonstration que le bas risque obstétrical est un leurre ?</p> <p>Les risques encourus de transferts ou d'accidents périnataux ne plaident pas en</p>

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
				faveur de l'AAD, pratique qui ne devrait donc en aucun cas être encouragée.
<p align="center"><b>Amos GRUNEBAUM</b></p> <p align="center">[7]</p>	<p>Gynécologue-obstétricien Professeur d'obstétrique clinique et de gynécologie à Weill Cornell Medical College (New York)</p>	<p>Etude : Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting.</p> <p align="center">Octobre 2013</p>		<p>Le risque accru de score d'Apgar de 5 minutes de 0 et les convulsions ou un dysfonctionnement neurologique grave de naissances hors hospitalisation devraient être divulgués par les praticiens obstétricaux aux femmes qui manifestent un intérêt pour la naissance à l'extérieur de l'hôpital. Les médecins devraient s'attaquer aux motivations des patientes pour l'accouchement non hospitalisé en améliorant en permanence les soins de sécurité et de compassion des patientes enceintes.</p>
<p align="center"><b>Jacques MILLIEZ</b></p> <p align="center">[8]</p>	<p>Gynécologue-obstétricien Chef de service gynécologie-obstétrique à l'Hopital Saint Antoine à Paris</p>	<p>Article :</p> <p>Réponse à l'article de O.Dupuis et al. Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal.</p>		<p>La mortalité de l'accouchement s'est effondrée de façon spectaculaire juste après la dernière guerre, par les progrès de la médecine bien sûr, les antibiotiques, les transfusions sanguines, mais aussi parce que les femmes ont commencé à se convaincre qu'il était moins dangereux d'accoucher en institution spécialisée.</p>

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
		<p>Résultats de l'enquête DOM 2000</p> <p>Avril 2003</p>		<p>L'expérience de l'accouchement est moins épanouissante en clinique ou à l'hôpital qu'entourée de ses proches et dans son univers familial et familial. Mais y perdre un enfant ou le rendre handicapé, la liberté se paye parfois au prix fort.</p> <p>Les accidents se produisent pendant la naissance et ils sont imprévisibles. Trier des grossesses à bas risque est un leurre, un avatar de la médecine aux pieds nus.</p> <p>Vouloir aujourd'hui en France accoucher à domicile c'est comme s'entêter à faire du ski hors-piste en période d'avalanches. Les secours n'arrivent pas toujours à temps.</p>

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
<p><b>Clotilde des ROBERT</b></p> <p>[9]</p>	<p>Pédiatre à l'Hôpital de la Conception à Marseille</p>	<p>Conférence lors du congrès de gynécologie 2016 à Marseille : Médecine de la Femme</p> <p>Avril 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'AAD est un événement naturel,</li> <li>- il permet une relation privilégiée avec la sage-femme,</li> <li>- la place du père est plus importante,</li> <li>- le taux de satisfaction des femmes est élevé,</li> <li>- le taux d'allaitement est meilleur après un AAD qu'après un accouchement en milieu hospitalier,</li> <li>- le coût d'un AAD est moindre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout besoin de réanimation peut être inattendu, même dans le bas risque,</li> <li>- un nouveau-né bradycharde qui ne respire pas doit être ventilé dans la première minute de vie.</li> </ul>
<p><b>Israël NISAND</b></p> <p>[10]</p>	<p>Gynécologue-obstétricien</p> <p>Professeur de gynécologie obstétrique à l'université de Strasbourg et chef du pôle de gynécologie obstétrique au CHU de Strasbourg</p>	<p>Article, avis d'expert dans le journal Le Figaro : AAD, qu'en pensent les obstétriciens ?</p> <p>Septembre 2016</p>		<p>Trois notions sont importantes pour comprendre aujourd'hui la réticence des accoucheurs à valider l'AAD. Il y a des complications inopinées qui peuvent être d'une gravité redoutable : certaines de ces complications peuvent être traitées à condition d'agir dans la minute avec le bon geste, la bonne compétence et les moyens adéquats, les douleurs de</p>



**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
				<p>l'accouchement, variables d'une femme à une autre, dont le ressenti par la patiente est imprévisible, peuvent être prévenues à condition que l'on soit dans un lieu médicalisé.</p> <p>Pour ne prendre qu'un seul exemple, celui de l'hémorragie de la délivrance, un saignement brutal et massif à la suite de l'accouchement : 30% de ces hémorragies surviennent sans qu'aucune circonstance réputée favorisante ne puisse l'expliquer. Dans de bonnes conditions, soignées par des équipes de sages-femmes et de médecins entraînées, les choses s'arrangent plutôt bien et rapidement. En revanche, s'il faut se déplacer à ce moment-là vers un hôpital, on perd de précieuses minutes et donc des chances de guérison sans séquelle, voire de survie.</p> <p>Des maisons de naissance hospitalières se sont créées qui offrent la possibilité aux femmes, à condition qu'il n'y ait pas de pathologie prévisible, d'accoucher dans un</p>

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
				<p>espace attenant à la salle d'accouchement traditionnelle où il suffit de pousser une porte pour se retrouver là où tout est disponible pour traiter la complication ou le besoin de péridurale. Ces secteurs physiologiques ou «maisons de naissance» se multiplient aujourd'hui. La demande des femmes doit plutôt se faire dans cette direction qui allie la sécurité en cas de complication à l'intimité familiale, si tout va bien.</p>
<p><b>Marc GAMERRE,</b> <b>Béatrice GIUDICELI,</b> <b>S.OLIVIER,</b> <b>Géraldine PORCU,</b> <b>Daniel COHEN,</b> <b>M.COMBE</b> <i>Pour le CNGOF</i></p>	<p>Gynécologues-obstétriciens</p>	<p>Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, tome XXII</p> <p>Décembre 1998</p>		<p>Un accouchement hors maternité est globalement plus coûteux que celui réalisé dans une structure spécialisée, en raison même de l'accouchement qui nécessite l'intervention de moyens médicaux et paramédicaux importants. Si certaines motivations des partisans de l'accouchement à domicile sont compréhensibles, celui-ci comporte, dans les conditions actuelles en France, un risque pour la mère et l'enfant plus élevé. La mise en place d'un système comparable</p>

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
[11]				à celui de la Hollande ne paraît ni envisageable, ni souhaitable à ce jour dans notre pays.
Carole BOUDET  [12]	Sage-femme	Mémoire : Accoucher à la maison, quels couples font ce choix et pourquoi ?  Mai 2012	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.	

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- le désir d'impliquer le père dans l'accouchement et dans la préparation de celui-ci,</li> <li>- le bien-être de la maison, d'un environnement connu.</li> </ul>	
<p align="center"><b>Alice BOCOGNANO</b></p> <p align="center"><b>[13]</b></p>	<p>Sage-femme cadre CH La Ciotat (13)</p> <p>Formateur en périnatalité</p>	<p align="center">Conférence lors du congrès de gynécologie 2016 à Marseille : Médecine de la Femme</p> <p align="center">Avril 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoin d'intimité, d'autonomie et de responsabilité,</li> <li>- médicalisation raisonnable (selon l'état des lieux de l'AAD en France en 2013 : enquête auprès des parents ayant fait le choix de l'AAD, CIANE),</li> <li>- meilleure satisfaction maternelle pour les naissances à domicile planifiées,</li> <li>- sentiment de contrôle plus important, de puissance et d'estime de soi (selon l'étude.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination rarement organisée entre les sages-femmes libérales et les unités d'obstétrique, dans le cas d'un éventuel transfert en urgence,</li> <li>- coût des assurances rédhibitoire mais obligatoire (environ 20 000 € par an).</li> </ul>
<p align="center"><b>Marion CHAILLAN</b></p> <p align="center"><b>[14]</b></p>	<p align="center">Sage-femme</p>	<p align="center">Mémoire : Sécurité et risque des pratiques autour de la</p>	<p>La plupart des sages-femmes reconnaissent à l'AAD un accompagnement singulier et de meilleure qualité, une relation de</p>	<p>Etude qualitative sur la sécurité et les risques des pratiques autour de la naissance : l'AAD est perçu par la plupart des sages-femmes comme une pratique</p>

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
		naissance : perception des sages-femmes Mai 2012	confiance de longue durée, une naissance respectée.	insécure (incertitude du risque et absence de critères objectifs médicaux).  La question de l'incertitude (le risque zéro n'existe pas, toute grossesse est à risque ; à partir du moment où on donne la vie, on risque de la perdre) est liée au fait que la vie n'est jamais indépendante de la mort, ce qui rend le moment de la naissance aussi ambivalent.
<b>Cathy-Anne PIREYN-PIETTE</b>  [15]	Sage-femme	Mémoire : Accouchement à domicile, risque ou modèle  Mai 2005		Raisons du choix des femmes pour un accouchement hospitalier : sécurité physique, besoin de se sentir en sécurité quoi qu'il arrive, présence 24h/24 d'aide compétente, besoin d'être prises en charge, besoin de retrait de la vie quotidienne, peur d'une complication, besoin de repos, besoin d'analgésie.  Raisons du choix des professionnels de santé pour un accouchement hospitalier : conviction de faire courir le moins de risque possible à la femme et à son enfant (disponibilité à l'hôpital de produits sanguins pour la mère et des services de

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
				réanimation pédiatrique = facteurs importants de la chute de la mortalité périnatale ces dernières années), emploi du temps planifié, moins de stress dû à la gestion d'imprévus sans aide extérieure, salaire plus intéressant et plus régulier, besoin d'échange, de coopération, de contact avec les collègues, besoin d'être soutenus par la profession toute entière.
<b>Marion SICARD</b>  [16]	Sage-femme	Mémoire : L'accompagnement global de la naissance par les sages-femmes libérales : Qu'en est-il de la sécurité pour l'accouchement des patientes à bas risque obstétrical ayant choisi le domicile ?  Juin 2009	Risque de iatrogénicité (à l'hôpital) dû à une médicalisation à outrance de l'accouchement physiologique : les associations telles que l'ANSFL et l'UNSSF se battent contre une déshumanisation de la naissance, à l'heure où la prise en charge des grossesses et accouchement se surmédicalisent sans cesse : les taux de péridurales, de déclenchements, d'interventions instrumentales, de césariennes, sont toujours en augmentation.	Risque de retard de prise en charge de complications graves : le personnel médical hospitalier énonce le risque important pour la femme et l'enfant de complication imprévisible, de transfert dans l'urgence, de rallongement du délai de traitement.

