



HAL
open science

L'accouchement accompagné à domicile en France : situation et motivations des sages-femmes

Élise Lalande

► **To cite this version:**

Élise Lalande. L'accouchement accompagné à domicile en France : situation et motivations des sages-femmes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03433230

HAL Id: dumas-03433230

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03433230v1>

Submitted on 17 Nov 2021

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.



ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

Université Clermont-Auvergne

L'Accouchement Accompagné à
Domicile en France : situation et
motivations des sages-femmes

Présenté par LALANDE Elise

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier dans un premier temps ma (grande) famille pleine de vie pour son soutien et sa bonne humeur, qui m'a accompagnée de loin ou de près tout au long de ces études si prenantes. Je remercie tout particulièrement ma mère, qui, au fil des échanges mère-fille, m'a transmis toutes ces belles histoires passionnantes autour de la naissance et qui a sans aucun doute participé à mon envie d'être au cœur de la vie des femmes.

Un grand merci à ma directrice de mémoire et enseignante, Delphine, fervente passionnée de ce métier et son partage, qui a été un véritable moteur de mon cheminement personnel et professionnel. Elle est et restera toujours dans un coin, une ressource sûre et authentique....

Merci bien entendu à toute l'équipe des enseignantes, qui ont su nous partager leurs expériences et leurs savoirs avec sincérité.

Merci aux sages-femmes volontaires pour participer à ce mémoire, à la richesse et l'originalité de leurs témoignages, des « femmes sages » si généreusement passionnées.

Merci à toi, de m'avoir accompagnée tout ce temps, soutenue dans les moments les plus intenses ; ces hauts et ces bas traversés pour l'apprentissage de ce si beau métier.

Merci à toutes les femmes que j'ai pu croiser, et à celle que je croiserai, pour la force qu'elles savent nous montrer...

Et merci à leur(s) nouveau-né(s), si jeunes et si sages déjà après quelques petites secondes écoulées...

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AAD = Accouchement Accompagné à Domicile (ou Accouchement A Domicile)

ACOG = American College of Obstetricians and Gynecologists

ANSFL = Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

APAAD = Association Professionnelle pour l'Accouchement Accompagné à Domicile

APD = Anesthésie PériDurale

AVAC = Accouchement Vaginal Après Césarienne

CAM = Canadian Association of Midwives

CDAAD = Collectif de Défense de l'Accouchement Accompagné à Domicile

ICM = International Confederation of Midwives

NICE = National Institute for Health and Care Excellence)

NZCOM = New-Zealand College Of Midwives

RANZCOG = Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists

RCP = Responsabilité Civile Professionnelle

SOGC = Société des Gynécologues Obstétriciens du Canada

UpSfb = Union Professionnelle des Sages-femmes Belges

LISTE DES ANNEXES :

ANNEXE I : Formulaire de consentement pour un accouchement à domicile (Ordre des sages-femmes du Québec).

ANNEXE II : Critères pour conseiller un accouchement en structure hospitalière (NICE)

ANNEXE III : Critères pour indiquer un transfert (NICE)

ANNEXE IV : Charte de l'Accouchement A Domicile (ANSFL)

ANNEXE V : Question écrite au Sénat

ANNEXE VI : Communiqué commun de l'APAAD et l'ANSFL et fiche de pratique en temps de Covid19

Table des Matières

ACRONYMES ET ABREVIATIONS	- 3 -
LISTE DES ANNEXES :	- 4 -
INTRODUCTION	- 2 -
1ère PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	- 3 -
1. L'Accouchement A Domicile dans le monde Occidental	- 3 -
1.1. Etat des lieux de l'Accouchement A Domicile.....	- 3 -
1.2. Organisation de l'Accouchement à Domicile.....	- 3 -
2. L'Accouchement A Domicile en France	- 8 -
2.1. Etat des lieux	- 8 -
2.2. Législation.....	- 9 -
3. Données de morbi-mortalité	- 10 -
3.1. Dans le monde	- 10 -
3.2. En France	- 13 -
4. L'évolution de la naissance en France du XVII^e au XXI^e siècles.	- 14 -
5. Conclusion :	- 16 -
2 ^{EME} PARTIE : MATERIELS ET METHODE.....	- 17 -
3 ^{EME} PARTIE : RESULTATS ET DISCUSSION.....	- 20 -
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	- 66 -
OUVERTURE ET PROJET D'ACTION	- 67 -
CONCLUSION	- 68 -
BIBLIOGRAPHIE.....	- 2 -
ANNEXES	- 12 -

INTRODUCTION

L'Accouchement Accompagné à Domicile est une pratique peu courante dans le monde occidental. La culture populaire des accouchements à domicile accompagnés par les « matrones », est suivie par l'avènement et le développement des hôpitaux au milieu du XXe siècle, notamment grâce à l'évolution progressive de la vision de la femme et de la maternité. La naissance s'intègre alors à ces centres pour assurer une plus grande sécurité des mères et des enfants et depuis les années 1960, la majorité des accouchements ont lieu désormais en milieu hospitalier.

Dans le monde occidental, la proportion des Accouchements Accompagnés A Domicile représente au cours des dernières années entre 0,25% et 16% des naissances et tend à augmenter. L'intégration de cette pratique est très inégale d'un pays à l'autre et varie de par sa culture et la structure de son système de santé. La plupart de ces pays proposent aux sages-femmes une assurance, des recommandations, et une organisation spécifique, comme c'est le cas dans de nombreux pays d'Europe, aux Etats-Unis et en Nouvelle-Zélande par exemple. A l'opposé, l'Accouchement A Domicile est un délit en République Tchèque. De son côté, sans l'interdire, la France fait partie des pays où l'Accouchement Accompagné à Domicile a un des pourcentages les plus faibles (0,25%), et cette pratique n'est pas intégrée au système de soins ordinaire. Malgré tout, quelques sages-femmes françaises, peu nombreuses, choisissent de répondre à la demande des couples d'accoucher chez eux.

L'avènement d'une nouvelle ère cherchant à respecter au mieux la physiologie de la naissance apparaît ces dernières années parmi les souhaits de certains couples, dans le but d'accompagner d'une autre façon la naissance de leur enfant, avec une vision plus symbolique et active. Or, le débat autour de l'Accouchement A Domicile en France reste relativement clivant, et sépare deux modèles principaux. Celui choisissant de répondre coûte que coûte aux choix des couples s'oppose à celui affirmant vouloir assurer sécurité du duo mère/enfant à tout prix. Les sages-femmes accompagnant les naissances à domicile se retrouvent alors au centre de cette situation conflictuelle qui caractérise leur pratique.

Dans ce contexte, quelles sont alors leurs motivations premières et dans quelles conditions accompagnent-elles ces naissances ? Voici les questions auxquelles ce mémoire a essayé de répondre au travers de leurs partages d'expérience.

1ère PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. L'Accouchement A Domicile dans le monde Occidental

1.1. Etat des lieux de l'Accouchement A Domicile

L'Accouchement A Domicile fait partie de l'offre de soins dans de nombreux pays occidentaux comme les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, et la Nouvelle-Zélande où cette pratique est encadrée juridiquement et médicalement.

On constate aussi qu'en Europe, la proportion d'accouchements à domicile est comprise entre 0,25% (en France), et 3,7% (en Irlande) (1) tandis que les Pays-Bas se caractérisent par un taux plus élevé de naissances à domicile, même si depuis 2004 cette proportion tend à diminuer (30% d'accouchements à domicile en 2004 contre 16,3% en 2010) (2). La prévalence est de 2,5% en Angleterre ; 3,7% au Pays de Galles ; et 1,4% en Ecosse (1).

En Nouvelle-Zélande, l'AAD représente près de 4% des accouchements (3), alors qu'aux Etats-Unis et au Canada, il concerne environ 1% des naissances, malgré une certaine augmentation (4) (5).

De manière générale, dans les pays développés, on constate que l'accouchement planifié à domicile ne rassemble qu'une minorité de la population (1)(2). Au regard de ce constat, cela nous amène à nous interroger sur la manière dont s'organise la pratique de ces naissances à domicile.

1.2. Organisation de l'Accouchement à Domicile

Dans ce domaine, les nations du monde occidental offrent un large panel de recommandations spécifiques qui sont érigées soit par des sociétés de gynécologues-obstétriciens (ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists ;

RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists par exemple) (6) (7), soit par des associations de sages-femmes (CAM : Canadian Association Of Midwives ; UpSfb : Union Professionnelle des Sages-femmes Belges par exemple) ou encore par le ministère de la santé (8) (9) (10). On remarque aussi, comme au Royaume-Uni (avec le NICE : National Institute for Health and Care Excellence) ou en Belgique, que les recommandations de l'accouchement à bas risque intègrent parfois sans distinction celles de l'accouchement A Domicile (11) (12).

a. L'information à l'intention du couple

On peut relever le fait que les instances professionnelles (comme le NICE, l'ACOG, le RANZCOG, et la CAM par exemple) favorables ou non à l'accouchement à domicile, reconnaissent à la femme le droit de choisir son lieu d'accouchement, dès lors que celle-ci reçoit les informations indispensables, dites « éclairées », pour prendre une décision réfléchie. Afin de garantir un accompagnement global de qualité, le professionnel de santé se voit donc invité à informer chaque couple de la possibilité d'accoucher à domicile, sans omettre de présenter les bénéfices comme les risques d'un tel projet (6) (7) (8) (12).

C'est dans ce sens que le Québec et la Belgique préconisent la signature d'un formulaire de consentement, validant le projet d'accoucher à domicile et l'anticipation d'un transfert potentiel (ANNEXE 1) (10) (13).

Il en va de même pour l'International Confederation of Midwives (ICM) qui avance l'idée selon laquelle l'accouchement à domicile doit pouvoir être présenté aux femmes comme une option recevable et sécuritaire, afin qu'elles puissent faire « un choix éclairé » (14). Dans le même esprit, le collège des sages-femmes de Nouvelle-Zélande (NZCOM : New-Zealand College of Midwives) déclare dans un communiqué que « *Les femmes qui ont des grossesses normales devraient se voir offrir plusieurs options et être encouragées à donner naissance dans des maternités « primaires » ou à « domicile »* » (15).

Ces informations permettent à la sage-femme comme à la parturiente d'être averties pour apprécier avec objectivité la réalisation du projet d'AAD.

b. Le critère du « bas risque »

Aujourd'hui, la législation des différents pays occidentaux autorise uniquement les femmes ayant une « grossesse à bas risque » à accoucher à domicile. Les critères retenus pour accepter un AAD sont sensiblement les mêmes selon les pays, mais varient de par leur précision et leur exhaustivité.

Pour définir le terme de bas-risque on tient compte notamment de l'existence de pathologies antérieures ou inhérentes à la grossesse (cardiaque, infectieuses, immunitaires, retard de croissance, placenta prævia etc.), et des antécédents de grossesse ou d'accouchement pathologique (pré-éclampsie, hémorragie de la délivrance, rupture utérine, césarienne etc.), ainsi que de l'absence de situation à risque durant le travail (anomalies du rythme cardiaque fœtal, dystocie de présentation, liquide amniotique méconial etc.) et enfin du début du travail spontané qui doit se situer entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée (6) (7) (9) (12) (16) (17) (ANNEXE 2).

La prise en compte de toutes ces mesures permettraient de garantir une plus grande sécurité lors du travail et de l'accouchement et ainsi de diminuer le risque de transfert en péri-partum. Afin d'optimiser ces mesures spécifiques, la nécessité d'une formation adaptée à ce type de prise en charge s'impose et vient compléter le dispositif évoqué.

c. Une formation ciblée pour les sages-femmes

Les professionnels accompagnant les accouchements à domicile doivent suivre une formation spécifique et continue. Il leur est recommandé d'entretenir une formation particulièrement pointue à la réanimation néonatale ainsi qu'aux soins d'urgence (8) (11) (13) (18). D'autre part, afin de rendre optimale et sécuritaire l'organisation de l'accompagnement des AAD, les sages-femmes doivent veiller à s'intégrer au mieux dans leur système local de soins périnataux (4) (6) (11).

Pour garantir un bon encadrement du projet, dans certaines nations, la sage-femme doit être munie d'un diplôme particulier l'autorisant à accompagner les naissances à domicile (2) (8) (18). Plus spécifiquement, en Irlande, les sages-femmes doivent signer un accord au ministère de la santé pour obtenir ce droit selon différentes modalités (17) (19).

d. Le matériel recommandé

Les sages-femmes qui accompagnent les AAD doivent se munir d'un équipement équivalent à ceux disponibles en centre de naissance et dans les maternités de niveau 1. Sa composition varie selon les habitudes du système de soins périnatal du pays, et la liste du matériel obligatoire est plus ou moins exhaustive. Elle concerne le matériel de surveillance et de réanimation maternelles (tensiomètre, thermomètre, matériel de réanimation, sondes urinaires), fœtales et néonatales (doppler à ultrasons, saturomètre, kit de réanimation néonatale, stéthoscope, pèse-bébé etc) sans oublier le matériel indispensable pour l'accouchement (kit d'accouchement, instruments stériles, etc). Les sages-femmes disposent aussi de médicaments pour la prise en charge optimale de la mère et de l'enfant (ocytocine de synthèse, oxygène, liquides de perfusion intraveineuse, épinéphrine, vitamine K, etc.) (10) (20).

e. Les conditions liées au domicile

Au Québec et en Belgique, la sage-femme est encouragée à visiter le lieu de naissance prévu par la patiente avant la trente-sixième semaine d'aménorrhée (9). Elle doit tenir compte de l'accessibilité du domicile pour les services d'urgence et pour elle-même, de l'organisation du domicile, de l'accès à un moyen de communication, et de la distance à parcourir entre le domicile et l'hôpital (13). Néanmoins, pour la majorité des instances médicales, aucune règle de distance entre le lieu choisi et l'hôpital n'est spécifiquement conseillée, si ce n'est pour la Société des Gynécologues Obstétriciens du Canada (SOGC), qui considère qu'une limite de trente minutes entre le lieu de naissance et l'hôpital serait convenable (13).

f. Obligations administratives et relations locales

Pour nombre d'autorités, l'importance d'une relation interprofessionnelle de qualité, notamment entre la sage-femme et ses pairs hospitaliers est perçue comme un élément essentiel au bon déroulement d'une naissance extrahospitalière par le biais d'une bonne communication, et d'un travail en équipe. La sage-femme doit s'organiser en amont avec l'hôpital de proximité, et l'équipe hospitalière se doit d'offrir à la parturiente et la sage-femme AAD un accueil dénué de jugement. Pour optimiser au mieux un transfert, il s'avère nécessaire d'organiser au préalable toutes les charges

administratives, par l'enregistrement des données obstétricales de la patiente à l'hôpital (consultation à l'hôpital ou dépôt du dossier obstétrical), prévoir au minimum un « plan de transfert » et un moyen de transport sûr et rapide, prenant en compte les circonstances locales de circulation. La sage-femme doit pouvoir anticiper la possibilité d'un transfert grâce aux données cliniques dont elle dispose, et doit informer l'équipe d'urgence et l'équipe hospitalière de l'avancement du travail (6) (7) (8) (9) (10) (12) (19).

Lorsque la sage-femme est en bonne communication avec l'hôpital de proximité et ses confrères professionnels, que l'organisation d'un transfert potentiel est anticipée, l'issue et davantage favorable et la prise en charge de la patiente et du nouveau-né est optimale.

g. Les indications d'un transfert

Dans la plupart des cas, il n'existe pas réellement de législation concernant les critères nécessitant un transfert du domicile à l'hôpital. La sage-femme doit discuter en premier lieu avec un confrère obstétricien ou médecin généraliste des différentes indications qui supposeraient une consultation et/ou un transfert. Il lui est conseillé aussi de se baser sur les données cliniques, et de discuter des options avec la femme et son(ses) accompagnant(s) (17) (18). Le NICE cite des critères qui recommandent un transfert dans une unité d'obstétrique (non spécifiques mais qui impliqueraient un transfert en cas d'AAD). Par exemple, il peut s'agir d'une anomalie au cours du travail, de la mauvaise adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine ou encore à la simple demande du couple (ANNEXE 3) (12).

La décision d'un transfert reste celle de la sage-femme (ou autre professionnel) accompagnant la parturiente, qui optera pour la prise en charge la plus appropriée aux différentes situations rencontrées.

h. Assurance responsabilité civile professionnelle

Selon l'ICM, la sage-femme qui fournit des services professionnels aux femmes à leur domicile devrait pouvoir le faire dans le cadre du système de santé d'une nation et avoir accès à une assurance et à une indemnisation appropriée. (14)

C'est dans ce cadre que de nombreuses nations proposent une couverture assurancielle pour les sages-femmes pratiquant l'AAD (Etats-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Espagne, Pays-Bas, Belgique, Allemagne, Suisse, Autriche, Irlande, Danemark, Islande, Italie, etc...) (21).

L'accouchement à domicile est règlementé et légiféré dans de nombreux pays occidentaux, que les instances périnatales y soient favorables ou non. L'organisation, plus ou moins spécifique, dépend volontiers du système de soins du pays, et s'adapte au contexte local. Qu'en-est-il en France de l'organisation des Accouchements Accompagnés à Domicile ?

2. L'Accouchement A Domicile en France

2.1. Etat des lieux

Bien que les données concernant l'Accouchement Accompagné à domicile soient facilement accessibles dans les pays occidentaux en général, elles le sont moins en France car aucun recensement national systématique des AAD dans les données périnatales nationales n'est effectué. En effet, selon l'association CDAAD (Collectif de Défense de l'Accouchement A Domicile), les enquêtes Nationales ne « [s'attachent] exclusivement qu'aux résultats des établissements de santé », et les sages-femmes AAD ne seraient « pas encouragées à participer à ces recueils de données » (22).

Seule l'étude réalisée en 2018 par l'APAAD (Association Professionnelles pour l'Accouchement Accompagné à Domicile) nous permet d'examiner les premiers chiffres récents, qui estiment à 0,25% le taux d'accouchement planifié à domicile en France, soit environ 2200 naissances annuelles. Du point de vue des professionnels, quatre-vingt-huit sages-femmes AAD ont été recensées par l'APAAD sur les 22 721 sages-femmes françaises, soit un taux de 0,38%, représentant aussi 1,99% des sages-femmes libérales (23) (24).

Les faibles taux que représentent ces chiffres français montrent que la mise en œuvre d'un tel projet à la fois sur le plan privé comme sur le plan professionnel reste exceptionnel, tandis que les autres pays occidentaux organisent et révèlent des recensements précis.

2.2. Législation

La France fait partie des pays dans lesquels il n'y a pas de législation nationale concernant l'AAD. Bien que ce ne soit pas une pratique déclarée interdite comme c'est le cas en République Tchèque par exemple, l'absence d'une réglementation spécifique commune représente une difficulté de taille pour les sages-femmes pratiquant l'AAD, car elles ne peuvent s'appuyer sur des documents officiels harmonisant leur pratique. Ainsi, en ne disposant pas d'un support réglementaire encadrant cette spécificité de l'AAD dans leur profession, cette pratique s'en trouve limitée (23) (25).

C'est pourquoi, dans le but d'organiser partiellement la pratique AAD, l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) propose une « Charte de l'Accouchement à Domicile », dans laquelle sont rédigées des règles élémentaires nécessaires au bon déroulement d'une naissance à domicile (ANNEXE 4) (25). Dans ce référentiel de bonne pratique, l'ANSFL insiste sur la nécessité que le projet d'une naissance à domicile soit une volonté du couple, après avoir bénéficié d'une information éclairée venant de la sage-femme. Une relation de confiance doit s'établir entre la sage-femme et le couple, notamment grâce à un suivi global (grossesse, préparation à la naissance et à la parentalité spécifique, accouchement, et suites de couches). La femme doit présenter une grossesse « normale », sans pathologie aucune, comme pour le travail d'accouchement. Le transfert doit être anticipé et préparé à l'avance. Enfin, la sage-femme doit s'engager à accepter l'évaluation de sa pratique concernant les soins prodigués à la femme, en utilisant un partogramme ainsi qu'une fiche de synthèse des suites de couches.

D'autre part la grande majorité des sages-femmes s'appuient aussi sur les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) sur le suivi physiologique des parturientes. (23)

La récente création de l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD) en 2018, permet désormais de proposer de nouvelles ressources. Elle offre aux sages-femmes AAD des compagnonnages et des formations, notamment aux soins d'urgences, spécifiques et adaptés à l'AAD (26). Elle développe aussi des liens professionnels entre ces sages-femmes qui pratiquent dans le cadre d'un projet de naissance particulier, où elles peuvent y trouver un espace de discussion, de partage de pratique et de transmission.

L'absence d'études scientifiques officiellement mises en œuvre entraîne un manque de données récentes disponibles concernant la France, et les grandes instances de santé n'ayant pas émis d'avis sur la question, la situation reste en attente de réglementation.

Les sages-femmes concernées organisent donc individuellement leur pratique, notamment en se basant sur les informations qu'elles obtiennent dans le cadre de collaborations avec leurs consœurs, lors de formations, ou encore en se rapprochant des recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) sur l'accouchement physiologique (23). En réponse à la question de l'AAD au Sénat en mars 2020 (ainsi qu'en 2013), le ministre de la santé ne propose pas de législation en partie à cause de la faible teneur en preuves tangibles réalisées en France, et donc adaptées à son cadre géographique et de politiques de santé (ANNEXE 5) (27). L'APAAD appelle donc à la création d'un référentiel, afin de diminuer une disparité des pratiques, démontrée dans son état de lieux de 2018 et 2019. Actuellement, seul le projet de l'APAAD qui consisterait en la création d'un état des lieux annuel de données sur l'AAD promet une évolution en ce sens (23) (28).

3. Données de morbi-mortalité

Si une majorité des études réalisées sur la morbi-mortalité dans l'accouchement à Domicile montrent des chiffres rassurants, d'autres exposent leurs résultats parfois contradictoires.

3.1. Dans le monde

a. Méta-analyse

Cette méta-analyse de Hutton et al. publiée par The Lancet en 2019 compare les risques fœtaux et néonataux entre les femmes à bas risque qui projetaient un accouchement à domicile celles qui choisissaient un accouchement en maternité. Les données ont été répertoriées à partir de 14 études de 10 pays entre 1996 à 2017 et rassemblent 500 000 femmes qui planifiaient un accouchement à domicile. Le principal objet de comparaison était la mortalité et morbidité fœtale et/ou néonatale et l'étude conclut qu'il n'y a pas de différence de mortalité que l'accouchement soit prévu à domicile ou à l'hôpital. Parmi les paramètres retenus de morbidité, un score

d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie était moins fréquent chez les multipares souhaitant accoucher à domicile, mais aucune différence n'est notée chez les nullipares. Il n'y avait pas non plus de différence significative entre les deux groupes quant à la nécessité d'une réanimation néonatale ou une admission en néonatalogie chez les multipares ou les nullipares. De plus, cette méta-analyse a rapporté une différence significative de mortalité périnatale et/ou néonatale entre les pays où l'accouchement à domicile est plus ou moins bien intégré. Elle est plus faible dans les pays qui intègrent l'accouchement à domicile par rapport aux pays où il est moins bien intégré (Pays-Bas, Angleterre, Islande, Canada, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande), (Norvège, Suède, Japon, Australie)(29).

