ECOLE DE SAGES-FEMMES DE NANTES

ACCOUCHER À DOMICILE :

LA RECHERCHE D'UN IDEAL ?

Mémoire de fin d'études pour le diplôme d'Etat de sage-femme

Directrice de mémoire : Florence PINEAU

Madame A-C. HARDY

Février 2012

SOMMAIRE

INTRODUCTION **4**
1 – Question de départ 5
2 – Problématique 5
3 – Hypothèse 6
4 – Méthodologie 6
A – Formation de sage-femme : choisir ses stages. 6
B – Rencontrer des femmes qui ont accouché chez elles 7

PARTIE I – CONTEXTE DE LA NAISSANCE EN FRANCE **9**
I – Evolution de la naissance en France **9**
Introduction 9
1 – De la campagne à la ville 9
2 – Naître : du domicile à l'hôpital. 11
A – Jusqu'au XVIII^{e} siècle, une naissance traditionnelle. 11
B – Les transformations de la naissance à partir du XVIIIe siècle 12
C – Du domicile à l'hôpital au XX^{e} siècle. 13
3 – Elaboration des plans de périnatalité et impact 14
A – Sécuriser la naissance, renforcer la prévention. 15
a) Le plan de 1970-1976 15
b) Le plan de 1995-2000 16
B – Le plan de 2005-2007 : de nouveaux enjeux. 17
Humanité, proximité, sécurité, qualité. 17
II – Réalisation concrète de l'AAD **18**
1 – Sage-femme en France et AAD 18
2 – Cas des Pays-Bas 20
3 – L'accompagnement global 21
A – Définition 21
B – Les plateaux techniques 22
C – Les maisons de naissance 22
D – Recommandations de l'OMS 24
4 – La question de la douleur 24
Conclusion **25**

PARTIE II – ANALYSE **26**
I - Point de départ de la recherche **26**
1 – Méthodologie 26
A – Rencontrer des sages-femmes libérales réalisant des AAD 26
B – Méthodes de travail 27
C – Les difficultés rencontrées 28
II – Activité du cabinet – Profil des femmes ? **29**
Introduction 29
1 - Autour de l'activité du cabinet 29
2 – Etude de la population du cabinet qui souhaite un AAD 30
A – Lieu d'accouchement souhaité par les femmes du cabinet 30
B – Que s'est-il passé pour ces femmes dont le souhait d'AAD n'a pas abouti ? 31
C – Quid des 29 femmes qui ont AAD ? 32

D – Y a-t-il une catégorie socioprofessionnelle (CSP) dominante des couples qui se tournent vers l'AAD ? 33
E – De quel enfant s'agit-il ? 35
F – Quel âge ont les femmes qui ont accouché à domicile ? 36
Conclusion 36
III – Analyse qualitative des entretiens : AAD, la recherche d'un idéal. 37
1 – AAD : le besoin de vivre autre chose 37
A – Critique de la médicalisation 38
a) La relation au « pouvoir » médical 38
b) La technique – vecteur de iatrogénie ? 40
c) L'organisation de la structure 42
B – Besoin de se rapprocher du naturel 43
a) Inviter le primitif 44
b) … pour mieux appréhender son humanité 44
c) La question de la douleur 45
C – Une naissance intime 47
a) S'éprouver, se découvrir : être acteur pleinement 48
b) Une dynamique familiale 48
c) Eviter la rupture 49
d) Préparer « le nid » 52
2 – AAD : les freins rencontrés 53
A – La notion de risque – de responsabilisation 53
B – Stigmatisation et réticences 54
a) S'affirmer face à l'entourage personnel 55
b) Effet de la réaction du personnel médical 55
3 – Quand le projet devient réalité 56
A – Se préparer à la naissance 56
B – Toucher « l'idéal » du bout des doigts 57
C – Le besoin d'un accompagnement global 58
a) Un accompagnement choisi et fort 58
b) Le besoin d'être à la fois guidée et autonome 59
c) Plus qu'un suivi de grossesse 59

CONCLUSION GENERALE 61

BIBLIOGRAPHIE 62

ANNEXES 64

INTRODUCTION

Si nous parlons de grossesse, si nous parlons de naissance, l'individu peu informé, l'individu plus renseigné, pensera en première intention aux conditions habituelles de la naissance dans notre société.

Pourtant, quand la femme débute une grossesse, qu'elle se soupçonne ou se découvre enceinte, plusieurs choix s'offrent à elle. Outre l'émotion que la nouvelle procure, elle pensera au suivi de cette grossesse et consultera un soignant. Il peut s'agir du médecin traitant, du gynécologue, de l'obstétricien ou de la sage-femme. Ce choix, qui détermine le professionnel de santé auquel elle s'adressera, marque le début d'une succession de choix qu'elle devra faire durant les neuf mois de la gestation et au-delà.

Quand on prononce le mot « naissance », plusieurs images viennent à l'esprit. Des images de l'acte d'accoucher, où dominent la mère et l'enfant, accompagnés du père plus ou moins à l'aise mais présent. Ce trio se trouve sur un lit d'hôpital, dans une pièce médicalisée. Il est encadré par le personnel soignant, médecin, sage-femme, auxiliaire de puériculture. C'est ainsi que la maternité est conçue de nos jours, en réponse à l'évolution de la société et du système de santé : l'accouchement est un acte médical pris en charge en milieu hospitalier.

Et pourtant… De nos jours, certaines femmes, certains couples, choisissent de mettre au monde à la maison.

« Naissance » renvoie également à des concepts pragmatiques – donner la vie, devenir parent – et philosophiques : notion de continuité, de cycle vital, de conscience du temps…

Mettre au monde n'est donc pas la seule histoire charnelle d'une mère et de son enfant. En filigrane émerge une conception de la vie, un rapport aux rituels, une façon d'appréhender le monde, dans l'aire culturelle occidentale pour ce qui nous concerne.

1 – Question de départ

La profession de sage-femme, méconnue du grand public, possède de multiples facettes que nous avons découvertes tout au long des études. Petit à petit, de nouvelles compétences se profilent, différentes façons d'exercer se dévoilent.

Etre le témoin d'un premier accouchement en tant qu'observateur, où la femme, le couple, vous accepte dans un moment d'intimité, m'a semblé au premier jour incroyable. Et puis le souvenir du premier accouchement s'est estompé pour laisser place à d'autres couples, d'autres femmes, d'autres nouveau-nés.

C'est en accompagnant des femmes dans la douleur que j'ai compris le rôle de la sage-femme, sa place. J'ai d'abord nié la douleur, fermé les yeux sur la difficulté, délaissé la femme qui souffrait. Je me sentais impuissante face à elle, incapable. Je ne savais pas où trouver les ressources pour lui venir en aide. J'étais gênée, mais que faire ? La seule solution était l'analgésie péridurale, mais que faire en cas de dystocie de démarrage ? Comment être présente auprès de la douleur quand les contraintes de service vous imposent de vous occuper de plusieurs femmes en même temps ?

2 – Problématique

De là une autre question : qu'en est-il des femmes qui, volontairement, choisissent de vivre leur accouchement sans analgésie péridurale ? Qui plus est, pourquoi ces femmes, à l'heure où le progrès et la technicité semblent avoir diminué les risques liés à la naissance, choisissent-elles de faire naître leurs enfants à domicile ?

Alors que de nombreux pays et régions du monde dits « en voie de développement » sont limités en terme d'accès aux soins, on constate que là-bas, les femmes n'hésitent pas à se rendre en priorité dans les structures sanitaires pour accoucher. Elles viennent rechercher les soins, l'hygiène, la sécurité de l'hôpital ou du dispensaire. C'est ainsi le cas sur l'île de Mayotte, en Guyane, ou en Afrique noire notamment.

En France, la médicalisation de l'accouchement a entraîné une naissance quasi exclusive en structure hospitalière.

Pourtant un embryon, non seulement de femmes, mais aussi de sages-femmes, se tourne vers un accompagnement plus *« essentiel »* de la naissance, ce que l'on définit par accompagnement global.

3 – Hypothèse

Face à l'éphémère, une solution existe : donner naissance. A travers la création d'une œuvre, d'un acte, et qui plus est à travers la procréation. Perpétuer la vie est une étape dans l'histoire d'une personne, d'un couple, le plus souvent chargée d'émotion, de symbolique, de sens. Ce moment intime entre tous, différent pour chacun de nous, raconte chaque fois une nouvelle histoire. Chaque accouchement présente cependant des similitudes, parce que l'organisation demeure sensiblement la même, que l'accompagnement est celui proposé par une profession, une corporation, qui reproduit un savoir, un savoir-faire propre à notre société.

Face à la norme, pour quelque sujet que se soit, une alternative existe. Et c'est la qualité de l'homme, doué de pensée, de se donner les moyens de chercher une réponse adaptée à ses besoins. Quelles raisons poussent les femmes à donner naissance chez elles ? Comment se représentent-elles la naissance ? Quelle est la source de leur positionnement ? Appartenance politique, culturelle, religieuse ?...

De nombreuses questions se posent, et il est nécessaire de les organiser. La structuration du travail s'est effectué grâce à deux outils : des outils concrets, où nous avons rencontré ces femmes. Des outils plus empiriques, à travers l'accompagnement de ces femmes lors des stages.

4 – Méthodologie

A – Formation de sage-femme : choisir ses stages.

La formation de sage-femme est une formation complète qui passe par de nombreux métiers de la structure hospitalière : aide-soignante, auxiliaire de puériculture, infirmière, infirmière anesthésiste, puéricultrice, gynécologue. Au-delà de l'hôpital, il est également demandé de choisir des stages extérieurs. Le panel d'exercice de la profession est très varié. Aussi, et parce que le sujet m'intéressait, il a semblé primordial de rencontrer des sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile. A Nantes et, pour élargir la réflexion, à Bordeaux et Paris.

A Nantes, j'ai eu l'occasion de discuter de la profession avec les sages-femmes réalisant des AAD, de connaître leur point de vue quant à leur exercice, et d'accéder à leurs fichiers sur

les suivis de grossesse de 2010. Cela a permis, d'un point de vue qualitatif, de me renseigner sur les femmes qui ont accouché à domicile en région nantaise en 2010.

A Bordeaux, puis à Paris, deux stages de trois semaines m'ont permis de réaliser concrètement ce qu'est la profession de sage-femme avec accouchements à domicile. Béatrice, l'une des femmes interviewées lors des entretiens nous dit : *« c'est un sacerdoce »*. A l'issue de ces stages, nous pouvons lui donner raison. Cet aspect de la profession libérale est particulier parce qu'il s'agit d'un accompagnement global. Une partie de la journée est consacrée aux visites à domicile, qu'il s'agisse d'une surveillance de la grossesse ou des suites de couches. Le reste du temps concerne les consultations et la préparation à la naissance et à la parentalité. Le praticien, sage-femme, s'improvise alors parfois assistante sociale, conseillère conjugale, psychologue, sans dépasser le champ de ses compétences. Parce que l'accompagnement global entre au plus profond dans l'intimité de la femme et du couple.

Et puis à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, on entre dans une autre dimension. Une femme – ou son mari – appelle, parce qu'elle est en travail. Alors l'emploi du temps est révisé et la sage-femme se rend disponible pour la parturiente.