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
<p><b>Gérard BREART (INSERM - Paris)</b>  <b>Francis PUECH (Lille)</b>  <b>Jean Christophe ROZE (Nantes)</b></p> <p>[17]</p>	<p>Professeurs en gynécologie-obstétrique</p>	<p>Rapport officiel à la demande du Ministère de la Santé :</p> <p>Mission Périnatalité, effectuée à la demande du Pr J.F. Mattei, Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.</p> <p>Vingt propositions pour une politique périnatale</p> <p align="center">Juin 2003</p>	<p>La nouvelle politique de périnatalité repose sur une prise en charge différenciée entre le bas risque et le haut risque périnatal. Les professionnels de la naissance doivent modifier leurs pratiques, non pas en les démedicalisant, mais en abandonnant des techniques non indispensables pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement normaux. Ces techniques peuvent avoir, dans ces circonstances, des effets iatrogènes ; elles peuvent en tous cas éloigner la future mère de la notion du caractère physiologique et naturel de la grossesse et de la naissance. Il faut souligner l'importance d'un suivi personnalisé, privilégiant la continuité, l'idéal étant un suivi allant de la déclaration de grossesse à l'issue de l'allaitement.</p> <p>La possibilité de l'AAD doit faire l'objet d'une réflexion spécifique concernant les conditions de sécurité.</p>	

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
<p align="center"><b>Béatrice GIUDICELLI</b></p> <p align="center">[18]</p>	<p>Gynécologue-obstétricien Hôpital de la Conception (Marseille)</p>	<p align="center">Conférence lors du congrès de gynécologie 2016 à Marseille : Médecine de la Femme</p> <p align="center">Avril 2016</p>	<p>Les raisons de demande d'AAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- refus d'un accouchement médicalisé,</li> <li>-environnement familial plus rassurant,</li> <li>- place du futur papa,</li> <li>- refus de l'immobilisation liée à la mise en place d'une perfusion et d'un monitoring.</li> </ul> <p>De nombreuses études comparent les bénéfices risques d'un AAD versus maison de naissance ou unité d'obstétrique : pas de différence significative pour la mortalité per partum et néonatale. Les critères pour accepter un AAD sont les suivants : patiente à bas risque et proximité immédiate d'un plateau technique disponible. La question reste en suspens pour les nullipares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémorragies,</li> <li>- transfusions sanguines,</li> <li>- infections.</li> </ul>
<p><b>Olivier DUPUIS</b> <b>R. de TAYRAC</b></p>	<p align="center">Gynécologues- obstétriciens</p>	<p align="center">Article :</p>		<p>Les femmes considèrent l'accouchement hospitalier comme moins dangereux,</p>



**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
<p><b>Sandrine POILPOT</b>  <b>S. MINAND</b>  <b>Hervé FERNANDEZ</b>  <b>René FRYDMAN</b>  <b>Michel LEVARDON</b>  <b>Patrick MADELENAT</b>  <b>[19]</b></p>		<p>Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal.                      Résultats de l'enquête DOM 2000                      Juin 2002</p>		<p>moins douloureux, plus reposant mais aussi plus impersonnel.                      La « sécurité » constitue la raison principale pour préférer l'accouchement à l'hôpital : le niveau d'opposition des femmes à l'AAD semble augmenter avec leur niveau de connaissances, on note également une tendance plus grande vers l'hostilité quand l'âge ou l'éloignement avec une maternité augmentent sur les complications obstétricales potentielles. Les raisons principales du choix d'accouchement hospitalier sont : la sécurité, la disponibilité médicale, une grossesse à risque, la continuité du suivi.</p>
<p><b>Valérie DENAIS</b>  <b>[20]</b></p>	<p>Sage-femme                      Présidente de l'Ordre Départemental des sages femmes d'Indre-et-Loir</p>	<p>Interview réalisée par le journal La Nouvelle République                      Mai 2016</p>		<p>Une sage-femme peut faire un accouchement inopiné hors des murs d'une structure hospitalière, dans le cas, par exemple, d'un accouchement dans un magasin, etc., mais, s'il est programmé au domicile, la sage-femme n'est pas couverte par les assurances. Selon la loi Kouchner, tout professionnel libéral doit avoir</p>

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
				<p>souscrit une assurance pour exercer. Ainsi, si l'AAD n'est pas interdit en France, nous n'avons pas les moyens de le pratiquer. L'ordre des sages-femmes ne peut donc pas le cautionner.</p> <p>Même dans le cas de grossesses normales, on n'est jamais à l'abri d'avoir à pratiquer une césarienne en urgence pour éviter un risque d'asphyxie du nourrisson ou d'une hémorragie de la délivrance, totalement imprévisible.</p>
<p><b>Isabelle BAR</b></p> <p align="center">[21]</p>	<p>Sage-femme libérale (Ayant pratiqué des AAD)</p>	<p>Témoignage recueilli en 2009</p>	<p>L'AAD répond à une demande qui existe vraiment d'un accompagnement autre pendant la grossesse et d'un accouchement le plus physiologique possible, sans stress rajouté pour la maman, le bébé et le reste de la famille.</p> <p>La sécurité recherchée alors est de l'ordre de l'affectif et non technique. La demande est bien évidemment le</p>	

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
			<p>respect de la physiologie du travail, avec liberté posturale complète, y compris pour l'expulsion, une plus grande place faite au conjoint, un accueil plus en douceur du bébé et son intégration simplifiée dans la famille, sans coupure avec les frères et sœurs.</p> <p>La demande concerne aussi l'accompagnement global, avec un seul interlocuteur et la certitude d'être accompagnée au moment de l'accouchement par quelqu'un que l'on connaît et qui nous connaît. Les peurs et doutes exprimés peuvent plus facilement être entendus et dépassés.</p>	
<p><b>Bernard MARIA</b> <b>G. DAUPTAIN</b> <b>Pascal GAUCHERAND</b> <b>Henri COHEN</b> <b>Patrick VIGE</b></p>	<p>Gynécologues-obstétriciens</p>	<p>Article : Accoucher et naître en France, propositions pour changer les naissances.</p>	<p>L'AAD doit être possible pour des femmes volontaires et sélectionnées, exemptes de tout risque. Les sages-femmes doivent faire partie du réseau périnatal et peuvent accéder à la maternité, avec leur patiente, sans restriction. Leur pratique est évaluée pour vérifier l'absence de</p>	

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
<p><b>Jean BERTHET</b>  <b>J.M. MURRAY</b>  <b>Stéphane SAINT-LEGER</b>  <b>Francis SCHWETERLE</b>  <b>Claude RACINET</b>  <b>[22]</b></p>		<p>Jun 2003, Etats Généraux de la Naissance</p>	<p>complications et la satisfaction des patientes. L'AAD reste une pratique confidentielle (1 à 2% des naissances) symbole de la liberté de choix des femmes.</p>	
<p><b>Florence PINEAU</b>    <b>[23]</b></p>	<p>Sage-femme</p>	<p>Mémoire :            Accoucher à domicile, la recherche d'un idéal ?              Février 2012</p>	<p>Les femmes qui se tournent vers l'AAD recherchent l'alternative pour avoir la liberté de choix ; ce questionnement fait écho à la critique de la médicalisation de l'accouchement (position de dépossession de leur corps dans la relation au « pouvoir » médical, sentiment qu'il n'y a pas toujours de justification médicale à la multiplication des actes). Cette critique répond à la recherche du naturel, présenté comme la façon la plus</p>	

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
			<p>simple, comme allant de soi, de mettre au monde un enfant.</p> <p>En choisissant l'AAD, les couples acceptent la part de risques liée à l'accouchement, ils ne la nient pas et acceptent leur responsabilité. Autant l'hôpital dépersonnifie et assiste les usagers dans leur parcours de soin, autant l'AAD affirme la liberté de choix et donc la responsabilité des acteurs.</p>	
<p><b>Claire COURTY</b></p> <p align="center">[24]</p>	<p>Sage-femme libérale, pratiquant des AAD</p>	<p>Interview réalisée par le journal Le Télégramme</p> <p align="center">Décembre 2012</p>	<p>Il y a beaucoup de demandes, En France, il y a peu d'alternatives à l'hôpital. Même si aujourd'hui le projet de naissance prend en compte quelques aspects, il y a une médicalisation qui est omniprésente. À la maison, les femmes sont plus sereines. Et plus actives aussi, elles ont conscience que cela repose sur leurs épaules alors qu'à l'hôpital, elles délèguent beaucoup.</p>	<p>Cette pratique n'est pas très développée car ce n'est pas la politique en France : c'est d'ailleurs très mal perçu par les milieux hospitaliers. Du coup, peu de sages-femmes s'y engagent. Les remboursements de la Sécurité sociale et les soucis d'assurances n'encouragent pas à le faire. Les moyens sont limités</p> <p>Personnellement, je refuse d'y répondre favorablement. L'impossibilité de s'assurer pour de tels actes est un obstacle majeur. C'est par ailleurs un acte peu</p>

**PROFESSIONS MÉDICALES (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes)**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
			<p>Elles connaissent tous les risques, savent que l'on aura peu de moyens en cas d'hémorragie ou de réanimation : je fais des contrôles très pointus mais si je considère qu'il y a un risque durant l'accouchement, on ira à l'hôpital.</p> <p>J'ai eu plusieurs demandes d'accouchement à domicile en une année d'exercice. Les motivations sont identiques ; elles souhaitent une prise en charge personnalisée et veulent accoucher de manière plus intime. L'environnement hospitalier, considéré comme surmédicalisé et impersonnel, les amène à envisager ce choix. Elles vivent ce passage à l'hôpital comme une rupture dans leur grossesse</p>	<p>rentable. Un accouchement est remboursé 350 € par la Sécurité sociale. Cela peut représenter 5 à 6 heures de travail, voire bien plus. Je sais que des sages-femmes acceptent sous réserve d'un dépassement d'honoraire. Le risque d'un incident pèse également très fortement dans la décision. Une des solutions est à rechercher dans la mise à disposition d'un plateau technique à l'hôpital comme cela est le cas à Ploërmel. Si Lorient le permettait, je reconsidérerais ma décision.</p>

**DOCUMENTS OFFICIELS**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
[25]		<p>Journal Officiel des communautés européennes : Charte des Droits de la Parturiente</p> <p>Juillet 1998</p>	<p>Le parlement européen 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.</p> <p>Il demande l'assistance appropriée lorsque la femme opte pour l'AAD en tenant compte de l'état psychique et physique de la parturiente et de l'enfant à naître ainsi que de l'environnement.</p>	
[26]	Greffier de la Cour Européenne des Droits de l'Homme	<p>Communiqué de presse de la Cour Européenne des Droits de l'Homme : Décisions du Collège de la Grande Chambre</p> <p>(à propos d'une affaire concernant l'interdiction</p>	<p>Dans son arrêt de chambre du 11 décembre 2014 la Cour européenne des droits de l'homme (...) a tenu compte en particulier de l'absence de consensus européen sur le point de savoir s'il fallait ou non autoriser les AAD, et du fait que cette question impliquait l'allocation de ressources</p>	

<b>DOCUMENTS OFFICIELS</b>				
<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
		que le droit tchèque fait aux sages-femmes d'effectuer des AAD)  Juin 2015	financières, par exemple pour créer un système adéquat de gestion des urgences pour les naissances à domicile. La chambre a conclu que les États jouissent d'une ample marge d'appréciation pour régler cette question.	
[27]		LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Titre IV, Art. L. 1142-2		Les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins.