Dans une autre méta-analyse de Hutton et al., la proportion d'interventions et de morbidité maternelle ont été comparées entre les femmes à bas risque ayant l'intention d'accoucher à domicile et à l'hôpital. Les données ont été recueillies à partir de 16 études, regroupant 500 000 femmes ayant prévu un AAD. Ces dernières avaient moins de césarienne (40% moins de risque), d'accouchement instrumental (50% moins de risque) ou d'analgésie péridurale (70% moins d'analgésie), d'épisiotomie (55% moins de risque), de déchirures du 3^e et 4^e degré (40% moins de risque), d'infection (75% moins de risque) ou d'administration d'oxytocine pendant le travail (60% moins de risque). Les hémorragies du post-partum était de proportions égales ou moindres selon les études (30).

Une étude canadienne de 2016 comparant 11493 femmes de chaque groupe (domicile ou hôpital) rapporte de même un pourcentage d'interventions médicales plus faible à domicile, et ne note aucune différence concernant la morbidité néonatale sévère. (31)

Une étude néerlandaise publiée en 2014 auprès de plus de 700 000 femmes à bas risque à l'échelle nationale a confirmé qu'il n'y avait pas davantage de mortalité ou de morbidité graves chez les nourrissons nés à la maison comparés à ceux nés à l'hôpital. De Jonge précise cependant que cette étude est uniquement valable dans les pays où l'accouchement à domicile est bien intégré au système de soins. (32)

Dans l'étude anglaise de 2015 de R.Rowe et al., qui a comparé la morbidité chez les femmes prévoyant un Accouchement Vaginal Après Césarienne (AVAC), entre le domicile et l'hôpital, les femmes qui choisissaient un accouchement à domicile avaient plus de chance d'avoir une naissance par voie basse que celles ayant prévu un

accouchement en maternité, et le risque d'avoir un effet indésirable maternel ou fœtal était semblable entre le domicile et l'hôpital. Cependant, le taux de transferts était élevé, proche de 37%, surtout pour un premier accouchement par voie basse (33).

Les recommandations du NICE s'appuient sur des études ayant la même conclusion. C'est pourquoi, elles incitent les femmes multipares à accoucher à domicile ou en maison de naissance, au vu de la proportion plus faible d'interventions (accouchement instrumental, césarienne et épisiotomie augmentés en cas d'accouchement en maternité) et de l'absence de différence par rapport à l'issue néonatale. Cependant, elles constatent une légère augmentation du risque néonatal chez les nullipares en cas d'accouchement à domicile, et conseillent donc un accouchement plutôt en maison de naissance (34).

A l'inverse, cette étude réalisée aux Etats-Unis répertorie une plus grande mortalité périnatale parmi les femmes ayant planifié un accouchement à domicile, mais constate une plus faible morbidité néonatale et interventions médicales (93.8% vs. 71.9%) (35).

Une étude Scandinave publiée en 2016 s'est intéressée aux transferts chez plus de 3000 femmes ayant planifié un accouchement à domicile en Norvège, Suède, Danemark et Islande. Le principal motif de transfert pendant le travail était la stagnation de la dilatation. En post-partum, l'hémorragie, les déchirures importantes et détresses respiratoires néonatales étaient les principaux motifs. 116 transferts sur les 3000 femmes étaient considérés comme urgents (3.8%) (36).

En comparant les études les plus récentes sur le sujet, il est constaté qu'un accouchement à domicile ou un accouchement à bas risque en maternité ne semblent pas avoir de différence notable en termes de mortalité et/ou morbidité, voire certains critères sont même améliorés dans le cas d'un accouchement à domicile. Une différence de parité est souvent notifiée et montre une différence dans la majorité des études. Pour les multipares, la morbidité maternelle comme la morbidité néonatale seraient plus faible ; ceci étant moins vrai en cas d'accouchements de nullipares, pour lesquelles il n'y aurait pas de différence significative entre le domicile et l'hôpital ; voir un léger sur-risque pour l'enfant à domicile, selon le NICE (12). Ces études ne peuvent cependant pas se généraliser entièrement à la France au vu de la différence de contexte, culture et modèle de soins en périnatalité.

Une différence de morbi-mortalité est aussi remarquée entre les pays selon l'intégration de l'Accouchement A Domicile dans le système de soins.

3.2. En France

En France, les principales données de morbi-mortalité récentes proviennent de l'APAAD. Le premier état des lieux a été publié en 2019 (qui regroupe les données de l'année 2018 de 47 sages-femmes volontaires), le deuxième publié en 2020. Sur les 1043 cas étudiés, 913 femmes ont effectivement accouché à leur domicile, tandis que les autres 133 ont été transférées avant la naissance. Les données recueillies ont été comparées avec les données Audipog de 2013 et de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016. (37)

Les transferts en urgence étaient autour de 1,1 %, ce qui est moins élevé que dans l'étude scandinave (36). Les principales causes de transfert étaient (dans l'ordre décroissant) : non progression de la dilatation ou de la présentation (respectivement 50,4 et 15,8% des transferts), souhait d'une analgésie péridurale (12%), altération du rythme cardiaque fœtal (6%). Les autres motifs de transferts étaient inférieurs à 4% : liquide amniotique teinté, anomalie de présentation, saignements pré-partum, hyperthermie maternelle. 25.6% des femmes transférées étaient des nullipares, contre 4,9% de multipares. (23) (38).

La proportion d'hémorragies du post-partum est de 0,55% contre 2 à 3% dans les données Audipog et ENP (Enquête Nationale Périnatale), tandis qu'une étude néo-zélandaise de 2012 témoigne d'un pourcentage de 1,32 d'hémorragies sévères parmi les femmes à bas risque sans différence significative entre les lieux de naissance (maisons de naissance, domicile ou hôpital). (23) (38) (39)

La proportion d'épisiotomies est de 0.3% à domicile contre 20 à 30% en milieu hospitalier. Les déchirures spontanées sont aussi plus faibles (33,8% contre 36,7 à 51,3%). A l'inverse, la proportion de périnées intacts s'élève à 65,6% contre 30% environ pour les accouchements hospitaliers. Concernant les issues néonatales, la nécessité de recourir à une réanimation néonatale est divisée par 3 à 6 à domicile et aucun score d'APGAR <7 à 5 minutes n'a été relevé(23) (38).

La seule étude comparative à l'échelle nationale française à notre connaissance est celle de V. Orliac, publiée en 2019, une étude exposée-non exposée historique multicentrique. Le groupe contrôle provenait de la base de données Audipog. 1192 femmes faisaient partie du groupe exposé, 8 310 pour le groupe contrôle 1 (maternités de type I), 58 222 pour le groupe contrôle 2 (maternités de type I, II et III).

Parmi les résultats, il y avait moins de pathologie au cours du travail pour les femmes du groupe exposé, et elles avaient 4 fois plus de chance d'avoir un accouchement physiologique. La proportion d'accouchement instrumental était 4 fois moins importante pour le groupe exposé et la proportion de périnées intacts était multipliée par deux. Les issues maternelles sévères étaient environ cinq fois moins fréquentes pour les femmes du groupe domicile par rapport aux groupes contrôles. Il n'y avait pas de différence d'issue défavorable néonatale par rapport au groupe contrôle 1 mais elles étaient moins élevées par rapport au groupe contrôle 2. La proportion de transfert en cours de travail s'élevait à 12,6% des patientes. Les principaux motifs de transferts étaient : dystocie de la dynamique utérine, souhait ou fatigue maternelle, demande d'analgésie, non progression de la présentation et anomalie de la présentation. (40)

4. L'évolution de la naissance en France du XVII^e au XXI^e siècles.

Avant les XVI^e XVII^e siècles, la naissance est principalement une histoire de femmes. La « matrone », appelée ainsi à l'époque, est la femme en qui la communauté fait confiance pour la mise au monde des enfants du village. La naissance se fait en présence de plusieurs femmes, qui ont déjà accouché et la femme accouche dans la position verticale dans la plupart des cas, la position sur le dos étant très rarement utilisée.

Dans la France du XVIII^e siècle, on estime la mortalité des femmes en couches à 1 ou 2%. Seule la population la plus pauvre accouche à l'hôpital, qui n'est pas encore un établissement de soins mais un « lieu d'assistance », où la mortalité est très élevée.

La majorité des femmes, et notamment les bourgeoises accouchent à leur domicile avec l'aide de femmes proches et des sages-femmes. Les accoucheurs, eux, font leur apparition entre le XVI^e et XVIII^e siècles, et commencent à accompagner quelques femmes. A partir du XVIII^e siècle, le décubitus dorsal devient la règle. La position est recommandée par le médecin reconnu Mauriceau pour faciliter l'accès au périnée pour

l'obstétricien. Elle se répand surtout dans les grandes villes, et en Europe par la suite. Les traités d'obstétrique commencent à apparaître dès le XVI^e siècle, et les professionnels de la naissance, jusqu'ici ayant peu de connaissances réelles sur la naissance s'instruisent de plus en plus ; et notamment grâce à Louise Bourgeois, qui diffuse aux sages-femmes ses écrits et inventions en obstétrique dans toute la France. Le premier pas vers la médicalisation de la naissance s'inscrit avec l'apparition de la pratique instrumentale de l'accouchement au XVII^e et XVIII^e siècles et l'Homme médecin apparaît comme le savant, indispensable à l'accouchement à l'hôpital, qui cesse alors petit à petit d'apparaître comme un évènement naturel.

Pendant la majeure partie du XIX^e siècles, les hôpitaux restent encore des lieux qui n'accueillent que les familles pauvres et les naissances y sont dangereuses, notamment à cause de la fièvre puerpérale. Par la suite, la morbi-mortalité maternelle chute radicalement grâce à la découverte de l'asepsie et de l'antisepsie, et l'hôpital devient alors peu à peu un lieu qui guérit au début du XIX^e siècle. Il y a aussi la découverte des drogues anesthésiantes et analgésiques facilitant notamment les conditions de la chirurgie, qui s'applique parfois aux accouchements.

La naissance en milieu hospitalier se répand alors dans les années 1920-1930, dans les grandes villes notamment, mais conserve l'image de l'accueil de la population pauvre ; les femmes bourgeoises préférant toujours accoucher à leur domicile même dans les grandes villes, la sage-femme ou le médecin de famille s'occupant de la parturiente. C'est à partir des années 1950 que la moitié des femmes accouchent à l'hôpital, et à partir des années 1960 pour deux tiers d'entre elles.

Les années 1950 voient aussi apparaître une méthode « d'accouchement sans douleur » mise au point par Lamaze, accoucheur à Paris, méthode motrice de l'accouchement hospitalier. Des nouvelles technologies de la naissance voient le jour à partir des années 1960 à 1980 (péridurale, échographie et monitoring), et les progrès autour de l'accouchement ne cessent d'évoluer depuis ces temps.

Les femmes sont rassurées par la technicisation des hôpitaux dans la deuxième partie du XX^e siècle, et les obstétriciens valorisent l'accouchement hospitalier et la péridurale pour une plus grande facilité de prise en charge en cas de difficulté. Or, dans un mouvement inverse, Michel Odent et Frédérick Leboyer contrastent avec l'idée générale qui trône à cette époque, et mettent en avant l'importance de respecter la physiologie de la naissance. Dans la même mouvance, apparaissent alors quelques maisons de naissances, qui seront rapidement fermées avant le début du XXI^e siècle,

mais referont surface à partir de 2015 dans un projet d'expérimentation. (41) (42) (43) (44) (45) .

5. Conclusion :

L'histoire de la femme et de la sage-femme autour de la naissance a beaucoup évolué au fil des siècles et son s'est modifié tout au long de l'histoire, notamment avec le passage du lieu d'accouchement du domicile à la maternité.

De nos jours, à travers le monde occidental, la possibilité de choisir le lieu de naissance de son enfant varie considérablement. De nombreux facteurs peuvent influencer les options qui sont proposées à une femme enceinte à propos du lieu et de la façon de donner naissance. Ce qui entoure la maternité en matière de politique est façonné par les systèmes politiques en eux-mêmes, les corps publics, l'organisation et la réglementation des professions, les attitudes à l'égard des données de la science et des risques en santé. Dans de nombreuses nations occidentales, l'accouchement extrahospitalier, et notamment l'accouchement à domicile est intégré dans le système de soins, et fait partie des choix offerts à la future mère. Cependant une différence de morbi-mortalité est remarquée dans les études entre les pays en fonction de son intégration dans le système de soins.

En France, l'Accouchement A Domicile est un projet méconnu et source de débats multiples. En effet, plus de 99% des accouchements se déroulent à l'hôpital, et les lieux annexes ne sont encore que très faiblement proposés. Le manque de données adaptées au système français a pour conséquence un manque de législation spécifique à l'AAD, ce qui renforce encore l'incompréhension qui règne autour de ce projet. Les sages-femmes concernées se retrouvent donc confrontées à de nombreux obstacles, qu'ils soient sociaux, politiques, médicaux ou encore réglementaires. Nous nous intéresserons aux raisons pour lesquelles ces sages-femmes libérales persistent à accompagner les Accouchements A Domicile dans ce contexte politique, médical et social sensible.

2^{EME} PARTIE : MATERIELS ET METHODE

1. Rappel des objectifs

1.1 Objectif principal

L'objectif de l'étude étaient de connaître les motivations des sages-femmes libérales françaises pratiquant les Accouchements Accompagnés A domicile compte tenu du caractère inaccoutumé de cette pratique.

1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de comprendre la situation actuelle des sages-femmes pratiquant les Accouchements Accompagnés à Domicile ainsi que de mettre en évidence les obstacles qu'elles rencontrent.

2. Population

2.1 Echantillon de l'étude

Pouvaient être incluses dans l'étude les sages-femmes libérales françaises pratiquant les Accouchements Accompagnés à Domicile. Les sages-femmes pouvaient avoir une autre pratique en parallèle de leur activité de naissances à domicile. Les sages-femmes ayant arrêté récemment cette activité, que ce soit par choix ou par obligation ont pu participer à l'étude.

L'échantillon était constitué de onze sages-femmes libérales :

- Deux sages-femmes ne pratiquaient plus les Accouchements Accompagnés à Domicile au moment de l'étude
- Neuf sages-femmes pratiquaient au moment de l'étude les Accouchements Accompagnés à Domicile (dont une travaillait conjointement en France et dans un autre pays frontalier)

3. Méthode

3.1 Type d'étude et mode de recueil des données

Une étude qualitative transversale de type descriptive et interprétative a été menée. Les données ont été recueillies au travers d'entretiens semi-directifs réalisés auprès des sages-femmes AAD.

3.2 Le déroulement de l'étude

Une lettre d'information a été envoyée par mail à une liste de diffusion regroupant les sages-femmes AAD par le biais de l'APAAD (Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile). Ainsi, les sages-femmes volontaires ont pris contact par téléphone ou par mail lorsqu'elles souhaitaient participer à l'étude. D'autres ont été directement contactées par téléphone, et informées du déroulement de l'étude. Certains entretiens ont dû être reportés pour imprévus de la part des sages-femmes libérales.

Ces premiers contacts téléphoniques ont permis de réexpliquer et de compléter les informations et de répondre aux questions des sages-femmes.

Des entretiens semi-directifs individuels ont ensuite été réalisés de début novembre 2020 à mi-janvier 2021. Au vu de la crise sanitaire de 2020, quatre entretiens ont eu lieu par téléphone et huit par visioconférence selon le souhait des sages-femmes. Les entretiens ont été introduits par un rappel des objectifs de l'étude.

Le phénomène de saturation des données lors des derniers entretiens a été observé.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des sages-femmes interrogées à l'aide d'un magnétophone puis retranscrits à l'écrit, afin de pouvoir être le plus fidèle possible lors de l'analyse des données.

Les dossiers contenant les enregistrements audio et les retranscriptions ont été protégés par cryptage sur une clef USB et renommés – de manière à remplacer l'identité des sages-femmes par des prénoms différents – assurant ainsi la sécurité et l'anonymat des personnes et des données.

La grille d'entretien utilisée a servi de guide lors des entretiens, mais les questions ont dû être adaptées aux discours pour plus de fluidité.

Suite au premier entretien, une question a été ajoutée à la grille présentée initialement, concernant le nombre d'accouchements réalisés par an par les sages-femmes.

3.3 Le mode d'analyse des données

L'analyse des données étant qualitative, l'étude n'a pas de valeur statistiquement représentative. En effet, l'étude est basée sur les témoignages des sages-femmes, qui constituent l'outil de la recherche.

Les données ont été traitées par une analyse thématique du contenu.

3.4 Les aspects éthiques et réglementaires

Le DPD a été consulté et a donné un avis favorable à la poursuite de l'étude.

3.5 Information et consentement

La lettre d'informations concernant le déroulement de l'étude a été transmise conjointement au mail envoyé par l'APAAD. Le consentement des sages-femmes a été recueilli à l'oral lors du premier contact par téléphone, après avoir renouvelé les explications et informations oralement.

3^{EME} PARTIE : RESULTATS ET DISCUSSION

Dans un premier temps, les différents profils des sages-femmes interrogées seront abordés, puis les propos recueillis lors des entretiens seront présentés.

I. RESULTATS :

1. Présentation des sages-femmes

Parmi les onze sages-femmes interrogées :

- Deux sages-femmes ne pratiquaient plus les Accouchements Accompagnés à Domicile au moment de l'étude
- Neuf sages-femmes pratiquaient les Accouchements Accompagnés à Domicile au moment de l'étude

Sages-femmes	Age	Année d'obtention du diplôme (nb d'années d'exercice)	Nb d'années d'exercice des AAD	Nb d'AAD par an (en moyenne)	Situation professionnelle actuelle	Nb de collègues SF AAD
Iris	33 ans	2010 (11 ans)	5 ans	60 à 100	AAD	1
Mathilde	35 ans	2008 (13 ans)	7 ans	40	AAD	Seule
Sophie	62 ans	1997 (24 ans) (RP*)	17 ans	30 à 50	Maison de naissance	Seule
Marie	28 ans	2015 (5 ans)	2 ans	30	AAD	Seule

Ophélie	41 ans	2015 (6 ans) (RP*)	6 ans	30 à 40	AAD	Seule
Estelle	24 ans	2020	Quelques mois	60 à 100	AAD	1
Louise	36 ans	2019 (1 an) (RP*)	Quelques mois	20 à 30	AAD	Seule
Chloé	32 ans	2014 (4 ans ½)	4 ans ½	50	Suspension	Seule
Gaëlle	24 ans	2018 (2 ans ½)	2 ans ½	70 à 80	AAD	2
Rachel	62 ans	1979 (42 ans)	35 ans	70 à 80	AAD	2
Amandine	37 ans	(2007) 14 ans	14 ans	70 à 80	AAD	2

*RP : reconversion professionnelle

Le profil des sages-femmes

A partir des informations recueillies, un tableau du profil des sages-femmes a été dressé. Les 11 sages-femmes interrogées avaient entre 24 ans et 62 ans. Le nombre d'années d'expérience en tant que sage-femme était très variable, passant de 35 ans à quelques mois. Trois ont passé le diplôme de sage-femme après une reconversion professionnelle.

Une grande partie des sages-femmes (80%) complétaient leur pratique d'accompagnement global par le suivi gynécologique de prévention, une activité en plateau technique, du suivi PRADO, surveillance à domicile de grossesses pathologiques, de la préparation à la naissance et à la parentalité, de la rééducation du périnée (en dehors des femmes suivies en accompagnement global) etc.

Le nombre d'accouchements varie de 25 à 50 par sage-femme et par an. Cinq des onze sages-femmes travaillent en binôme ou en trinôme au moment de l'étude.

Parmi les 2 sages-femmes qui ne pratiquaient plus les AAD au moment de l'étude, une sage-femme pratiquait en maison de naissance et une était en cours de procédure judiciaire.

Quatre sages-femmes ont pratiqué les accouchements à domicile dès l'obtention de leur diplôme tandis que les sept autres ont travaillé en milieu hospitalier ou en libéral en amont.

2. Motivations des sages-femmes AAD

Dans un premier temps, l'étude s'est portée sur les motivations des sages-femmes à pratiquer les Accouchements Accompagnés à Domicile.

2.1 Le cheminement vers la pratique des AAD

Il a été décidé en premier lieu d'interroger les sages-femmes sur la façon dont elles avaient découvert les Accouchements A Domicile, afin de comprendre comment elles ont été amenées à se tourner vers cette pratique, et notamment les rencontres qu'elles avaient pu faire, leur expérience personnelle et familiale.

a) Rencontres :

L'envie de proposer aux femmes ce choix est apparue entre autres grâce aux rencontres qu'elles ont pu faire au cours de leur parcours personnel ou professionnel.

Par exemple, Marie a été séduite par la rencontre avec une sage-femme française qui pratiquait les AAD. Lors d'un compagnonnage, elle a pu apprécier sa pratique dans son ensemble : *« Je la trouvais vachement elle-même, très en confiance, et donner confiance aux parents. Et vraiment il y avait une égalité par rapport aux patients et elle. Y'avait pas "moi je sais mieux que vous et vous appliquez les recommandations". C'était plutôt "moi je peux vous apporter ça qu'est-ce que vous en pensez ? [...] Et moi j'ai beaucoup aimé cette approche-là. Pour moi c'était vraiment la vision que j'avais du soin. »*

Le cas de Sophie est plus particulier. En effet, Sophie est originaire d'un autre pays dans lequel l'AAD est usuel. Elle s'est donc étonnée de la prise en charge qui lui a été proposée en France pour sa propre grossesse. Pour elle, cette expérience a été révélatrice : *« C'est plutôt parce que c'est compliqué en France d'accoucher à la maison. [...] quand j'ai eu mon premier, j'ai été suivie par une gynéco en France. Au bout de 6 mois ou 7 mois de grossesse, on a abordé la question du lieu d'accouchement, et je suis tombée des nues. Ça me semblait tellement évident d'accoucher chez moi. [...] C'est [...] de ne pas trouver qui pouvait m'accompagner pour mon accouchement à domicile, alors que c'était ça dont j'aurais eu besoin. »*

Sophie a ensuite travaillé aux Etats-Unis, avec une sage-femme qui accompagnait les AAD. Celle-ci a consolidé la vision qu'elle avait de la grossesse et de l'accouchement : *« Tu vois d'un bout à l'autre, ce qui était très très très marquant, c'était que c'était*

comme ça qu'on accouche, [...] y'avait pas de suivi de grossesse autre que la sage-femme [...]. C'était même pas une option d'aller ailleurs, tu te démerdais quoi. Pourtant, les femmes de cette communauté-là, elles sont pas mortes comme des mouches, ni les bébés. »

Chloé, elle, a toujours été entourée par les naissances à domicile : « J'ai toujours rencontré des femmes et des enfants qui sont nés à la maison, donc la discussion est toujours venue facilement dans mes loisirs, centres d'intérêt, dans mes soirées, dans les rencontres, et la discussion était très facile quoi. Et je sentais que ça me plaisait et qu'on m'a souvent dit "ha mais tu dois être faite pour ça". Et dans ces moments-là c'est naturel ! Et donc la première fois que j'ai assisté à une naissance à domicile, [...] ça a été un pur bonheur. »

Ophélie, lors d'un voyage en Espagne, a découvert l'AAD plus tard, grâce à des rencontres avec des femmes qui avaient accouché chez elles : « J'ai rencontré une famille d'Hollandais, [...] m'a parlé d'accouchement orgasmique, à la maison. Son mari qui était médecin me dit : "mais moi je n'ai rien fait, de toute façon à la maison il n'y a rien à faire ». En fait c'étaient des mots que je n'avais jamais entendus [...] je découvrais tout un monde. Et puis de parler d'accouchement orgasmique alors là je tombais de haut ! [...] Ça a été vraiment une découverte, une révélation pour moi, en tant que femme, je me suis dit whoaaa là je suis en train de découvrir un super secret, et moi je veux trop vivre ça ».

b) Transmission familiale :

Dans les témoignages, on retrouve à plusieurs reprises les expériences familiales des accouchements, qu'ils soient vécus de façon positive ou au contraire négative.