B – Rencontrer des femmes qui ont accouché chez elles

Le sujet qui nous intéresse est la (les) raison(s) qui pousse(nt) les femmes à s'orienter vers l'accouchement à domicile en 2010. Afin de mettre en évidence des éléments de réponse à ce questionnement, j'ai réalisé quatre entretiens[1] auprès de quatre mères ayant accouché à domicile dans l'année précédente. Ces entretiens constituent le support écrit. Au-delà de ça, pour mieux cerner la question de l'AAD et approfondir la réflexion, des femmes m'ont autorisée à les accompagner dans leur expérience de l'enfantement à leur domicile.

L'hypothèse s'est formulée à partir du choix de ces femmes et de ces couples. La liberté du choix, ce besoin d'être acteur pleinement de l'évènement. De se construire, en tant que sujet, via l'enfantement. De se donner la possibilité de vivre ce qu'il y a de meilleur pour elles-mêmes.

Nous pouvons le formuler ainsi :

[1] Annexe [5] : questionnaire

« ACCOUCHER A DOMICILE : LA RECHERCHE D'UN IDEAL »

Dans un premier temps, nous reviendrons sur l'histoire de la naissance en France et son évolution du domicile vers l'hôpital, pour tâcher de comprendre les raisons qui impulsent, chez certaines femmes, ce « retour » vers l'accouchement à domicile, si retour il y a. Puis nous exposerons les modalités de l'accouchement à domicile, et les questions qui font débat. Dans un second temps, nous évoquerons une modeste photographie de l'AAD en Loire-Atlantique, de façon à illustrer le type de population qui se dirige vers l'AAD. Enfin, nous analyserons les raisons profondes qui poussent les femmes à accoucher chez elles en 2010, grâce au support de plusieurs entretiens.

PARTIE I – CONTEXTE DE LA NAISSANCE EN FRANCE

I – Evolution de la naissance en France

Introduction

L'accueil du nouveau-né a été stable jusqu'au XVIII^{e} siècle. Les femmes accouchaient chez elles, dans un univers familier et féminin. Les conditions de la naissance ont évolué à partir de cette époque, avec une accélération notoire au cours des XIX^{e} et XX^{e} siècles. Plusieurs facteurs ont entraîné la marginalisation de l'accouchement à domicile au profit de la maternité – hôpital ou clinique – en à peine deux siècles.

Revenir sur l'évolution de la naissance en France à partir du XVIIIe siècle permet de comprendre le paysage actuel de la maternité. Il s'agit d'une période charnière, et un rapide retour sur l'accouchement dans la société traditionnelle française permettra d'éclairer les enjeux de cette évolution qui touche les femmes, mais aussi les médecins, les sages-femmes, et plus largement, l'ensemble de la société.

Tout d'abord, nous évoquerons la migration de la population des campagnes vers la ville, qui a engendré un changement notoire des mentalités. Puis nous nous attarderons sur l'évolution de l'hygiène et des avancées techniques en matière de santé périnatale, qui ont permis une meilleure prise en charge de la parturiente, et en parallèle entraîné une restructuration des professions de sage-femme et de médecin accoucheur. Enfin, et intimement lié à l'évolution de la conception de la naissance, nous insisterons sur le développement du principe de sécurité, lequel a débouché sur l'élaboration de plans de périnatalité.

*

1 – De la campagne à la ville

L'ère des grandes villes, des paysages urbains, a en moins d'un siècle considérablement changé les mentalités. L'imaginaire de la naissance demeurait aux siècles classiques celui

d'une société rurale, rythmée par la danse des saisons. Cette conscience de la vie et du corps, fondée sur le cycle de la nature, nous est aujourd'hui étrangère. Pas à pas, la ville a englouti des siècles de traditions qui évoluaient assez peu. Nous pourrions le résumer ainsi :

« Conscience de la vie, conscience du corps… Image de la naissance. » [2]

Progressivement, l'homme s'est soustrait aux variations saisonnières pour s'attacher à des normes culturelles et socio-économiques.

La société actuelle vit sur un mode linéaire, tandis que les siècles classiques avaient une vision cyclique du temps. De fait, chaque être venait en remplacer un autre. Moins d'importance était portée à l'individu, la communauté primait. L'enfant venait au monde pour vivre un rôle – celui de lien entre les générations passées et les générations futures – maintenir les traditions, perpétuer la lignée. Dans ce respect de la Terre Mère et l'acceptation des lois supérieures, la population était presque fataliste.

Les villes de la Renaissance voient apparaître une nouvelle façon « d'être au monde », plus individualiste. Au cycle vital basé sur le remplacement des individus, se substitue la croissance démographique continue. Le désir de vivre et donc de soigner se généralise et engendre le refus de la maladie, de l'accident, de la mort.

L'exode rural a pour conséquence de changer la façon d'appréhender le monde des jeunes générations. L'augmentation du niveau de vie et le progrès rapide des sciences de la vie et des techniques obstétricales ont pour effet la baisse spectaculaire de la mortalité des femmes en couches et de la mortalité périnatale. Ces enfants, moins nombreux, plus « uniques » deviennent, à l'instar des parturientes, une préoccupation centrale du corps médical et de l'Etat.

Cela entraîne une profonde restructuration de la profession de sage-femme en parallèle à celui de médecin. Les femmes quittent dans le même temps le domicile pour accoucher dans des structures médicalisées et sécurisées.

*

[2] GELIS J., *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVI^e - XIX^e siècle*, Paris, Fayard, 1984 ; pp. 9-17, pp. 547-550.

2 – Naître : du domicile à l'hôpital.

A – Jusqu'au XVIII^e siècle, une naissance traditionnelle.

La sage-femme est la passeuse de vie. Présente à la naissance d'un petit d'homme, elle était aussi autrefois celle qui embaumait les morts. Il est étonnant de constater combien la mort, au moment de l'accouchement, est prégnante. La femme souhaiterait mourir tant la douleur l'envahit. L'ancienne société reconnaît dans ces deux moments, mystères de la vie, une proximité fondamentale. Ils sont de fait teintés de traditions et entourent le métier de sage-femme d'une aura particulière, souvent erronée dans l'imaginaire populaire.

La dénomination de sage-femme n'apparaît qu'en 1505. Issue de *sapiens femina*, du mot médiéval *saive*, elle signifie 'qui sait', avisé, futé. Auparavant, on la désignait comme la matrone, la « femme qui aide », la « bonne-mère », la « mère-mitaine ». C'est une femme âgée le plus souvent, analphabète, et qui a appris son métier sur le tas. Elle doit être agréée par les familles dont elle connaît les secrets, mais aussi par le curé qu'elle seconde pour donner le baptême aux nouveau-nés dont l'état est critique.

Avant le XVI^e siècle, l'accouchement était une histoire de femmes, tue et mystérieuse, où l'homme n'avait pas sa place. A partir de la fin du XVI^e siècle, les médecins accoucheurs voient le jour. Leur apparition est progressive. Rapidement, ils prennent soin de noter par écrit les accouchements auxquels ils assistent. Issus de la tradition des barbiers chirurgiens, ils étaient appelés quand la situation devenait incontrôlable et dangereuse. Leurs écrits fournissent d'importantes informations sur les pratiques de l'époque – savoir-faire des matrones, comportement des femmes et de leur entourage – et l'ambiance qui y régnait, mais ils ont l'inconvénient de regrouper les situations difficiles. Les matrones, de tradition orale, n'ont pas laissé de traces au sujet de l'accouchement physiologique.

Qu'en est-il de l'hôpital à l'époque ? Il s'agit d'un lieu d'assistance, où l'on recueille les femmes démunies ou les filles mères. On ne sait pas maîtriser les fièvres, et l'on y meurt beaucoup. En temps normal, 10% des accouchées sont emportées. Parfois, plus de la moitié trépasse. On estime à 1 ou 2% la mortalité maternelle au XVIII^e siècle, conséquence d'une disproportion fœto-pelvienne, d'hémorragies du post-partum, ou de fièvres puerpérales.[3]

[3] Morel, M. F. ; *adsp*, **2008**, *62*, 22-28.

B – Les transformations de la naissance à partir du XVIIIe siècle

Au cours des XVI[e] et XVII[e] siècles, les sages-femmes urbaines sont de plus en plus contrôlées par les chirurgiens, et mises au service des pouvoirs publics et religieux comme instrument de contrôle moral et social : elles doivent lutter contre l'illégitimité, la sorcellerie, et plus tard contre l'hérésie réformée en dénonçant les baptêmes protestants.
La formation de sage-femme se cantonne alors à la maternité de l'Hôtel-Dieu de Paris, mais ne permet pas de satisfaire les besoins des grandes villes. Quant aux campagnes, elles demeurent l'apanage des matrones sans formation.

A partir de 1650, l'accoucheur, initialement appelé en cas de dystocie, est de plus en plus « à la mode » auprès de la noblesse et de la bourgeoisie. Passées les réticences des maris, ils savent se rendre indispensables en gagnant la confiance d'une famille à la faveur d'un accouchement difficile réussi. La conscience de la vie et de la mort est en train de changer, les femmes n'acceptent plus de mourir en couches, leurs maris non plus.

L'arrivée de l'homme dans l'univers de la naissance transforme les pratiques. Le médecin accoucheur met fin au confinement et aux traditions qui valorisent la solidarité féminine. Les « commères » ne sont plus bienvenues, on ouvre les fenêtres pour que l'air circule. La femme se retrouve alors de plus en plus seule face au médecin et donc plus dépendante. L'instrumentalisation de l'accouchement se développe et impose l'accouchement en décubitus dorsal, où le lit tend à remplacer le tabouret d'accouchement des sages-femmes.[4] Les autres positions sont condamnées au nom de la décence. Les instruments deviennent du ressort exclusif des hommes, médecins ou chirurgiens, et n'entrent pas dans le champ de compétence des sages-femmes, même instruites.

La mise en place de politiques de santé publique volontariste point en 1750, avec le souhait de préserver la vie physique tant que spirituelle. Un réquisitoire violent est lancé contre l'insalubrité des accouchements en zone rurale, désavouant les matrones. Sous l'impulsion de Madame du Coudray, la formation de sage-femme s'étendra dans toutes les régions de France. Munie de deux mannequins, celui d'un bassin de femme et celui d'un nouveau-né, elle parcourra les campagnes pour transmettre son savoir à plus de 3000 femmes.

[4] GELIS Jacques, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie,* Paris, Fayard, 1988, 560 p., figures, cartes, illustrations.

La profession de sage-femme est reconnue comme une profession médicale depuis le XVIII^{e} siècle. Paradoxalement, alors que les écoles se développent et forment de bonnes sages-femmes, l'accoucheur et la science de l'accouchement s'imposent, et l'obstétrique apparaît dans le même temps comme une spécialité médicale à part.

Le corps des médecins accoucheurs est créé en 1882, avec pour conséquence une mise sous tutelle masculine plus étroite qu'auparavant des sages-femmes hospitalières et une réduction de la clientèle des sages-femmes libérales.[5]

C – Du domicile à l'hôpital au XX^{e} siècle.

Au début du XX^{e} siècle, et plus largement dans les campagnes, l'accouchement à domicile demeure fréquent. S'il régresse dans les grandes villes dès la fin des années 1920, le phénomène sera plus tardif en zone rurale.