## TEMOIGNAGES DE FEMMES ET DE COUPLES

Nom de l'auteur	Qualification de l'auteur	Type de document et date de publication	Arguments favorables à l'AAD	Arguments défavorables à l'AAD
<p><b>Florence</b></p> <p>[30]</p>	<p>Patiente ayant accouché à domicile pour son 3<sup>ème</sup> enfant</p>	<p>Témoignage écrit consulté sur le site de l'association Alter-Natives</p> <p>2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect de la nature (poche des eaux rompue naturellement)</li> <li>- Aspect psychologique : besoin pour une femme de se prouver la capacité à accoucher seule sans intervention extérieure</li> <li>- Disponibilité de la sage-femme : one to one</li> </ul>	
<p><b>Anaïs</b></p> <p>[31]</p>	<p>Patiente ayant accouché à l'hôpital pour son premier enfant</p>	<p>Témoignage oral recueilli en juillet 2017</p>		
<p><b>Franck et Sarah Fouillen</b></p> <p>[24]</p>	<p>Couple ayant vécu 3 accouchements à domicile</p>	<p>Interview réalisée par le journal Le Télégramme</p> <p>Décembre 2012</p>	<p>L'accouchement est quelque chose de naturel. Ce n'est pas une maladie, il n'y a pas besoin de toute cette intervention médicale.</p> <p>Prise en charge, chambre froide, tuyaux... Tout cela m'angoisse, J'ai ce besoin d'être consciente de mon corps,</p>	

### TEMOIGNAGES DE FEMMES ET DE COUPLES

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
			<p>de bouger. Ce que ne permet pas la péridurale.</p> <p>C'est une aventure non pas risquée mais calculée : nous sommes conscients des risques.</p> <p>Au moindre problème, on filait à la maternité. Et sans discussion. Tout cela avait été vu avec la sage-femme qui avait toute notre confiance.</p>	

<b>ASSOCIATIONS</b>			
<b>Nom de l'association</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
<b>Association des Sages-Femmes Libérales</b>  <b>ANSFL</b>  <b>[32]</b>	Charte de l'accouchement à domicile	L'AAD est une pratique encadrée, avec un référentiel de bonnes pratiques et des règles élémentaires de prudence à respecter : grossesse sans pathologie, naissance sans risque (pas de présentation du siège, pas de naissance gémellaire), si besoin d'ocytocine ou de morphinique le transfert est obligatoire, maternité informée au préalable, moyen de transport prévu.	
<b>Collectif Interassociatif Autour de la Naissance</b>  <b>CIANE</b>  <b>[33]</b>	Assurance responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile en activité libérale.  Document co-signé par le CIANE, le Collectif Naître chez soi, le Collège National des sages-femmes de France, l'Organisation nationale syndicats sages-femmes et l'Union nationale et syndicale des sages-femmes.  Janvier 2013	Conditions des AAD en France en 2012 : volontariat (choix de la femme enceinte et choix de la sage-femme), suivi global et réorientation (initiative de la femme enceinte ou de la sage-femme pour raison médicale).  Les accouchements qui satisfont les critères permettant d'envisager un AAD sont ceux pour lesquels le risque assurantiel est moindre.  Parmi les urgences pouvant survenir en cours d'accouchement, un certain nombre ne peut survenir qu'en établissement hospitalier (celles qui sont associées à des situations détectables avant l'accouchement et celles consécutives à des interventions médicales pratiquées uniquement en établissement médical).	Le sur-risque à domicile est lié aux délais de transfert et à d'éventuelles difficultés de coordination entre la sage-femme et l'équipe médicale de la maternité de transfert.

<b>ASSOCIATIONS</b>			
<b>Nom de l'association</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
		<p>Les patientes qui choisissent en toute connaissance de cause l'AAD sont conscientes que certaines interventions d'urgence y sont irréalisables. Il est probable qu'elles sont plus conscientes que les autres que le "zéro risque" est un mythe.</p> <p>Il est largement admis (Seguy 2006, Le Figaro 2012) que les actions de patients en justice sont en grande partie liées au sentiment du patient d'avoir été mal écouté, mal conseillé, mal informé. Cette situation de défaut d'écoute et d'information peut être évitée lors de l'AAD (suivi par une sage-femme choisie par la femme). Elle a vraisemblablement plus de risques de se produire dans le cas où la patiente accouche dans un établissement de santé, en raison de la difficulté à personnaliser le suivi des grossesses et des accouchements, du peu de temps disponible par patiente, de la multiplicité des intervenants, de l'impossibilité de choisir son interlocuteur (sage-femme de garde).</p>	

<b>ASSOCIATIONS</b>			
<b>Nom de l'association</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
<p><b>Collectif Interassociatif Autour de la Naissance</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CIANE</b></p> <p><b>(Madeleine AKRICH, Françoise BARDES, Emmanuelle PHAN)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>[34]</b></p>	<p>Article de revue : Les lieux de naissance en France, quel choix pour les usagers ?</p> <p style="text-align: center;">2010</p>	<p>Dans le cas d'un accouchement en milieu hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecart entre cours de préparation à l'accouchement et réalité vécue en salle avec SF vue pour la 1<sup>ère</sup> fois, source de frustration voire de ressentiment.</li> <li>- Arbitraire lié à la personnalité des professionnels présents le jour de l'accouchement.</li> </ul>	<p>Faible nombre de sages-femmes accompagnant des AAD en France : refus des assureurs de contracter avec elles, inadéquation de la formation qu'elles reçoivent, très centrée sur l'hôpital et les technologies, difficultés qu'elles rencontrent à établir un partenariat avec une maternité qui puisse accueillir la femme en cas de problème.</p>
<p><b>Accoucher Librement</b></p> <p style="text-align: center;"><b>[35]</b></p>	<p>Article sur site internet de l'association</p> <p style="text-align: center;">2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'AAD permet de se réappropriier son accouchement, c'est faire le choix de rester souveraine de son accouchement : le corps de la femme sait accoucher, un bébé sait naître.</li> <li>- Le choix d'une structure médicalisée peut entraîner une rupture dans le rythme habituel de la femme et de sa famille, qui n'ont plus leurs repères quotidiens, et une rupture dans l'image de soi chez la femme enceinte, dépossédée de ses choix profonds pour être considérée comme une patiente, malade potentielle, infantilisée par l'entourage médical bien souvent.</li> <li>- L'AAD permet un environnement rassurant, calme et silencieux (si la femme est traitée de</li> </ul>	<p>Les études épidémiologiques ont mis en évidence des risques associés au refus strict de toute médicalisation de l'accouchement à domicile, refus qui multiplie les risques de décès en couches par 100 dans les groupes religieux qui observent ces pratiques.</p>

<b>ASSOCIATIONS</b>			
<b>Nom de l'association</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
		<p>manière impersonnelle dans l'environnement froid d'un hôpital, qu'on lui injecte des hormones synthétiques, des médicaments, son corps répond par l'inhibition et la peur. Il se replie sur lui-même en bloquant la production d'endorphines et en produisant au contraire de l'adrénaline, qui fait ralentir ou bloquer le travail), la liberté de mouvement (si la femme est physiquement active pendant le travail, son bébé se repositionne constamment dans l'utérus, se réajuste, descend, ce qui le prépare à la naissance. Si, en revanche, la femme est contrainte de rester au lit, on augmente la nécessité d'intervenir).</p> <p>Dans le cas de grossesses normales où l'accouchement à domicile est préparé et assisté par un personnel qualifié, on n'observe pas d'augmentation des risques encourus tant par la mère que par l'enfant.</p>	
<b>Accoucher Librement</b>  [36]	Article sur site internet de l'association  2016	<p>A l'hôpital, la femme vit son accouchement derrière cet écran technologique, se retrouvant par là même dépossédée de la conscience du processus qui se joue en elle en ces instants.</p> <p>Inconvénients de la surmédicalisation : le monitoring oblige la femme à rester allongée, et donc de n'être</p>	

<b>ASSOCIATIONS</b>			
<b>Nom de l'association</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
		plus libre de ses mouvements ; la perfusion entrave aussi cette liberté de mouvement ; la péridurale est comme un écran à la naissance et, contrairement aux idées reçues, ne rend pas l'accouchement plus facile et rapide, mais est bien plutôt un facteur de complications (besoin d'ocytocine, recours aux forceps et ventouses) ; la position lithotomique qui n'est en rien naturelle est responsable en grande partie de la médicalisation de l'accouchement (péridurale, épisiotomie, forceps).	
<b>Alter-Natives</b> (Sylvie FRANCOTTE, présidente)  [2]	Article dans La Dernière Heure (site d'information belge)	L'AAD n'est ni une hypothèse farfelue, ni un choix dangereux en soi. C'est une option réaliste, pratiquée en toute sécurité dans un grand nombre de pays industrialisés. Les parents qui l'ont vécu en gardent le souvenir d'un moment privilégié. Bien sûr, l'accouchement à la maison doit être planifié, assisté de personnes compétentes avec la participation active des parents, et doit inclure un processus minutieux de dépistage de toute condition médicale ou autre qui augmentent le risque de complication.	