C'est donc aussi grâce à la transmission de la part de sa mère qu'Ophélie a souhaité « accompagner au mieux cet évènement » : « je pense que ça aussi ça m'a aidée, la transmission que m'a faite ma mère de ses naissances. [...] pour la deuxième, c'était un accouchement très facile et rapide, qui s'est fait avec beaucoup de plaisir. [...] et elle m'avait parlé d'une sage-femme très sadique [...] Donc ce portrait de "sage-femme sadique" aussi aigrie, ben peut être que ça lui a gâché pas mal de moments de cette première naissance [...] pour la deuxième elle a voulu aller à la maternité vraiment au dernier moment, faire ça toute seule, elle est juste arrivée et "plouf". Donc

voilà tout ça je pense que ça a pesé dans mon désir d'accompagner au mieux cet évènement. »

Mathilde a été touchée par le vécu positif de sa grand-mère : *« Après moi j'ai ma grand-mère maternelle, elle n'allait pas accoucher à la maison mais elle allait accoucher chez sa sage-femme »*. Cependant, elle a un vécu plus réservé venant de sa mère, qui *« avait une très mauvaise image des sages-femmes. Justement parce qu'elle avait eu des accouchements faciles, et qu'elle voulait allaiter, elle a été plutôt malmenée. »*

Pour Amandine, se tourner vers l'Accouchement A Domicile a été plus spontané, grâce à la transmission familiale qu'elle a reçue : *« Moi globalement, c'est dans l'entourage dans lequel je suis née, et dans lequel je gravitais. Moi je suis pas née à la maison du coup mais j'ai une petite sœur qui a maintenant 18ans, qui est née à la maison [...] et j'étais là, en tant qu'enfant. Et en fin de compte dans mon secteur, c'est quelque chose qui était ancré... donc j'ai baigné là-dedans, dans le milieu. Je me suis calée là-dessus. »*

C'est aussi le cas dans la famille de Gaëlle, dans laquelle l'Accouchement A Domicile semble être quelque chose d'évident : *« Moi je suis née à la maison et mes trois sœurs aussi après moi. [...] je pense que ça vient d'une éducation et peut être de cette expérience. J'ai vu pour mes petites sœurs, j'étais présente, [...] pour moi c'était une normalité en fait. [...] C'est une transmission directe, c'était simple, ça fait partie de la vie. »*

c) Vécu personnel de l'accouchement :

Pour certaines, c'est l'expérience de leur propre accouchement, bien ou mal vécu, qui a pu influencer leur pratique.

Mathilde, parle de son ressenti lorsqu'elle a dû se diriger vers la maternité : *« on est allés à la mat, et c'est là que j'ai vraiment pris conscience du problème de la mat, parce que, quand tu demandes à mes collègues, moi j'ai eu un accouchement super facile, c'était un premier, je suis arrivée à la mat', j'ai poussé. Bon ben voilà, tout le monde te dira "waouh génial" [RIRES]. Sauf que moi dans mon vécu en fait, [...] je me suis rendue compte que c'était hyper violent, moi je voulais pas me mettre allongée, elle m'ont attrapée, elles m'ont mise allongée. Le bébé allait pourtant bien. Et moi j'ai juste eu l'impression que, bon c'était pas un viol mais presque quoi. [...] Donc mon*

vécu perso...c'est plutôt les violences obstétricales tu vois qui m'ont perturbée ... je me suis dit "plus jamais ça". »

Pour Louise, c'est la rapidité de ses accouchements qui l'a fait réfléchir sur l'AAD :
« [...] l'accouchement a été déclenché, ça a été super rapide. Du coup, on se posait la question de si jamais on avait un projet de faire un 3e enfant, il naîtrait sûrement à la maison car je n'aurais pas le temps de venir à la maternité. Je me suis donc dit qu'il fallait que je me prépare vraiment à cette éventualité plutôt que ça arrive comme ça. »

Ophélie, Amandine et Rachel ont pu expérimenter par elles-mêmes l'accouchement à domicile, pendant et/ou après leurs études de sages-femmes, et cette expérience a confirmé et renforcé leur choix de pratiquer les AAD.

d) Une approche progressive ou innée

Pour certaines sages-femmes, les AAD faisaient entièrement partie du projet professionnel, et ce, dès le début de leurs études. Sophie explique par exemple que : *« [...] c'est pour ça que j'ai fait mes études de sage-femme. Je n'aurais pas investi tant d'années pour rien ! [RIRES] »*. Il en est de même pour Ophélie : *« en fait moi j'ai choisi la profession de sage-femme pour faire des AAD. Pour moi c'était une évidence. »*

Pour d'autres, le cheminement a été plus progressif. C'est le cas de Mathilde, qui a dû adapter sa pratique en voyant apparaître spontanément la demande des femmes pour un AAD : *« En fait au début, c'est pas tellement que j'ai réfléchi, c'est que y'a des femmes qui ont accouché chez elles, et je les ai suivies en fait [...] J'ai pas eu une réflexion, c'est juste que, y'a des femmes qui se sont mises à accoucher chez elles... [...] Et chaque fois j'ai trouvé ça mais tellement merveilleux et évident, que plus j'en ai vu, plus j'ai eu envie d'en faire. Et donc au début ça a été un petit peu au hasard, voilà, je me laissais porter. »*

Rachel a eu sensiblement la même approche que Mathilde : *« ça a été un cheminement progressif [...], j'avais eu 2-3 copines qui voulaient accoucher à la maison, donc je me suis dit "c'est une mode, ça va passer", et à un moment donné ben j'ai dû choisir parce que ça s'est fait comme une trainée de poudre. »*

Estelle, qui n'a pas étudié la maïeutique en France, a découvert l'AAD par le biais de ses études, et en ayant réalisé des stages avec des sages-femmes AAD. Sa vision de l'accouchement a beaucoup évolué : « *Non, je ne connaissais pas l'AAD, enfin j'avais déjà vu tu vois à la télé, de temps en temps un reportage mais à chaque fois je me disais : « mais elles sont folles, je vois pas l'intérêt, puis c'est dangereux etc... » [SOURIRE]. Et puis en fait, dès le début de mes études, j'ai des profs qui m'en ont parlé, euh, qui nous ont dit que y'avait pas plus de risque qu'à l'hôpital quoi en fait, qu'il y a des études qui ont été faites. Et ça m'a vachement convaincue. Puis j'avais une prof aussi qui a accouché à domicile [...] Après y'a eu les stages, où j'ai vraiment découvert ce que c'était pour de vrai. Et là ça m'a convaincue totalement. J'ai vu à quel point c'était facile, à quel point [RIRES] les femmes elles accouchaient bien, à quel point c'était sécuritaire ».*

Chloé, de son côté, a « *démarré comme ça en étant sage-femme libérale remplaçante de sages-femmes qui pratiquent les naissances à domicile donc ce qui fait une sorte de compagnonnage. [...] du coup je me suis installée en tant que sage-femme libérale dans ma région et j'ai démarré les accouchements à domicile directement [...]. »*

2.2 Motivations en lien avec les bienfaits pour le couple

a. Répondre à la demande des couples :

Iris exprimait clairement l'idée selon laquelle la demande d'AAD augmente depuis ces dernières années, et cette augmentation serait renforcée depuis la crise sanitaire liée au Covid 19 : « *Y'a de plus en plus de demandes je pense, les femmes elles veulent autre chose que l'hôpital. Y'a encore plus une augmentation depuis la crise sanitaire. Vraiment on a eu beaucoup beaucoup beaucoup d'appels. Et toutes mes collègues l'ont remarqué, ça s'est décuplé ».* Tous les autres témoignages l'ont aussi confirmé.

Par ailleurs, en pratiquant l'AAD, les sages-femmes souhaitaient aussi aider au mieux les couples à réaliser leurs projets familiaux. C'est ce qu'on exprimé d'abord Estelle : « *Il faut bien se rappeler qu'on fait notre travail pour les femmes, et pour les couples. On fait pas ça pour les médecins hein »* ; et Ophélie : « *C'est la satisfaction de ces couples qui mènent à bien leur projet. Qui accueillent leurs enfants comme ils le souhaitent c'est vraiment Ça que j'aime dans mon travail ».* Louise elle, ressentait

le besoin de « *construire leur projet avec eux, de les accompagner dans leur parentalité, de les voir évoluer aussi en tant que parents.* »

Chloé essayait de répondre à cette demande croissante en soulignant que « *ce n'est pas une question d'absolument accoucher à domicile [...] Et en fait pour moi, il n'y a ni pour ni contre, il y a seulement qu'on fait en sorte de répondre aux besoins des couples, [...] et s'il n'y avait aucune demande d'accouchement à domicile, on ferait pas d'accouchements à domicile* ». C'était aussi l'avis de Rachel : « *C'est sûr que si tout le monde était pas content d'accoucher à domicile je vois pas pourquoi on le ferait [RIRES]. Parce qu'on vient nous chercher. Nous on va chercher personne hein donc euh...* »

Pour Sophie, l'histoire culturelle rentrait en compte dans le choix d'un AAD : « *Je vois ma belle-sœur qui a accouché 3 fois à la maison, ça ne lui serait jamais venu à l'idée d'aller accoucher à la mater. J'ai une autre frangine qui a toujours accouché à la maternité. Aujourd'hui, les enfants de l'une et de l'autre ne réagissent pas de la même façon. Y a quand même un truc culturel, tu vois* ». Elle a même constaté qu'« *il y a toujours des demandes, ah oui oui oui, d'ailleurs, il y a une partie des demandes en Maison De Naissance c'est des demandes d'AAD* ».

b. Un impact sur développement et le bien-être familial

La motivation première de Sophie, liée à son expérience professionnelle antérieure, était d'intervenir positivement sur la construction et le développement intrafamilial : « *c'est surtout ce que ça apporte au niveau de la relation entre parents et enfants. Avant de démarrer mes études de sage-femme, je travaillais énormément avec des femmes et des enfants, surtout avec des enfants avec difficultés scolaires. Et j'ai souvent eu l'impression qu'il y avait vraiment un travail à faire en amont. Sur le démarrage des relations avec l'enfant, sur les liens familiaux... C'est ça qui m'a donné envie d'aller regarder beaucoup plus autour de la naissance, et du coup, moi je me suis dit " y a peut-être un truc à faire là ". C'est un peu ce qui m'a emmenée.* »

D'autre part, Estelle avance une autre idée selon laquelle « *les accouchements dans la vie des femmes c'est vraiment un facteur de santé publique* ». Elle précise « *[...] que des femmes qui ont eu des accouchements traumatiques, ou très violents ou instrumentalisés, et ben ça va influencer le reste de leur vie quoi. Et du coup moi, de voir des femmes qui ont des accouchements qui sont simples, et sans complications et*

en plus, qui sont bien vécus, et ben je me dis que pour le restant de leur vie ça va les aider. Ça va leur donner la confiance en leur maternité, la confiance en leur corps, et la confiance en leur statut de femme aussi. [...] y'a quelque part une fonction un peu réparatrice. » C'est aussi l'avis de Mathilde qui dit : « [...] tout ce que ça change dans leur vie, dans leur façon d'être, y compris dans leur boulot, dans leur relation de couple. Ça c'est fantastique quoi ! »

Pour Estelle, le bénéfice serait d'autant plus important qu'il inclut aussi le nouveau-né : *« Et alors pour les bébés encore plus. Ça me touche encore plus, de me dire que... ils ont eu une belle arrivée dans le monde et que la vie c'est pas facile mais que quand on commence bien, c'est déjà pas mal [RIRES]. »*

Mathilde, de son côté note une nette différence de bien-être par la suite, mais aussi du point de vue médical, entre un AAD et un accouchement en maternité : *« Et puis après les bienfaits pour les femmes et les bébés, parce que moi je voyais la différence. [...] quand t'as les deux pratiques, tu te dis "non mais c'est évident les bienfaits pour les mères et les enfants, et pour les pères, et pour tout le monde en fait. »*

Estelle explique aussi qu'accoucher à la maison peut avoir une influence sur la représentation de l'accouchement en général pour les générations à venir : *« quand il y a les autres enfants [...], et ben en fait à mon avis, ça a un pouvoir très fort sur les générations futures [...] que c'est un truc normal dans la vie d'une femme et que c'est pas dangereux ».*

Amandine témoigne de l'autonomie des couples qu'elle accompagne : *« Moi je trouve que les couples ils sont aussi super autonomes en fait. [...] Là je me suis vraiment remise en question. En fait, même si bien sûr on répond à toutes leurs questions, ce sont des personnes très autonomes dans les soins de leurs enfants ».* Rachel aussi a pu observer cette responsabilisation et autonomisation des couples : *« Et puis l'avantage à la maison c'est qu'ils sont vraiment autonomes. [...] ils sont obligés de se responsabiliser un peu plus qu'en maternité, et je trouve ça vraiment intéressant. Et c'est extrêmement vrai pour l'accouchement aussi. La plupart du temps, on n'est qu'une petite souris dans un coin à observer. »*

Au cours de leurs témoignages on constate aussi que des sages-femmes mettent en avant leurs valeurs féministes et militantes, notamment leur volonté « *de promouvoir le pouvoir et la liberté des femmes, le droit des femmes* ».

c. L'accompagnement global

Pour toutes les sages-femmes, l'accompagnement global représente une grosse part de leurs motivations. Pour elles, elles entretiennent « une relation privilégiée » avec les couples, et la perspective d'accompagner un même couple tout au long de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches les a attirées.

Pour ces sages-femmes, l'accompagnement global passe d'abord par la relation privilégiée qu'elles entretiennent avec les couples ou les femmes. Iris expose la différence entre le suivi global et la situation actuelle hospitalière : « *Après moi ce qui me manquait quand j'étais à l'hôpital, c'était que je ne connaissais pas les patientes. Et donc je pense que c'est là que l'envie de faire de l'AAD m'est venue. [...] C'est tellement important la naissance de leur bébé, et ça serait tellement mieux pour elles si elles avaient quelqu'un qu'elles connaissent, en qui elles ont vraiment confiance.* »

Iris nous raconte avec enthousiasme la relation qu'elle entretient avec ses patientes : « *Le plus important pour moi c'est la relation. Je trouve ça passionnant les relations que j'ai avec les couples. C'est hyper riche* ». Comme pour Chloé, pour elle, c'est un cadeau précieux d'être « invitée » dans les familles, comme si c'était « *rentrer dans la famille et dans l'histoire de cet enfant* » ; et cela lui permet de renforcer les liens entre elle et les couples qu'elle accompagne : « *[...] je trouve que dans une naissance, c'est normal que ce soit moi qui soit invitée chez eux et pas le contraire. [...] Moi, j'adore aller chez les gens. [...] Tout d'un coup y'a un déclic, y'a une différence, on fait un peu partie de la famille. [...] On est privilégiées de faire ça moi je trouve.* »

Chloé voit la relation comme une coopération entre deux entités égalitaires : « *Et à partir de là y a une relation telle de confiance qui s'instaure que j'ai l'impression que la femme me dira s'il y a quelque chose qui ne va pas, ou me dira si elle a une interrogation ou une inquiétude, et j'aime bien ce contact direct et spontané. C'est-à-dire qu'il y a une confiance qui est là, et à partir de là il n'y a pas de hiérarchie, il n'y a pas de "je fais, il faut faire comme je dis"...oui, cette coopération-là me plaît*

énormément. ». Pour Chloé, il s'agit surtout de pouvoir répondre à tous les types de projets : *« en fait ce qui me plairait beaucoup c'est d'avoir des cartes complètes en main. Pour qu'en fait je reçoive le couple et qu'en fonction de leur projet, je puisse adapter mon accompagnement pour qu'il aille jusqu'au bout. [...] c'est le travail en coopération avec le couple qui m'intéresse ».*

Pour Marie, il s'agit de construire *« une relation de partenariat avec les patients ».* Cette relation permet de maintenir un lien important en cas de transfert afin que le vécu des femmes soit le meilleur possible : *« Et même quand ça ne se passe pas comme prévu, que finalement on va à l'hôpital, les femmes souvent elles sont quand même satisfaites parce qu'elles ont eu cette personne qui fait le lien entre tout. ».*

C'est à partir de la construction de cette relation privilégiée que découle la personnalisation de l'accompagnement de ces couples.

Les sages-femmes se rejoignent sur l'idée que l'accompagnement global est manifestement très important dans l'AAD. Pour Estelle il est important d'avoir une prise en charge sur tous les plans, *« dans le fait d'accompagner quelqu'un dans sa " globalité " ».* Sophie est *« persuadée que la bonne porte où les gens naissent, en fait ce n'est pas exactement le lieu, mais c'est surtout l'accompagnement global ».* Estelle précise que cet accompagnement *« s'inscrit vraiment dans le fait de... d'accompagner la femme dans son projet. Et dans son projet, il peut y avoir l'hôpital, il peut y avoir la maison de naissance, il peut y avoir le plateau technique et il peut y avoir le domicile. »*

Iris est séduite aussi par cette idée et notamment le fait qu'elle permet d'adapter et de personnaliser sa prise en charge : *« Moi j'aime bien innover, m'adapter, changer, je trouve très important de faire en fonction des patientes. Chaque patiente a son histoire a son truc, j'aime pas l'idée de faire la même chose pour tout le monde, je trouve que c'est pas juste. »* C'est aussi l'avis de Marie : *« Enfin ça me semble plus juste que ce soit la sage-femme qui se déplace pour une naissance plutôt que les parents qui se déplacent. Ça montre que NOUS on doit s'adapter à eux, et ça, ça me plaît. »*

Mathilde, de son côté aime les échanges qu'elle entretient avec les femmes : *« Et là quand je travaille comme ça, c'est une relation de femme-à-femme. Je suis là pour rendre un service à une famille, je suis hyper juste [...] on évolue ensemble ».* Pour Chloé, c'est encore plus que ça, elle forme une véritable *« équipe »* avec les couples

qu'elle accompagne : « *C'est vraiment le fait se sentir en équipe et qu'on avance ensemble dans un projet commun qui est dédié aux couples et aux besoins de la femme et de son enfant. Pour moi ça fait partie de l'accompagnement.* Marie résume ce concept en une phrase. Pour elle, « *on devrait être une sage-femme par femme qui accouche.* »

2.3 Se tourner vers la physiologie

a. Le domicile, le lieu le plus approprié à la physiologie ?

Toutes les sages-femmes interrogées sont attirées par la physiologie de l'accouchement. Iris semble être passionnée par cet aspect de l'Accouchement A Domicile, car pour elle, c'est l'endroit le plus propice pour respecter au mieux la physiologie d'un accouchement : « *Et un accouchement il se passe d'autant mieux que les gens se sentent dans leur environnement, et donc moi [...] je me fais toute petite, et je vais venir respecter, dans leur maison, leur appartement.* ». Cet aspect résonne aussi pour Estelle : « *avant de découvrir les accouchements à domicile, je pense que j'ai d'abord découvert ce que c'était un accouchement physiologique, et puis du coup, après ça m'a semblé de toute évidence que l'endroit le plus propice à avoir un accouchement physiologique c'est chez soi, puisqu'on a besoin d'intimité et de sécurité émotionnelle. Ben c'est quand même chez soi normalement qu'on se sent le mieux.* ». Ophélie la rejoint aussi sur ce plan : « *[...] ça me paraît une évidence, ça me paraît être le plus simple pour accoucher, le plus basique, le plus logique, le plus naturel, le plus évident.* »

Amandine insiste sur la liberté dont disposent les femmes lorsqu'elles accouchent chez elles.

b. Réapprendre la physiologie

Pour Iris, la physiologie d'un accouchement à domicile est encore différente de ce qu'on peut décrire d'un accouchement physiologique à l'hôpital. L'AAD permettrait de la respecter entièrement, sans barrière. Elle explique : « *Y'a tout cet aspect "connaissance de la physiologie", qu'on peut vraiment appliquer à la maison, et qu'on ne peut pas appliquer comme on le voudrait à l'hôpital, parce qu'il y a les protocoles, parce qu'il y'a une injonction de travail, parce que y'a la charge de travail. Ça veut dire que t'es obligée de contrecarrer de la physio parce qu'il y a du monde, parce que l'anesthésiste il veut pas que tu fasses je sais pas quoi Toujours la liberté qui est*

entravée. » Elle décrit qu'elle a même dû réapprendre à quoi la physiologie correspondait réellement : *« j'ai appris tellement de choses en AAD que je n'aurais jamais apprises à l'hôpital ou à l'école tu vois. Sur les durées de travail, sur la durée des efforts expulsifs, sur des positions sur qu'est-ce qui soulage une femme en train d'accoucher enfin ... pleins de choses que tu ne peux pas voir à l'hôpital, tu peux voir ça que à la maison. Pratiquer la physiologie à 300%, c'est super enrichissant. ».*

Marie semble aussi avoir ré-appris ce qu'est la physiologie : *« Et puis après je trouve que les femmes accouchent super bien.... Je me suis vraiment rendue compte de ce que c'était la physiologie en ayant vu une naissance à domicile. Et là je me suis dit "là on manque quelque chose", j'ai loupé quelque chose. Et ça c'est vraiment la physiologie; je pouvais percevoir ce que je percevais pas avant. ».*

Estelle a aussi été convaincue par la physiologie. Elle constate avoir appris de nombreuses choses depuis qu'elle assiste à des naissances à domicile : *« [...] on n'est pas habituées à ça et à l'école moi j'ai appris les trucs classiques de l'accouchement à l'hôpital hein. [...] Et en fait quand tu vois en vrai un accouchement à domicile ça te convainc, [...] De le voir en vrai et de voir que ça se passe vraiment bien ... ».* Dans son témoignage, elle prend l'exemple du clampage du cordon, ou encore du périnée : *« [...] on m'avait déjà dit que parfois on n'était pas obligée de suturer, mais quand même psychologiquement ça me faisait un truc un peu bizarre, je me disais " mais est-ce que ça se remet vraiment bien quoi ? ". Et en fait ben oui j'ai vu ça se remet vraiment super bien quoi. Donc y'a pleins de trucs comme ça, où j'avais encore des légers doutes, et ça s'est dissipé avec euh ... faut le voir pour le croire quoi ! »*

Pour Amandine, il s'agit de « désapprendre » ce que l'on peut observer à l'hôpital : *« "ben non j'ai jamais travaillé à l'hôpital", et en fin de compte je pense que ça ne sert pas à grand-chose, pour faire le travail qu'on fait parce que [on] m'a toujours dit "il faut désapprendre". Alors c'est sûr, t'aurais une certaine expérience, [...] mais je pense qu'il faut t'enlever beaucoup de peurs après ».*