Cette évolution favorable vers la maternité est plurifactorielle. Elle est corrélée à l'institution, dans l'entre-deux guerre, d'une aide de l'Etat pour les salariés les moins payés afin de stimuler les naissances : prise en charge forfaitaire des frais d'accouchement et indemnité d'allaitement. Cette aide de l'Etat sera renforcée par l'instauration de la sécurité sociale en 1945-1946. L'accouchement devient un acte médical, et non plus d'entraide féminine. De plus, la nouvelle législation imposait la consultation d'un médecin pour la déclaration de la grossesse, ce dernier devenant le premier interlocuteur des femmes enceintes, qui s'habituent dès lors à se tourner vers un espace médicalisé.

Dans le même temps, l'hôpital a changé. L'hospice traditionnel, voué à l'assistance des plus démunis, devient un haut lieu de technicité. Il centralise plusieurs métiers, de l'obstétrique à la puériculture, en passant par les laboratoires d'analyses médicales. Les obligations d'hygiène, d'asepsie, et l'organisation structurale font considérablement diminuer les risques de mortalité maternelle et périnatale.

Dans l'entre-deux guerre, il n'y a pas de consensus sur le lieu d'accouchement. Domicile et hôpital coexistent, sans que l'un ne soit considéré plus dangereux que l'autre.

[5] Yvonne KNIBIEHLER, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^{e} siècle*, Rennes, ENSP, 2007, p. 25.

Dans l'après-guerre, les naissances font un bond en avant. A la fin des années 1930, on comptait 650 000 naissances par an en France. A la fin des années 1950, 850 000. Cette multiplication coïncide avec un déménagement massif des Françaises vers les milieux médicalisés. La tendance n'est pas nouvelle mais s'accélère nettement dans les années 1950, induisant une réduction des accouchements à domicile, qui passent de 456 pour mille en 1952 à 10 pour mille en 1974[6] !

L'élaboration de nouvelles techniques – analgésie péridurale, monitoring, échographie – entraîne dans les années 1960-1980, d'autres transformations fondamentales en matière d'accouchement, adaptées à un environnement médicalisé.

La mutation de l'accouchement du domicile vers l'hôpital a duré plusieurs siècles, et s'explique au travers de causes multiples : l'exode rural, où l'homme naît désormais à la ville ; le changement des mentalités, impliquant le refus de mourir en couches et la préservation de chaque être vivant, dans sa dimension unique ; la recrudescence des médecins obstétriciens, intéressés par la discipline ; les progrès scientifiques, transformant l'hôpital en lieu rassurant et performant.

Effectivement, les risques de mortalité maternelle et périnatale reculent considérablement, mais n'oublions pas qu'ils sont corrélés à l'amélioration rapide des conditions de vie. Aussi, cette régression des dangers liés à l'accouchement atteint bientôt un seuil qu'il semble difficile de réduire. Cette constatation a mené les pouvoirs publics à réfléchir à des moyens de prise en charge optimale de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches et du nouveau-né, et mené à l'élaboration de plans de périnatalité successifs, où l'accouchement à domicile n'avait peu ou prou pas sa place.

*

3 – Elaboration des plans de périnatalité et impact

La politique française de santé publique est basée sur le principe d'égalité d'accès aux soins, rendu possible par la mise en place de la sécurité sociale dans l'après-guerre. Le

[6] Yvonne KNIBIEHLER, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e siècle*, Rennes, ENSP, 2007, p. 21-30.

gouvernement, tourné vers une politique nataliste, assure ainsi des indemnités de grossesse et d'allaitement. Cela a engendré entre autre un suivi plus rigoureux de la santé des femmes et des nouveaux-nés.

L'amélioration des prestations et actes médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement, et aux premiers jours de vie des nouveau-nés constitue la politique de périnatalité.

Ce domaine a fait l'objet de plans publics successifs depuis les années 1970, traduisant un engagement politique à long terme. Grâce à des indicateurs de résultats précis, il est possible de suivre l'évolution des objectifs au fil des années, ainsi que d'effectuer des comparaisons internationales.

Au cours des quarante dernières années, les indicateurs périnataux[7] se sont sensiblement améliorés partout dans les pays développés. En France, cette amélioration a été irrégulière, chaque période de stagnation conduisant les pouvoirs publics à élaborer un plan de périnatalité.[8]

A – Sécuriser la naissance, renforcer la prévention.

L'objectif principal des plans de périnatalité a été la sécurité de la mère et de l'enfant. Pour renforcer cette sécurité, deux axes ont été développés : le recours à des normes précises de fonctionnement, et une restructuration importante de l'offre obstétricale et pédiatrique.

a) Le plan de 1970-1976

Une nette amélioration des indicateurs périnataux[9] s'observe suite à ce premier plan. Il faut cependant le corréler à l'accroissement conjoint du niveau de vie et d'éducation, et à une diminution continue des naissances.

Ce plan impose, au travers du décret n°72-162 du 21 février 1972 ou décret « Dienesch », des normes précises de sécurité. Deux objectifs sont fixés à l'époque : la prévention d'une part (consultations de grossesse obligatoires, dépistage de certaines sérologies), la sécurisation de la naissance d'autre part, par le renforcement des moyens techniques des maternités, notamment l'obligation d'avoir un bloc chirurgical attenant aux salles d'accouchement.

[7] Cf. annexe [2]
[8] http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/Perinatalite.pdf
[9] Cf. annexe [3]

Cela entraîne la fermeture de nombreuses petites structures, et impacte l'exercice professionnel des sages-femmes : majoritairement libérales et centrées sur la consultation de grossesse et les accouchements – à domicile – avant les années 1960, la parution de ce décret les conduit à rejoindre les établissements de santé et la fonction publique.

b) Le plan de 1995-2000

Le volet prévention sera négligé au profit de la sécurisation de l'accouchement. Cela se traduit par la restructuration des maternités sous l'effet des normes renforcées – en terme de personnels, de structuration des locaux, de moyens de prise en charge.[10] Concrètement, cela poursuit la fermeture des plus petites maternités (moins de 300 accouchements).

La deuxième mesure majeure de ce plan est la création de réseaux de soins gradués en fonction des unités néonatales des maternités[11], visant à orienter les femmes vers l'établissement adapté aux soins qu'elles et leur nouveau-né requièrent. Le niveau I correspond aux soins de base des nouveaux-nés. Il concerne donc les grossesses physiologiques soit 80% des cas.

Force est de constater pourtant que les niveaux I n'accueillent pas 80% des accouchements en France. C'est plutôt la tendance inverse qui se développe : en 1996 déjà, 43% des accouchements avaient lieu en niveau II et III. En 2008, ce taux s'élève à 68% ![12]

En effet, la taille des maternités augmente avec le niveau de spécialisation. Les niveaux I, qui représentent la moitié des maternités (49%), réalisent environ 1000 accouchements par an, alors que les niveaux II et III concentrent davantage d'accouchements.

D'un point de vue scientifique, la France ne qualifie une grossesse et un accouchement de physiologique et eutocique qu'a posteriori, c'est-à-dire après la naissance de l'enfant.

Dans ce contexte, il est admis que tout accouchement est un risque. En effet, si 80% des grossesses sont physiologiques, la France n'atteint que 68,7% d'accouchements voie basse spontanée. Le taux de césariennes s'élève à 20,2 %et le taux d'extractions instrumentales (ventouse, forceps, spatules) à 11,1%[13].

[10] Décrets de 1998
[11] Cf. annexe [4]
[12] Source DREES, SAE, France métropolitaine. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2010-quelques-maternites.pdf
[13] Rapport EUROPERISTAT 2008, figure 2.

Aussi une question fait débat : est-ce le risque qui induit la médicalisation ou l'hypermédicalisation qui induit du risque ?

Deux positionnements s'affrontent. D'une part, la nette diminution de la mortalité maternelle et infantile qui plaide en faveur d'une surveillance accrue de l'accouchement ; d'autre part la iatrogénie de l'hypermédicalisation, qui multiplie notamment le recours à la césarienne (taux stable en France depuis 4 ans, mais supérieur au taux préconisé par l'OMS[14]).

Les pouvoirs publics l'ont remarqué. Le rapport de la commission périnatalité, rédigé en 2003 à la demande du ministre de la santé indiquait que des progrès étaient possibles en matière de périnatalité. Il soulevait aussi un point précieux : les notions de grossesse à haut risque et à bas risque, et la iatrogénie liée à l'excès de surveillance des grossesses à bas risque. En effet, pour la plus grande majorité des femmes enceintes, le plus grand risque reste encore d'accoucher normalement !

B – Le plan de 2005-2007 : de nouveaux enjeux.

Humanité, proximité, sécurité, qualité.

Ce dernier plan intervient sur deux dimensions : « sécurité-qualité », principalement basé sur la réduction de la mortalité périnatale et maternelle ; et « humanité-proximité ».

Certes, il est élaboré dans la continuité des plans précédents, avec une concentration des maternités et une définition rigoureuse de normes en matériel et en personnel, dans un souci constant de sécurisation maximale. Mais il est intéressant de noter qu'un nouvel enjeu voit le jour : celui de l'humanité. Une volonté explicite de prendre en compte la dimension émotionnelle des mères, l'aspect psychologique et social de la grossesse et de l'accouchement, moment charnière de la vie d'une femme.

Outre l'instauration de l'entretien du 4^{e} mois, qui permet d'améliorer l'information sur la grossesse, l'accouchement, et de détecter les situations fragiles, le plan cherche à développer des réseaux de proximité entre ville, protection maternelle et infantile (PMI) et hôpital.

[14] OMS : préconise 15% de césariennes

Le plan prévoyait également l'ouverture de maisons de naissance à titre expérimental, de façon à prendre en charge les femmes présentant des grossesses à bas risque. Malheureusement, le projet a été censuré par le conseil constitutionnel en décembre 2010[15].

L'approche et les résultats des différents plans de périnatalité en France présentent des réussites et des lacunes. Si tous les indicateurs périnataux ont diminué depuis les années 1960, d'importants progrès restent à faire.[16] Le rapport EURO-PERISTAT de 2008 confirme que si la France est bien placée en Europe, elle n'est jamais en tête de peloton : au 8e rang pour la mortalité néonatale, au 8e rang en terme de prématurité, au 13e rang pour le taux de césariennes[17].

La France a misé sur une amélioration des performances par la centralisation des accouchements dans des lieux de haute technicité. En contrepartie, la question de grossesse à bas risque ou à haut risque est aujourd'hui introduite dans la réflexion. Pour autant, si des alternatives en matière d'accouchement existent – AAD, maisons de naissance, plateau techniques – elles demeurent marginales en France.

*

II – Réalisation concrète de l'AAD

1 – Sage-femme en France et AAD

En France, les sages-femmes sont majoritairement hospitalières (78%). Elles sont libérales ou mixtes (effectuant ponctuellement des gardes à l'hôpital) dans 18% des cas, et enfin 7% sont salariées de PMI ou d'agence d'intérimaires. En 2010, on compte 19 208 sages-femmes recensées par la DREES.

Avec l'ouverture du *numerus clausus*, le nombre de sages-femmes a augmenté de 80% entre 1990 et 2010. Les sages-femmes libérales ont triplé en 20 ans après avoir nettement diminué suite à l'évolution de la naissance en structure. Le nombre de sages-femmes

[15] Benoit Truong Canh M., *Contact sages-femmes*. **2011**, *26*, 10.
[16] Cf. annexe [5]
[17] 20% de césariennes en France. L'OMS en préconise 15%.

hospitalières a augmenté de 60% sous l'effet du transfert des naissances vers le secteur public[18].