## JOURNALISTES ET MEDIAS

Nom de l'auteur	Qualification de l'auteur	Type de document et date de publication	Arguments favorables à l'AAD	Arguments défavorables à l'AAD
<p><b>Tiphaine HONNET</b></p> <p>[2]</p>	<p>Journaliste et pigiste</p>	<p>Article : Peut-on encore (vraiment) décider de son accouchement ?</p> <p>21 octobre 2016</p>	<p>Parmi les risques les plus craints par le SYNGOF, des pertes sanguines anormalement importantes après la naissance du bébé, autrement dit l'hémorragie de la délivrance. D'après le Dr Catherine Deneux-Tharaux sur le site de l'<a href="#">Inserm</a>, ce phénomène survient après 5 à 10% des accouchements et environ 1% pour les formes graves. En somme, <i>“les femmes ayant reçu de l'ocytocine pour déclencher leur accouchement ou accélérer le travail sont plus à risque.”</i> Or, ni les maisons de naissance ni les AAD n'y ont recours, sauf en cas d'urgence post-partum. Mais pour prévoir l'imprévu, les sages-femmes libérales choisissent minutieusement les patientes. Seules les grossesses à faible risque sont acceptées. En cas d'hypertension, de diabète, de bébé se présentant par le siège ou de jumeaux, c'est retour à la case maternité.</p>	<p>Côté AAD, la pratique se paye cher aussi. Voire plus que les deux autres (NDRL : maison de naissance et milieu hospitalier). Surtout depuis la loi Kouchner de 2002, qui demande à ces sages-femmes d'être assurées : le coût de l'assurance varie entre 19 000 et 25 000 euros. Jacqueline Lavillonnière, sage-femme soutenue par ses pairs, porte actuellement le combat au tribunal. La bataille des accouchements alternatifs ne se joue plus sur le plan médical mais bien sur l'aspect économique.</p>



## JOURNALISTES ET MEDIAS

Nom de l'auteur	Qualification de l'auteur	Type de document et date de publication	Arguments favorables à l'AAD	Arguments défavorables à l'AAD
<p><b>Hermine ROSSET</b></p> <p>[37]</p>	<p>Journaliste</p>	<p>Article : L'accouchement à domicile pousse gentiment ses premiers cris</p> <p>(Dans Reporterre, le quotidien de l'écologie)</p> <p>28 janvier 2016</p>	<p>- Ces femmes qui accouchent chez elles ne vivent pas en marge de la société, elles n'ont pas de conceptions traditionaliste ou sectaire. Ces gens-là ne sont pas des marginaux. Il y a beaucoup d'infirmières et de membres de la profession médicale. Choisir son accouchement, c'est s'émanciper et se réapproprier un corps aliéné par les professionnels de santé, c'est choisir une alternative au milieu hospitalier surmédicalisé où le personnel manque d'empathie et n'explique pas les gestes qu'il pratique.</p> <p>- Avant d'accepter le suivi d'une femme pour un AAD, ces sages-femmes vérifient qu'elle ne présente aucune pathologie. S'il s'agit d'un premier accouchement, elles demandent qu'il ait lieu à proximité d'un hôpital ; et si c'est nécessaire, il y aura transfert en structure hospitalière.</p>	<p>L'accouchement à domicile est pourtant légal. Mais, depuis la loi Kouchner de 2002, tous les professionnels de santé libéraux sont tenus de souscrire à une assurance de responsabilité civile professionnelle. Dans les faits, les compagnies d'assurance refusent d'assurer les sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile : trop dangereux, estiment-elles.</p>

## JOURNALISTES ET MEDIAS

Nom de l'auteur	Qualification de l'auteur	Type de document et date de publication	Arguments favorables à l'AAD	Arguments défavorables à l'AAD
<p style="text-align: center;"><b>Aurore COULAUD</b></p> <p style="text-align: center;">[3]</p>	<p style="text-align: center;">Journaliste</p>	<p style="text-align: center;">Article : Pourquoi l'accouchement à domicile est devenu une pratique controversée</p> <p style="text-align: center;">(Journal Libération)</p> <p style="text-align: center;">1 août 2017</p>	<p>Désireuses d'accoucher dans la plus stricte intimité, victimes de violences gynécologiques, certaines femmes font ce choix de l'AAD.</p>	<p>Les sages-femmes qui se lancent dans l'aventure de l'AAD subissent les pressions de leur Ordre : certaines n'hésitent pas à pratiquer en secret de peur de se faire radier.</p> <p>Des problèmes d'assurance entravent l'AAD. La loi Kouchner de 2002 impose aux sages-femmes libérales les pratiquant une prime d'assurance responsabilité exorbitante. De l'ordre de 22 000 à 25 000 euros par an, la même somme que celle demandée aux gynécologues-obstétriciens mais qui n'est pas du tout conforme à la pratique des sages-femmes. Ce n'est pas le même niveau de risque, Impossible pour ces libérales de verser une telle somme équivalente à une année de revenus.</p>

## JOURNALISTES ET MEDIAS

Nom de l'auteur	Qualification de l'auteur	Type de document et date de publication	Arguments favorables à l'AAD	Arguments défavorables à l'AAD
<p><b>Nathalie JOUAT</b></p> <p>[38]</p>	<p>Rédactrice magazines et sites internet (thématiques développement durable et personnel) + patiente ayant accouché à domicile</p>	<p>Livre : Et si j'accouchais à la maison ?</p> <p>Jun 2013</p>	<p>Motivations des couples qui choisissent l'AAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin d'intimité pour vivre ce moment pleinement, se laisser aller à l'émotion ; besoin d'être dans sa « bulle » chez soi pour laisser parler son instinct,</li> <li>- besoin de redonner une place au papa lors de la naissance, qu'il puisse être plus qu'un simple spectateur,</li> <li>- recherche de sécurité et d'écoute, lorsqu'une première naissance s'est mal passée à l'hôpital ; envie de prendre son temps, surtout pour les mamans qui ont vécu un accouchement pressé pour un premier enfant,</li> <li>- envie de permettre aux aînés d'assister à la naissance, ou d'être juste à côté,</li> <li>- désir de rester chez soi parce que « je ne suis pas malade mais simplement enceinte » et que l'hôpital rappelle le contexte médical,</li> <li>- besoin de l'intimité qui se crée avec la sage-femme, de la relation privilégiée</li> </ul>	

## JOURNALISTES ET MEDIAS

Nom de l'auteur	Qualification de l'auteur	Type de document et date de publication	Arguments favorables à l'AAD	Arguments défavorables à l'AAD
			<p>qui se développe avec cette personne présente du début à la fin de la grossesse,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- envie d'accoucher dans une position différente de la position gynécologique ; peur ou rejet du protocole classique et d'éventuelles manipulations (épisiotomie, péridurale, déclenchement, instrument d'extraction, césarienne, soins intrusifs au bébé),</li> <li>- besoin de contrôle (relatif) de l'accouchement, de maîtriser les interventions et le déroulement de chaque phase, tant que faire se peut.</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>Céline DARMAYAN</b></p> <p style="text-align: center;">[39]</p>	<p>Réalisatrice et monteuse</p>	<p>Film/documentaire : Entre leurs mains</p> <p style="text-align: center;">2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'hôpital ne respecte pas forcément la femme, l'enfant, l'humain : difficulté en milieu hospitalier de s'occuper de plusieurs femmes en travail en même temps (en Angleterre le one to one est exigé même à l'hôpital),</li> </ul>	

## JOURNALISTES ET MEDIAS

Nom de l'auteur	Qualification de l'auteur	Type de document et date de publication	Arguments favorables à l'AAD	Arguments défavorables à l'AAD
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- la position d'accouchement induite par la présentation actuelle des salles d'accouchement n'est pas physiologique,</li> <li>- le « branle-bas de combat » de l'hôpital déconcentre la parturiente : une femme stressée ne sécrète pas de prolactine, ni d'ocytocine, ni de réflexe d'éjection,</li> <li>- les conditions actuelles de l'AAD sont bonnes : transport, hygiène, grossesse surveillée, pathologies éliminées,</li> <li>- les prix inabordables des assurances suite à l'arrêt Perruche mettent l'AAD à la limite de la légalité,</li> <li>- il y a une méconnaissance de la pratique de l'AAD par la majorité qui ne sait pas qu'elle concerne uniquement les grossesses à bas risque (cf charte de l'AAD).</li> </ul>	

**ANTHROPOLOGUE, SOCIOLOGUE**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
<p><b>Roselyne ROTH-HAILLOTTE</b></p> <p>[40]</p>	<p>Anthropologue</p> <p>Membre du centre de recherche éducation et formation</p>	<p>Article de revue : Les représentations profanes et médicales du lieu d'accouchement : entre l'idéal et le réel</p> <p>2011</p>	<p>Pour se préserver de l'industrialisation et de la standardisation de cet acte, quelques femmes font le choix personnel, ou bien souvent par défaut, d'accoucher à domicile.</p> <p>Bien souvent, ces femmes réfutent la norme institutionnelle où des gestes intrusifs et iatrogènes gommant la relation soignant/patiente et font basculer cet acte dans une véritable médicalisation routinière, cathéter de perfusion (ocytocine), anesthésie, monitoring continu, position décubitus, où parfois la sage-femme est très peu présente. Face à ces pratiques, pour certaines femmes, l'accouchement à domicile ne s'inscrit pas dans une construction de l'idéal, c'est-à-dire à un retour à la physiologie, mais simplement dans une dénégaration du réel hospitalier environnant.</p>	<p>L'accouchement à domicile représenterait pour une majorité de personnels soignants une « hérésie », le risque nul n'existant pas et le taux de mortalité maternelle étant encore trop élevé en France par rapport à ses voisins européens.</p>

**ANTHROPOLOGUE, SOCIOLOGUE**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
<b>Béatrice JACQUES</b>  [41]	Docteur en sociologie Maître de conférences à l'Université Victor Segalen- Bordeaux 2	Thèse de doctorat en sociologie :  Sociologie de l'accouchement  2007	Les valeurs qui accompagnent l'AAD sont le refus du pouvoir biomédical, le respect de la physiologie, l'intérêt pour l'écologie.	Pour la plupart des gynécologues-obstétriciens, la grossesse peut sembler normale et dans la minute qui suit devenir pathologique.