Pour Rachel, même si le domicile lui semble le plus approprié, elle nuance ce constat. Pour elle, la physiologie est aussi un état d'esprit, qui est en train d'évoluer à l'hôpital : *« Après c'est aussi à l'hôpital qu'elles ont changé les sages-femmes, et le pas après est moins grand à faire. Déjà, le respect, les valeurs, les salles nature. C'est-à-dire que c'est pas grave si elles sont à l'hôpital... Le pas il est tellement énorme à domicile*

parce que c'est pas valorisé ou connu comme dans d'autres pays. [...] A [lieu], on avait une collègue, elle n'avait jamais vu un accouchement physio, t'imagines ? Sans péri, elle connaissait pas. Donc là ça pose un problème. Mais quand même, moi je vois les hôpitaux... j'ai vu l'évolution, que les sages-femmes hospitalières ont changé. Mais au sein de leur structure. [...] Mais ça se contamine déjà par ça. Et c'est déjà important que les femmes puissent bénéficier de ça à l'hôpital. »

c. *Le rôle de la sage-femme : la confiance en le processus de la naissance*

Iris nous explique aussi la qualité de l'accompagnement qu'elle souhaite offrir : pour elle, il s'agit de laisser la femme accoucher par elle-même et lui donner confiance. Le rôle de la sage-femme serait seulement celui d'accompagner et de soutenir. « *on essaie de lui faire comprendre qu'elle n'a pas besoin de nous tu vois, qu'elle sait faire. On est là, on soutient, mais l'idée c'est qu'elle accouche sans que je ne fasse quoi que ce soit, et ça c'est trop important.* ». Ophélie, elle, se sent à l'aise avec cet accompagnement : « *J'ai senti que j'avais confiance en le processus, et que je pouvais donner cette confiance et transmettre cette confiance auprès des femmes. Je sentais que j'avais cette force là je ne sais pas pourquoi ça vient. Mais je sentais que j'avais cette sérénité par rapport au processus de la naissance, qui pouvait aider dans ce moment pour les femmes.* »

Sophie rejoint Iris et Ophélie et va même plus loin. Elle est convaincue que « *la plupart des femmes qui accouchent n'ont pas besoin d'une sage-femme. [...] C'est Odent, il est imbuvable mais c'est bien, ce qu'il dit [RIRES]. Il dit aux gars " allez boire un coup dans la cuisine et on lui fout la paix a la nana". Et en fait je suis pas sûre qu'il ait complètement tort.* » Par la suite, elle décrit ce que devrait être pour elle le rôle d'accompagnement de la sage-femme : « *Aider quelqu'un à accoucher, c'est comme aider ton chat à mettre au monde ses petits. Mais en fait, c'est juste un soutien pour dire aux autres de ne pas rentrer dans la pièce ou pour garder les chiens dehors.* »

Pour elle, il est important de ne pas intervenir quand ce n'est pas vraiment nécessaire : « *On nous demande de vérifier, de se méfier... [Soupirs] Avec tout ça mais on va droit dans le mur. On intervient tellement... Avant qu'on ait prouvé qu'une femme elle sait accoucher toute seule sans qu'on intervienne [...]. Des enfants apprennent à marcher même si tu ne leur mets pas pleins de barrières autour d'eux.* »

d. Accouchement simple et facile

Marie, elle, est attirée par la simplicité de l'accouchement : « *Et puis cette simplicité en fait. C'est ça aussi que j'aime dans l'AAD c'est que ça me semble simple. [...] Et ben en fait on n'a pas besoin de grand-chose on a juste besoin d'être là pour les autres, de partager ensemble et voilà on assure la sécurité évidemment mais notre boulot il n'est pas que là quoi.* » Estelle a été surprise par ce même constat : « *ça m'a convaincue totalement. J'ai vu à quel point c'était facile, à quel point [RIRES] les femmes elles accouchaient bien, à quel point c'était sécuritaire.* ». Elle affirme aussi que l'accouchement peut être une expérience agréable pour la femme : « *C'est aussi revenir à la simplicité d'un accouchement et puis euh.... Et puis à quelque chose qui va pas juste être un « moment à passer ». Ça va être aussi une expérience transcendante pour la femme quoi. Et ça, y'a quand même beaucoup de femmes qui adorent accoucher hein, et on n'en parle pas souvent hein mais y'a des femmes qui sont vraiment heureuses d'accoucher, qui adorent le, le moment parce que c'est intense et que c'est des sensations etc.* ». Chloé rejoint Estelle sur cette idée : « *En fait c'est plus un moment de souffrance, et de traumatisme, et ça devient un moment de bonheur [...]* ». Ophélie parle même d'avoir pu assister à des accouchements orgasmiques.

Gaëlle témoigne à quel point la facilité avec laquelle les femmes accouchent la ressource : « *la plupart du temps ça se passe vraiment bien, et ça c'est hyper gratifiant, et motivant... de voir le pouvoir qu'elles ont, de nous surprendre, ça, ça donne envie de continuer* ».

Mathilde a observé dans sa pratique que de nombreuses choses se déroulaient mieux qu'en maternité. Elle prend comme exemple les allaitements, qui « *cartonnent* », les bébés « *perdent très peu de poids* », n'ont « *pratiquement pas de jaunisse* » et les relations mère/enfant sont « *super facilitées* », elle ne constate « *jamais de dépression* ». Il en est de même pour les saignements post-partum, qui sont réduits selon elle : « *Les saignements, moi j'hallucine, les saignements post-partum tu vois, les femmes elles saignent beaucoup moins longtemps, en beaucoup moins grande quantité, et puis les périnées...* ».

Rachel note aussi une différence entre les accouchements qu'elle a vus au domicile et ceux en maternité : « *Les femmes aussi, elles accouchent bien à la maison,*

franchement, même par rapport à ce que je voyais dans la petite mater physio dans laquelle je bossais ». Pour elle, l'accouchement à domicile a eu une fonction réparatrice sur certaines femmes après expérience difficile : « Moi j'avais eu beaucoup de femmes qui avaient été massacrées à l'hôpital alors après elles voulaient accoucher à la maison. ». Mais le type de population semble évoluer : « Alors que là c'est d'autres patientes, ça veut dire que c'est aussi des femmes qui ont bien accouché à l'hôpital et qui veulent accoucher à la maison parce que c'est naturel ».

2.4 Bienfaits personnels

Les sages-femmes témoignent aussi des bienfaits que l'AAD leur apporte à titre personnel. Pour certaines d'entre elles, il s'agit d'une « véritable aventure émotionnelle ». C'est le cas d'Iris qui exprime : « [...] j'ai choisi de privilégier la relation. [...] moi c'est ça qui me rend heureuse. Quand j'ai fini ma journée de consult', je me dis "whaou c'était génial!", j'ai appris pleins de trucs, j'ai rassuré des gens, j'ai encouragé, j'ai consolé ». Elle semble très passionnée par ce monde de l'AAD : « Tu découvres un monde et après tu ne peux plus le quitter. Et rien que ça pour moi c'est révélateur. [...] Quand tu fais de l'AAD, tu peux pas retourner à l'hôpital, tu souffrirais trop en fait. [...] En fait quand on fait ça, on a une foi vraiment très forte que ce qu'on fait c'est juste, et bien pour la communauté. ».

Marie témoigne aussi en ce sens : « J'ai vraiment senti la différence en deux ans, je me suis vraiment sentie pousser des ailes, m'épanouir et être bien dans ce que je suis et ce que je fais, et ce que je défends. Et je me sens hyper solide avec ça. » Quant à Estelle, elle évoque « la beauté que cela m'apporte. Je suis toujours heureuse quand je rentre d'un accouchement et que ça s'est bien passé et qu'il y avait une certaine fluidité, en fait. »

Mathilde est épanouie professionnellement : « Tu vois quand je suis à la maison, c'est que du plaisir. [...] et c'est le seul endroit où je me sens vraiment juste, où jamais je me suis sentie en porte-à-faux où je fais un truc alors que je pense que c'est mal... [...] ». En rentrant d'un accouchement, Chloé « a des pépites dans les yeux, des étoiles parce qu'on a vu un bébé naître [...]. Les sages-femmes qui traversent ce moment-là, sans structure, sans établissement, bah en fait il y a un petit plus mais voilà [...] quand on revient de la naissance, on est sublimé(e). Et ça c'est pas médical, c'est pas scientifique, mais on a une bulle de bonheur autour de soi, et on pense à ce bébé qui est dans les bras de sa maman, avec les lumières tamisées, comme le couple en avait

envie. ». Pour Amandine c'est « *vraiment une drogue hein d'accompagner ces accouchements. [RIRES] [...] au final, une fois que t'y as goûté tu peux plus t'en passer. »*

C'est ainsi que Louise affirme qu'elle « *apprend aussi énormément de choses grâce aux parents. Souvent, ce sont des gens qui s'informent beaucoup, qui connaissent beaucoup de choses sur la parentalité. J'ai appris à laisser faire une délivrance sans avoir coupé ou clampé le cordon ... »*. Il en va de même pour Mathilde : « *[...] et les femmes m'apprennent beaucoup de choses aussi. J'ai fait pleins de rencontres magnifiques d'hommes et de femmes qui m'ont appris des tas de trucs qui me nourrissent aussi à titre personnel. Donc ça c'est fantastique quoi »*.

Iris voit aussi les choses de cette façon : « *et moi aussi j'ai été enrichie par tout ce qu'on m'a raconté. J'ai appris des choses d'une patiente qui vont me servir pour une autre patiente... Moi je crois que c'est vraiment important pour moi. »*

Rachel trouve que l'accompagnement des AAD est d'une grande diversité : « *Justement, les gens croient qu'on est une secte des écolos mais non, on accouche des médecins, l'avocat, le paysan, le notaire, tout le monde quoi, et ils sont pas marginaux hein. C'est hyper varié. Et c'est aussi ça qui est passionnant. Des fois dans des châteaux, des fois dans des yourtes. C'est varié et c'est ça aussi qui est bien pour nous. On rencontre des gens qu'on ne rencontrerait jamais en dehors je trouve ça excellent»*.

2.5 Valoriser la profession

Il s'agit pour les sages-femmes de mettre en avant l'ensemble de leur savoir. Pour certaines d'entre elles, la pratique libérale « classique » n'exploite pas tout le panel des compétences. Iris précise ce point : « *Aussi, ce qui me motive, c'est de faire mon métier dans sa totalité. [...] ça m'intéresse pas de voir des gens pour une petite partie de mes compétences, alors que normalement mes compétences elles sont beaucoup plus étendues. Et non quoi c'est nul ! Donc je me suis dit : "je suis sage-femme, je sais m'occuper d'une grossesse, d'un accouchement et du post-partum, je vais tout faire, je vais faire du suivi global, voilà. Comme ça je fais tout et je me sens épanouie, toutes mes compétences sont mises en route". C'est trop triste de renoncer à un champ de compétences parce que la société ne nous le permet pas. »*. Marie est du même avis.

Ophélie va plus loin en expliquant qu'elle ne veut pas exercer autrement, quitte à changer de métier : « *J'ai choisi ce métier d'accoucheuse à domicile. [...] Là si tu me*

dis, que je peux plus exercer à domicile, que c'est soit de l'hôpital, soit du libéral sans accouchement, je préfère être prof de français. Je serais mieux à ma place. ».

Ophélie décrit les multiples compétences qu'elle met en œuvre grâce à l'accompagnement global : « [...] je pensais pas que je deviendrais aussi thérapeute quelque part. Parce que finalement, on doit aussi savoir écouter, [...] des fois je me retrouve à faire de la thérapie de couple... [...] travailler sur le plan émotionnel, c'est vraiment important, il faut prendre en compte la globalité de sa personne, son histoire de vie, ses peurs, et tout ça, ça s'apprend. Alors des fois j'adresse à des professionnels, a des thérapeutes, psychothérapies, ostéopathie etc, mais en fait je me rends compte que la sage-femme peut être quelque part un peu de tout ça : un peu ostéopathe, un peu thérapeute. C'est assez vaste. ». Elle ressent cependant le besoin de se former davantage pour répondre pleinement aux besoins des couples.

Parallèlement, pour Iris, la pratique libérale permet aussi d'avoir plus d'autonomie professionnelle, et compare avec la pratique hospitalière : « Et je pense qu'à l'hôpital c'est compliqué parce que forcément t'es obligé de brader un peu de ta liberté, tu peux pas faire autrement. [...] En plus, si tu fais quelque chose de pas protocolaire, et que tu laisses ta salle à une collègue qui prend la relève, ça va pas être cool pour elle. T'es obligée en fait de respecter les protocoles, par respect pour les autres collègues. »

Marie ajoute qu'elle a l'impression de mieux se documenter depuis qu'elle travaille en libéral, grâce à l'autonomie qu'offre cette pratique : « Ce qui me pousse aussi dans ce que fais c'est vraiment l'indépendance et l'autonomie que j'ai. Le fait de réfléchir en permanence [...] on ne dépend pas d'une autorité médicale ou de protocoles ou quoi, ça me pousse vachement à aller chercher mes infos au niveau scientifique, les études, et réfléchir plus qu'avant. Avant j'appliquais ; et ça ne m'allait pas. Et là j'aime tellement ce que je fais et j'ai tellement envie d'accompagner les gens dans leur démarche que je vais vraiment chercher des infos, beaucoup plus. Et du coup c'est intéressant au niveau intellectuel aussi, de pouvoir se former dans cette autonomie. Se remettre en question aussi. »

3. Les freins à la pratique

Les sages-femmes ont ensuite décrit les obstacles qu'elles avaient rencontré au cours de leur pratique des AAD.

3.1 Méconnaissance de l'AAD

a) Une pratique en marge : les relations avec les professionnels

Iris souligne l'aspect énigmatique et inconnu de l'AAD. Elle a pu ressentir à ses débuts le sentiment d'ambivalence qui gravite autour de l'AAD : « *Mais bon, je trouvais ça un petit peu dangereux, enfin ça faisait un peu peur, c'était un peu mystérieux, y'a un petit peu ça... Parce que c'est "hors normes", [...] Personne fait ça, personne connaît, personne n'en parle. On en parle en mal, on dit que c'est dangereux* ».

Du fait que l'Accouchement A domicile n'est pas une pratique courante, Iris comme Gaëlle expriment leur volonté à faire connaître l'AAD, pour ne pas avoir à s'expliquer devant les remarques : « *Mais moi j'ai pas une vocation pour autant à faire un truc clandestin, montré du doigt, et à me faire passer pour une sorcière. [...]* » « *Je trouve que ça serait super important que le monde sache qu'on n'arrive pas les mains vides et qu'on n'est pas inconscientes. Parce que moi j'ai transféré à [Lieu], et je suis arrivée avec mon monito et elle m'a dit : "ah mais vous avez des monito à la maison ?". [...]* *C'est vrai que ça manque vraiment de connaissances, surtout de la part de nos collègues... Je trouve que ça c'est une des choses qu'il faudrait travailler.* »

Estelle ajoute « *C'est le fait de toujours se sentir comme une paria tu vois [RIRES], comme une « folle-dingue », qui fait un truc dangereux et qui met en danger la vie des femmes et des bébés. Alors que nous on sait que c'est pas vrai ...Ben c'est compliqué.* »

L'ensemble des sages-femmes ont fait part des relations complexes qu'elles entretiennent avec les autres professionnels de santé, qu'il s'agisse de sages-femmes hospitalières, libérales, ou encore directement l'Ordre Départemental.

La communication semble difficile, et Iris ne se sent pas toujours à l'aise : « *je sens les regards suspicieux, je sens les remarques déplacées [...].* ». Marie est régulièrement sur le « qui-vive » lorsqu'elle transfère une patiente : « *Tu ne sais pas comment tu vas être accueillie, tu ne sais pas comment les patientes vont être accueillies* ».

Ophélie est déçue de constater que les sages-femmes qui discutent sa pratique se basent principalement sur des aprioris : *« Mais localement, y'a beaucoup d'aprioris sur l'accouchement à domicile, énormément de la part des sages-femmes. En plus ce qui est dingue c'est qu'elles se font une opinion sans venir me voir, sans me poser de questions, sans parler avec moi... [...] Ça, ça me déçoit sur ma profession. »*

Iris va même plus loin en exprimant sa colère face aux réactions du corps médical vis-à-vis de sa pratique des accouchements. Elle leur reproche d'inclure les patientes dans la critique de l'AAD : *« récupérer les patientes qui pleurent parce qu'on leur a dit qu'elles allaient tuer leur enfant quand elles ont fait leur consult. Tu vois, ça, ça me met en colère, vraiment [...] je suis estomaquée ! [...] J'arrive pas à le comprendre, ça me dépasse ».*

Estelle explique que les relations varient en fonction des équipes. Parfois, elle se sent « mise de côté » : *« Je dirais, que dans la plupart des cas, on va pas « mal nous accueillir » mais on va pas nous calculer tu vois. A d'autres moments cependant, le rejet est plus franc : « Donc y'a ça et puis, parfois on se fait vraiment engueuler quoi. »* Lorsqu'elle essaie d'expliquer sa pratique, elle ne se sent pas écoutée : *« t'auras beau leur expliquer vraiment que tu fais les choses sérieusement, que tu respectes un protocole, que tu mets pas les femmes en danger.... Y'a une idéologie derrière qui dit que l'accouchement à domicile c'est dangereux. Et ça, c'est quand même des choses [...] qui sont difficiles à éliminer. »*

Mathilde a déjà reçu des menaces verbales : *« J'ai des médecins en réunion ou autre qui m'ont déjà agressée [...] et là t'as personne qui réagit en fait [...] parce que tu es une sage-femme AAD et que ben oui finalement "t'es coupable, ce que tu fais c'est mal" ».*

Louise aimerait *« que la communication soit plus fluide »* avec ses collègues hospitaliers, pour qu'elle se sente *« sereine quand il faut transférer »* afin d'organiser au mieux le suivi et les transferts et ainsi améliorer la prise en charge de ses patientes, *« pour le bien de la patiente »* ; comme pour Estelle, qui trouverait *« vraiment intéressant de pouvoir discuter et débattre »*, car elle observe que *« les transferts ne se passent pas toujours bien à l'hôpital parce que y'a une vraie incompréhension de la part des sages-femmes hospitalières et des médecins envers nous tu vois ».*

Mathilde a constaté un changement de comportement des sages-femmes à son égard depuis qu'elle est passée d'une « *bonne professionnelle* » hospitalière à une absence totale de communication depuis qu'elle pratique des AAD.

Chloé devient « *stigmatisée, étiquetée* », et ne se sent pas reconnue « *par [la] profession* » et par les « *instances* » des sages-femmes.

Rachel raconte son expérience au Royaume-Uni, en parlant d'une amie sage-femme : « *[Quand] elle transfère à l'hôpital, elle est attendue avec une tasse de thé, parce qu'elle « aura eu peur ». Nous, on nous attend plutôt avec un fusil.* »

Parfois, les sages-femmes se retrouvent face à un refus de soins pour leurs patientes, comme Ophélie qui a déjà eu des difficultés à intégrer le réseau de soins local lorsqu'elle a voulu s'investir, ou encore Louise dont « *la clinique du coin refuse de suivre [ses] patientes, même pour faire des échographies* ». Dans le cas de Sophie, la maternité locale a refusé sa proposition de créer un plateau technique.

Dans l'ensemble, les sages-femmes ont le sentiment d'être peu soutenues par leur Conseil Départemental, comme c'est le cas d'Iris : « *Le Conseil de l'Ordre du Département [...] j'ai toujours l'impression qu'ils sont en train de me surveiller tu vois* ».

Chloé trouve que la situation « *devient [dangereuse] pour la vie professionnelle et personnelle de la sage-femme* », face aux procédures juridiques que ces sages-femmes peuvent rencontrer

Pour Rachel, le fait que l'AAD ne soit pas inclus dans le système de santé devient problématique car elles ont « *trop de monde* » pour trop peu de sages-femmes, et « *il y a plein de femmes qui accouchent toutes seules parce qu'elles n'ont pas de sage-femme à proximité [...] ça peut devenir un problème de santé publique* ».

D'un autre côté, certaines des sages-femmes décrivent une relation plus neutre, et de bonnes expériences lors de transferts. Certaines maternités semblent « *très ouvertes sur l'Accouchement A Domicile* », et permettent même aux sages-femmes de « *rester pour l'accouchement* », comme le témoigne Ophélie. Dans cette situation, les transferts sont plus confortables, et « *agréables* » selon Estelle, qui ajoute : « *ça devrait tout le temps se passer comme ça.* ». Amandine et Rachel apprécient aussi la relation qu'elles arrivent à entretenir avec leurs collègues hospitaliers.

b) La formation sage-femme :

D'un autre côté, quatre sages-femmes nous font part de leur mécontentement au sujet de la formation maïeutique initiale. Sophie expose le refus de son école à aborder le sujet de l'Accouchement A Domicile : « *Premier frein, c'est la formation que j'ai eue à l'école de sages-femmes qui a tout fait pour essayer d'étouffer l'idée qu'on peut accoucher à domicile* » Il en était de même pour Chloé pendant ses études.

Marie propose d'ajouter aux études des stages en accompagnement global, ou à l'étranger : « *Ce qui pourrait faire changer les choses c'est aussi d'en parler en école de sage-femme et inviter les jeunes à aller faire un stage. Soit en maison de naissance soit faire des AAD [...] Et puis inviter les étudiantes à aller faire des stages à l'étranger, parce que ça ouvre l'esprit mais de ouf ! [RIRES]* ». Durant ses études, Louise aurait préféré que la formation ne privilégie pas autant la pratique hospitalière car le libéral est une part de plus en plus importante de la profession, et qu'elle soit plus centrée sur la physiologie : « *Moi ça fait peu de temps que je travaille donc j'ai peu d'expérience, et en formation, grâce à l'APAAD j'ai appris à faire un siège quand la dame est à 4 pattes, à gérer une dystocie des épaules quand une femme est à 4 pattes, et ça on ne l'apprend pas à l'école. La formation est très centrée sur le travail hospitalier, et pourtant y'a de plus en plus de sages-femmes qui partent en libéral. Ça se base aussi beaucoup sur la pathologie, et finalement on ne sait plus vraiment accompagner la physiologie en sortant.* »

Gaëlle a mal vécu ses études car pour elle, la normalité était l'accouchement à domicile : « *C'était très très dur les études du coup parce que du coup tu tombes un peu de haut quand pour toi la normalité c'est ça. [...] C'est ce qui m'a le plus choquée, je crois. L'écoute des femmes et le respect des bébés qui étaient peu présents.* ». Pour elle, il faudrait même se pencher sur la formation des enfants et des adolescents : « *Je trouve qu'il faudrait plus d'éducation au sein de l'école, pendant les études, et même plus jeune, les enfants, les adolescents. Leur montrer que l'accouchement en général ben c'est pas que ce qu'on voit à la télé, les femmes avec les pieds dans les étriers, branchées dans tous les sens et qui poussent en faisant le petit chien quoi. Parce qu'en fait c'est ce que tout le monde connaît, y'a pas d'éducation là-dessus.* ».

c) Manque de législation et de données scientifiques

A plusieurs reprises, les sages-femmes font ressortir le manque de données scientifiques, ce qui participerait à l'exclusion de l'AAD de l'offre de soins. Sophie confirme que « *la recherche manque beaucoup* » et qu'il n'y a « *pas de recommandation sur l'AAD* », comme le dit Estelle. Iris souhaiterait que l'AAD soit mieux « *intégré au niveau des réseaux de santé périnataux* », ainsi que « *Sur le plan de la politique, sur le plan de la santé publique* », car le fait « *que ce ne soit jamais mentionné, quand on fait des statistiques, on va mélanger l'AAD et l'ANA, enfin voilà on s'en fout quoi* ».