L'activité des sages-femmes libérales est principalement orientée vers les cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et la rééducation périnéale. Les accouchements représentent une activité marginale des actes pratiqués (0,05% des actes remboursés par l'assurance maladie). La CNAMTS a comptabilisé 1052 accouchements à domicile en 2008, 1939 en 2009. Seules 72 sages-femmes déclarent réaliser des accouchements à domicile en France selon une enquête réalisée par le conseil de l'ordre des sages-femmes.

Depuis 2002, tous les professionnels de santé exerçant à titre libéral doivent souscrire à une assurance responsabilité civile, afin d'indemniser les victimes des accidents médicaux[19]. Cependant, depuis 2000, les sages-femmes se heurtent à l'absence de couverture assurantielle pour l'accouchement à domicile. Les couples qui s'engagent dans l'accouchement à domicile en sont informés et passent un contrat moral avec le professionnel de santé.[20]

Malgré ce frein en France, selon le livre vert sur le personnel de santé du CNOSF de 2009, *« on observe depuis plusieurs années une demande croissante des patientes européennes pour un encadrement moins médicalisé de l'accouchement, dans le cas de grossesses normales.»*[21]

Il s'agit bien d'une demande dans tous les pays européens. Minoritaire en France, elle a tendance à augmenter et crée débat. Il concerne environ 1% des naissances (peu fiable, ce chiffre inclut les accouchements inopinés à domicile). Particulièrement bas dans les pays du sud de l'Europe, le phénomène est plus développé dans le nord. En Grande-Bretagne, l'AAD est en augmentation, avec 2,39% en 2010[22] (1,98% en 2000). En Belgique, 4% des femmes accouchent chez elles. Aux Pays-Bas, le taux s'élève à 29% en 2008. Il s'agit du taux le plus haut des pays développés, quoiqu'en baisse depuis 10 ans (35% en 1997-2000).

[18] Cours des comptes, Sécurité sociale **2011**, p 177-182
[19] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
[20] http://ansfl.org/page.php?id=40
[21] http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/onsf_fr.pdf
[22] http://www.birthchoiceuk.com/Frame.htm

Certains gouvernements plébiscitent l'AAD, comme en Grande-Bretagne où le RCOG[23] soutient l'AAD pour les femmes présentant des grossesses à bas risque. C'est également le cas aux Pays-Bas, qui laisse le choix aux femmes d'accoucher chez elles ou en structure médicalisée, et où une sortie précoce est proposée (c'est-à-dire un retour à domicile dans les heures qui suivent l'accouchement).

*

2 – Cas des Pays-Bas

Les néerlandais partent du principe que la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques ne nécessitant pas forcément d'intervention médicale. Aussi, les sages-femmes sont les professionnelles de référence et 78% des femmes enceintes débutent leur suivi auprès d'elles. Au fur et à mesure que la grossesse avance et que des situations pathologiques surviennent, les femmes sont redirigées vers un médecin. Au final, 33% des femmes accouchent avec une sage-femme, 27% à domicile[24].

Les indicateurs périnataux des Pays-Bas sont comparables à ceux de la France. Leur système n'est pas infaillible et des progrès en terme de résultats sont aussi à faire. Il est toutefois étonnant et intéressant de remarquer qu'à deux pas de la France, les options sont tout à fait différentes pour mettre au monde son enfant.

Madeleine Akrich, sociologue, a co-écrit en 1995 un livre comparant les systèmes de prise en charge de la maternité en France et aux Pays-Bas. Voici ce qu'elle rapporte, toujours d'actualité en 2012 :

« Le modèle français de la co-action se caractérise par le fait que l'accouchement est un acte collectif dans lequel la répartition de l'action et sa coordination sont effectuées en partie par l'intermédiaire des dispositifs techniques de surveillance : d'un certain point de vue, les polémiques qui existent autour de la nécessité et de l'efficacité de ces dispositifs ratent ce point essentiel. Aux Pays-Bas, le modèle dominant de la naissance physiologique semble être un modèle de communion, dans lequel prédomine la mise en rapport directe - presque sans intermédiaire technique - des corps des différents intervenants (femme, compagnon, sage-

[23] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives Joint Statement No.2
[24] Cours des comptes, Sécurité sociale 2011, p 186

femme), afin d'apporter un soutien à la femme qui est considérée comme le principal acteur de l'accouchement. »[25]

Le modèle des Pays-Bas intègre donc dès le début de la grossesse la notion d' « accompagnement global ». En effet, il s'agit d'un accompagnement de la grossesse basé sur la communion, le rapport direct, le soutien. Insistons davantage sur cette notion de « globalité ».

*

3 – L'accompagnement global

A – Définition

L'accompagnement global est une façon d'appréhender la maternité dans son ensemble. Il s'agit d'une relation privilégiée entre un professionnel de la maïeutique et une femme enceinte. Privilégiée pourquoi ? Parce qu'il s'agit d'une relation de *confiance,* basée sur la *continuité,* et intégrant toutes les *dimensions* de la femme enceinte.

Confiance : Cette confiance est histoire de réciprocité dans le cadre d'un accompagnement global. Elle s'établit au fur et à mesure des entretiens et des consultations de grossesse, afin d'être réellement établie le jour de l'accouchement. La femme se remet à la « sagesse », c'est-à-dire au savoir-faire du praticien, et le praticien accorde sa confiance à la femme dont il connaît l'histoire, et notamment certains blocages.

Continuité : La continuité des soins est une condition *sine qua non* au concept d'accompagnement global. L'idée est en effet que la femme n'ait à faire qu'à un seul praticien tout au long de sa grossesse en ce qui concerne les entretiens et consultations, les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, l'accouchement, les suites de couches, et les visites post-natales.

Dimensions : La femme dans toutes ses dimensions… En effet, il s'agit bien d'*accompagner,* ce qui sous-entend que l'aspect médical s'efface derrière le lien qui se crée. C'est la femme dont il est question, et non pas la grossesse. Si l'examen obstétrical est

[25] Akrich M., Pasveer B., *De la conception à la naissance*. *Comparaison France/Pays-Bas,* 1995.

indispensable à la rigueur quant aux recommandations du suivi de grossesse en France, il ne vient qu'après un long entretien qui aborde la psychologie de la femme, sa relation de couple, ses interrogations profondes, son organisation quotidienne, les petits maux auxquels elle est confrontée, ses craintes, ses joies, son affectif, etc. Ce dans le but d'établir une… confiance… par la continuité des soins… en abordant toutes les dimensions…

Cette approche globale est pratiquée en France par une centaine de sages-femmes et très peu de médecins. Il arrive que plusieurs praticiens s'associent, et revendiquent la « même philosophie d'exercice », ce qui amène les femmes à côtoyer finalement plusieurs praticiens. Cela ne va pas à l'encontre de l'accompagnement global dans la mesure où les praticiens peuvent se concerter.

Concrètement, l'accompagnement global est rendu possible en France par deux biais : l'AAD ou l'accouchement en plateau technique. Les maisons de naissance font débat mais ne sont pas autorisées.

B – Les plateaux techniques

Les sages-femmes ayant accès à un plateau technique sont peu nombreuses. Il s'agit en fait d'une maternité classique, où la sage-femme et la femme (le couple) se rendent lors de la mise en travail. Certaines maternités disposent de « salles nature » adaptées à un accouchement physiologique – c'est-à-dire sans geste médicalisé – qui jouxtent les salles d'accouchement classiques. A l'issu de l'accouchement et de la surveillance du post-partum immédiat (2-3 heures), les femmes peuvent choisir de séjourner à la maternité ou de rentrer chez elles.

C – Les maisons de naissance

Lors des 34e journées nationales du CNGOF (Paris – décembre 2010), deux interventions concernaient les maisons de naissance[26].

[26] http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2010/vendredi_2010.htm

La première, de J. Nizard, fait un tour d'horizon des maisons de naissance en Europe. Il conclut qu'il y a de grandes différences d'un pays à l'autre en terme de définition de la maison de naissance, et en terme d'activité.

Il retrouve toutefois des points communs : la femme est prise en charge par sa sage-femme. En accord avec elle, la femme décide du lieu d'accouchement adapté, qui sera le domicile, la maison de naissance, ou l'hôpital. Les médecins ne se sentent pas concernés par les maisons de naissance car ces espaces sont pris en charge totalement par les sages-femmes.

Certains pays européens proposent des maisons de naissance (Espagne, Danemark, Belgique, Autriche, Pays-Bas, Grande-Bretagne, Suisse, Allemagne) d'autres pas (Portugal, Slovénie, Slovaquie, Luxembourg, Irlande, Malte, Chypres).

Il conclut que le débat est mal orienté en France. Qu'avant de penser maison de naissance, il faudrait penser prise en charge globale, et que l'effort est à porter sur le problème de la fragmentation de la prise en charge des femmes dans les services.

La deuxième intervention est celle d'I. Nisand, obstétricien à Strasbourg, où huit « maisons de naissance » existent depuis plusieurs années.

Comment, puisque la loi française l'interdit ? En réalité, il s'agit d'espaces physiologiques attenant aux salles d'accouchement en milieu hospitalier et ouverts aux sages-femmes libérales. Elles se rapprochent donc du plateau technique, avec cette différence que les salles sont dédiées et adaptées à de la physiologie.

Il expose les contre-indications qu'ils se sont fixés quant à l'accès des femmes à cet espace baptisé « maison de naissance » :

- toute présentation autre que céphalique
- utérus cicatriciel (quel que soit le type de cicatrice)
- grossesse gémellaire
- antécédent d'hémorragie de la délivrance
- prématurité
- hypotrophie / macrosomie
- hypertension, diabète
- déclenchement
- épreuve du travail
- malformation fœtale

- anomalie du liquide amniotique (quantité ou couleur)
- antécédent de naissance traumatique ou d'asphyxie périnatale.

En effet, l'accouchement physiologique ne peut concerner que la population des femmes à bas risque. Le problème rencontré aujourd'hui est la définition concrète de ce « bas risque », qui concerne bien entendu les femmes souhaitant accoucher à domicile. A l'heure actuelle, si l'on se réfère à cette liste de « bas risque », on constate que certaines sages-femmes libérales prennent en charge des femmes présentant un utérus cicatriciel, une macrosomie, ou un antécédent de naissance traumatique. Les limites n'étant pas claires, chaque sage-femme travaille selon son appréciation, ce qui amène à des différences notables des pratiques.