**JURISTES**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
<p><b>Olivier LECA</b></p> <p><b>Alain PROUST</b></p> <p>[42]</p>	<p>Avocat (Barreau de Paris)</p> <p>Gynécologue-obstétricien</p>	<p>Conférence lors du congrès de gynécologie 2016 à Marseille : Médecine de la Femme</p> <p>Avril 2016</p>	<p>- L'AAD n'est pas illégal : au plan législatif, il est impossible de tirer un quelconque devoir pour l'Etat de garantir la possibilité d'accoucher à domicile, ni même une obligation de l'interdire.</p> <p>- L'AAD sous-entend d'avoir mis en place tous les moyens d'extraction de l'enfant dans un délai raisonnable en cas de signes d'asphyxie per partum (délai expertal moyen, 30 minutes entre la décision et l'incision ou l'extraction).</p> <p>- L'AAD sous-entend d'avoir mis en place tous les moyens de prise en charge d'une hémorragie de la délivrance, risque qui peut se réaliser même dans le bas risque obstétrical.</p>	<p>- La Cour Européenne des Droits de l'Homme autorise le principe d'une interdiction, choisie par l'Etat national, en faisant primer l'intérêt supérieur de l'enfant sur la liberté de choix des mères.</p> <p>- Tout acte médical engage la responsabilité de celui qui le pratique. La responsabilité est jugée par rapport à la balance bénéfiques/risques, donc par rapport au choix du praticien ou de la sage-femme et non pas par rapport à la demande de la femme enceinte ou du couple. En cas d'accident lors d'un AAD « volontaire », c'est la prise de risque du professionnel de santé qui sera appréciée et jugée.</p> <p>- La responsabilité est la même, que l'accouchement ait lieu à domicile ou en niveau III, les moyens non.</p> <p>- Les AAD sont toutefois difficilement réalisables en pratique, en raison de l'obligation d'assurance tirée de la loi du 4</p>



**JURISTES**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
				<p>mars 2002, et de son tarif (entre 19 000 euros et 25 000 euros, donc calquée sur l'assurance civile professionnelle des obstétriciens libéraux) : la prime de RCP est à la hauteur du risque indemnitaire</p> <p>- Que répondre au professionnel de santé qui désire pratiquer un AAD : êtes-vous conscient que vous transformez votre obligation de moyens en obligation de résultat ?</p>
<p><b>Germain DECROIX</b></p> <p>[43]</p>	<p>Juriste à la Direction du Risque Médical et de la Protection Juridique de la MACSF</p> <p>(Mutuelle d'Assurances du Corps de santé français)</p>	<p>Entretien téléphonique réalisé en vue de l'étude</p> <p>Septembre 2017</p>	<p>L'AAD n'est pas illégal car il n'y a pas de moyen d'obliger une femme à accoucher en milieu hospitalier, de même qu'on ne peut obliger un malade ou un blessé à aller se faire soigner à l'hôpital. Au niveau de la loi française, pas de mention de l'AAD. Et l'Etat Civil enregistrera bien un enfant né à domicile tel quel.</p>	<p>La MACSF refuse d'assurer les sages-femmes et les médecins qui le pratiquent. La motivation de ce refus est autour du risque, en sachant que le risque premier est celui de l'expert (professeur gynécologue de CHU).</p> <p>Ne pas avoir « sous la main » les outils nécessaires pour gérer une complication, c'est faire courir un risque à la mère.</p> <p>Arguments fréquemment avancés par les promoteurs de l'AAD : rareté des complications et pré-sélection des patientes avant d'autoriser un AAD.</p>

## JURISTES

Nom de l'auteur	Qualification de l'auteur	Type de document et date de publication	Arguments favorables à l'AAD	Arguments défavorables à l'AAD
				<p>Arguments auxquels on peut répondre que les complications même si elles sont rares, ne sont pour autant pas toutes prévisibles (hémorragie de la délivrance par exemple) et peuvent donc toucher une patiente qui a bien été présélectionnée selon des critères médicaux sérieux. S'il y a une procédure concernant un AAD et que le traitement nécessaire n'a pas été dispensé ou dispensé avec retard, il n'y aura pas de défense possible.</p> <p>La demande de la patiente n'est pas une indication légitime pour un AAD : ce n'est pas un argument de défense. Le professionnel de santé doit refuser en conscience si ce n'est médicalement pas raisonnable. En cas d'accident il sera reproché au professionnel de santé impliqué d'avoir accepté la demande de la patiente.</p> <p>Aucun assureur français ne couvre les dommages et intérêts en cas d'accident survenant lors d'un AAD, les sages-femmes et les médecins qui le pratiquent le font sans</p>

**JURISTES**

<b>Nom de l'auteur</b>	<b>Qualification de l'auteur</b>	<b>Type de document et date de publication</b>	<b>Arguments favorables à l'AAD</b>	<b>Arguments défavorables à l'AAD</b>
				être assurés et donc dans l'illégalité (cf loi du 4 mars 2002). Cette situation pose problème à l'Ordre des sages-femmes puisque celui-ci est sensé vérifier que les conditions d'exercice des sages-femmes sont légales : l'Ordre pourrait être poursuivi en cas d'accident.

## ANNEXE V : Bibliographie de l'étude

- [1]. Cesbron P. Quelques propositions d'organisation des soins obstétricaux. Spirale. no 37 (1) : 61–78.
- [2]. Magazine C. Peut-on encore (vraiment) décider de son accouchement? ChEEk Magazine. 2016. <http://cheekmagazine.fr/societe/accouchement-choix/> (consulté le 30 novembre 2016)
- [3]. Pourquoi l'accouchement à domicile est devenu une pratique controversée. Libération.fr. 2017. [http://www.liberation.fr/france/2017/08/01/pourquoi-l-accouchement-a-domicile-est-devenu-une-pratique-controversee\\_1586540](http://www.liberation.fr/france/2017/08/01/pourquoi-l-accouchement-a-domicile-est-devenu-une-pratique-controversee_1586540) (consulté le 13 août 2017)
- [4]. Rudigoz RC. Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000 : O. Dupuis et al. Gynécol Obstét Fertil 2002 ; 30 : 677–683. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2003 Jun ;31 (6) : 572.
- [5]. Marpeau L. Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000 : O. Dupuis et al. Gynécol Obstét Fertil 2002 ; 30 : 677–683. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2003 Apr ; 31 (4) : 397.
- [6]. Papiernik E. Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000 : O. Dupuis et al. Gynécol Obstét Fertil 2002 ; 30 : 677-83. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2003 Apr ; 31 (4) : 398.
- [7]. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, Brent RL, Levene MI, Arabin B, et al. Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2013 Oct 1 ; 209 (4) : 323.e1-323.e6.
- [8]. Milliez J. Accouchement à domicile des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000: O. Dupuis et al. Gynécol Obstét Fertil 2002 ; 30 : 677-83. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2003 Apr ; 31 (4) : 397.

- [9]. Des Robert C. Congrès de la Médecine de la Femme. Avril 2016. Demande d'accouchement à domicile : point de vue du pédiatre.  
<http://www.atoutcom.com/lamedecinedelafemme/wp-content/uploads/sites/46/2016/05/DES-ROBERT-Clotilde.pdf> (consulté le 22 août 2017)
- [10]. Accouchement à domicile : qu'en pensent les obstétriciens ? Le Figaro Santé. 2016. <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/09/09/25376-accouchement-domicile-quent-pensent-obstetriciens> (consulté le 30 novembre 2016)
- [11]. Alternatives à l'hospitalisation en obstétrique. CNGOF. Extraits des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Tome XXII. 1998.
- [12]. Boudet C. Accoucher à la maison : quels couples font ce choix et pourquoi ? 2012. [http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/26/89/35/BOUDET\\_Carole.pdf](http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/26/89/35/BOUDET_Carole.pdf) (consulté le 29 mai 2017)
- [13]. Bocognano A. Congrès de la Médecine de la Femme. Avril 2016. Demande d'accouchement à domicile : que répondre ? Point de vue de la sage-femme.  
<http://www.atoutcom.com/lamedecinedelafemme/wp-content/uploads/sites/46/2016/05/BOCOGNANO-Alice.pdf> (consulté le 22 août 2017)
- [14]. Chaillan M, Bernard M-R, Aix-Marseille Université, Ecole universitaire de maïeutique Marseille Méditerranée. Sécurité et risque des pratiques autour de la naissance: perceptions des sages-femmes. 2012. <https://catalogue.univ-amu.fr/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=801602>
- [15]. Pireyn-Piette CA. Accouchement à domicile : risque ou modèle ? 2005.  
<http://portail.naissance.asso.fr/memoires/Cathy-AnnePiette.pdf>
- [16]. Sicard M. L'accompagnement de la naissance par les sages-femmes libérales : qu'en est-il de la sécurité pour les patientes à bas risque obstétrical ayant choisi le domicile ? 2009. [http://naitre-chez-soi.over-blog.com/pages/Memoires\\_de\\_fin\\_detudes\\_de\\_Sages\\_Femmes-740780.html](http://naitre-chez-soi.over-blog.com/pages/Memoires_de_fin_detudes_de_Sages_Femmes-740780.html)
- [17]. Mattei J.F.. Déclaration de M. Jean-François Mattéi, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, sur les priorités du plan de soutien à la

périnatalité, Paris le 10 mars 2003. <http://discours.vie-publique.fr/notices/033001203.html> (consulté le 23 août 2017)

[18]. Giudicelli B. Congrès de la Médecine de la Femme. Avril 2016. Demande d'accouchement à domicile : que répondre ? Point de vue de l'obstétricien. <http://www.atoutcom.com/lamedecinedelafemme/wp-content/uploads/sites/46/2016/05/GUIDICELLI-B%C3%A9atrice.pdf> (consulté le 24 août 2017)

[19]. Dupuis O, de Tayrac R, Poilpot S, Minand S, Fernandez H, Frydman R, et al. Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2002 Sep ; 30 (9) : 677–83.

[20]. L'accouchement doit rester un moment intime. *La Nouvelle République*. 26 mai 2016. <http://www.lanouvellerepublique.fr/Indre-et-Loire/Actualite/Sante/n/Contenus/Articles/2016/05/26/L-accouchement-doit-rester-un-moment-intime-2727545> (consulté le 25 août 2017)

[21]. Bar I., témoignage écrit en 2009. Annexe VI

[22]. B.Maria, G.Dauptain, P.Gaucherand, H.Cohen, P.Vige, J.Berthet, J.-M.Murray, S.Saint-Léger, F.Schweterle, F.Stampf, C.Racinet. Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2013 Jun 6 ; 606–16.