Estelle regrette que l'AAD ne soit « *pas proposé dans le parcours de soins* », ni par les sages-femmes, ni par les gynécologues. Pour remédier à cela, Chloé suggère qu'il faudrait que « *la sage-femme qui pratique l'accouchement à domicile puisse avoir des documents officiels, se permettre de discuter avec les professionnels qui ne connaissent pas la naissance à domicile* ».

3.2 Assurance RCP

Toutes les sages-femmes ont abordé la question de l'assurance Responsabilité Civile Professionnelle, mais les réactions sont assez variables.

Gaëlle « *ne se sent pas toujours en sécurité* » quant à l'impossibilité de s'assurer pour les AAD. Marie est quant à elle plus mitigée : « *Le fait de ne pas avoir d'assurance ben c'est clair que c'est quand même assez inconfortable, et à la fois j'ai pas l'impression que ce soit vraiment ce qui me fait peur le plus, enfin ce qui me freine le plus.* »

Sophie explique, après des manifestations en 2002-2003, que beaucoup de sages-femmes « *ont arrêté* » d'accompagner les AAD, et que « *c'était extrêmement compliqué pour d'autres de s'installer* ». De plus, le fait de ne pas avoir d'assurance empêcherait l'intégration de ces sages-femmes : « *c'est ce qui fait aujourd'hui que c'est pas "normal" de proposer des accouchements à domicile* ». Et notamment, pour certaines, le plus inconfortable concerne en grande partie le regard des autres professionnels face à l'absence d'assurance. Louise explique « *on n'a pas de*

crédibilité devant nos collègues » et Iris pense la même chose : « Je dirai que ça me pèse plutôt dans le sens que le regard que les autres professionnels vont me porter ».

Estelle raconte comment et pourquoi les assureurs ont refusé de l'assurer : « *ils m'ont dit "mais de toute façon si vous êtes 80 en France on va pas prendre le risque de vous assurer pour 80 sages-femmes ". Tu vois. En fait c'est pas rentable pour eux. »*

Ophélie, se trouve chanceuse de travailler conjointement dans un autre pays, ce qui lui permet d'avoir une assurance : « *Je suis assez chanceuse d'être du côté [de ce pays]. Parce que j'ai tout, une assurance... Donc je suis beaucoup plus confortable que les sages-femmes françaises. »*

3.3 Environnement de travail

a) Allier travail et vie privée

La charge de travail est un élément qui revient régulièrement dans les témoignages des sages-femmes. Sophie a par exemple dû réorganiser sa vie de famille : « *[...] la famille qui savait qu'à Noël fallait pas m'embêter, j'étais devant ma bûche, toute seule, tranquille [RIRES]. [...] et on partait toujours à deux voitures quand on allait loin. Ça, ça a toujours fait partie du contrat ».*

Iris doit aussi réorganiser son temps de travail afin de prolonger le temps consacré à sa famille : « *On peut quand même souligner la charge de travail. Donc pour la vie privée, c'est difficile. [...] Vu qu'on a trop de demandes, on va arrêter d'aller loin ».*

Pour Ophélie, l'astreinte est une problématique, et allier la vie privée et la charge de travail n'est pas chose facile : « *des freins familiaux et personnels qui m'empêchent de prendre autant de femmes que j'aurais voulu, et c'est une énorme contrainte d'être d'astreinte tout le temps ».* C'est pourquoi Estelle réexplique l'importance « *d'être plusieurs. ».*

Mathilde, par contre, est plutôt attirée par cette spontanéité, et ne semble pas perturbée par la nécessité de s'adapter et de réorganiser son emploi du temps.

b) Travailler seul(e)

Pour Sophie, la difficulté principale est de ne pas avoir « *de collègue pour travailler avec. ».* Marie ressent le besoin de ne pas « *être seule sur les naissances »* car « *c'est une grosse charge et une grosse responsabilité quand il se passe quelque chose qui*

tourne à la pathologie ». De plus, avoir un binôme permettrait de proposer une meilleure prise en charge, car les couples « *ne se reposent pas sur une seule personne* ». Marie, en travaillant toute seule, regrette de ne pas avoir plus de flexibilité au niveau de sa vie personnelle, car elle est « *d'astreinte en permanence* », et Gaëlle a « *la charge de travail de dix sages-femmes ...* ».

Il en découle que, du fait du manque de professionnels proposant ce type d'accompagnement, les sages-femmes AAD se retrouvent à refuser des patientes, comme c'est le cas d'Estelle : « *y'a de plus en plus de demandes, et on n'est pas spécialement plus nombreuses, tu vois. Donc ça c'est vrai que c'est dur aussi de devoir répondre à la demande, de fixer des limites et de savoir dire non. [...] Parce que s'il y avait plus de sages-femmes AAD on ne serait pas obligées de faire ça.* » Iris est attristée de voir que les patientes ne peuvent pas accéder à leur projet lorsqu'elle-même ne peut pas les accompagner : « *ce qui est difficile aussi c'est quand je dois refuser des femmes, [...] je me dis : "mais qui va être là pour elles ?". Ben personne.... C'est insupportable, ce n'est pas normal.* »

c) Autres freins

Iris aimerait que les tarifs soient plus adaptés à la pratique de l'AAD « *parce que actuellement ils sont relativement bas.* ». Ce que Louise trouve pesant c'est que « *les astreintes ne sont pas prises en compte, ni tout le suivi personnalisé* », dans les tarifs.

Pour Chloé, ce qui est compliqué, c'est d'obtenir le matériel nécessaire pour un accouchement à la maison : « *généralement pour obtenir des carnets de santé c'est difficile, les PMI ne veulent pas toujours en fournir, ni les maternités. [...] ensuite le problème c'est aussi l'ocytocine que - normalement - on a le droit de prescrire à la patiente, mais aucune officine de ville ne veut donner l'ocytocine parce que c'est un produit qui est devenu intra-hospitalier strict* ».

II. DISCUSSION

1. Motivations des sages-femmes

1.1 Profil de sages-femmes et découverte des AAD

Il semblerait qu'il n'y ait pas de réel profil type de la sage-femme AAD. Après une reconversion professionnelle ou directement à la suite du baccalauréat, les sages-femmes ont fait leurs études en France ou à l'étranger (Belgique, Suisse). On peut cependant affirmer que l'histoire personnelle, familiale ou professionnelle a eu un impact sur leur décision de pratiquer ce type d'accouchements. En dehors de J.Hontebeyrie, qui en 2013 a étudié le profil socio-démographique des sages-femmes pratiquant l'Accouchement à Domicile, aucune autre étude française ou étrangère ne s'est intéressée au sujet à notre connaissance (46).

Au regard des témoignages recueillis, la pratique des AAD représente une véritable motivation pour les sages-femmes parfois dès le début de leurs études, ou de leur vie professionnelle. Il s'agit même pour certaines d'une ambition plus ancienne et sont entrées dans le parcours de la maïeutique uniquement dans le but d'accompagner les accouchements à domicile. D'autres points de vue démontrent que certaines sages-femmes n'avaient pas envisagé cette pratique au début de leur carrière mais que ce sont les demandes grandissantes des femmes elles-mêmes, désireuses d'accoucher à la maison qui les ont conduites à s'orienter vers cet accompagnement, comme si, peu à peu cette façon d'exercer se présentaient spontanément à elles.

Que l'on prenne en compte l'un ou l'autre des deux points de vue, ce qui émerge c'est cet engouement pour cette pratique qui semble devenir pour elles incontournable.

Ces expériences qu'ont traversé ces sages-femmes ont fait partie tout aussi bien de leur vie intime, de leur vie familiale, que des temps d'apprentissages en école et des rencontres inattendues. A partir de ces expériences, elles ont alors fait évoluer leur pratique et construit leur identité professionnelle en choisissant d'accompagner les Accouchements A Domicile.

Lorsqu'on lit ces témoignages, on voit combien ces sages-femmes portent au travers et au-delà l'exercice de leur profession, ce désir de libre choix des femmes devant la société. C'est en cela qu'elles se revendiquent à la fois féministes et militantes, la force

de leurs convictions en rapport avec le droit des femmes à disposer de leur corps et d'avoir la possibilité de choisir se développant au fur et à mesure qu'elles exercent leur métier. Aucune étude à ce jour ne semble avoir été réalisée sur les sages-femmes militantes et féministes à notre connaissance.

1.2 Bienfaits apportés aux couples

a) Augmentation de la demande et motivations des couples

Les sages-femmes interrogées témoignent toutes de l'augmentation de la demande des couples quant à l'AAD. En 2018, l'APAAD a répertorié 1347 femmes suivies pour un AAD et 1298 en 2019, soit environ 0,17% des naissances mais il y aurait en réalité au moins 2000 naissances par an, soit 0,25% des naissances françaises. Ce rapport de l'APAAD ne se fiant qu'aux données des sages-femmes volontaires pour apparaître dans l'étude, il est impossible d'en conclure à une tendance particulière quant à la demande (23) (38) (47).

Néanmoins, l'APAAD a réalisé une étude en coopération avec le pôle Omnibus IFOP sur les attentes des françaises sur l'AAD. La présidente de l'APAAD déclare ici qu'il est très fréquent pour ces sages-femmes de refuser des demandes d'accompagnement pour un AAD, c'est pourquoi il est difficile de connaître réellement la teneur de la demande. L'objet de l'étude était de mesurer le taux de femmes qui souhaiteraient accoucher à domicile si elles en avaient la possibilité. Les résultats montrent que sur les 1062 femmes interrogées, 36% des femmes âgées de 18 à 45 ans souhaiteraient « plutôt » (19%) ou « tout à fait » (17%) accoucher à domicile si elles le pouvaient (48) (49).

L'Ordre des sages-femmes affirme que « les femmes ont le droit de formuler des choix, quels qu'ils soient, pour la prise en charge de leur grossesse et de leur accouchement » (45) et rappelle l'article R-1427-306 du code de la santé publique selon lequel « 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 » (50). C'est ce sur quoi s'appuie l'APAAD pour expliquer leur activité en répondant à cette demande croissante (51).

Depuis quelques années, une volonté des futurs parents de reconquérir une part de contrôle sur les décisions concernant la naissance de leur enfant s'affirme. Selon certaines associations de la naissance dont le CIANE, la possibilité de choisir son lieu de naissance est remise en question par différents obstacles, qui empêcheraient la véritable prise de décision du couple (52) (53).

Le rapport de 2018 de l'APAAD donne le nombre de 88 sages-femmes AAD françaises et seulement 65 sages-femmes en 2019. Cette faible proportion de sages-femmes (0,38%) renforcée par leur répartition inégale sur le territoire ne permettrait pas de proposer à toutes les femmes à bas risque de façon égalitaire ce projet de naissance. Les couples qui n'ont pas la possibilité d'accoucher à domicile à défaut d'avoir une sage-femme se dirigent parfois par défaut vers un « enfantement libre », vers le plateau technique ou la maison de naissance, ou encore la maternité. Cependant, ces autres options ne correspondent pas réellement à leur projet initial qu'est d'accoucher à leur domicile (23) (38).

La récente fermeture des maternités de proximité serait un frein au bon fonctionnement de l'AAD. L'association explique que la possibilité et la sécurité d'un accouchement au domicile dépendent en partie du temps de transfert jusqu'à la maternité la plus proche. Or, la fermeture de ces maternités limiterait donc cette possibilité, car elle réduirait le nombre d'établissements accessibles pour un transfert en augmentant les distances entre les domiciles et l'hôpital. Par ailleurs, les sages-femmes, organisées dans leur réseau de santé local, qui avaient pu établir des liens avec la maternité victime d'une fermeture voient leur organisation modifiée (26).

Si l'on met en parallèle les deux études (les rapports de l'APAAD de 2018 et 2019, et le sondage IFOP), on peut observer une nette différence entre l'offre (0,25% des naissances) et la demande (autour 36%). Il serait intéressant de relever le nombre de demandes refusées auprès de toutes les sages-femmes AAD françaises, ainsi qu'auprès des femmes qui se sont vues refuser cet accompagnement faute de sages-femmes géographiquement proches ou disponibles.

La motivation des parents d'accoucher au domicile selon les sages-femmes interrogées trouverait sa source dans plusieurs situations : elle partirait soit du désir de réaliser un projet de naissance en accord avec leurs valeurs ou leurs idéaux, tout en étant accompagné par un professionnel connu, soit parce que dans ces familles cette pratique existait déjà et avait fait ses preuves. Ce constat s'est renforcé avec l'effet COVID qui

aurait accentué les demandes. Lors de l'épidémie débutée au printemps 2020, et face aux difficultés rencontrées pour accéder sereinement au cadre médical, certains couples auraient choisi d'adhérer spontanément à l'AAD parce que l'idée était déjà à maturation, soit par crainte de la pandémie et de la prise en charge particulière qu'elle pouvait impliquer, voire les deux. Malgré tout, l'idée de ces sages-femmes est d'accéder au choix des couples, afin de les préparer et de les accompagner au mieux à la parentalité au sens large. Or, dans une étude réalisée aux Etats-Unis, une grande part des femmes interrogées ont exprimé que leur choix initial d'accoucher à l'hôpital ne provenait pas d'une réflexion personnelle mais parce qu'on leur avait présenté l'hôpital comme le seul choix disponible, et les informations sur d'autres lieux d'accouchement ne leur étaient pas données (37) (54) (55).

Dans cette Thèse, qui a étudié les motivations de couples ayant eu un projet d'accouchement à domicile, l'auteure parle d'une réelle « culture de la nature », et les femmes interrogées craignent « l'intrusion du corps médical ». La décision d'accoucher « le plus naturellement possible », étant vu par l'équipe médicale comme quelque chose de « fou », et l'accompagnement humain de qualité recherché dans ce type d'accouchement n'est pas toujours proposé en maternité (56).

b) Bénéfices apportés aux couples selon les sages-femmes

La lecture de tous ces témoignages nous permet d'avancer l'idée selon laquelle l'accouchement à domicile s'accompagnerait de nombreux avantages intéressants et durables au sein de la cellule familiale, au regard de l'entité « famille » et de tous ses membres en y incluant le bébé qui arrive. Ces éléments feraient en partie le lien avec les motivations des couples qui accouchent à leur domicile.

Dans un premier temps, ces sages-femmes affirment que le vécu positif de l'accouchement aurait son importance pour l'évolution de l'humanité dans sa globalité, ainsi qu'un intérêt réel de santé publique. L'AAD engloberait bien davantage que la seule diminution de la morbidité « immédiate » (57).

C'est ce qu'Anne-Marie Dessureault explique au travers de son étude réalisée au Québec (58). Actuellement le choix de la parturiente n'est donc pas entièrement possible, et malgré tout, l'auteure poursuit que, pour diminuer l'impact que le stress peut avoir sur la douleur, le domicile serait le plus adapté pour accoucher.

De même, au travers d'une étude australienne, il a été mis en évidence que les femmes ont le besoin d'« être actrice de leur accouchement », et il est démontré que le sentiment d'être « en contrôle de ses choix » est un facteur important pour qu'elles perçoivent leur expérience de naissance comme satisfaisante et positive ®. Il s'agit d'un autre avantage relevé dans les témoignages qui tient du fait qu'un accouchement bien vécu aurait une fonction réparatrice et donnerait une confiance particulière aux femmes, en leur laissant le contrôle.

A contrario, l'impact psychologique suite à un accouchement traumatisant ne semble pas anodin. Le vécu de l'accouchement serait intimement lié au risque de dépression post-partum voir même de stress post-traumatique. Certaines femmes avouent encore avec le recul, en avoir été victimes (59).

Parmi quelques témoignages retenus par l'APAAD, une d'entre elles raconte d'une façon saisissante : « *Mais je me suis sentie émotionnellement et psychologiquement vidée à long terme... Une partie invisible m'a été arrachée. De ce moment de vulnérabilité le sentiment d'avoir été déshumanisée m'a poursuivi avec de la culpabilité et de l'incompréhension pendant longtemps.* » (60)

C'est ce sur quoi Anne-Marie Dessureault s'appuie lorsqu'elle parle de l'accouchement que vivent certaines femmes en maternité : « En second lieu, le fait de remettre le déroulement de l'accouchement entre les mains d'experts médicaux enlève à la femme son sentiment de contrôle et de compétence. ». Elle rappelle l'importance de l'« empowerment », c'est-à-dire de la prise de contrôle sur ses propres choix, l'accouchement étant un « défi de taille ».

Malgré une volonté de répondre à une demande de plus en plus forte d'accouchement dits « physiologiques » en maternités, il s'agit de respecter les normes de l'établissement, et donc d'une collectivité, afin que les pratiques soient uniformisées. Comme le dit France Larendeau, « Accoucher à l'hôpital demande d'accepter de se soumettre aux traitements standards imposés par l'institution ».

Devenir plus autonome en tant que couple et dans la construction d'une famille est un autre aspect bénéfique à relever. Le désir de faire ses propres choix, et de se permettre de vivre une expérience « responsabilisante » et « valorisante » après avoir vécu un accouchement plus « passif » à l'hôpital fait partie des motivations de ces femmes qui choisissent d'accoucher chez elles. (54)

En effet, avec l'apparition de la contraception et la diminution de la mortalité infantile, la grossesse devient un souhait de la part du couple et la naissance une dimension familiale à part entière. Progressivement, l'environnement dans lequel un couple accueille la naissance de son enfant se personnalise et s'enrichit de sa dimension familiale. Dans l'AAD, la mesure médicale de la naissance se voit déportée en second plan de l'évènement, se faisant à la fois discrète, et rassurante par la présence de l'expertise de la sage-femme. Ce partenariat entre la dimension « cocon familial » et la part médicale de la naissance semble se développer de plus en plus, et devient aussi l'objectif des structures telles que les maisons de naissances. L'expérimentation en France, en réponse à une forte demande de la population, fleurit depuis 2015 et dévoile une satisfaction générale des couples (61) (62).

D'autre part, après l'accouchement et grâce au cocktail hormonal qui l'accompagne, le lien mère-enfant (« bonding ») se crée instinctivement représente un autre avantage. Un milieu rassurant et sécurisant pour la mère et le nouveau-né favorise l'établissement de ce lien (63).

Ce lien entre le vécu de l'accouchement et les relations précoces mère/enfant se révèle. Il semble qu'un fort sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail et un vécu positif de l'accouchement soient associés à de meilleures relations précoces entre la mère et son nouveau-né (64).

Enfin, on parle peu de l'impact de l'accouchement sur le père qui est parfois mis à l'écart. Cependant, « s'il n'est pas le principal acteur de la naissance de son enfant, il est d'autant plus à risque de se sentir impuissant et incompetent à aider sa conjointe pendant qu'elle souffre. Pourtant, il est émotionnellement très engagé dans la situation par un lien affectif avec la mère et le bébé à naître » (58). Or, selon les sages-femmes, le lieu qui semble le plus approprié pour que le père trouve sa place et s'adapte au mieux dans la composition de la triade père-mère-enfant est le domicile.

Les sages-femmes interrogées témoignent du retour très positif des femmes après un accouchement à domicile, même en cas de transfert vers un centre hospitalier. Néanmoins, aucune étude à ce jour n'a comparé le vécu d'un accouchement à domicile et son implication dans le lien parents/enfant avec celui d'un accouchement en maternité, et il serait intéressant d'étudier ces aspects.

Le principal objectif pour ces sages-femmes est donc de pouvoir répondre au mieux aux besoins des parents, par l'accompagnement global qu'elles proposent, ce

qui est aussi l'objet des plateaux techniques et des maisons de naissances. En effet, ce type d'accompagnement confère une sécurité émotionnelle, psychologique et médicale accessible grâce à la présence d'un soignant référent avec lequel une relation privilégiée s'installe. Même si l'aspect professionnel est préservé, c'est sans doute parce que ces relations trouvent leur source dans l'intime. Il en ressort d'ailleurs plusieurs points positifs, comme l'établissement d'une confiance mutuelle qui peut apporter un bien-être supplémentaire étendu à la famille et davantage de fluidité dans la manière d'appréhender la grossesse, l'accouchement, et le post-partum : « la sage-femme est une source familière et réconfortante de soutien pour le couple puisqu'elle l'accompagne bien avant la naissance et a créé une relation de confiance ». (AMD)

La relation de la sage-femme française avec les patientes reste encore très hiérarchisée, et très médicale, alors que les sages-femmes allemandes ou « Hebamme » par exemple (qui ne font pas partie des professions médicales), ont une relation plus soudée et plus intime (65).

A l'inverse, une étude australienne démontre que les interactions de mauvaise qualité avec les professionnels de santé ont été identifiées comme un facteur de risque majeur pour les femmes qui déclarent avoir été traumatisées par leur accouchement (66).

Depuis le classement des établissements par type (I, II et III), en 1998, les fermetures des maternités ont surtout touché les établissements les moins techniques, destinés aux accouchements à bas risque et les plus petites maternités (moins de 500 accouchements par an), par une volonté de techniciser les maternités. Depuis les années 1970, les maternités sont trois fois moins nombreuses pour un nombre de naissances équivalent. Les sages-femmes se voient donc accompagner plusieurs femmes par gardes, et par défaut n'ont pas le temps nécessaire à accorder aux parturientes pour proposer un accompagnement et une présence adaptés (67). Les effectifs très bas en 2021 dans les maternités inquiète même l'Ordre des Sages-Femmes (68).

Or, plus la taille de la maternité est importante, moins les femmes sont satisfaites du suivi, ce qui est encore plus vrai pour les femmes qui accouchent sans péridurale. Or, n'est pas inconnu que ces dernières nécessitent une attention et une présence particulière que ne peut pas toujours fournir une sage-femme en maternité, au vu de l'augmentation du nombre de naissances par maternité (37). Cela fait pourtant une grande partie des revendications des sages-femmes lors des grèves du printemps 2021 : l'attribution d'une sage-femme référente au suivi des femmes enceintes, l'adaptation

les effectifs en maternité aux nouvelles demandes d'accompagnement des couples, et la reconnaissance de l'accompagnement global (69). Un autre mouvement, celui d'« une femme, une sage-femme » voit le jour aussi en 2021, lancé par une sage-femme rapportant avoir elle-même provoqué des violences obstétricales ®, dû au manque d'effectif dans sa maternité (70).

Cette démarche qui consiste à désigner une sage-femme par parturiente a montré son intérêt (plus d'accouchement spontanés par voie basse, un meilleur vécu de leur grossesse et de leur accouchement, moins d'analgésie péridurale, des travaux plus courts, une plus faible morbidité néonatale...), et c'est même la norme au Royaume-Uni (71).

La suggestion des sages-femmes est donc de les laisser proposer aux couples l'éventail des possibilités : le domicile, la maison de naissance, le plateau technique, l'accouchement en maternité « classique » jusqu'à la césarienne itérative, tant que le couple a pu être informé des bénéfices et des risques qui caractérisent chaque alternative. On peut dire qu'il existerait un besoin qui n'est actuellement pas comblé par le réseau de santé et ces sages-femmes aimeraient y remédier.