D – Recommandations de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), quant à elle, publie certains résultats démontrant que *« les femmes ayant eu un soutien continu pendant l'accouchement ont de plus fortes chances de voir leur travail légèrement raccourci, de donner naissance spontanément par voie basse et risquent moins de devoir recourir à une analgésie pendant l'accouchement ou d'exprimer du mécontentement quant à leur expérience de la naissance. En général, le soutien continu pendant l'accouchement a été associé à des effets bénéfiques accrus lorsque le prestataire n'était pas un membre du personnel hospitalier, lorsque ce soutien commençait au début du travail et dans des milieux où l'analgésie péridurale n'était pas systématiquement disponible ».*[27]

*

4 – La question de la douleur

Revenons à l'écrit de Madeleine Akrich, qui permet de comprendre, via un comparatif avec les Pays-Bas, la relation que la femme française entretient avec la douleur de l'enfantement :

« Ces deux modèles peuvent être mis en relation avec la manière dont la douleur de l'accouchement est considérée dans les deux pays et dont elle est traitée. Alors qu'en France, elle est isolée de l'accouchement lui-même, voire envisagée comme une pathologie, elle constitue un point de passage quasi-obligé pour l'accouchement néerlandais : la compassion,

[27] http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/routine_care/cd003766/fr/index.html , Bibliothèque de santé genesique de l'OMS.

la communion qui qualifient, aux Pays-Bas, les rapports entre femme, sage-femme et entourage s'appuient en partie sur cette douleur, qui, en France, est au contraire un obstacle à la construction de ce collectif qui co-agit pendant l'accouchement. Dans cette perspective, la péridurale nous paraît un point central dans l'évolution possible des différents systèmes : en France, sa généralisation est susceptible de stabiliser les dispositifs de surveillance en les rendant à la fois indispensables et supportables ; aux Pays-Bas, elle menace le système de la naissance car elle bouscule la frontière établie entre pathologie et physiologie, frontière qui se superpose aux frontières professionnelles et institutionnelles. Enfin, la péridurale pose de front la question de la "demande" des femmes. »

A travers ces mots, la question de l'accompagnement global prend tout son sens. Et la difficulté de sa mise en œuvre dans les services hospitaliers est palpable. L'accompagnement global n'est possible que dans la mesure où une sage-femme ne s'occupe, à la fois, que d'une parturiente, qu'elle aurait déjà vu auparavant, de façon à établir un lien de sécurité des le début de la prise en charge du travail.

*

Conclusion

Cette première partie a permis de statuer l'espace occupé par l'AAD en France, après l'avoir replacé dans un contexte historique. La prise en charge de la femme enceinte dans sa globalité est un sujet sensible qui parle aux femmes, les séduit, et au travers duquel l'AAD trouve sa place.

Nous allons désormais nous tourner vers l'analyse des supports constitués par le fichier des sages-femmes libérales réalisant des AAD dans la région nantaise, et des entretiens auprès des femmes ayant accouché à la maison en 2010.

PARTIE II – ANALYSE

I - Point de départ de la recherche

Pourquoi s'intéresser aux raisons qui poussent les femmes à accoucher à domicile ?

Tout d'abord parce qu'il s'agit d'une démarche marginale, connue mais sans que personne ne sache vraiment les modalités de la prise en charge. Puisque cette pratique fait partie du panel des compétences des sages-femmes, le sujet nous concerne directement, ainsi que notre positionnement.

Ensuite parce que le discours ambiant est celui de l'incompréhension. Tout un chacun soupçonne les raisons pour lesquelles des couples se tournent vers l'AAD, mais souvent, ces raisons sont évoquées avec une pointe d'ironie.

Enfin, parce que les accouchements à domicile se passent globalement bien, et qu'ils font cependant l'objet d'une stigmatisation forte. Les risques évoqués par ses détracteurs sont-ils fréquents ? Comment l'évaluer ? Est-il possible d'être en sécurité chez soi ?

Face à ces interrogations, une question me revenait sans cesse : qui sont ces femmes qui accouchent chez elles ? Y a-t-il un profil type – appartenance culturelle, ethnique, religieuse ? Pourquoi cette démarche ?

Il a donc fallu se confronter à ces femmes et à leurs conjoints, afin de me forger une opinion basée sur les réalités de l'AAD et fournir un travail objectif.

*

1 – Méthodologie

A – Rencontrer des sages-femmes libérales réalisant des AAD

Les exercices des sages-femmes libérales en France varient énormément d'une praticienne à l'autre. Il en est de même pour les accouchements à domicile. Certaines réalisent une dizaine d'accouchements par an, d'autres peuvent en faire jusqu'à 100 ou plus ; certaines ne font pas du tout de rééducation périnéale, etc.

En Loire-Atlantique, trois sages-femmes réalisent des AAD en 2010. Deux en binôme sur la région nantaise, une sur Châteaubriant. En tout, elles réalisent une cinquantaine d'AAD par an (respectivement 30 et 20).

Le sujet de l'accouchement à domicile étant très flou dans mes représentations, et probablement teinté de clichés, j'ai démarché un des deux cabinets de sages-femmes libérales avec AAD. J'ai choisi celui de la région nantaise où deux sages-femmes exercent en binôme, car l'activité est plus importante.

Les sages-femmes pratiquant les AAD dans la région nantaise m'ont fourni de nombreuses informations concernant leur pratique de l'AAD, prêté des ouvrages sur le sujet, me permettant de me forger une idée sur leur mode de fonctionnement et l'AAD en général.

En plus de cela, elles m'ont laissé accéder à leurs fichiers. Grâce au recueil des données sur l'activité du cabinet, nous avons dénombré leurs AAD sur l'année 2010, pu mettre en perspective la réalité de l'accompagnement global (type de consultations, et quantité) et mettre en évidence le profil des femmes qui se rendent dans ce cabinet.

Outre les sages-femmes de la région nantaise, un stage auprès d'une sage-femme de Bordeaux réalisant une centaine d'AAD par an a permis de vivre concrètement l'AAD et d'observer le comportement des femmes avant, pendant, et après l'accouchement.

B – Méthodes de travail

Il a fallu recueillir les données des dossiers du cabinet de la région nantaise sous forme de tableau excel. Le but n'était pas d'établir des statistiques sur les femmes et les couples qui se tournent vers l'AAD, notre échantillon étant faible, mais de se donner une image concrète de la population qui consulte à ce cabinet d'une part, et de l'activité des sages-femmes d'autre part. Il donne une photographie des patientes de 2010.

Le deuxième temps s'est concentré sur les entretiens. Il s'agit d'entretiens semi-directifs, à partir de questions formulées suite aux discussions réalisées avec les sages-femmes du cabinet. Il m'a paru important de rencontrer les femmes dans leur environnement quotidien, qui plus est dans le lieu où elles avaient accouché. Les entretiens se déroulaient donc à domicile et duraient de 1h30 à 2h30.

Enfin, nous avons compulsé de nombreux documents – livres, magazines, blog – sur le sujet, pour nous ouvrir à la question de l'AAD et à la polémique que son exercice soulève.

C – Les difficultés rencontrées

Les sages-femmes et les femmes ont très bien accueilli ma démarche et ont été disponibles pour répondre à mes questions.

Peu habituée à la sociologie et à la direction d'entretiens, il a été difficile de ne pas orienter les questions et les relances. J'ai rencontré des difficultés à ne pas terminer les phrases des femmes, et à accepter des temps sans parole. Certaines parties d'entretien s'attardent trop sur des sujets n'intéressant pas le choix d'AAD, en raison de ma difficulté à réorienter la thématique.

Les femmes interrogées étaient toutes des multipares ayant déjà accouché. En réalité, cinq entretiens ont été réalisés, mais nous n'en avons retenu que quatre. Celui que nous avons éliminé concernait une primipare enceinte, mais il a semblé judicieux de ne pas l'intégrer à l'analyse *a posteriori*, car son souhait d'AAD n'a pas abouti. De fait, les quatre entretiens réalisés concernent des multipares.[28]

Le début du questionnaire se tourne vers la femme et son quotidien en général. Nous abordons ensuite le sujet de la grossesse et de la naissance dans son ensemble, pour arriver enfin particulièrement à sa démarche personnelle vis-à-vis de l'AAD. Il s'agit d'un support qui s'est modifié d'un entretien à l'autre, selon la direction empruntée par la femme. Les pères présents étaient également avides de s'exprimer, et nous les avons intégré à l'échange, le plus souvent en fin d'entretien.

*****

[28] Cf annexe : Guide d'entretiens

II – Activité du cabinet – Profil des femmes ?

Introduction

Nous avons classé leur activité sur l'année 2010 selon plusieurs critères :

- le lieu d'accouchement souhaité par ces femmes.
- les raisons pour lesquelles un souhait d'AAD n'aboutit pas
- les complications qui ont surgi lors de l'AAD.
- la catégorie socioprofessionnelle des couples consultant au cabinet, et parmi eux, ceux qui souhaitent accoucher à domicile.

1 - Autour de l'activité du cabinet

Les sages-femmes de ce cabinet réalisent le suivi et l'accompagnement de leurs patientes dans toutes les dimensions que l'exercice libéral permet : suivi de la grossesse, préparation à la naissance, AAD, suites de couches à la maison, suivi post-natal et rééducation périnéale. Depuis 2010, mais de façon encore marginale, elles réalisent des consultations en gynécologie, principalement pour la pose de stérilet.

L'activité du cabinet a tourné autour de 70 patientes tout au long de l'année 2010. Trois femmes avaient déjà accouché en 2009, mais poursuivaient leur suivi post-natal (visite post-natale, rééducation périnéale, suivi gynécologique). Les 66 autres étaient enceintes et consultaient régulièrement les sages-femmes, dans le cadre d'un accompagnement global ou non. En effet, certaines femmes venaient pour un suivi classique de grossesse, de la préparation à la naissance ou encore de l'haptonomie, avec le souhait d'accoucher en maternité.

Parmi ces 66 suivis, 60 femmes accouchent en 2010, les autres en 2011. Concentrons-nous sur les 60 patientes qui accouchent en 2010 :

- 53 souhaitent accoucher chez elles.
- 7 souhaitent accoucher en structure.

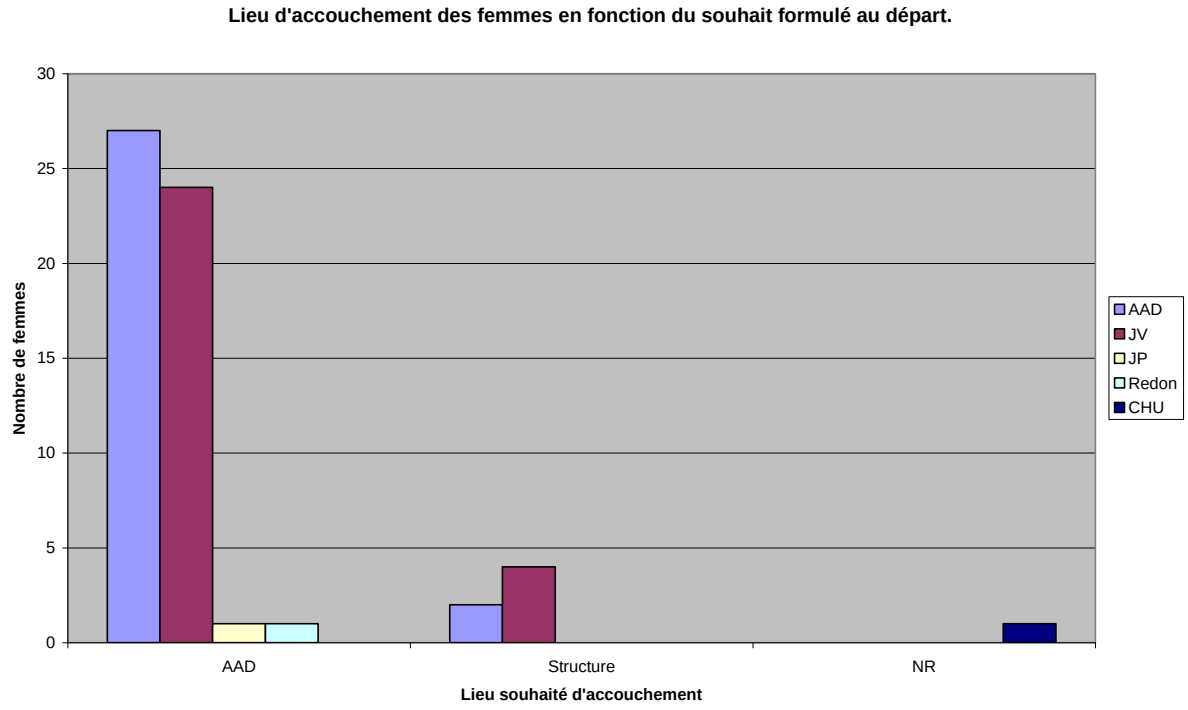
Toutes les femmes sont vues de façon systématique dans une structure pour leur 8^{e} mois de grossesse et pour la consultation d'anesthésie, quel que soit leur souhait d'accouchement,

afin d'assurer une prise en charge optimale basée sur la sécurité. Si un évènement de fin de grossesse ou pendant le travail sort de la physiologie, un transfert est nécessaire, et la prise en charge sera d'autant meilleure que la patiente est déjà connue de l'établissement. L'inscription dans la maternité est demandée par les sages-femmes.