[23]. Pineau F. Accoucher à domicile : la recherche d'un idéal ? Avril 2012. [http://naitre-chez-soi.over-blog.com/pages/Memoires\\_de\\_fin\\_detudes\\_de\\_Sages\\_Femmes-740780.html](http://naitre-chez-soi.over-blog.com/pages/Memoires_de_fin_detudes_de_Sages_Femmes-740780.html)

[24]. Madec Y., Nescop R. Quand la maternité tient salon. *Le Télégramme*. 6 décembre 2012. <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/26/89/35/telegrammeAAD.pdf> (consulté le 1<sup>er</sup> septembre 2012)

[25]. La Charte Européenne des Droits de la Parturiente. <http://ansfl.org/document/la-charte-europeenne-de-la-parturiente/>. Annexe II

- [26]. Décisions du collège de la Grande Chambre. Cour Européenne des Droits de l'Homme. Juin 2015. <http://www.alliancevita.org/wp-content/uploads/2015/06/Decisions-du-college-de-la-Grande-Chambre-juin-2015.pdf> (consulté le 30 août 2017)
- [27]. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 Mar 4, 2002.
- [28]. Degez N. Témoignage recueilli par entretien téléphonique. Février 2017. Annexe IX
- [29]. Témoignage d'un accouchement à domicile. AlterNatives. <http://www.alternatives.be/Ressources/Temoignages/accouchement-a-domicile> (consulté le 6 décembre 2016)
- [30]. Naître à la maison : naître et accoucher à son rythme. AlterNatives. <http://www.alternatives.be/Ressources/Temoignages/Naitre-a-la-maison--naitre-et-accoucher-a-son-rythme> (consulté le 30 novembre 2016)
- [31]. Anaïs. Témoignage recueilli par entretien téléphonique. Juillet 2017. Annexe X
- [32]. Charte de l'accouchement à domicile. ANSFL. Annexe III
- [33]. Vers une assurance RCP pour l'accouchement à domicile. ANSFL. 2015 <http://ansfl.org/actualites/vers-une-assurance-rcp-pour-laccouchement-a-domicile/> (consulté le 30 novembre 2016)
- [34]. Akrich M, Bardes F, Phan E. Les lieux de naissance en France : quel choix pour les usagers ? Spirale. (54) : 149–58.
- [35]. Association Accoucher Librement - L'accouchement à domicile <http://www.accoucherlibrement.fr/aadomicile.htm> (consulté le 30 novembre 2016)
- [36]. Association Accoucher Librement - La surmédicalisation de l'accouchement en Europe. <http://www.accoucherlibrement.fr/surmedicalisation.htm> (consulté le 30 novembre 2016)

- [37]. L'accouchement à domicile pousse gentiment ses premiers cris. Reporterre, le quotidien de l'écologie. <https://reporterre.net/L-accouchement-a-domicile-pousse-gentiment-ses-premiers-cris>. (consulté le 14 mars 2017)
- [38]. Et si j'accouchais à la maison ? Guide pratique pour une naissance à domicile. Gap : Ed. le Souffle d'or ; 2013. (Collection Naït).
- [39]. Accouchement physiologique, en plateau technique ou à domicile. Entre leurs mains. <http://www.entreleursmains.org/> (consulté le 30 novembre 2016)
- [40]. Roth-Hailotte R. Les représentations profanes et médicales du lieu d'accouchement : entre l'idéal et le réel, Medical and Lay Representations of the Place to Give Birth : Between the Ideal and Reality. *Connexions*. 2011 Jun 14 ; (95) : 155–66.
- [41]. Jacques B. Sociologie de l'accouchement, thèse de doctorat en sociologie. 2007.
- [42]. Proust A. Lecas O. Congrès de la Médecine de la Femme. Avril 2016. Demande d'accouchement à domicile : que répondre ? Le point de vue médico-légal. <http://www.atoutcom.com/lamedecinedelafemme/wp-content/uploads/sites/46/2016/05/PROUST-Alain.pdf> (consulté le 30 août 2017)
- [43]. Decroix G. MACSF. Entretien téléphonique. Août 2017. Annexe VII



## ANNEXE VI : Témoignage d'Isabelle BAR, sage-femme libérale ayant effectué des AAD, écrit en 2006

Sage-femme depuis 1983, j'ai donc fait mes études (en 3 ans) à une époque où la péridurale n'était pas encore trop présente dans nos maternités ; elle se faisait alors sur indication obstétricale et non pour raison de confort à la demande des femmes. Le plus évident pour tous était la possibilité de césarienne sous péridurale, excellente alternative à l'anesthésie générale.

Les choses n'étaient sans doute pas idéales ; on nous apprenait certes à mettre des perfs et des monitos mais on respectait beaucoup plus la physiologie du travail et on savait attendre avant d'intervenir ; on utilisait évidemment tables d'accouchement et étriers mais on laissait aussi les femmes longtemps en salle de pré-travail.

L'exercice en libéral n'était alors pas très répandu et absolument ignoré dans les écoles de sages-femmes. C'était donc pour moi, une fois diplômée, une évidence de travailler en structure ; j'ai ainsi travaillé pendant huit années successivement dans deux petites maternités où j'appréciais bien au départ le côté très familial du service et la possibilité d'autonomie dans l'exercice de ma profession.

Dans les années 85-90, avec la revendication des femmes du droit à la péridurale, énormément de choses ont changé dans nos structures : on a mis des anesthésistes pour répondre en permanence à cette demande, alors qu'avant il y en avait un de garde pour tout l'hôpital ... et progressivement, la péridurale ainsi proposée est devenue indispensable. Parallèlement, on a beaucoup augmenté les gestes techniques et les protocoles de toutes sortes et commencé à fermer les petites maternités, pour raison d'insécurité.

Cette façon de travailler me convenait moins ... et j'en suis venue à me poser la question du libéral. Par hasard, j'ai trouvé à reprendre en 91 une clientèle de sage-femme ayant une pratique d'accouchements à domicile et, paradoxalement, alors que l'idée ne m'avait jamais effleurée avant (je ne sais même plus si je savais que cette pratique

existait !), l'accouchement à domicile ne m'a pas questionnée longtemps mais m'a d'emblée plutôt séduite : simple et évident. C'est donc ainsi que j'ai démarré aussitôt l'exercice en libéral avec une pratique d'accouchement, sur un potentiel qui existait déjà, ce qui sans doute m'a simplifié les choses au départ.

Avec 15 ans de recul, je suis de plus en plus convaincue que cette pratique répond à une demande qui existe vraiment d'un accompagnement autre pendant la grossesse et d'un accouchement le plus physiologique possible, sans stress rajouté pour la maman, le bébé et le reste de la famille. Je crois même, comme Maïtie l'a exprimé également avant moi, que, en attendant l'ouverture d'éventuelles Maisons de Naissance, c'est actuellement la seule façon en France de répondre à ce type de demande ; l'accès à un plateau technique correspond à une demande un peu différente. L'idéal serait que tout soit possible et réellement proposé et que les parents aient donc effectivement le choix pour la naissance de leur bébé.

Ceux qui font la démarche d'accouchement à domicile sont convaincus que, dans un contexte de grossesse normale, l'accouchement devrait l'être également si on est dans un environnement qui le permet ; la sécurité recherchée alors est de l'ordre de l'affectif et non du technique. La demande est bien évidemment le respect de la physiologie du travail, avec liberté posturale complète, y compris pour l'expulsion, une plus grande place faite au conjoint (au moment même de l'accouchement mais aussi dans les jours suivants), un accueil plus en douceur du bébé et son intégration simplifiée dans la famille, sans coupure avec la fratrie éventuelle. Les rencontres au fil de la grossesse permettent d'établir une réelle et réciproque relation de confiance qui simplifie énormément les choses au moment de l'accouchement ; la clé est vraiment là : l'accompagnement global, avec un seul interlocuteur (ou, au moins, pour les sages-femmes qui travaillent à plusieurs, un interlocuteur privilégié) et la certitude d'être accompagnés au moment de l'accouchement par quelqu'un que l'on connaît et qui nous connaît. Les peurs et doutes exprimés peuvent plus facilement être entendus et dépassés, alors. Pour moi sage-femme cette relation pré-établie et ce cheminement qui se fait pendant la grossesse simplifient aussi énormément les choses au moment de l'accouchement ; il est beaucoup plus simple d'accompagner à ce moment-là une femme que l'on a rencontrée au préalable et qui nous

a exprimé ses souhaits et envies et aussi, éventuellement, ses craintes et limites et de l'aider à aller au bout de ce qu'elle a à vivre alors. Il est tellement sympa aussi de revoir des parents qu'on a déjà accompagnés pour une autre grossesse ... et devenir ainsi la sage-femme de la famille.

Il faut bien évidemment désapprendre un certain nombre de gestes et automatismes qu'on avait acquis à l'hôpital, mais on apprend bien vite à fonctionner différemment. J'ai beaucoup appris et je continue d'apprendre avec toutes ces femmes, ces couples et ces familles que j'ai ainsi rencontrés et avec lesquelles on partage à chaque fois un moment unique.

Une telle pratique s'accompagne d'un certain nombre de contraintes, en particulier de disponibilité, et demande donc à ce que le reste de la famille accepte de vivre de cette façon un peu désorganisée : pour un accouchement, on sait quand on part au moment où l'on nous appelle ... et on ne sait pas quand on va revenir ; il faut donc s'adapter à tous ces imprévus qui ponctuent le quotidien. Cependant, ce que j'en retire de positif me semble largement compenser toutes ces contraintes ... je n'imagine pas possible pour le moment d'être sage-femme autrement qu'avec cette pratique.

J'ai changé de lieux plusieurs fois et suis maintenant auprès de Rennes depuis 96 et à Châteaubourg depuis 2002 ; pour vivre de mon boulot, j'ai eu pendant longtemps, en parallèle aux accouchements, une activité de préparation, rééducation et surveillance de grossesses pathos répondant à une demande locale. Depuis maintenant plus d'un an, la demande d'accouchements augmentant, je ne fais plus que ça : cela représente de 3 à 5 accouchements par mois ; avec le suivi pendant la grossesse, autour des accouchements et après, cela suffit largement à la fois à m'occuper et à me permettre d'en dégager un revenu suffisant pour en vivre.

Dans ma pratique, l'hôpital et l'aide technique qu'on peut y trouver ne sont évidemment pas niés : un dossier est fait dans une structure (choisie par les parents, en général la plus proche de chez eux) pour y avoir un accès « au cas où »; les transferts ne relèvent alors généralement pas de l'urgence. Il y a les limites qui apparaissent au cours de la grossesse : HTA, diabète non équilibré, anémie trop importante à terme, diagnostic de malformations, RCIU, placenta bas inséré, siège, terme dépassé nécessitant un

déclenchement ... .. au moment de l'accouchement, les transferts se font essentiellement lorsque l'on atteint les limites du domicile (où l'on n' intervient pas) = dystocies mécaniques et/ou dynamiques, avec alors nécessité de diriger le travail et, souvent, demande de péridurale ... et parfois pour finir forceps, ventouse ou césarienne ; ces transferts ne sont alors pas vécus comme des échecs par les patientes concernées qui, au fur et à mesure, acceptent les gestes et techniques proposés comme étant leur solution. Il faut noter que l'accueil est souvent meilleur et la discussion plus facile dans les grands centres, en particulier à l'Hôtel-Dieu (CHU de Renne), que dans les petites structures périphériques où persistent souvent beaucoup plus d'à priori, par méconnaissance, sur la démarche d'accouchement à domicile.