Une étude sur le vécu de la maternité a été lancée en 2020 par le CIANE (72).

1.3 Physiologie

a) Les différents points de vue sur la physiologie

Cette volonté d'accoucher en extrahospitalier révèle-t-il un fossé entre les deux approches ? Pour certains, quelque intervention que ce soit peut bousculer la physiologie d'un accouchement, et de respecter la physiologie signifie de n'avoir aucune action extérieure sur la femme qui accouche. Pour d'autres, les interventions « mineures » font encore partie de la physiologie. Où se situent alors réellement les limites de la « physiologie » ?

Le domicile, le lieu de prédilection pour la physiologie ?

La physiologie de l'accouchement représente un élément clé pour ces professionnelles, sans doute parce qu'il permettrait selon elles d'arriver à quelque chose qui soit le plus simple possible, proche de ce qui est « naturel ». Pour que puisse se réaliser un accouchement physiologique, les meilleures conditions possibles semblent être de pouvoir accoucher dans son propre environnement. « Des accouchements faciles » :

voici ce qu'ont témoigné à plusieurs reprises ces sages-femmes lors des entretiens à quelques nuances près. Des accouchements dits « faciles » en comparaison de leur expérience en maternité, car de nombreux aspects seraient plus aisés à la maison : pas de nécessité de changer de lieu, avoir le confort de son propre environnement, de son propre « désordre », l'intimité, l'obscurité, boire et manger à sa guise (73). Autant d'aspects favorables à un accouchement « naturel ». Il en résulterait un confort appréciable pour toute la famille.

D'autre part, faire confiance à la femme qui accouche représente le pilier d'un accompagnement respectueux pour ces sages-femmes, elles reconnaissent que l'accompagnement des AAD a fait évoluer leurs pratiques et leurs apprentissages initiaux. Ainsi elles vont chercher à enclencher cette confiance ou la renforcer chez la femme dans leur accompagnement. Pour elles, les femmes savent faire, cela les rapproche de leur nature-même, c'est une transmission avec une dimension plus instinctive. Elles vont parfois jusqu'à réfléchir à la nécessité de leur présence lors de certains accouchements, si l'aspect « médical » n'entraîne pas en jeu (73).

Un professionnel de santé qui connaît le couple, les envies, les besoins, les caractères semble être le mieux placé pour respecter leurs besoins et la physiologie. La sage-femme accompagnante sait où et quand agir, sait s'adapter aux couples. C'est ce que mettent en avant les sages-femmes lorsqu'elles parlent de la relation qui se crée avec le couple, qui serait notamment une des particularités de l'accompagnement global : savoir s'adapter au couple afin de pouvoir déceler et anticiper les difficultés plus sereinement, plus rapidement ; ainsi que pour gérer la douleur et « [contrôler] le stress ». Pour Michel Odent, fervent défenseur de la physiologie, « la sage-femme expérimentée n'a pas besoin de perturber l'intimité de la future mère. [...] En suivant à l'oreille le déroulement de l'accouchement, elles en apprennent plus qu'en utilisant le doigt. » Pour lui, la sage-femme devrait se trouver dans un coin de la pièce à « tricoter » et la seule intervention serait d'écouter le cœur du fœtus. La sage-femme est alors la « protectrice » de la femme qui accouche.

Les sages-femmes parlent aussi de « la liberté » qu'offre le domicile, et notamment celle de choisir à sa guise les positions d'accouchements, et notamment verticales, les plus « physiologiques » pour la femme, mais les moins « pratiques » pour les professionnels de la naissance, donc moins utilisées en milieu hospitalier (74).

Il n'est pas inconnu que l'intimité est un des aspects indispensables pour respecter la physiologie de l'accouchement ® (M Odent Le bébé est un mammifère). Or, « l'intime s'exprime pleinement lorsque l'on peut se dérober au regard des autres, lorsque l'on peut constituer autour de soi un territoire exclusivement personnel. » (75)

Les cris, les sons, le besoin de se mettre nue et « à nu » semble visiblement plus difficile lorsque la femme se trouve dans un environnement hospitalier, qui se rapproche finalement d'un « espace public ». L'humain est un être social mais il doit se permettre de se réfugier dans son environnement « intime » afin de se protéger de l'extérieur. L'accouchement, comme la sexualité, événements souvent mis en parallèle (M Odent), sont des étapes très intimes de la vie de la femme et de l'homme, qui nécessitent un « cocon d'intimité » : « l'habitation se développe dans un climat affectif qu'il faut protéger contre toute intrusion. [...] c'est parce que les murs, les objets nous enveloppent que l'on peut se laisser aller aux activités les plus secrètes » (75). Or, « La longueur d'un accouchement est proportionnelle au nombre de personnes alentour ».

M. Odent insiste sur cette particularité que la femme doit pouvoir « se familiariser avec le lieu de naissance, l'aider à s'y sentir chez soi », et pas simplement en faisant « une visite guidée », comme elle est singulièrement proposée par les maternités. Il serait intéressant de prendre en compte ces mots et de les appliquer aux maisons de naissance, et aux salles d'accouchement des maternités en incitant les parents à emmener des objets de leur quotidien, pour se familiariser avec le lieu. (73)

Cependant, cela ne correspondrait probablement pas à toutes les femmes car le choix d'accoucher à son domicile ne se limite pas uniquement aux objets qui le constituent, car « les revendications des femmes qui voulaient humaniser l'accouchement vont beaucoup plus loin que les quelques aménagements du contexte hospitalier qu'on leur a proposés : elles veulent contrôler leurs accouchements, le lieu, le rythme, l'atmosphère ; elles veulent décider quelles personnes seront présentes et les assisteront ». (73)

C'est à partir de ces réflexions que l'on peut élargir la prise en compte des éléments multiples et complexes qui composent un accouchement.

Même si on assiste depuis quelques années à une diminution des actes et interventions médicales en maternité et qu'il est d'actualité que l'on essaie de tendre vers un modèle plus respectueux et plus physiologique de la naissance, qu'en est-il réellement du respect de la physiologie ? (76). Dans les recommandations de l'HAS concernant

l'accouchement physiologique de 2017, « les modalités de prise en charge de l'accouchement normal respectent le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement ». Or, les actions telles que l'amniotomie, l'administration préventive d'ocytocine au 3^e stade du travail, l'usage d'antibiotiques et la pose d'une voie veineuse sont des « interventions incluses dans un accompagnement de la physiologie ». Les enjeux de ces recommandations s'appuyaient sur plusieurs objectifs : répondre à la demande des femmes qui réclamaient moins de médicalisation et davantage de respect du déroulement spontané de l'accouchement, ou encore éviter un gaspillage de moyens ainsi qu'un risque iatrogène de la surmédicalisation et du sur traitement, et enfin apporter aux femmes une information claire et loyale leur permettant de choisir les modalités d'accouchement qui leur conviennent ». (77)

D'après le rapport Périnatal de 2016, on assiste par exemple à une diminution de l'utilisation de l'ocytocine au cours du travail, mais le taux reste sensiblement élevé, proche de 53%. Il en va de même pour la position adoptée par la parturiente lors de l'accouchement : la part des femmes en décubitus dorsal lors de l'expulsion est de l'ordre de 95% (37) alors qu'il est prouvé que les positions verticales favorisent une expulsion eutocique (78) (79). A l'opposé, le NICE conseille de dissuader les femmes de rester en décubitus dorsal lors du 2^e stade du travail, et de trouver n'importe quelle autre position que celle-ci (12).

D'autre part, même si on constate une augmentation du recours aux méthodes non médicamenteuses pour gérer la douleur pendant le travail on relève néanmoins une augmentation du recours à l'anesthésie péridurale (APD). On peut s'interroger sur la nature de cette augmentation : proviennent-elles des demandes des patientes ou d'une augmentation des déclarations de la part des sages-femmes, ou encore les méthodes sont-elles utilisées à bon escient ? Parmi les femmes qui ne souhaitaient pas avoir recours à l'APD, 12% n'étaient pas satisfaites de la méthode alternative utilisée (37).

« 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 » (80). C'est ainsi que les deux visions s'opposent : l'une estimant le bas risque par l'état physiologique à priori de la

parturiente, l'autre ne pouvant confirmer l'état physiologique qu'à postériori de la naissance (81).

Toutes ces constatations davantage d'ordre technique sur le caractère physiologique de l'accouchement, se trouvent renforcées par l'aspect plus humain et sensible de l'accouchement.

b) Sécurité affective ou sécurité médicale ?

Il existe autant de conceptions et de valeurs autour de la naissance qu'il existe de femmes. D'après Roselyne Roth-Hailotte, « face à ces demandes contrastées, le discours des uns traduit de façon objective l'équivalence du "savoir-faire institutionnel" codifié, et celui des autres de façon plus subjective, la "demande émotionnelle" » (82).

La sécurité médicale :

Parfois aux dépens d'une prise en charge individuelle globale, émotionnelle et psychologique des couples, et dans le but d'améliorer les résultats de santé publique au travers d'une technicisation des maternités, l'impératif sociétal et médical de maîtriser les risques de la naissance et de la grossesse prime. Cette démarche a d'ailleurs permis d'obtenir des chiffres relativement intéressants de morbi-mortalité périnatale (61). Or, la relation de chacun face à la sécurité de la naissance diffère de par la culture et l'éducation individuelle des personnes. Chez certaines femmes, la sécurité optimale s'exerce dans une structure hospitalière, entourée de tout l'attirail technologique disponible de nos jours, et c'est aussi l'avis de nombreux professionnels de santé. En effet, le corps médical soutient que les interventions réalisées sont nécessaires à la sécurité de la parturiente et de son enfant : « les impératifs de l'obstétrique moderne sont nombreux : réduire les traumatismes obstétricaux, garantir le bien-être fœtal et néonatal, atténuer les douleurs de l'accouchement ; ils contribuent au recours à de multiples techniques et appareils médicaux, à la prise de médicaments voire de drogues. » (83)

Le rapport à la sécurité, la vie et la mort, la peur et la douleur provient notamment de la société dans laquelle nous évoluons, et ses avancées technologiques. Anne Marie Dessureault évoque d'ailleurs que « la peur de la douleur et de l'incontrôlable s'inscrit

dans une société de consommation où tout se règle rapidement et où souffrir est inacceptable ». (58)

A cela s'ajoute un nouveau rapport à l'enfant, et donc à sa sécurité, comme l'illustre Denis Mellier : « *Le sujet en situation " d'être bébé " se trouve assigné à une place où il doit être parfait sous peine de n'être plus reconnu et de décevoir toutes les illusions qu'il doit offrir aux adultes. Si, de tout temps, cela a existé, nous assistons actuellement à de nouvelles formes de cette attente* ». (84)

Le professeur Israël NISAND illustre cette vision en évoquant la difficulté d' « assumer un accident grave » au domicile aujourd'hui alors qu'une « sécurité » est offerte à l'hôpital (85). France Laurendeau le rejoint en constatant que les progrès de la science sont là pour garantir une sécurité assurée et que l'on ne peut envisager de remettre ce postulat en question en accouchant à la maison, « quand les progrès scientifiques ont permis l'effondrement de cette mortalité depuis quelques décennies » (86).

De nombreuses femmes souhaitent en effet se sentir protégées et rassurées, et ressentent le besoin d'être prises en charge par les professionnels de la périnatalité et des avancées médicales qui les accompagnent, en lesquels elles ont une extrême confiance. Être actrice de leur naissance n'a pas la même définition que celle des femmes qui souhaitent un accouchement « naturel ». Ceci peut s'illustrer par exemple par le pourcentage de péridurales important : 83% en France, alors qu'il est de 7 à 20% aux Pays-Bas (87).

Pour Michel Odent, la société « n'est pas encore prête » pour cette nouvelle vision de la naissance dans la mesure où « on ne peut pas du jour au lendemain remplacer l'obstétrique – une discipline qui a pour priorité de contrôler l'accouchement – par une attitude radicalement nouvelle dont la priorité serait l'accouchement aussi facile que possible » (73).

A la recherche d'une sécurité émotionnelle :

Pour d'autres, la sécurité est représentée dans le soutien respectueux de la globalité de la femme et du couple, et une prise en charge dite « plus humaine » et centrée sur l'équilibre émotionnel.

A l'écoute des témoignages, les sages-femmes présentent le fossé qui sépare la vision d'une sécurité « médicale » de celle d'une sécurité « affective ».

C'est d'ailleurs ce qu'ont remarqué quelques sages-femmes dans leur expérience des accouchements à domicile en comparant avec leur expérience étudiante et/ou hospitalière. Les sages-femmes, comme Sophie, expriment l'envie de faire évoluer et d'améliorer la qualité de vie des femmes et des familles dans un sens plus global, en prenant en compte l'aspect psychologique et émotionnel de ses femmes au même titre que l'aspect physique. (88)

De même, une étude Australienne s'est intéressée aux motivations des couples d'avoir un « enfantement libre », c'est-à-dire à domicile sans être accompagnées par un professionnel de santé, qui ont exprimé leur interprétation de la sécurité par les aspects physiques, émotionnel, social, spirituel, culturel et psychologique en les situant sur le même plan (66).

Cette vision de la sécurité se confronte visiblement avec le modèle hospitalier qui met en corrélation la « santé physique pure » et la notion de sécurité. Le NICE a une approche un peu différente en recommandant de « s'attarder sur la femme plutôt que sur la technologie ou la documentation ». (12)

Pour certaines femmes, le vécu de leur grossesse et de leur accouchement a une telle influence sur leur développement futur et celui de leur enfant à naître qu'elles accordent une importance extrême à l'aspect psychologique et émotionnel autour de la naissance car « de nos jours, la femme est pourtant reléguée au second plan lorsque le principal souci du médecin est de produire un bébé en parfaite santé, peu importe la façon d'y arriver. Certaines femmes se sentent dépossédées de leur corps et ont l'impression d'être simplement une « enveloppe », comme elles décrivent elles-mêmes leur expérience de maternité. » (58)

Malgré la tendance à médicaliser l'accouchement, on assiste parallèlement à ce qu'on a appelé « l'humanisation des soins en obstétrique ». Dans son mémoire de fin d'études de sage-femme, AC. Durnerin expose clairement le conflit existant entre le besoin de « sécurité médicale », apportée par la technicisation des naissances, et la confiance en la physiologie de la grossesse et de l'accouchement. Cependant, comment rendre compatibles à la fois le respect total du choix familial et la sécurisation anticipatrice de la naissance ? (89)

1.4 Bénéfices personnels

Hormis cet aspect particulier et intime, les sages-femmes évoquent dans leurs témoignages combien elles apprennent des relations dans le couple en général, sur la gestion de la famille, la parentalité et combien l'interaction entre parents et sage-femme permet à cette dernière de construire à la fois son chemin personnel et professionnel.

Cet aspect est primordial dans la double construction de la profession et la manière dont elle évolue. En effet, le mot clé est ici l'épanouissement, toutes l'expriment, il est à la fois personnel et professionnel, elles dressent un bilan très positif de cette pratique qui les rend plus fortes. C'est aussi une véritable aventure émotionnelle, qui ouvre sur l'utilisation des gestes ainsi que la posture professionnelle, qui s'affirme et se sculpte au fur et à mesure de l'expérience vécue.

Selon elles, il s'agit d'une véritable construction de la personnalité professionnelle comme personnelle (90).

1.5 Valoriser la profession

Les compétences des sages-femmes s'étendent sur un champ large qui n'englobe pas seulement le champ purement médical, et selon elles, ces savoirs se développent aussi bien en tant que savoir-faire qu'en tant que savoir-être. La prise en charge d'un couple dans le cadre d'un suivi de grossesse par exemple, conduit la sage-femme libérale à enrichir ses compétences bien au-delà du simple accompagnement médical, il s'agit réellement d'une prise en charge globale, à tous points de vue, médical certes mais aussi intellectuel (en apportant des connaissances aux parents et en leur permettant une réflexion personnelle), d'ordre psychologique aussi, certaines revêtent divers manteaux. Elles accompagnent plus largement la parentalité, voire jusqu'au développement de l'enfant. Ces témoignages montrent comment toutes ces compétences se déploient et font que les sages-femmes deviennent alors une personne ressource autour de la famille au sens large.

Les Sages-femmes AAD auraient une vision différente du rôle de leur métier, ce qui a participé à un changement de leur identité professionnelle. Elles révèlent une volonté d'engagement auprès des droits des femmes et de leur autonomie en tant que professionnelles (88) (91) (92).

2. Les freins à la pratique

2.1 Méconnaissance de l'AAD et relations interprofessionnelles

a) Une pratique en marge ?

Aujourd'hui on constate que les professionnels de santé ne sont que très peu informés de l'organisation, des bénéfices et des risques de l'AAD, malgré les études étrangères multiples. Ce type d'accompagnement n'est qu'exceptionnellement proposé aux femmes à bas risque comme une solution envisageable pour donner naissance à leur enfant. Il en résulte ainsi une méconnaissance de la population et du personnel de la périnatalité. La demande vient des couples ou des parturientes qui s'informent individuellement sur la pratique des AAD, par le « bouche à oreilles » ou les réseaux sociaux.

Ce constat, évoqué dans les interviews des sages-femmes, produit des effets néfastes sur la profession des sages-femmes le pratiquant, elles sont alors mal perçues et ces sages-femmes se sentent parfois mal à l'aise pour exercer leur profession. C'est le manque de pratique de l'AAD qui entraîne ce point de vue.

b) La formation sage-femme

Certaines sages-femmes font remarquer que la formation initiale ne permet pas toujours d'ouvrir sur ces pratiques à domicile, et se concentrent essentiellement sur la pratique de la sage-femme hospitalière, alors que la sage-femme libérale prend à présent de plus en plus de place dans le paysage de la maïeutique et l'accouchement en général.

Les étudiants n'ont pas toujours accès à tout le panel possible de pratiques pendant leurs études, encourageant ainsi une pratique en hôpital « traditionnelle ». Toutes les informations nécessaires pour effectuer un choix véritable d'orientation professionnelle ne leur sont pas forcément présentées, alors que les compétences des sages-femmes s'élargissent (93).

Selon la DREES « Les sages-femmes exercent majoritairement à l'hôpital : c'est le cas de six professionnelles sur dix [...]. Pourtant, sur la période, cette part tend à diminuer au profit des activités libérales. En 2012, 73 % des sages-femmes exerçaient exclusivement à l'hôpital et 20 % avaient une activité libérale (cumulée ou non à une

activité salariée) [...]. En 2021, seules 59 % d'entre elles exercent exclusivement à l'hôpital et 34 % ont une activité libérale » (94).

Enfin, face aux différents constats relevés auprès des sages-femmes au sujet de la formation, qu'elles décrivent comme centrée sur la pratique hospitalière, on peut en conclure que celles qui accompagnent les AAD sont quasi autodidactes. En regardant le programme national de la formation en sciences maïeutique on observe que la pathologie et la pratique hospitalière occupent une place majeure, et dominante sur l'enseignement de la physiologie de l'accouchement (95).

c) Des relations interprofessionnelles complexes

Selon l'APAAD, « accoucher à domicile est très difficile d'accès », certaines femmes qui envisagent ce projet se retrouvent face à des professionnels « essayant de faire obstacle à leur projet » (26).

Aujourd'hui l'AAD apparaît comme une pratique nébuleuse dans le sens où elle n'est pas connue. Comme cela a déjà été évoqué plus haut, toute innovation scientifique est au départ source de méfiance et peur de l'inconnu (96)

L'APAAD souligne encore que la méconnaissance de l'AAD et sa marginalité font émerger des « préjugés » venant du personnel hospitalier, libéral ou encore de la population citoyenne française (26).

Les différents témoignages relèvent que la perception des sages-femmes pratiquant l'AAD par les autres professionnels de santé semble être controversée. Cela amène à une situation particulièrement inconfortable pour celles-ci, qui se sentent mal accueillies par leurs confrères hospitaliers. Elles relatent aussi que certaines maternités vont même jusqu'à remettre en question leurs qualités de soignantes. Ces rencontres entre sages-femmes pratiquant l'AAD et celles pratiquant à l'hôpital se font aussi dans une partie des cas dans les circonstances singulières de l'urgence. C'est ainsi que les sages-femmes AAD redoutent les transferts et sont peu à l'aise pour engager la communication avec la maternité ou même le SAMU s'il doit intervenir. Or, pour une meilleure prise en charge des patientes et une réaction plus rapide dans l'urgence, des transferts plus aisés sont nécessaires. Tout ceci serait rendu possible dans le cadre

d'une communication plus fluide entre les professionnels de santé intervenant en périnatalité.

Pour améliorer les relations, les sages-femmes AAD tentent aussi de s'intégrer dans les réseaux de santé périnataux. Mais cette intégration apparaît très difficile et elles voient souvent se fermer les portes des établissements qui se montrent peu enclin à répondre à leur demande de collaboration. Les sages-femmes AAD font donc face à des difficultés pour construire un véritable partenariat avec les maternités de proximité. D'après l'APAAD, une grande proportion des sages-femmes AAD françaises (58%) n'ont pas pu établir d'accord avec leur(s) centre(s) hospitalier(s) de référence. Pour la majorité d'entre elles, l'absence d'accord vient d'un refus de l'hôpital et/ou de ses praticiens, ou de l'impossibilité à trouver un accord satisfaisant. Certaines sages-femmes rapportent encore un refus d'écoute de la part des équipes hospitalières lors des transferts avec l'impossibilité de transmettre les informations principales sur l'état de la patiente (38).

Anne-Marie Dessureault appuie sur le fait qu'il est nécessaire d'avoir une meilleure coopération entre professionnels de santé et « une relation de confiance solide » pour une prise en charge plus sécuritaire des patientes (58).

En effet, Roselyne Roth-Haillotte reprend cette idée que l'accouchement à domicile en France n'est pas bien interprété par le système de soin hospitalier. Selon ces propos, « 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 » (82).

Quelques sages-femmes, plus rares, ont cependant une expérience positive avec le milieu hospitalier. Dans ces situations, la collaboration interprofessionnelle et notamment le partenariat « ville / hôpital » semble faciliter grandement la prise en charge des patientes, et les relations plus confraternelles permettent une confiance mutuelle dans l'offre de soins délivrée par les deux entités.

2.2 Assurance RCP

Alors que depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, « les professionnels de santé exerçant en libéral sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile [...]» (97), les sages-femmes souhaitant accompagner les

couples dans ce projet ne peuvent pas, faute de moyens financiers ou de refus des assureurs, souscrire à une assurance RCP (Responsabilité Civile Professionnelle) pour l'accompagnement des accouchements à domicile. En effet, les organismes français qui assurent les professionnels de santé n'acceptent pas de fournir cette assurance aux sages-femmes libérales pour leur pratique des AAD, en raison du risque jugé trop élevé. Après en avoir en vain fait la demande auprès de divers organismes, des sages-femmes ont dû se tourner vers le Bureau Central des Tarifications (BCT), qui a fixé le coût annuel d'une assurance RCP supérieur à 20 000€. Le BCT justifie ce montant en considérant « *que ces sages-femmes encouraient une responsabilité équivalente à celle d'un gynécologue obstétricien et que le risque ne pouvait pas être jugé moins élevé. Il a donc fixé une tarification similaire à celle de ces praticiens* ». Ce montant s'approchant sensiblement du salaire annuel des sages-femmes libérales, celles-ci se trouvent dans l'impossibilité financière de s'assurer (98) (99) (100) (101).