*

2 – Etude de la population du cabinet qui souhaite un AAD

A – Lieu d'accouchement souhaité par les femmes du cabinet



A travers ce graphique, on constate sur 60 femmes :

- 53 souhaits d'AAD en première intention.
- 29 accouchements à domicile, parmi lesquels trois cas particuliers : 2 femmes qui accoucheront chez elles de façon inopinée, sans l'avoir organisé ; une qui accouche seule chez elle, contre le gré des sages-femmes.
- 28 accouchements à Jules Verne (JV), de loin la structure la plus prisée par les femmes suivies au cabinet. Parmi elles, 4 femmes souhaitaient y accoucher en première intention.

- En effet, 26 femmes accouchent dans une autre structure suite à une impossibilité d'AAD, dont 24 vont à Jules Verne, 1 à la clinique du Jardin des plantes de Saint-Nazaire (JP), et 1 au CH de Redon.
- Une femme accouche au CHU pour siège. On ne connaît pas son choix d'origine (NR).

Presque toutes ces femmes sont inscrites à Jules Verne pour une raison très simple : les sages-femmes le leur en parle. En effet, la stigmatisation de l'AAD n'est pas toujours facile à gérer pour les couples. Les patientes ne souhaitent pas être confrontées à des praticiens hostiles à leurs choix, ce qui est fréquent auprès de sages-femmes, gynécologues-obstétriciens ou anesthésistes. A Jules Verne, les sages-femmes sont en lien avec un obstétricien qui valide le choix de l'AAD dès lors que la grossesse est physiologique, et que la patiente est à bas risque. Cela ne couvre pas les sages-femmes, mais permet aux femmes d'être vues par un praticien ouvert à leur demande, c'est-à-dire à l'écoute de leurs propos et de leurs besoins.

Ainsi, sur 60 suivis, la grande majorité (53 femmes) souhaite un AAD. Seule la moitié accouchera pourtant à domicile.

B – Que s'est-il passé pour ces femmes dont le souhait d'AAD n'a pas abouti ?

53 femmes souhaitaient accoucher à domicile en 2010. Parmi elles, 26 femmes ont cependant accouché en structure : 24 à Jules Verne, 1 à la clinique du Jardin des Plantes de Saint-Nazaire, et 1 à l'hôpital de Redon.

Quatre groupes peuvent être établis :

1- Logistique = 2 cas : les sages-femmes ne sont pas disponibles (en vacances ou occupées sur un autre accouchement)
2- Absence de mise en travail spontanée = 9 femmes : terme dépassé, rupture de la poche des eaux à terme sans mise en travail dans les 12 heures.
3- Grossesse qui sort du cadre de la physiologie = 10 femmes :
   D'origine maternelle : bassin rétréci, diabète gestationnel insulino-dépendant.
   D'origine fœtale : malformation (IMG), retard de croissance.
   D'origine obstétricale : siège, placenta bas inséré, pré-éclampsie, anamnios.

4- Transfert en cours de travail = 5 femmes : souhait d'analgésie péridurale, stagnation, défaut d'engagement.

Sur les 26 femmes qui accouchent en structure, 5 seulement seront transférées en cours de travail. Dès lors que la grossesse sort d'un cadre purement physiologique, les sages-femmes passent la main en ce qui concerne l'accouchement. Elles peuvent cependant continuer à suivre la grossesse en binôme avec un médecin.

Les risques lors d'un transfert pour stagnation ou défaut d'engagement sont minimes, puisqu'ils n'affectent ni la mère, ni l'enfant qui vit bien l'effet du travail. Le transfert reste pour autant indispensable pour éviter toute fatigue maternelle ou fœtale.

En trente ans, la sage-femme la plus âgée n'a jamais eu de problème d'hémorragie de la délivrance (HDD), ni de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine (MAVEU), qui sont les deux problèmes les plus redoutés. De même, le fait de conserver la poche des eaux limite les soucis de procidence du cordon.

Cela ne sous-entend pas que le risque est nul puisque le risque d'HDD survient dans une population sans facteur de risque dans 30% des cas. Mais cela implique que la non médicalisation de l'accouchement et le non interventionnisme ne créent pas de pathologie. Les sages-femmes ont déjà été confrontées à des soucis de non décollement placentaire, pris en charge en structure, mais ils n'étaient pas associés à un phénomène hémorragique.

C – Quid des 29 femmes qui ont AAD ?

- 3 cas particuliers :
  - 1 contre le gré des sages-femmes, et qui s'obstinera jusqu'à accoucher seule chez elle malgré ses facteurs de risque, pour mettre au monde son 6^{e} enfant.
  - 2 ont accouché de façon inopinée, une avec le concours des sages-femmes appelées en premier recours, l'autre avec le Samu.
- Les 26 autres femmes étaient initialement prévues à la maison. La seule complication est un transfert pour absence de délivrance, sans hémorragie.

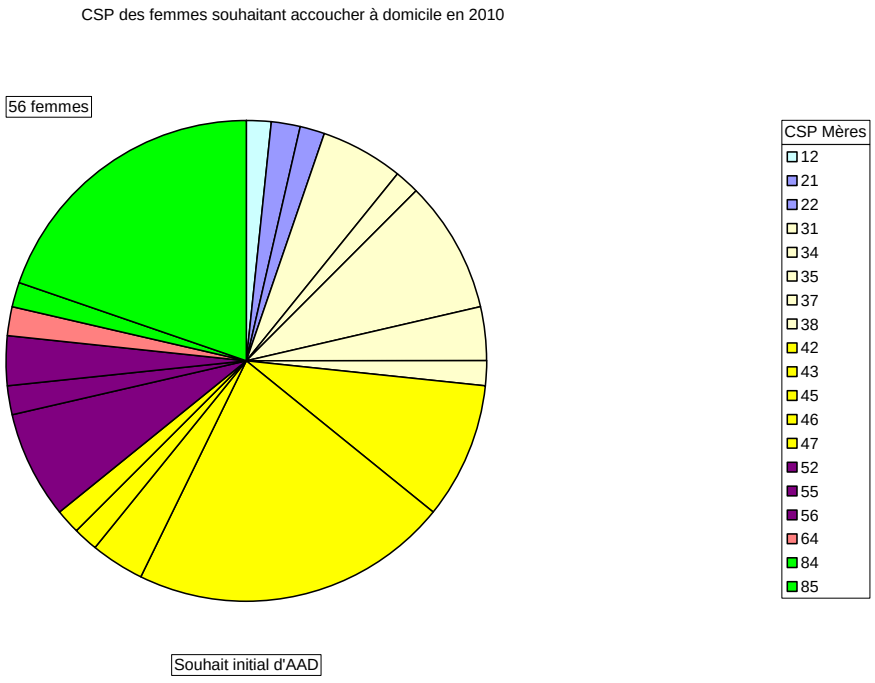
  Il n'y a pas eu de complications périnéales, seulement des déchirures simples suturées sur place.

D – Y a-t-il une catégorie socioprofessionnelle (CSP) dominante des couples qui se tournent vers l'AAD ?

Nous avons pris en compte 56 femmes, c'est-à-dire les 53 qui souhaitaient accoucher à domicile en 2010, auxquelles nous avons ajouté 3 femmes qui souhaitaient un AAD pour 2011 (et qui avaient débuté leur suivi en 2010 au cabinet). Nous avons aussi intégré leurs conjoints. Ainsi, nous avons :

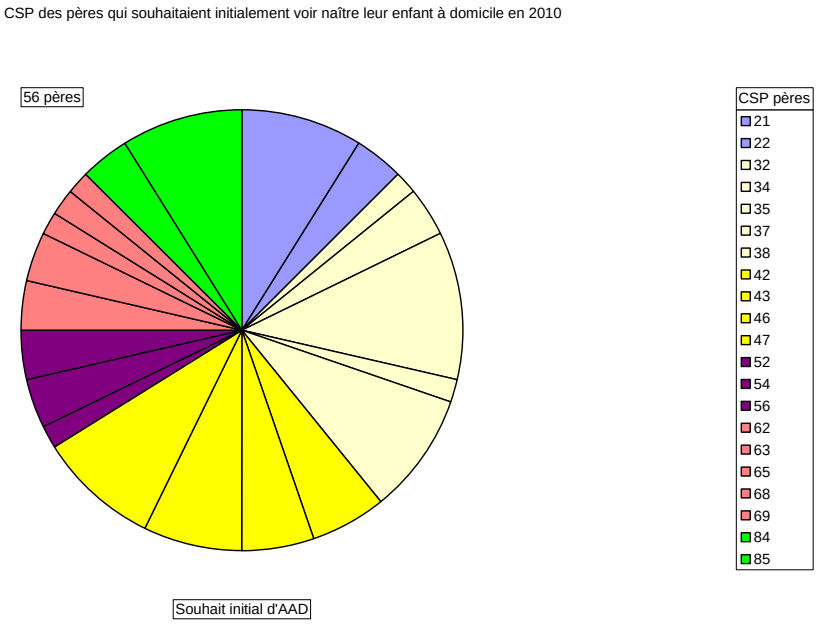
CSP	**Nombre de femmes**	**%**	**Nombre d'hommes**	**%**
1 agriculteurs exploitants	1	1.8	0	0
2 artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2	3.6	7	12.5
3 cadres, professions intellectuelles supérieures	12	21.4	**15**	26.8
4 professions intermédiaires	**21**	37.5	**15**	26.8
5 employés	7	12.5	5	8.9
6 ouvriers	1	1.8	7	12.5
8 sans activité	12	21.4	7	12.5

Toutes les CSP sont représentées chez les femmes qui souhaitent accoucher à domicile. Cependant, 80% des femmes sont de CSP 4 (37,5% soit 21 femmes), puis 3 et 8 (21% soit 12 femmes chacun). Avec la CSP 5 (13% soit 7 femmes), on monte à 90%.