Pour conclure, je voudrais relever que la demande d'accouchements à domicile augmente vraiment ; l'information circulant sans doute plus facilement, via internet entre autres, de plus en plus de parents se questionnent et recherchent un accompagnement autre. Moi-même, je ne pense localement répondre qu'à la moitié des demandes et, en répondant aux mails pour l'ANSFL, je sais qu'il n'y a pas assez de sages-femmes pour ces demandes partout en France ... même si on relève quelques installations récentes, il y a encore beaucoup de régions où personne ne fait d'accouchements. Or, plus les sages-femmes seront nombreuses à avoir cette pratique, plus elle sera reconnue et facile. Pour démarrer, il faut juste oser se lancer ... et savoir que toutes les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global sont prêtes à transmettre ; je ne peux l'affirmer pour toutes les autres, mais je pense que nos cabinets sont ouverts à toutes les sages-femmes qui se questionnent.

## ANNEXE VII : Entretien téléphonique avec M. Germain DECROIX, Juriste à La Direction du risque Médical et de la Protection Juridique de la MACSF, septembre 2017

La MACSF assure en responsabilité professionnelle des sages-femmes (80%), des obstétriciens, des établissements de santé et des maisons de naissance. A la demande de l'Ordre des Sages-femmes, une réflexion a été menée à propos des maisons de naissance et un tarif spécial pour les sages-femmes a été mis en place.

En ce qui concerne l'accouchement programmé à domicile, la MACSF refuse d'assurer les sages-femmes et les médecins qui le pratiquent (pour un accouchement inopiné à domicile, la situation est différente et la MACSF couvre les professionnels de santé qui auraient à intervenir dessus).

La motivation de ce refus est autour du risque, en sachant que le risque premier est celui de l'expert. L'expert nommé dans une affaire concernant un accouchement programmé à domicile est le plus souvent un professeur gynécologue de CHU, qui compte tenu de sa position de professionnel de santé exerçant en milieu hospitalier peut être a priori très négatif envers le professionnel de santé qui aurait accepté de pratiquer l'AAD (accouché programmé à domicile). A noter : le juge suit l'avis de l'expert dans 98% des cas.

Ne pas avoir « sous la main » les outils nécessaires pour gérer une complication, c'est faire courir un risque à la mère. A titre d'exemple, une rupture utérine survenant à l'hôpital est prise en charge de façon beaucoup plus optimale que celle survenant à domicile ; et plus les progrès de la médecine vont avancer, plus cette différence de prise en charge va être au bénéfice de celle de l'hôpital.

Voici les arguments fréquemment avancés par les promoteurs de l'AAD :

- la rareté des complications
- la pré-sélection des patientes avant d'autoriser un AAD

- le peu de moyens des petites maternités, qui les mettraient presque au même niveau de sécurité que le domicile.

Arguments auxquels on peut répondre que les complications même si elles sont rares, ne sont pas toutes pour autant prévisibles (hémorragie de la délivrance par exemple) et peuvent donc toucher une patiente qui a bien été présélectionnée selon des critères médicaux sérieux. D'autre part, les petites maternités sont en grande diminution, au profit des plus grosses structures, mieux équipées.

S'il y a une procédure concernant un AAD et que le traitement nécessaire n'a pas été dispensé ou dispensé avec retard, il n'y aura pas de défense possible.

La demande de la patiente n'est pas une indication légitime pour un AAD : ce n'est pas un argument de défense. Le professionnel de santé doit refuser en conscience si ce n'est médicalement pas raisonnable. En cas d'accident il sera reproché au professionnel de santé impliqué d'avoir accepté la demande de la patiente.

Aucun assureur français ne couvre les dommages et intérêts en cas d'accident survenant lors d'un AAD : les sages-femmes et les médecins qui le pratiquent le font sans être assurés et donc dans l'illégalité (cf loi du 4 mars 2002). Cette situation pose problème à l'Ordre des sages-femmes puisque celui-ci est sensé vérifier que les conditions d'exercice des sages-femmes sont légales : l'Ordre pourrait être poursuivi en cas d'accident.

L'AAD n'est pas pour autant illégal car il n'y a pas de moyen d'obliger une femme à accoucher en milieu hospitalier, de même qu'on ne peut obliger un malade ou un blessé à aller se faire soigner à l'hôpital. Au niveau de la loi française, pas de mention de l'AAD. Et l'Etat Civil enregistrera bien un enfant né à domicile tel quel.

#### Quelques réflexions

A-t-on le droit de faire courir un risque à une femme quand il y a possibilité de la « faire accoucher » dans un milieu plus sécurisé que le domicile ?

La mission du professionnel de santé n'est-elle pas de protéger l'enfant à naître, qui ne peut pas s'exprimer ?

Avant la naissance, une mère n'a aucune obligation à l'égard du fœtus et ne sera pas pénalement condamnable en cas d'accident : mais dès qu'il est né, elle a des obligations à son égard car l'enfant n'existe qu'à partir de sa naissance.

## ANNEXE VIII : Mail de Mme Marianne BENOIT TRUONG CANH, présidente par intérim du CNOSF, octobre 2017

Nous faisons suite à votre dernier courriel par lequel vous interrogez le Conseil national sur la pratique de l'accouchement à domicile.

Rappelons tout d'abord que la pratique de l'accouchement à domicile par une sage-femme régulièrement inscrite au tableau de l'Ordre des sages-femmes est parfaitement légale au vu de la réglementation en vigueur.

Notons qu'il en est de même s'agissant d'une sage-femme européenne (régulièrement référencée auprès des autorités compétentes du pays de son lieu d'exercice professionnel principal) dans le cadre de la libre prestation de service.

Concernant la prise en charge par l'Assurance Maladie d'un accouchement à domicile, sachez que la convention nationale des sages-femmes du 10 décembre 2007 et la Nomenclature Générale des Actes Professionnels prévoient un forfait de 349.44 € (SF 124.8) pour un accouchement simple et un forfait de 423.39 € (SF 151.2) pour un accouchement gémellaire.

Nous tenons en outre à vous informer que conformément aux articles L.1110-8 et R.4127-306 du code de la santé publique « 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. La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible ».

Conformément à ce principe, les patientes doivent avoir la possibilité de choisir le lieu où elles accoucheront. Ainsi, si la patiente décide d'accoucher à domicile, sa volonté doit être respectée.

Néanmoins, il est à noter que ce droit pour la patiente doit être concilié avec l'exigence de qualité des soins et de sécurité du patient.



En effet, l'article R.4127-309 du code précité énonce : « La sage-femme doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. En aucun cas, la sage-femme ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux. »

Ainsi, la pratique de l'accouchement à domicile doit être organisée dans des conditions de sécurité optimales. Dans cet objectif, il est à signaler la création par l'Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) d'une charte de l'accouchement à domicile. Elle se présente comme un référentiel de bonnes pratiques rappelant aux professionnels de santé les règles élémentaires de prudence afin que l'accouchement à domicile se déroule toujours dans les meilleures conditions de sécurité possibles.

Ce référentiel insiste bien sur le fait que l'accouchement à domicile ne peut être envisagé que si la grossesse a été « normale » et si la naissance ne présente aucun risque particulier connu.

Il prévoit ainsi que « toute sage-femme doit, avant de s'engager dans une naissance à domicile, avoir analysé l'ensemble de la situation dans ses composantes médicales (psychique et physique) mais également dans ses composantes « familiale et sociale. »

La femme doit donc avoir le maximum d'informations concernant les modalités et les risques afin de prendre sa décision en toute connaissance de cause.

Le référentiel insiste également sur le fait que la sage-femme doit transférer la parturiente vers une maternité « chaque fois que la situation ne relève plus de sa compétence » ou « si le couple en a fait la demande ».

Le référentiel précise bien, à ce sujet, que le transfert vers une maternité proche doit toujours être préparé à l'avance en ayant informé l'établissement de santé mais également en ayant prévu le moyen de transport.

D'autres exigences sont envisagées par la charte pour réaliser cet accouchement en toute sécurité. Il est important de rappeler que l'accouchement à domicile peut être très risqué et pour la mère et pour l'enfant.

C'est pourquoi, il est impératif que celui-ci soit bien organisé et encadré.

Par ailleurs, concernant la sécurité des patientes, il est important de rappeler l'obligation pour toutes les sages-femmes libérales exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle. Comme l'énonce l'article L.1142-2 du code de la santé publique, cette assurance est destinée à garantir ces sages-femmes exerçant à titre libéral « pour leur responsabilité civile et 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 ».

La sage-femme qui pratique des accouchements à domicile doit donc être assurée pour de tels actes.

Restant à votre disposition pour toutes informations complémentaires, veuillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations les meilleures.

## ANNEXE IX : Entretien téléphonique avec Nathalie, ayant accouché à domicile pour son troisième enfant, février 2017

Mère de 3 enfants, a accouché pour son 3<sup>ème</sup> enfant à domicile, avec une sage-femme libérale. Ostéopathe.

Mes deux premiers accouchements à l'hôpital se sont bien passés mais à chaque fois le bébé a été happé dès la naissance pour être aspiré, nettoyé, pour la prise de température : j'ai trouvé cela trop « brutal » pour lui. Je voulais pouvoir vivre la naissance de façon plus intime et pouvoir prendre mon temps. Je l'ai fait en premier lieu pour l'enfant. On a un côté mammifère : la femelle mammifère est à l'abri dans son terrier pour mettre bas. Pour la parturiente, l'accouchement est un moment unique de la vie, mais à l'hôpital il se passe souvent de façon trop rapide : on met notre bébé au monde, et à l'hôpital on nous dépossède un peu de lui.

J'avais pris des cours de yoga en vue d'accoucher sans péridurale. Le professeur de yoga m'a dit un jour : « Vous pourriez accoucher à domicile ! ». Cette phrase a cheminé et petit à petit ce projet a germé en moi. Mon mari était très enthousiasmé par cette idée et m'a beaucoup soutenue : nous l'avons vraiment vécu ensemble.