Selon l'APAAD, et notamment depuis la relance de l'Ordre des Sages-femmes en 2013, cette situation aurait fait chuter le nombre de sages-femmes accompagnant les AAD, et engendré une augmentation préoccupante des Accouchements Non Assistés (ANA) (23).

L'impossibilité de s'assurer pour les sages-femmes pratiquant les AAD renforce le côté marginal de cette pratique et limite le nombre de sages-femmes qui prennent cette responsabilité malgré tout. Cela renforcerait de ce fait le regard négatif porté par les autres professionnels de santé car le défaut d'assurance démontrerait selon eux le caractère de dangerosité et déraisonnable de leurs consœurs.

L'APAAD a donc apporté au Sénat leur question concernant l'accouchement à domicile. Le ministère de la santé y a répondu par la négative, et refuse une assurance aux sages-femmes AAD en expliquant la possibilité d'accès aux maisons de naissance, qui « sont une forme de réponse à ces demandes » donc un projet qui devrait remplacer celui des femmes souhaitant accoucher chez elles. Selon les sages-femmes interrogées, cette proposition ne semblerait pas suffire à certaines de ces femmes car ne correspond pas pleinement à leur projet initial, qui s'inscrit dans une entité plus large que la seule volonté d'un accouchement physiologique respecté et un suivi global (27).

2.3 Environnement de travail

Chacune à leur façon témoigne de leur investissement et des contraintes impose cette façon d'exercer. Elles doivent composer entre vie de famille et vie professionnelle. La seule solution pour alléger les contraintes étant sans doute d'être en binôme voire trinôme pour trouver un équilibre.

Bien que la Sécurité Sociale rembourse l'accouchement et les suites de couches à concurrence de 312,70€ (102), ce tarif ne suffit pas à garantir aux sages-femmes un remboursement total des frais requis pour accompagner un accouchement à domicile. La majorité d'entre elles se trouvent donc dans l'obligation d'appliquer des dépassements d'honoraires nécessaires à couvrir leurs frais, ainsi qu'à leur garantir une partie de leur salaire. Or, ces dépassements n'étant pas toujours pris en charge par les mutuelles, ils reviennent donc à la charge des patientes. L'enquête permanente du CIANE (Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance) débutée en 2012 a permis d'exposer la moyenne des frais pris en charge par les patientes, qui s'élèvent à plus de 200€, pour 50% d'entre elles et à plus de 500€ pour d'autres 20% (103).

Des sages-femmes sanctionnées

Depuis quelques années, la proportion de sages-femmes AAD françaises sanctionnées juridiquement pour l'accouchement à domicile augmente considérablement. Dans l'état des lieux réalisé en 2018 par l'APAAD, il est précisé que 9 sages-femmes sur les 39 interrogées font l'objet de plaintes émanant des centres hospitaliers, soit 23% (23).

Les résultats collectés dans le mémoire d'une étudiante sage-femme traitant du retentissement d'une sanction disciplinaire sur la vie professionnelle des sages-femmes, posent question. En effet, dans son échantillon, 8 sages-femmes sur les 14 qui ont été interrogées pratiquaient les accouchements à domicile, même si on ne peut pas en tirer de conclusion significative (104).

Après avoir détaillé les jurisprudences publiées par l'Ordre des Sages-Femmes, on observe que de 2008 à 2018, 11 affaires sur 34 sont liées à un contexte d'AAD. Dans les décisions de sanction, on note 5 radiations pour les sages-femmes AAD, quand c'est le cas pour seulement 2 sages-femmes ne pratiquant pas les accouchements à domicile. En proportion, 9% de sages-femmes AAD seraient sanctionnées contre 0,10% de sages-femmes hors AAD (105).

Depuis 2013, les exigences en relation avec la RCP se durcissent, car le ministère de la santé relance l'Ordre des Sages-Femmes sur la question de l'absence de responsabilité civile professionnelle. En conséquence, chaque sage-femme libérale a dû préciser si elle pratiquait ou non les AAD, et si elle disposait d'une assurance RCP pour cette activité. La majorité ne disposant pas d'assurance, les radiations de sages-femmes AAD ont augmenté, et nombre d'entre elles ont abandonné peu à peu leur pratique. La principale crainte de l'APAAD compte tenu de la répartition inégale des sages-femmes AAD sur le territoire et de l'augmentation des demandes pour un accouchement à domicile, serait que les familles s'orientent davantage vers un Accouchement Non Assisté (ANA), moins sécuritaire pour les femmes et leur nouveau-né (23) (98) (100) (101).

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Une des forces de ce travail est sa démarche narrative par le recueil des récits des sages-femmes. Ces entretiens, en face à face et riche d'échanges mutuels, ont permis à ces sages-femmes de s'exprimer librement et largement sur leurs motivations, leurs vécus et histoires, ainsi que leurs projets face à la profession. Une position neutre a été conservée tout au long des entretiens, ne révélant pas son opinion personnelle sur le sujet, le but étant de laisser un espace libre de paroles à ces sages-femmes. De plus, d'un point de vue géographique, les sages-femmes proviennent des quatre coins de la France, et représente des localisations différentes, donc une différence quant à leur intégration dans le système local.

Certains biais caractérisent cette étude. En effet, s'agissant d'une étude qualitative à visée descriptive, aucune conclusion certaine ne peut être envisagée et la valeur statistique demeure faible.

L'étude repose sur des témoignages de sages-femmes interrogées sur la base du volontariat, et concernent probablement des sages-femmes sensibilisées et recherchant davantage à faire évoluer la profession. Ce sont pour la majorité des sages-femmes adhérentes au système de soin et cherchant à faire reconnaître leur pratique. L'avis d'autres sages-femmes AAD pourrait être différent. L'appel à la participation a été faite via une mail liste, dans laquelle certaines sages-femmes ne sont pas intégrées, et limite donc l'étude aux personnes utilisant cette liste.

OUVERTURE ET PROJET D'ACTION

Afin de faire le parallèle avec les motivations et la situation actuelle de ces sages-femmes, il serait intéressant de questionner les couples sur le même sujet afin de connaître le retentissement de la mauvaise intégration de l'accouchement à domicile sur ces couples.

D'autre part, pour faire suite à la suggestion du ministère de la santé qui propose l'alternative des maisons de naissance ou le plateau technique à ces couples ayant pour projet initial un accouchement à domicile, il serait important de les interroger sur cette alternative. Correspond-elle réellement à leurs envie et besoins, ou est-ce un projet encore différent ?

La pratique sage-femme se tournant de plus en plus vers une pratique libérale, et l'accompagnement global, il serait judicieux de proposer voire d'obliger un stage conséquent en parcours d'accompagnement global (maisons de naissances, plateau technique ou domicile), et ainsi développer cette pratique qui a prouvé son intérêt (71).

Après la rédaction de ce mémoire, ce qui revient les plus fréquemment est l'importance d'une relation de confiance mutuelle entre le professionnel de santé et le patient, et le but serait de rétablir un véritable dialogue sincère entre les patientes et leurs soignants.

CONCLUSION

Ce mémoire s'intéresse à l'accouchement à domicile, et plus particulièrement aux différentes motivations des sages-femmes à pratiquer ce type d'accouchement. Il s'agit d'un sujet d'actualité qui touche tant le public que les soignants. En effet devant la fermeture progressive des petites maternités cette dernière décennie et la volonté de développer des entités plus importantes, véritables « centres » d'accouchement, on peut constater deux phénomènes qui s'imbriquent, entre le choix des couples de s'orienter vers une autre façon d'accompagner la naissance de leurs enfants, et les motivations des sages-femmes répondant à cette volonté.

Malgré le petit nombre relevé d'accouchement à domicile, (0,25% des futures mères bénéficient chaque année de l'accouchement à domicile en France) de plus en plus de sages-femmes libérales pratiquant l'AAD sont aujourd'hui contactées pour accompagner les parents dans cette démarche.

Or, la difficulté pour les parents désireux d'assumer un choix par trop controversé, est de trouver aujourd'hui un mode d'accompagnement à la fois sûr et répondant à leurs attentes ce qui les conduit à pratiquer les accouchements « naturels » qui se multiplient en France. Les attentes de ces parents tournent autour du désir d'un accompagnement personnalisé et une médicalisation raisonnée de l'accouchement, du respect de la physiologie, du besoin d'instaurer une certaine intimité et d'une relation de confiance avec la sage-femme, et enfin du désir d'être les acteurs principaux de la naissance de leur enfant.

C'est en ce sens que les motivations des sages-femmes libérales pratiquant les AAD rejoignent celles de ces parents. Elles ont développé au travers de leur expérience professionnelle une réelle détermination et des convictions profondes leur permettant d'assumer un tel acte, malgré les obstacles rencontrés, les a priori et les retours négatifs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Euro-Peristat scientific committee. European perinatal health report : Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 [Internet]. europeristat.com. 2010 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
2. Sandall J. Place of birth in Europe. 2015 [cité 2 avr 2020]; Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/277741/Place-of-birth-in-Europe.pdf?ua=1
3. New-Zealand Ministry of Health. Report on maternity [Internet]. Nouvelle-Zélande; 2017 [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/report-maternity-2017-may19.pdf>
4. MacDorman MF, Matthews TJ, Declercq E. Trends in Out-of-Hospital Births in the United States, 1990–2012. 2014 [cité 2 janv 2020];(144):8. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db144.pdf>
5. Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. Int J Womens Health [Internet]. 2015 [cité 9 déc 2019];7:361-77. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399594/>
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee on obstetric practice : Planned Home Birth [Internet]. acog.org. 2017 [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co697.pdf?dmc=1&ts=20200228T1149406617>
7. RANZCOG (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists). Home births review [Internet]. ranzcog.edu.au. 2020 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: [https://ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women's%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Home-Births-\(C-Obs-2\)-Review-July-17.pdf?ext=.pdf](https://ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women's%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Home-Births-(C-Obs-2)-Review-July-17.pdf?ext=.pdf)
8. Canadian Association of Midwives (CAM). Position statement on home birth [Internet]. 2019 [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2019/03/CAM_HomeBirthPS_EN_20190328_FINAL.pdf
9. Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges (UpSfb). Charte pour les accouchements par sage-femme autonome [Internet]. 2018 [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: <https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2019/11/Charte-AEH-Version-finale-2-2.pdf>
10. Editeur Officiel du Québec. Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile [Internet]. RLRQ c S-0.1, r. 14 p. 5. Disponible sur: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-0.1,%20r.%2014/>
11. KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé). Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque [Internet]. 2010 [cité 17 avr 2020]. Disponible sur:

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_139B_recommandations_accouchement_%C3%A0_bas_risque.pdf

12. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Clinical guideline: Intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. nice.org. 2017 [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/recommendations#place-of-birth>
13. Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). L'accouchement à domicile: un libre-choix éclairé [Internet]. osfq.org. 2005 [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: http://www.osfq.org/wp-content/uploads/2016/02/accouchement-libre-choix_mai-2005.pdf
14. International Confederation of Midwives (ICM). Position statement : home birth [Internet]. internationalmidwives.org. 2017 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2019/06/eng-home-birth14-converted-new-letterhead.pdf>
15. NZCOM (New Zealand College of Midwives). College response to the NZ Herald article re: homebirth [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.midwife.org.nz/news/college-response-to-the-nz-herald-article-re-homebirth/>
16. HSE (Health Service Executive). Policy to Support Self-Employed Community Midwives to Assess the Eligibility and Suitability of Women for Inclusion/Exclusion for Planned Home Birth with the HSE [Internet]. hse.ie. 2018 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.hse.ie/eng/services/list/3/maternity/hb003-policy-to-support-the-secm-to-assess-the-eligibility-suitability-of-women-for-home-birth.pdf>
17. Citizensinformation. How to arrange a home birth in Ireland [Internet]. Citizensinformation.ie. Citizensinformation.ie; 2020 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://www.citizensinformation.ie/en/birth_family_relationships/before_your_baby_is_born/home_birth.html
18. Association of Ontario Midwives (AOM). Choice of birthplace [Internet]. ontariomidwives.ca. 2016 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/CPG%20supplemental%20resources/Choice%20of%20birthplace.pdf>
19. HSE (Health Service Executive). National Home Birth Services [Internet]. HSE.ie. 2018 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.hse.ie/eng/services/list/3/maternity/homebirth-services.html>
20. Association of Ontario Midwives (AOM). Home Birth Equipment and Medications [Internet]. ontariomidwives.ca. 2018 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ontariomidwives.ca/home-birth-equipment-and-medications>
21. Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD). L'AAD dans le monde occidental [Internet]. 2018 [cité 31 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.apaad.fr/laad-dans-le-monde-occidental/>

22. Collectif de Défense de l'Accouchement À Domicile (CDAAD). L'association nationale : Invisibles ! [Internet]. cdaad.org. 2017 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://cdaad.org/category/actualite-de-lassociation/lassociation-nationale/>
23. Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD). État des Lieux de l'Accouchement Accompagné à Domicile en France en 2018 [Internet]. apaad.fr. 2018 [cité 22 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.apaad.fr/etat-des-lieux-de-laccouchement-accompagne-a-domicile-en-france-en-2018/>
24. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Données démographiques de la profession [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. 2017 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
25. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL). La charte de l'accouchement à domicile [Internet]. 2015 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/charte-add/>
26. Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD). Dossier de presse: état des lieux de l'accouchement à domicile en 2018 [Internet]. 2018 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2019/09/dossier-de-presse-AAD-2018.pdf>
27. Question n°24799 - Assemblée nationale [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-24799QE.htm>
28. Difficultés rencontrées par les sages-femmes dans le cadre des accouchements à domicile - Sénat [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ131109513.html>
29. Hutton E, Al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses [Internet]. pumed.ncbi. 2019 [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31709403/>
30. Hutton E, Al. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses [Internet]. pumed.ncbi. 2020 [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32280941/>
31. Hutton E, al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies [Internet]. 2016 [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26696622/>
32. De Jonge, al. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases [Internet]. 2014 [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25204886/>
33. Rowe R, al. Maternal and perinatal outcomes in women planning vaginal birth after caesarean (VBAC) at home in England: secondary analysis of the Birthplace national

- prospective cohort study [Internet]. 2015 [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26213223/>
34. Blix E, al. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study [Internet]. sciencedirect.com. 2012 [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575612000481>
 35. Snowden J. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes [Internet]. pumed.ncbi. 2015 [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26716916/>
 36. Blix E, al. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries – a prospective cohort study [Internet]. obgyn.onlinelibrary.wiley. 2016 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.12858>
 37. INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Enquête périnatale Nationale Rapport de 2016 [Internet]. epopé-inserm.fr. 2016 [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
 38. APAAD (Association Prfoessionelle pour l'Accouchement Accompagné à Domicile). Sécurité et qualité des accouchements assistés à domicile en France : Analyse des données de l'année 2019 [Internet]. apaad.fr. 2019 [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2020/11/RAPPORT-2020-CONSOLIDE.pdf>
 39. Davis D, al. Risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk childbearing women in new zealand: exploring the effect of place of birth and comparing third stage management of labor [Internet]. pumed.ncbi. 2012 [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23281857/>
 40. Orliac V. L'accouchement accompagné à domicile comparé au bas risque en milieu hospitalier : une étude exposé-non exposé historique multicentrique - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance [Internet]. dumas.ccsd.cnrs. 2019 [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02893888>
 41. Morel M-F. Histoire de la naissance en France (xviie-xxe siècle). 2007;7.
 42. Carricaburu D. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public [Internet]. journals.openedition. 2004 [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sdt/26412?lang=fr>
 43. Robert H. L'évolution des positions d'accouchement en France et dans nos cultures occidentales. 2014;83.
 44. Société d'Histoire de la Naissance. Histoire de la naissance en Occident (XVIIe – XXe siècles) [Internet]. [cité 18 août 2021]. Disponible sur: https://societe-histoire-naissance.fr/?page_id=96
 45. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Pérennisons les maisons de naissance [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. 2019 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/perennisons-les-maisons-de-naissance/>

46. Hontebeyrie. Quelques éléments de connaissance à propos du profil socio-démographique des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile [Internet]. sciencedirect. 2013 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1637408813001259>
47. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique 2019 [Internet]. 2019 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618>
48. IFOP. Sondage IFOP AAD [Internet]. ifop. 2021 [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/il-ya-une-reelle-demande-de-la-part-du-public-ce-qui-constitue-un-magnifique-argument-a-presentier-aux-elus-et-aux-instances/>
49. IFOP AP pour l'Accouchement A à D. Ifop pour APAAD- Etude Accouchement à domicile- Rapport fev 2021 [Internet]. 2021 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://drive.google.com/file/d/1JWsFTatGtMlboxD-gl8E7X2KVII5oyPMN/view>
50. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Article R.4127-306 du CSP : libre choix du praticien par le patient [Internet]. Code de la santé publique 2016. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/06/Article-R.4127-306-du-CSP-Libre-choix-du-praticien-par-le-patient.pdf>
51. APAAD (Association Professionnelle pour l'Accouchement Accompagné à Domicile). Droit des femmes et des sages-femmes [Internet]. 2021 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.apaad.fr/?page_id=260
52. CIANE (Collectif InterAssociatif Autour de la Naissance). Une demande croissante pour des approches moins médicalisées [Internet]. ciane.net. 2013 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://ciane.net/2013/05/une-demande-croissante-pour-des-approches-moins-medicalisees/>
53. Akrich M, Bardes F, Phan E. Les lieux de naissance en France : quel choix pour les usagers ? Spirale [Internet]. 1 juill 2010 [cité 15 avr 2020];n° 54(2):149-58. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-spirale-2010-2-page-149.htm>
54. Casey Bernhard BSN. Home Birth After Hospital Birth: Women's Choices and Reflections [Internet]. onlinelibrary.wiley. 2014 [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/action/cookieAbsent>
55. Travaux de la Commission. La situation des maternités en France [Internet]. senat.fr. 2015 [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.html>
56. Garouna M. L'accouchement à domicile : étude qualitative des motivations et représentations auprès de dix couples ; attentes vis-à-vis du médecin généraliste. [Internet] [Thèse : médecine]. 2019 [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/L%27accouchement-%C3%A0-domicile-%3A-%C3%A9tude-qualitative-des-%3B-Garouna/620e56ca47e59aec36ba66df84c843a8d30120c5>

57. Simpson M. Postnatal post-traumatic stress: An integrative review [Internet]. pubmed.ncbi. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29337007/>
58. Dessureault A-M. La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles [Internet]. cairn.info. 2015 [cité 16 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2015-1-page-53.htm>
59. Deforges. Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement [Internet]. rmp.revuesonline. 2020 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: https://rmp.revuesonline.com/articles/lvrmp/abs/2020/04/lvrmp_2020_sprperinat000511/lvrmp_2020_sprperinat000511.html
60. APAAD (Association Professionnelle pour l'Accouchement Accompagné à Domicile). Témoignages autour de l'AAD [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: https://www.apaad.fr/?page_id=245
61. Charrier P, Clavandier G. Sociologie de la naissance [Internet]. Liens Socio; 2013 [cité 15 avr 2020]. 272 p. (U sociologie). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/13103>
62. Charrier P. Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance. Rech Fam [Internet]. 8 juin 2015 [cité 15 avr 2020];n° 12(1):71-83. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-71.htm>
63. Anja Wittkowski, A. Wieck. An examination of the psychometric properties and factor structure of the Post-partum Bonding Questionnaire in a clinical inpatient sample [Internet]. 2010 [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: https://www.academia.edu/13310976/An_examination_of_the_psychometric_properties_and_factor_structure_of_the_Post_partum_Bonding_Questionnaire_in_a_clinical_inpatient_sample
64. Margaux Chabbert. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère-bébé ? [Internet]. 2016 [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/313066297_Le_vécu_de_l'accouchement_et_le_sentiment_de_contrôle_perçu_par_la_femme_lors_du_travail_un_impact_sur_les_relations_précoces_mère-bébé
65. Karambolage - info et Société. Hebamme [Internet]. 2021 [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <https://www.arte.tv/fr/videos/RC-014034/karambolage/>
66. Jackson M. Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia [Internet]. SpringerLink. 2020 [cité 10 juill 2021]. Disponible sur: https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-020-02944-6?error=cookies_not_supported&code=2ac91093-bd3c-4bc4-8ec3-ab91442aac94
67. Le Monde. Deux tiers des maternités ont fermé en France en quarante ans [Internet]. 2018 [cité 14 mai 2021]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/02/01/deux-tiers-des-maternites-ont-ferme-en-france-en-quarante-ans_5250322_4355770.html

68. CNOSE (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes). Pénurie de sages-femmes en maternité : les patientes et les nouveau-nés en danger [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. 2021 [cité 1 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/penurie-de-sages-femmes-en-maternite-les-patientes-et-les-nouveau-nes-en-danger/>
69. UNSSF (Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes). Revendications des sages-femmes pour la santé des femmes février 2021 [Internet]. 2021 [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: <https://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2021/02/UNSSF-Lettre-revendications-SF-fevrier-2021.docx.pdf>
70. Pétition · Pour une naissance respectée ! Une femme = une sage femme · [Internet]. Change.org. 2020 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://www.change.org/p/olivier-v%C3%A9ran-permettons-aux-femmes-d-accoucher-humainement-une-femme-une-sage-femme?recruited_by_id=051bc900-0b7e-11e5-b8d0-bbaa0e60c3aa
71. Meghan A Bohren. Continuous support for women during childbirth [Internet]. pubmed.ncbi. 2017 [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28681500/>
72. CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la NaissancE). Je raconte ma maternité [Internet]. 2020 [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: https://jeracontematernite.fr/?fbclid=IwAR25OdPF_8AoNBFCoM5ppR6BQNXWrIGN9dNMJZBXq9NxrEv0_aJ7-afMkc
73. Odent M. Le bébé est un mammifère. Editions l'instant présent; 1990.
74. Janesh K Gupta. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia [Internet]. pubmed.ncbi. 2017 [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28539008/>
75. Nadège Leroux. Qu'est-ce qu'habiter ? [Internet]. carin.info. 2008 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2008-1-page-14.htm>
76. Brun Emilie. Pratique sage-femme : promouvoir la naissance physiologique à l'hôpital [Internet] [Mémoire : bachelor]. 2015 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://doc.rero.ch/record/259093>
77. HAS (Haute Autorité de Santé). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. has-sante.fr. 2017 [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
78. María Simarro. A Prospective Randomized Trial of Postural Changes vs Passive Supine Lying during the Second Stage of Labor under Epidural Analgesia [Internet]. 2017 [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635775/>
79. Barbara Bodner-Adler. Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome [Internet]. pubmed.ncbi. 2003 [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14650948/>