Chez les femmes, les CSP des métiers de l'enseignement (professeur des écoles ou en secondaire, éducateurs), de la santé (infirmières, sages-femmes) et des métiers artistiques (comédiens, musiciens) sont surreprésentés.

Qu'en est-il de leurs maris ? Les CSP sont sensiblement les mêmes !



Les hommes dont les femmes accouchent à domicile sont également majoritairement de CSP 3 (27%) et 4 (27%), soit des cadres et professions intellectuelles supérieures, et des professions intermédiaires. En revanche, les autres CSP sont de répartition plus harmonieuse et correspondent à environ 1/8 chacune.

Conclusion :

Le profil des couples choisissant l'AAD est donc tourné vers les CSP 3 et 4.

Femmes – CSP 4 : éducation, santé.
CSP 3 : artistes, libérales

Hommes – CSP 3 : ingénieurs, musiciens, professorat

CSP 4 : informaticiens, nouvelles technologies.

Globalement, se sont souvent les femmes qui font la démarche initiale vers un AAD. Si ces 56 femmes ne sont pas significativement représentatives de l'ensemble des femmes qui AAD en France, cela permet néanmoins de formuler deux hypothèses :

- ces femmes souhaitent réagir face au conventionnel (artistes, professeurs)
- ou à ce qu'elles côtoient au quotidien (santé).

*

E – De quel enfant s'agit-il ?

Une autre donnée concerne la parité des femmes qui choisissent d'accoucher chez elles. Dans les faits en 2010, sur 27 femmes, 4 nullipares seulement accouchent chez elles ! Ce chiffre est très faible.

On peut cependant le modérer en se référant aux souhaits initiaux d'AAD. Sur 56 femmes, on compte 20 nullipares. Le nombre de nullipares qui se tournent vers l'AAD semble ainsi moins marginal.

Toutefois, nous constatons que :

- les nullipares font moins la démarche d'AAD, et qu'au final, très peu aboutissent à la maison. Les causes sont multiples : siège, terme dépassé, stagnation de la dilatation…
- Ce sont les troisièmes pares qui accouchent le plus à la maison.

Parité	1	2	3	4	5	6	9	Total
AAD effectif	4	5	10	2	4	1	1	27

Parité	1	2	3	4	5	6	9	Total
Souhait d'AAD	20	10	13	5	5	1	2	56

F – Quel âge ont les femmes qui ont accouché à domicile ?

Une dernière notion me posait question, c'est l'âge de ces femmes à la naissance de cet enfant à domicile en 2010. Elles ont de 23 à 45 ans. J'ai donc réalisé trois groupes d'âge comme suit :

	Souhait d'AAD (56 femmes)	AAD effectif (29 femmes)
Moins de 26 ans	5	3 femmes
De 26 à 35 ans	41	19 femmes
Plus de 35 ans	10	7 femmes

La majorité des femmes qui accouchent à domicile (2/3) ont de 26 à 35 ans. Cette donnée est cohérente avec l'âge des femmes enceintes dans la population générale française.

C'est aussi dans cette tranche d'âge que les femmes émettent le plus le souhait d'AAD, et où la moitié n'aboutit pas à la maison.

*

Conclusion

L'étude de l'échantillon des 56 cas de *souhait* d'accouchement à domicile ne permet pas de généraliser mes conclusions. Cependant, il est à relever que les femmes intéressées par l'accouchement à domicile présentent certaines caractéristiques similaires.

Elles ont d'une part déjà suivi un parcours de naissance (multipares) et d'autre part tiennent un emploi dont les contraintes sont importantes : exigences corporatives (enseignantes, personnels médicaux) que représentent les programmes scolaires et/ou protocoles à appliquer ; relations humaines hiérarchisées, omniprésentes et changeantes (professeur/élèves, soignant/soigné).

L'ADD serait pour ces femmes un moyen de revendiquer leur autonomie, ou du moins de *faire le choix* des éventuelles contraintes liées à l'accouchement.

Il serait aisé d'en conclure que seules les femmes qui présenteraient ces caractéristiques seraient ouvertes à l'ADD. Si mon étude appuyée des entretiens illustrera effectivement ce premier constat, il sera complété par le fait que le choix de l'ADD, méconnu voire inconnu de

la population française, laisse entrevoir un désir réel des familles de recherche d'autonomie, de personnalisation et d'humanisation lors d'un moment de grande intimité.

*

III – Analyse qualitative des entretiens : AAD, la recherche d'un idéal.

1 – AAD : le besoin de vivre autre chose

Autre chose…

Si un thème semble légitime quant au souhait d'AAD, c'est celui de la critique de l'accouchement classique en structure hospitalière. Les femmes qui souhaitent « vivre autre chose » le souhaitent d'autant plus que ce qu'on leur propose comme *une évidence* ne leur convient pas, ou ne leur convient plus.

L'*évidence* c'est le parcours d'une femme qui, se découvrant enceinte, consulte médecin ou sage-femme, fait suivre sa grossesse mensuellement, réalise trois échographies, s'inscrit en maternité où elle se rend le jour où elle se met en travail, et où elle séjourne les trois ou quatre jours qui suivent la naissance avant de rentrer chez elle. Ce parcours de soins ordonné possède toutes les clés sécurisantes pour vivre une grossesse et un accouchement sereins.

Les femmes qui se tournent vers l'AAD recherchent un chemin qui diffère de celui emprunté par la majorité des femmes enceintes. Leurs arguments s'orientent autour de trois axes :

1. D'une façon assez générale, elles interrogent ce qui est présenté comme « la norme », et recherchent l'alternative pour se donner la liberté du choix. Ce questionnement fait écho à la critique de la médicalisation de l'accouchement, avec une question centrale : le besoin du médical est-il avéré pour toutes, et *a fortiori* pour elles ?
2. Cette critique répond à la recherche du naturel, présenté comme la façon la plus simple, comme *allant de soi*, de mettre au monde un enfant.
3. En tout, cette démarche s'inscrit dans un besoin fort d'intimité.

Les couples se basent soit sur leur expérience, leur vécu lors d'une grossesse précédente, soit sur leurs représentations personnelles – vis-à-vis de la naissance dans ce cas précis – selon leur façon d'appréhender les choses de la vie en général.

A – Critique de la médicalisation

Les formes que revêt la critique des femmes qui souhaitent AAD sont variées et ne s'intéressent pas seulement au moment de l'accouchement. Il s'agit d'une démarche qui concerne l'ensemble de la maternité, du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement, et qui se poursuit au-delà avec le suivi post-natal.

Certaines font la démarche d'un AAD ou d'un accouchement plus naturel dès leur première grossesse, grâce au témoignage de leur entourage, ou suite à un premier contact avec le milieu hospitalier. D'autres ont un cheminement plus long, qui n'intervient que beaucoup plus tard, en réaction à un vécu douloureux à l'hôpital.

Elles évoquent différents points :

a) La relation au « pouvoir » médical

Les femmes laissent transparaître une certaine vulnérabilité face au savoir du corps médical. La relation soignant – soigné est verticale, avec un soignant détenteur d'un savoir, et un patient qui n'ose pas se sentir légitime dans ses choix :

« Quand on a un docteur en face, et qu'il fait part de son savoir, on se sent ignare et irresponsable… » (Carmen)

Le corps médical fait figure d'autorité, et les femmes lui accordent leur confiance. Elles se laissent volontiers porter par les décisions médicales :

« [Pour mon premier], là, je ne me suis pas du tout renseignée, j'ai fait une confiance totale dans le corps médical. Pour moi ils avaient la sagesse, la culture, ils avaient tout. Ils ne pouvaient que bien me diriger. […]» (Mathilde)

« Pour [l'aînée], je n'y connaissais rien et j'ai suivi le mouvement proposé, sans trop de craintes. […] On ne s'est pas posé de question, on est allés à l'hôpital tout de suite. […] Sur le coup je n'ai pas remis en cause le déclenchement. Pour moi il n'y avait pas le choix.

Puisque la sage-femme le faisait, c'est qu'il fallait faire comme ça. Je ne le remettais pas du tout en doute à l'époque. » (Laure)

En se remettant ainsi sans réserve aux mains du personnel médical, les femmes se retrouvent dans une position de dépossession de leur corps, mais qu'elles consentent faute d'y avoir songé avant ou d'avoir imaginé une alternative. Il y a dans leurs paroles quelque chose de l'ordre du subi :

« Du coup ça a été déclenché, et j'ai vu tout le monde défiler en salle d'accouchement, parce que les contractions se voyaient sur le monitoring, mais moi, je ne sentais rien ! […] Je ressentais une envie d'uriner. […] Et puis voilà, du coup, à 7 ou 8 cm, on m'a dit « là, on va vous poser la péridurale ». Donc moi je me suis laissée faire, encore… » (Mathilde)

« Je n'ai pas réellement demandé la péridurale. J'ai dit à mon mari : 'Hervé, je n'en peux plus'. Et donc, il est allé demander à quelqu'un de venir. Et c'est là qu'elle m'a dit qu'on allait mettre une péridurale. […] Puisque j'avais mal, la solution c'était la péridurale. Et je ne l'ai pas remis en cause, je reconnais ! » (Laure)

« Dans ma chair, cet accouchement ne s'est pas fait comme je l'avais souhaité. Du fait de la position qui, avec la péridurale, n'était pas une position de confort : j'ai accouché les jambes en l'air ! » (Béatrice)

Ce moment de l'accouchement, qu'il soit bien ou mal vécu, impulsera néanmoins leur désir de se tourner vers autre chose (l'AAD en l'occurrence). Il peut s'agir d'une étape, d'une expérience de construction de leur vie de femme et de parents :

« Deux expériences différentes et complémentaires » (Nicolas)

Le moment de l'accouchement est un grand saut dans le vide, et les femmes ne savent pas ce dont elles sont capables. Elles s'en remettent donc plus facilement à la solution que le corps médical leur préconise :

« La péridurale m'a calmée mais surtout, comme c'était un premier, je n'étais pas en mesure de savoir si j'étais capable de gérer la douleur. […] On a des contractions, on se dit que, comme c'est l'inconnu, on ne pourra peut-être pas supporter la prochaine. » (Béatrice)

« Autant pour Juliette, j'avais vécu la péridurale comme une évidence, autant pour Marc, j'avais l'impression que c'était bizarre. […] La sage-femme est venue en me demandant comment ça se passait, et elle m'a dit 'si vous voulez une péridurale, c'est maintenant ou pas

du tout. […] Et en fait elle m'a incitée jusqu'à ce que j'accepte. […] Et moi je me disais c'est bizarre, bizarre… Et d'un autre côté je n'osais pas remettre en cause ! » (Laure)

Finalement, il s'agit moins des décisions médicales que de la façon de les expliquer qui influe sur le vécu des femmes. Ce que les femmes recherchent, c'est un échange égalitaire et de compréhension avec le personnel médical, de façon à se sentir acteur de ce moment charnière qu'est l'accouchement.

Il s'agit moins d'un problème de prise en charge que d'un manque d'information et d'écoute. Ce qui est prégnant, c'est que c'est la relation avec les différents interlocuteurs qui leur a le plus fait défaut en structure.

b) La technique – vecteur de iatrogénie ?

La technique s'impose au dépend de l'échange et de la relation. Un effet « multiplication des actes », avec le sentiment qu'il n'y a pas toujours de justification médicale.