Je me sentais prête, n'avais pas d'appréhension. Ma grossesse a été suivie à l'hôpital pendant les 9 mois, c'est là que mon dossier était, mais je n'ai pas parlé de mon désir d'accoucher à la maison car j'avais peur que le corps médical essaye de me dissuader de ce projet. J'ai contacté une sage-femme pratiquant des accouchements à domicile, sérieuse. En plus, mon logement était près de l'hôpital : en pleine campagne, loin de tout, je ne l'aurais pas fait, je n'aurais pas pris ce risque pour le bébé.

Je garde de cet accouchement un souvenir incroyable : j'ai trouvé cela « facile », naturel, il n'y avait pas de contrainte. 4500g, 56cm, c'était un gros bébé mais tout s'est bien passé, pas une déchirure, juste une éraillure. L'état dans lequel on (parturiente) est joue énormément : j'étais bien préparée – on ne fait pas un marathon sans se préparer - je n'étais pas inquiète, je n'avais pas de parasite anxigène venant de l'hôpital. Je me

sentais forte pour maîtriser ma respiration, bien vivre les contractions. Je n'ai pas paniqué, la SF était très calme, posée, elle ne doutait pas ou en tout cas ne le montrait pas. Le fait de franchir la porte de l'hôpital, avec entre autres cette odeur de désinfectant, peut induire une certaine anxiété, tandis qu'être dans son univers quotidien, chez soi, permet d'être plus dans la détente. Beaucoup de choses peuvent faire basculer un accouchement, essentiellement au niveau des émotions.

Mais je n'aurais pas été capable de le faire pour un premier enfant.

Pour mon premier accouchement (à l'hôpital), il y avait la sage-femme, une étudiante sage-femme, un externe, une aide-soignante : cela faisait trop de monde. Le personnel médical doit se rendre compte que c'est un moment intime et unique pour la parturiente.

L'expérience vécue à l'hôpital pour ma deuxième fille a été difficile aussi : j'ai été toute seule tout le temps du travail tellement il y avait de patientes, les sages-femmes étaient débordées. Je comprends toutes les contingences d'un service d'accouchement, il faut libérer le bloc etc. : je le comprends mais je ne voulais pas le revivre.

A domicile, la sage-femme n'a pas eu de gestes invasifs : les touchers vaginaux pendant les contractions sont juste « horribles », la sage-femme n'en a pas fait... Le monitoring a été retiré quand j'avais besoin de bouger : rester debout le plus longtemps possible est indispensable, la position allongée pendant les contractions de travail est difficile à tenir. Le mouvement de la femme (ou la suspension par exemple) est indispensable pour bien accoucher.

A propos de la place du père : mon mari était là, derrière moi au moment de l'expulsion. Je prenais donc appui sur lui pour prendre de la force. Il est allé déclarer le bébé lui-même, symboliquement c'était important. A la mairie, il n'y avait pas de « case » pour un accouchement à domicile.

Mon mari et moi avons très peu parlé de cet accouchement à domicile par peur d'avoir des réflexions qui abimeraient notre projet. Nous avons reçu des remarques désobligeantes de la famille, des proches, ou bien des réactions de stupéfaction : « Vous êtes inconscients », alors que notre démarche était tout sauf de l'inconscience : elle était

préparée, nous avons fait connaissance avec la sage-femme qui avait pris soin de venir regarder les lieux avant le jour de l'accouchement. Certains jugements ont été violents.

Pourquoi retirer aux femmes ce droit d'avoir le choix de tenter autre chose que l'accouchement en milieu hospitalier ? Il n'y a pas de risque zéro, on est dans une société où on n'accepte pas le risque, le fait d'être à la rencontre de la vie et de la mort.

Le médecin (gynécologue/obstétricien) a une forme de pouvoir sur la femme, mais lors d'un accouchement à domicile ce pouvoir lui échappe, ce qui peut expliquer sa réaction fréquente de rejet par rapport à cette pratique.

A propos du post partum immédiat : j'ai adoré le calme, le temps qui a suivi l'accouchement. Pour mes deux premiers enfants à la maternité, c'était fatigant, il y avait du bruit, du monde, j'étais dérangée la nuit. Quand on va à la maternité, c'est dur de laisser ses petits, les aînés, à la maison : mais là, il n'y a pas eu de rupture dans la vie de famille. Il y a une continuité de vie, la chaleur de la maison, de la présence de mon mari. Mais si j'avais eu un quatrième enfant, je me serais faite aider un peu plus car j'étais bien fatiguée, sans le temps de repos à la maternité. Cette naissance a été vécue comme quelque chose de naturel, pas de séparation, pas de déchirement. Bien sûr ça fait mal, mais la douleur est gérable si on est bien préparée. Après la naissance, j'ai eu tous les conseils nécessaires, comme à la maternité ; la sage-femme était disponible 24h/24 par téléphone.

Il n'y a jamais eu de crise de jalousie des grandes sœurs : le bébé n'était pas l'intrus, il est né à la maison. En plus c'était un bébé « cool », il ne pleurait pas, était très éveillé : je suis sûre que les conditions de naissance jouent sur l'anxiété de l'enfant.

Dans ma vie de femme, je suis heureuse d'avoir vécu cela. Je retiens la facilité avec laquelle tout s'est passé : ce serait à refaire, je le referais sans hésiter. Je n'ai pas de peur, pas de crainte. Il faut faire confiance aux femmes, à leur capacité à accoucher. Oui il peut y avoir des hémorragies de la délivrance, des événements graves, mais pas chez tout le monde...

A propos du coup pour la Sécurité Sociale : un AAD ne coûte rien par rapport au coût d'un séjour en maternité... Mais pour le remboursement il a fallu se battre.

A propos de mes patientes enceintes : je vois leurs peurs, leurs angoisses, l'hôpital est souvent source d'anxiété. Le personnel se décharge un peu sur les patientes, je le comprends car la société ne les loupe pas : il y a beaucoup de peurs donc de normes. Or la peur bloque tout : ce qui peut conduire à des accouchements difficiles.

Les maisons de naissance seraient idéales comme compromis entre l'hôpital et la maison. La société est trop jugeante donc il y a peu d'accouchements à domicile, les femmes ont peur d'être jugées.

## ANNEXE X : Témoignage d'Anaïs, ayant accouché à l'hôpital pour son premier enfant, juillet 2017

J'ai vécu mon premier accouchement un peu comme un premier saut en parachute : des idées dessus mais surtout une grande part d'inconnu... J'avais besoin de la sécurité de l'hôpital et de la proximité immédiate des compétences médicales pour vivre ce moment le plus sereinement possible et pallier cette peur de l'inconnu.

Mes craintes des complications dont on entend régulièrement parler et que j'ai connues dans mon entourage proche (hémorragie de la délivrance et difficulté d'adaptation d'un nouveau-né juste après sa naissance) étaient fortes, le seul moyen pour moi d'arriver à les mettre de côté était d'être à l'endroit où elles seraient prises en charge le mieux et le plus rapidement possible : accoucher à l'hôpital était donc pour moi une évidence.

Le fait d'accoucher à l'hôpital a permis d'effacer une autre crainte que j'avais : celle de me retrouver seule après l'accouchement, pleine de questionnements de toutes sortes et gauche avec ce petit être qui avait besoin de tant d'attention. J'ai donc pu rester plusieurs jours, entourée par les sages-femmes et aides-soignantes, aux petits soins avec moi et qui m'ont aidée à prendre confiance en mes nouvelles compétences de maman.

Pour la naissance de mon deuxième enfant, je retournerai sans hésiter à l'hôpital, et c'est ce que je conseille à toutes les femmes qui ressentent ce besoin d'être soutenues pendant l'accouchement et les premiers jours de post partum.

## RÉSUMÉ

**Objectifs de l'étude :** Identifier et analyser les différents points de vue qui alimentent la controverse sur l'accouchement planifié à domicile en France.

**Matériels et méthodes :** Cette étude a été menée selon la méthodologie d'une analyse de controverse. Quarante-trois articles issus de soixante-dix auteurs différents ont été analysés à l'aide d'une grille de lecture et d'analyses des données, puis classés dans deux tableaux rassemblant les arguments favorables ou défavorables à la pratique de l'accouchement à domicile (AAD). Les documents sélectionnés sont datés entre décembre 1998 et septembre 2017.

**Résultats :** L'argumentation favorable à l'AAD repose essentiellement sur une vision naturaliste de la naissance, axée sur la capacité fondamentale de la femme de donner la vie, tandis que les détracteurs de l'AAD défendent une position beaucoup plus médicale, invoquant le risque de complications maternelle ou néonatale comme raison majeure de leur opposition à l'AAD.

**Conclusion :** L'étude a permis de mettre en lumière la profonde divergence de vue entre les protagonistes de la controverse : leurs conceptions de la naissance, de la sécurité, du risque sont très éloignées les uns des autres. La solution ne semble pas pouvoir venir de l'une ou l'autre position, mais plutôt d'un équilibre entre respect de la nature et confiance dans les progrès de la science, passant probablement par une démedicalisation raisonnée et prudente de la naissance qui permette de réduire le plus possible la iatrogénie tout en conciliant sécurité médicale et sécurité affective.

**Mots-clés :** accouchement à domicile, accouchement en milieu hospitalier, sécurité médicale, intimité, respect du choix, responsabilité, risque.

## SUMMARY

**Purpose of the study :** Identify and analyze the different perspectives which fuel the controversy regarding home birth in France.

**Materials and method :** This study was conducted according to the methodology of controversial analysis. Forty-three articles from seventy different authors were analyzed, using a reading grid for data analysis, then classified into two tables, and regrouped into positive or negative arguments concerning the practice of home birth. These selected documents date between December 1998 and September 2017.

**Results :** The arguments for home birth relies essentially on a naturalistic vision of the birth, which is centered on the fundamental capacity of the woman to deliver. On the other hand, the opponents of home birth argue upon a more medical foundation, citing the risk of complications for the mother or the baby as their main reason to oppose home birth.

**Conclusion :** The study shed light upon the profound divide between the protagonists of the controversy : their concepts of birth, safety, and risk are quite different. The solution does not seem to be able to emerge from either position but rather through an equilibrium between respect of nature and trust in science progress, by the way of a reasoned and prudent de-medicalization of the birth which would allow to reduce to a maximum the iatrogenic while reconciling medical safety and emotional safety.

**Key words :** Home birth, regular birth, medical safety, intimacy, respect of choice, responsibility, risk.