80. St-Amant S. Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale [Internet] [Thèse : Doctorat]. 2013 [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: https://www.academia.edu/5700272/Th%C3%A8se_de_doctorat_D%C3%89CONSTRUIRE_L_ACCOUCHEMENT_%C3%89PIST%C3%89MOLOGIE_DE_LA_NAISSANCE_ENTRE_EXP%C3%89RIENCE_F%C3%89MININE_PH%C3%89NOM%C3%88NE_BIOLOGIQUE_ET_PRAXIS_TECHNOM%C3%89DICALE
81. Puill C. les sages femmes face à la médicalisation de la naissance et de leur formation [Internet]. academia.edu. 2011 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://www.academia.edu/6095166/les_sages_femmes_face_%C3%A0_la_m%C3%A9dicalisation_de_la_naissance_et_de_leur_formation?email_work_card=title
82. Roselyne Roth-Hailotte. Les représentations profanes et médicales du lieu d'accouchement : entre l'idéal et le réel [Internet]. cairn.info. 2011 [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-connexions-2011-1-page-155.htm>
83. Lotta De Coster. Accouchement dans l'eau et expérience de la mère: entre participation active et position régressive. 2006 [cité 15 avr 2021]; Disponible sur: https://www.academia.edu/23583359/Accouchement_dans_l_eau_et_exp%C3%A9rience_de_la_m%C3%A8re_entre_participation_active_et_position_r%C3%A9gressive
84. Mellier D. Postmodernité et nouvelles formes du narcissisme chez le bébé [Internet]. cairn.info. 2011 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-connexions-2011-1-page-145.htm>
85. Le figaro. Accouchement à domicile : qu'en pensent les obstétriciens ? 2016 [cité 7 mars 2021]; Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/09/09/25376-accouchement-domicile-quen-pensent-obstetriciens>
86. Laurendeau F. La médicalisation de l'accouchement. Rech Sociographiques. 2005;24(2):235-43.
87. Martine M L H Wassen. Epidural analgesia and operative delivery: a ten-year population-based cohort study in The Netherlands [Internet]. 2014 [cité 4 juill 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25461365/>
88. Bahia Latreche. Les sages-femmes d'Île-de-France pratiquant l'accouchement à domicile : une vision différente de la naissance ? [Internet] [Mémoire : sage-femme]. 2018 [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://hal.univ-lille.fr/UPD-ESFB/dumas-01860562>
89. Durnerin A-C. 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 [Internet] [Mémoire : sage-femme]. 2018 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01945964/document>
90. Marie-Pascale Pomey. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé [Internet]. cairn.info. 2015 [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>
91. MartheChaverondier. Un métier aux multiples facettes [Internet]. sciencedirect. 2020 [cité 15 juill 2021]. Disponible sur:

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1637408820301723?casa_token=FOJlXUoQru0AAAAA:LSopF5SuzW1DSKC0qPcKQs74JnxvCxEta_-bN_Wla0q5bpL98Y6FJGHoh1jn51IDwK3JPILVJM

92. Nathalie Sage-Pranchère. L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, xixe siècle) [Internet]. cairn.info. 2014 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ADH_127_0181
93. CNO SF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes). Les compétences des sages-femmes [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. [cité 1 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
94. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Hélène Chaput, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
95. CNEMa (Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique). Formation initiale – CNEMa [Internet]. cnema.fr. 2015 [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: <https://cnema.fr/cnema/formations/formation-initiale/>
96. Jean-Claude Passeron. La peur de « l'impensable » dans l'histoire des sciences [Internet]. journals.openedition. 2000 [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/ress/666>
97. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
98. Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF). Reponse aux CDO assurance AAD [Internet]. unssf.org. 2013 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://unssf.org/2013/09/11/reponse-aux-cdo-assurance-aad/>
99. Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE). Assurance responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile en activité libérale [Internet]. ciane.net. 2013 [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/01/AssurancesAAD-Ciane2013.pdf>
100. ANSFL (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales). Assurance des sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile [Internet]. ansfl.org. 2013 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://ansfl.org/actualites/assurance-des-sages-femmes-pratiquant-les-accouchements-a-domicile/>
101. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL). Vers une assurance RCP pour l'accouchement à domicile [Internet]. ansfl.org. 2015 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://ansfl.org/actualites/vers-une-assurance-rcp-pour-laccouchement-a-domicile/>
102. Caisse nationale de l'assurance maladie. Liste des actes de la Classification Commune des actes médicaux (CCAM) concernant les sages-femmes à partir du 11 mars 2016 [Internet]. 2016 [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/SF_Listes_des_actes_CCAM.pdf

103. CIANE (Collectif InterAssociatif Autour de la Naissance). Discrimination économique à l'encontre des lieux d'accouchement dits "alternatifs": une politique qui ne dit pas son nom [Internet]. ciane.net. 2012 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/06/CP_cout_accouchements_Juin2012.pdf
104. Nielly C. Retentissements sur la vie professionnelle des sages-femmes d'une procédure mettant en cause leur pratique médicale [Internet] [Mémoire : sage-femme]. Faculté de Médecine Paris Descartes : école Beaudeloque; 2019 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02322759/document>
105. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Jurisprudence des chambres disciplinaires interregionales et nationales [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/base-jurisprudentielle/>

ANNEXES

ANNEXE I : Formulaire de consentement pour un accouchement à domicile (Ordre des Sages-Femmes du Québec)

CONSENTEMENT AUX SERVICES D'UNE SAGE-FEMME POUR UN ACCOUCHEMENT 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, lorsqu'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.

En foi de quoi, j'ai signé : à (municipalité) _____
ce (date) _____

Signature : _____

Nom de la sage-femme : _____

Numéro de permis : _____

ANNEXE II : Critères pour conseiller un accouchement en structure hospitalière (NICE)

- Une pathologie cardiovasculaire (ex : maladie cardiaque ou hypertension artérielle)
- Pathologie respiratoire (ex : asthme sévère, mucoviscidose...)
- Pathologie hématologique : hémoglobinopathies, antécédents thromboemboliques, maladie de Willebrand, problèmes de coagulation chez la mère ou l'enfant...
- Pathologie endocrine : hyperthyroïdie, diabète
- Pathologie infectieuse : facteurs de risque infectieux avec portage de streptocoque B pour lesquels une antibiothérapie est nécessaire, hépatites B/C avec taux anormaux, porteuse du HIV, toxoplasmose en cours de traitement, infection par varicelle, herpès génital, rubéole, tuberculose en cours de traitement.
- Pathologie immunitaire : Lupus, sclérodermie
- Pathologie rénale : fonction rénale anormale, pathologie rénale requérant la supervision par un néphrologue
- Pathologie neurologique : épilepsie, myasthénie gravidique, antécédent d'AVC
- Pathologie gastro-intestinale : pathologie hépatique
- Pathologie psychiatrique nécessitant des soins

Facteurs obstétricaux :

- Antécédents obstétricaux de MFIU, encéphalopathie néonatale, pré-éclampsie, rétention placentaire, révision utérine, rupture utérine, hémorragie du post-partum ayant nécessité un traitement supplémentaire ou une transfusion, césarienne, dystocie des épaules
- Antécédents de myomectomie ou hystérotomie
- Grossesse en cours : grossesse multiple, placenta prævia, pré-éclampsie ou hypertension gravidique, travail prématuré ou rupture prématurée des membranes avant travail, décollement placentaire, anémie (Hb < 8,5g/dL en début de travail), mort fœtale in utéro confirmée, consommation de produits toxiques, alcoolisme nécessitant un traitement, début de diabète gestationnel,

dystocie de présentation (siège ou transverse), IMC avant la grossesse > 35kg/m², saignements répétés antépartum, Petit Poids pour l'Age Gestationnel (PAG < 5^e percentile, ou cassure de la courbe de croissance à l'échographie), Rythme Cardiaque Fœtal anormal, oligoamnios, hydramnios.

ANNEXE III : critères pour indiquer un transfert (NICE)

Observations de la mère :

- Pouls > 120bpm à deux reprises à 30 minutes d'intervalle
- Une pression artérielle systolique supérieure ou égale 160mmHg ou pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 110mmh
- Ou une pression artérielle diastolique supérieure à 90 mmHg ou une pression artérielle systolique supérieure à 140 mmHg à deux reprises à 30 minutes d'intervalle
- Une lecture de 2+ de protéines à l'analyse d'urine avec une pression diastolique élevée (90 mmhg ou plus) ou pression systolique élevée (140 mmhg ou plus)
- Une température égale ou supérieure à 38°C en une seule lecture, ou égale ou supérieure à 37,5°C en deux occasions consécutives à une heure d'intervalle
- Toute perte de sang vaginal abondante
- La présence d'une quantité importante de méconium dans le liquide amniotique (voir recommandation 1.5.2)
- Une douleur signalée par la femme qui diffère de la douleur normalement associée aux contractions
- Une stagnation confirmée dans la première ou la deuxième phase du travail
- Une demande de la femme d'avoir un soulagement supplémentaire de la douleur au moyen d'une analgésie régionale
- Une urgence obstétricale - y compris une hémorragie antepartum, un prolapsus du cordon, une hémorragie du postpartum, des convulsions ou un collapsus maternel, ou la nécessité d'une réanimation néonatale avancée
- La rétention du placenta
- Une déchirure au troisième ou quatrième degré ou autre traumatisme périnéal compliqué nécessitant une suture.

Observations du fœtus :

- Toute présentation anormale, y compris la présentation du cordon
- Présentation en transverse ou oblique
- Tête haute (4/5-5/5 palpable) ou flottant librement chez une femme nullipare
- Un retard de croissance fœtale ou une macrosomie suspectés
- Un oligoamnios ou hydramnios suspectés
- D'un rythme cardiaque fœtal inférieur à 110 ou supérieur à 160 battements/minute
- Une décélération du rythme cardiaque fœtal entendue lors d'une auscultation intermittente.

De plus, après la naissance, si le nouveau-né présente un liquide méconial accompagné d'au moins un des facteurs suivants: fréquence respiratoire > 60/min, geignement, rythme cardiaque inférieur à 100bpm ou supérieur à 160bpm, TRC > 3 secondes, température > ou = à 38°C ou 37,5°C 2 fois à 30 min d'intervalle, saturation en O₂ < 95%, cyanose..., la sage-femme doit demander un examen par un pédiatre après avoir transféré la patiente avec son nouveau-né.

ANNEXE IV : Charte de l'Accouchement à Domicile (ANSFL)



La charte de l'accouchement à domicile

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 que puisse s'établir une relation de confiance partagée.

II - A chaque couple qui en fait la demande, la sage-femme doit donner une information impartiale et claire sur leur choix. Elle définit son champ de compétence et indique les limites de son exercice (code de déontologie des sages-femmes). Ces éléments sont précisés sur un document écrit signé par les parents. Ce document peut être la charte ANSFL de l'AAD enrichie des éléments spécifiques à chaque sage-femme.

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

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

V - L'accouchement à domicile ne peut être envisagé qu'après une grossesse normale (c'est-à-dire sans pathologie telle que 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.

Accouchement accompagné à domicile

14628. – 5 mars 2020. – Mme Pascale Bories attire l'attention de M. le ministre des solidarités et de la santé sur la reconnaissance de l'accouchement à domicile (AAD) par les politiques de santé publique. Depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle (RCP) pour tous les acteurs de la santé est rendue obligatoire. Concernant les sages-femmes libérales pratiquant l'AAD, beaucoup d'assureurs ont gonflé les prix tout en excluant les activités à « haut risque de litige ». Avec leur salaire insuffisant, les sages-femmes ne sont pas en mesure de s'assurer. Dans ce contexte, les sages-femmes ont vu progressivement les assureurs exclure de leur contrat la pratique des AAD. Face à l'impossibilité de se souscrire à une assurance RCP, le nombre de sages-femmes accompagnant les naissances à domicile baisse considérablement. Cette baisse engendre de fait la hausse inquiétante des accouchements non accompagnés (ANA), accroissant les dangers et risques pour la mère et l'enfant. De plus, conformément à la Convention européenne des droits de l'homme, les conditions dans lesquelles on donne la vie font indéniablement partie intégrante de la vie privée d'une personne aux fins de l'article 8 relatif au respect de la vie privée et familiale (Ternovszky c. Hongrie, § 22). Dans l'affaire citée, la Cour européenne des droits de l'homme a constaté que la requérante n'était pas libre de choisir d'accoucher à domicile en raison notamment de l'absence de législation spécifique et complète en la matière. Elle a toutefois rappelé que les autorités nationales disposent d'une large marge d'appréciation dans les affaires qui mettent en jeu des questions complexes de politique de santé et d'affectation de ressources. La Cour européenne des droits de l'homme estime donc que les États membres doivent prévoir une législation permettant aux parents qui font le choix d'un accouchement à domicile d'être accompagnés par des professionnels de santé. Les professionnels demandent que l'État intervienne pour que soit trouvée une solution à la problématique de l'assurance RCP et que le Gouvernement demande aux agences régionales de santé (ARS) d'intégrer l'offre AAD aux réseaux de santé périnataux. En conséquence, elle lui demande de bien vouloir lui indiquer s'il entend intégrer cette pratique dans l'offre publique de soins afin de permettre l'exercice du libre choix du patient tel que prévu par le code de la santé publique.

ANNEXE VI : Communiqué commun de l'APAAD et l'ANSFL et fiche pratique en temps de Covid19



ACCOUCHEMENT À DOMICILE DANS LE CADRE DE L'ÉPIDÉMIE COVID-19 : Note d'Information à destination des professionnels et des familles

[L'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile \(APAAD\)](#) et [l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales \(ANSFL\)](#) souhaitent, dans ce contexte de crise sanitaire, apporter leur soutien aux familles s'apprêtant à accueillir un enfant dans des conditions anxiogènes. Elle a également une pensée particulière envers les équipes hospitalières confrontées à de nombreuses difficultés au sujet de l'organisation du suivi des femmes enceintes, de l'accouchement et du suivi post-natal.

Nous avons été alertés sur le fait que la plupart des sages-femmes libérales, accompagnant ou non des accouchements à domicile (AAD), sont sollicitées bien plus largement que d'habitude pour des demandes d'AAD de femmes à terme dans un délai proche.

Comment réagir à l'augmentation exponentielle des demandes ?

Nous rappelons que la sécurité de l'Accouchement Accompagné à Domicile (AAD) est basée en grande partie sur le suivi global, la sélection anténatale rigoureuse des patientes, la connaissance fine des besoins émotionnels de chaque femme. Dans le contexte actuel, nous ne pouvons répondre de façon sécuritaire à toutes les demandes notamment si le délai avant l'accouchement est court et ne permet, ni suivi adéquat, ni une préparation à la naissance adaptée. Nous appelons donc à la vigilance des sages-femmes mais invitons également les familles à une réflexion approfondie sur leurs motivations et leurs besoins.

Pendant cette période d'imprévisibilité entourant la pandémie mondiale de COVID-19, de nombreuses femmes enceintes ressentent une anxiété compréhensible sur ce à quoi ressemblera l'accouchement. Nous nous adressons en particulier aux familles qui envisagent un AAD du fait de l'interdiction des personnes accompagnantes dans les maternités et de la limitation de leur projet de naissance. Cette mesure tend à s'assouplir. [L'Organisation Mondiale de la Santé \(OMS\)](#) s'est positionnée afin que le respect du droit des femmes - et notamment celui d'être accompagnées et de choisir comment accoucher - soit compatibles avec la lutte contre le coronavirus (1). En France, une équipe de soignants strasbourgeoise a élaboré [un protocole](#) afin que la/le partenaire puisse à nouveau être auprès des parturientes (2). Il est actuellement diffusé sur tout le territoire par [le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance](#) (CIANE).

Nous affirmons notre confiance aux professionnels de santé des maternités et savons qu'ils feront au mieux pour respecter les souhaits des couples tout en s'adaptant à une situation sanitaire exceptionnelle. [Si vous trouviez que l'hôpital était l'endroit le plus sécuritaire pour accoucher avant l'épidémie, cela devrait toujours être le cas maintenant.](#)

Anticiper une possible augmentation des accouchements inopinés ou non assistés

Néanmoins, au-delà du problème de l'accompagnant, certaines femmes nous font part de leur refus d'accoucher à l'hôpital du fait de la crainte d'une contamination et du manque de matériel de protection. Malgré nos mises en garde sur l'accouchement non assisté et notre refus de les accompagner dans un projet d'AAD quand les conditions de suivi ou d'organisation ne sont pas remplies certains couples persistent dans leurs choix. Cela laisse présager une augmentation des accouchements inopinés ou non assistés pour lesquels des sages-femmes pourraient être appelées.

La situation selon les régions étant très inégale et dépend de l'impact de l'épidémie sur le réseau de soin local, nous ne pouvons donc pas prendre un positionnement global. [Nous invitons donc chaque sage-femme selon](#)



son lieu d'exercice, à s'informer sur la disponibilité des équipes de secours mobiles et sur le positionnement des autorités locales (Agence Régionale de Santé et Réseau Périnatal), pour prendre les décisions les plus appropriées quant au maintien ou non de son activité d'AAD programmés durant le pic épidémique.

Du fait de nos compétences spécifiques en gestion des urgences extrahospitalières, il semble de notre responsabilité d'épauler les services d'urgence si la situation d'une augmentation des accouchements inopinés à domicile venait effectivement à se présenter. Nous encourageons donc nos collègues sages-femmes libérales (accompagnant des AAD ou non), si elles en ont la possibilité, à se mettre en lien avec les pompiers de leur secteur afin de pouvoir se déplacer avec eux pour les accouchements.

Gestion des accouchements à domicile programmés en période épidémique

Dans cette période sanitaire particulière nous attirons l'attention des sages-femmes sur :

- Leur devoir d'information des couples suivis pour un AAD, notamment sur les difficultés potentielles en cas de transfert urgent dans ce contexte où les équipes de secours mobiles sont sur-sollicitées. Ainsi, le couple pourra faire un choix éclairé concernant le lieu d'accouchement. Cette décision concertée devra être tracée dans le dossier médical.
- Chacun-e devra vérifier régulièrement - voir avant tout départ pour une naissance - la disponibilité des secours mobiles dans son secteur d'intervention.
- Selon le [Royal Collège of Obstetricians and Gynaecologists](#) (3) il est conseillé aux femmes enceintes ayant prévu un accouchement à domicile et dont l'infection par le coronavirus est suspectée ou confirmée au moment de la mise en route du travail, de se présenter dans une maternité pour l'accouchement. Cela afin de mettre en place un monitoring continu de l'activité cardiaque du fœtus et un contrôle régulier de la saturation maternelle dans le but de prévenir et anticiper le risque de complications sévères liées à la décompensation de plusieurs organes.
- Les sages-femmes et les familles devront appliquer les mesures barrières et les recommandations de nos différentes sociétés savantes et notamment celles du [Collège National des Sages-Femmes](#) (4) et de la [Société Française de Néonatalogie](#) (5). Celles du [Collège Nationale des Gynécologues Obstétriciens Français](#) (6) ne s'appliquant qu'aux cas suspects ou confirmés dont nous recommandons un transfert en maternité, ne concernent pas les AAD.

Selon l'évolution de la situation et comme nous le montre les autres pays touchés, la place de l'accouchement à domicile est amenée à évoluer. Ce positionnement pourra donc être modifié au besoin selon l'évolution de la situation épidémique et des données probantes.

« Contre le Coronavirus, tous ensemble on est plus forts ! ».

1. Organisation mondiale de la santé. "Questions et réponses sur COVID-19, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement" ; 18 mars 2020
2. Hopitaux Universitaires de Strasbourg ; P. DERUELLE -N. KNEZOMI ; GO-Prise en charge coordonnée avec les sages-femmes libérales des femmes enceintes dans le cadre du COVID-19 ; 20 mars 2020
3. Royal college of obstetricians and gynaecologists. "Coronavirus (COVID-19) Infection in pregnancy"; 21 mars 2020
4. Y. Sellier et coll. "Guidelines du CNSF pour la pratique des Sages-Femmes par rapport au risque Covid-19" ; Mars 2020
5. Société française de néonatalogie. "Recommandations de la SFN concernant les nouveaux-nés dans le contexte de l'épidémie à Covid-19"; Mars 2020
6. Picone et coll. "Prise en charge aux urgences maternité d'une patiente enceinte suspectée ou infectée par le coronavirus (COVID-19)" ; CNGOF ; 17 mars 2020

L'Accouchement à Domicile en France : situation et motivations des sages-femmes

Objectifs : L'étude tourne autour des motivations des sages-femmes libérales françaises pratiquant les AAD, compte tenu du caractère inaccoutumé de cette pratique. Elle aborde aussi leur situation actuelle ainsi que des obstacles qu'elles rencontrent.

Population et Méthodes :

Une étude qualitative transversale de type descriptive et interprétative a été menée. Onze sages-femmes pratiquant les AAD ont fait l'objet d'un entretien semi-directif enregistré. Les données ont été traitées par une analyse thématique du contenu.

Résultats et discussion:

Les motivations des sages-femmes émergent de rencontres professionnelles, personnelles ou de transmissions familiales. L'accompagnement global bénéficie aux couples comme aux sages-femmes et la physiologie y tient une place importante. Des freins multiples à cette pratique, dus à sa méconnaissance et peu abordée en formation initiale sont relevés dans la difficulté de communication interprofessionnelle ou les écueils rencontrés pour entrer dans un réseau de soin, le manque de soutien de la hiérarchie ou encore le problème de l'assurance professionnelle. Ces sages-femmes affrontent une solitude certaine dans l'exercice d'une profession peu valorisée financièrement.

Conclusion :

Les motivations des sages-femmes à pratiquer l'AAD sont marquées par un engouement incontournable. La demande grandissante de physiologie anime certains couples pour trouver de nombreux bénéfices tel que reprendre une part de contrôle la naissance de leur enfant. La liberté de choisir son mode d'accouchement est affirmée par l'Ordre, mais cette pratique rencontre de multiples obstacles qui font que l'AAD ne peut prendre qu'une place marginale parmi les autres pratiques d'accouchement encore aujourd'hui.

Mots-clefs : Accouchement Accompagné A Domicile ; accouchement physiologique ; accouchement naturel ; accompagnement global ; motivations ; freins

Home birth in France : Midwife's situation and motivations

Objectives :

The study is about the motivations of French midwives practising homebirth, knowing the unusual character of this practice in this country. It also discusses their current situation as well as the obstacles they have on a daily basis.

Method :

A descriptive and interpretative cross-sectional qualitative study was conducted. Eleven interviewed midwives were the subject of the study thanks to semi-structured interviews used to collect data. Data were processed through thematic content analysis.

Findings and discussion :

The midwives were practising home birth due to professional, personal or family transmissions. Global support benefits couples and midwives alike, and the physiology of the birth played an important role for both of them. Through the interviews, it emerged the notion that French midwives are facing multiple obstacles practicing homebirths. This could be due to the ignorance of their hospital colleagues as well as the lack of information about homebirth in the midwifery school. They noted the difficulty of interprofessional communication, the difficulty to be included in the local health care system, the lack of support from the hierarchy, or the professional insurance situation. These midwives face a certain loneliness in the exercise of a profession which seems not to be very financially valued.

Conclusion

The motivations of midwives to practice homebirth are marked by a remarkable enthusiasm. The growing demand for physiology drives some couples to find many benefits such as taking back some control over the birth of their child. The institution affirms the importance of the freedom to choose the method of childbirth, but this practice continues to be crossed by multiple obstacles ; for now, this practice is taking a distant place among other childbirth practices.

Keywords : Home birth ; physiological birth ; natural birth ; global support ; motivations ; obstacles