« En fait on était très seuls. Elle vérifiait le col et repartait aussitôt. Elle posait la péridurale et repartait aussitôt. J'ai le sentiment d'avoir été très seule, sans du tout savoir ce qui se passait. Puisque là on était un peu paumés. Et même par rapport à cette fameuse hormone, quand ils me l'ont mise, on ne m'a pas expliqué. Enfin si, rapidement ! « ça fait douze heures, il faut déclencher sinon il y a risque ». Mais rien de plus. Et puis elles l'ont fait et puis elles sont reparties. » (Laure)

Cette solitude exprimée par Laure, c'est une solitude dans l'échange. Tout au long du travail, elle est accompagnée par son mari. Elle n'est donc pas seule. Cependant, puisque son rôle est celui du « cas obstétrical », elle ne pose pas de questions et s'efface en tant que sujet.

Il en va de même pour Mathilde :

« Pour [mon premier], ils avaient annoncé 'c'est un gros bébé, il est énorme, il est surdimensionné !' Enfin bon. C'est toujours impressionnant quand c'est son premier bébé. Déjà on se demande un peu comment ça va sortir…

« On m'a posé la péridurale à 7-8 cm, et du coup, ça a complètement bloqué le travail. De 19h à minuit, pas d'ouverture de col, pas de contractions, rien ! Du coup, Méven était en souffrance. […] J'avais des convictions pour rien, mais il était hors de question que

j'accouche par césarienne. Il fallait que j'accouche par voie basse. Donc là, ça doit être psychologique, tout le travail est reparti en dix minutes. […] Comme j'étais sous péridurale qui devait quand même être très forte, quand le bébé s'est engagé et que soit disant, il fallait pousser, hé bien moi, je ne sentais rien. Donc je me suis retrouvée avec deux ou trois sages-femmes sur mon ventre, en train d'appuyer avec les coudes, et puis ils ont mis une ventouse. Enfin, une boucherie totale, quoi ! » (Mathilde)

Mathilde garde un souvenir douloureux de son premier accouchement, avec un sentiment fort de culpabilité qui lui fait prendre le contre-pied :

« Plus jamais ça ! Je n'avais été d'aucune efficacité bien que j'aie suivi tous les cours de préparation. Je n'étais pas du tout impliquée dans cet accouchement là. Alors que ce que j'avais entendu de l'accouchement, ce n'était pas ça du tout.

« Il n'y aura pas de deuxième. Pas de deuxième comme ça. Il ne faudra pas me toucher. Ce sera moi qui gèrerai.

« En fait, il était hors de question que moi, je repasse par… Alors déjà, pas de péridurale. Et puis arriver le plus tard possible. Mais là on a un peu exagéré quand même. Et donc là, j'ai bien vu que j'étais capable de le faire toute seule. Que je n'avais pas besoin d'eux. » (Mathilde)

Toute structure hospitalière ou clinique base son fonctionnement sur des règles qui permettent une cohérence des soins, afin d'optimiser la prise en charge. Les femmes confrontées à une haute technicisation de leur accouchement ne comprennent pas forcément les raisons de cette démarche, d'où leur remise en cause.

Elles expriment une incompréhension face à la systématisation de certains gestes, de certains actes qui entraînent un vécu traumatique. De fait, elles refusent tout nouveau contact avec le système de soins classique, et seraient capables de se mettre en danger. Leur réflexion « jusqu'au boutiste » les amène à réfléchir à une alternative, qui prend corps dans l'AAD encadré par une sage-femme :

« J'étais tellement dans une situation de refus ! de colère ! […] Enceinte de deux mois, j'avais des angoisses terribles à l'idée d'accoucher à l'hôpital. Pas l'accouchement, hein, l'hôpital ! Je revivais les scènes, les auscultations d'avant, la sage-femme qui me disputait – parce qu'elle me disait que c'était de ma faute !» (Laure)

« Il ne faut pas croire qu'une naissance a besoin d'être forcément hyper médicalisée. » (Béatrice)

« Ce qui a motivé mon désir d'accoucher à la maison, c'est que je suis convaincue qu'il y a des effets secondaires à la péridurale […] J'ai eu de fortes céphalées après, pendant plusieurs jours. » (Béatrice)

La parade à la médicalisation de l'accouchement semble donc, pour ces femmes, l'AAD. Eloignées de la structure médicalisée, elles s'en trouvent ainsi comme « protégées ».

c) L'organisation de la structure

L'organisation de la structure hospitalière (et de la clinique) possède ce travers de dépersonnalisation de l'accouchement et des suites de couches, liée aux contraintes de service, de fonctionnement, où le personnel est en constante rotation.

Cela dérive sur le manque de prise en charge de la femme dans son ensemble et le sentiment d'être effacée en tant que personne derrière le cas obstétrical qu'elles représentent.

« On est arrivés avec une sage-femme avec qui ça s'est très bien passé tout de suite. Mais à 8h, il y a eu le changement de service, et elle est partie juste au moment où je sentais qu'il arrivait. Moi je ne savais plus quoi faire, parce que je sentais qu'il fallait que je pousse. Mais je n'osais pas. Et puis celle qui est venue était détestable ! Alors là du coup tout a changé. Et c'est là que j'ai senti que je basculais, et je me suis dit 'plus jamais ça !'

« Et du coup ça a été très laborieux. En fait, ma petite sœur était enceinte de six mois et moi de neuf. Et trois jours avant la naissance d'Arthur, elle a perdu son bébé in utero. Donc moi j'avais peur qu'il naisse mort, ou alors qu'il naisse vivant et que je sois très, très coupable vis-à-vis de ma sœur. […] La première sage-femme, elle l'entendait, la deuxième, ce n'était pas entendable. Je pense que la première serait restée dix minutes de plus, il était là !» (Laure)

« Je n'existais plus, là. Il fallait sortir le bébé par tous les moyens. » (Mathilde)

Le suivi médical, de la déclaration de la grossesse jusqu'au huitième mois, est peu abordé. Que la grossesse soit suivie par un médecin ou une sage-femme ne semble pas changer la perception des femmes sur leur suivi de grossesse, parce que c'est un praticien qu'elles ont

choisi. Elles s'attardent en revanche plus sur les échographies et les examens de fin de grossesse réalisés à l'hôpital, où elles ont à faire au *corps médical*, c'est-à-dire à un représentant dépersonnalisé de la structure qui, avec un effet miroir, les dépersonnalise elles-mêmes.

« Au 4e mois j'ai fait l'échographie. Ca ne s'est pas bien passé. Parce que j'avais l'impression d'être une malade, et ça ne m'a pas plu du tout. » (Laure)

« A l'hôpital ça s'est très bien passé. Mais c'est vrai que ça fait un peu impersonnel. » (Nicolas)

« La sage-femme de Jules Verne m'a quand même aidée à mettre au monde mon fils, et je, je… Je ne m'en souviens pas. Je n'ai même pas pu la remercier, parce que je ne l'ai pas revue. Et je ne me souviens pas de son visage ! » (Béatrice)

« Ce rythme-là, celui de la structure, n'est pas le rythme d'un parent qui découvre son enfant. Alors que là, ici, c'était vraiment super ! On a vécu à notre rythme à toutes les deux. » (Béatrice)

L'effet de la structure est de mettre en place des protocoles applicables à tous les femmes qui viennent consulter. L'abord psychologique n'a pas les moyens d'être abordé dans l'organisation du système de soins actuel. Cette lacune est évoquée par les femmes, et expliquent leur envie d'un AAD.

Toutes ces femmes qui accouchent chez elles sont en recherche de « quelque chose d'autre » par rapport à ce qui existe de façon majoritaire. Elles expriment leur singularité en ne suivant pas tout à fait les normes, les codes, les chemins tracés, sans pour autant se sentir à la marge. En effet, si elles font des choix assumés quant à leur manière de vivre et d'être, elles recherchent aussi, à l'instar de leurs contemporains, confort et sécurité dans leur quotidien et pour leur accouchement.

B – Besoin de se rapprocher du naturel

Toutes les femmes évoquent à un moment donné le « naturel ». Ce qu'elles entendent dans ce terme, ce n'est pas l'image excessive de la naissance dans la paille, et de la casserole d'eau bouillante. Il ne s'agit pas d'être dans la nature et de nier leur condition de femme

civilisée, mais de se rapprocher de quelque chose d'*essentiel*, où le naturel constituerait la quintessence de l'accouchement.

a) Inviter le primitif

Dans ce rapport au naturel, elles évoquent leur nature profonde : celle d'être avant tout une femme. Une femme physique, dotée des éléments indispensables à l'accueil de la vie. Et donc des éléments indispensables à l'enfantement.

« Plus on est proche de la nature, de ce qui s'est toujours fait… Les femmes, avant… […] Je pense qu'on est faites pour ça, de toute façon. Enfin, les femmes, on est quand même faites pour enfanter ! » (Carmen)

« Pour moi c'était naturel, c'était la logique des choses. » (Mathilde)

Béatrice emploie volontiers le champ lexical de l'animalité, statuant que la femme qui accouche est un mammifère qui donne la vie.

« [J'ai accouché] à quatre pattes, la tête dans les coussins ! Comme une autruche ! […][Pendant le travail], je dis souvent que je ressemblais à un primate. Je me balançais, comme ça, mais ça me soulageait ! » ; *« […] la femme SAIT accoucher, et on nous a retiré ce savoir. Je pense qu'il y a quelque chose d'inscrit dans l'inconscient collectif des femmes, et que la nature… Enfin, si on peut enfanter c'est qu'a priori… »* ; *« Suivre son instinct, être spontanée. »* (Béatrice)

Les femmes font appel à des ressources profondes. Elle font parler leur inconscient, lui font appel. Pour autant, elles demeurent des êtres humains, doués de pensée, avec un besoin fort de soutien.

b) … pour mieux appréhender son humanité

Autant que l'aspect primaire, l'aspect humain importe (représentations psychiques). Il y a une sorte d'opposition entre le choix « conscient » et l'appel de l' « inconscient » lors de l'accouchement en lui-même. Il est nécessaire que la femme construise un ancrage fort, une attache préalable, basé sur une relation de respect et de confiance, et donc une expression de sa qualité de femme en tant qu'humain :

« Je cherchais une naissance respectée. […] Être en confiance, aussi, parce que la personne qui nous aide à accoucher c'est quelqu'un qu'on connaît […] La confiance que Nicolas m'a apportée aussi. » (Béatrice)

« Je crois que j'avais confiance en moi. Et puis en Pascal aussi, beaucoup. » (Carmen)

« C'était vraiment une histoire de confiance. Une histoire humaine par rapport à… » (Mathilde)

L'établissement de ce climat de confiance va lui permettre de lâcher prise.

« Marlène m'a dit à un moment donné 'détends-toi, t'es un peu trop en haut, vas dans ton bassin'. Et à partir de ce moment-là, quand on arrive à relâcher la pression ! J'ai lâché. Mais tant et si bien qu'elle est sortie comme ça : wouuuf ! » (Béatrice)

La question d'un accouchement « naturel » soulève en outre une question centrale : celle de la douleur d'enfanter.

c) La question de la douleur

Nombreuses sont les françaises qui n'envisagent pas un accouchement sans péridurale.

En faisant le choix de l'AAD, toutes ces femmes font une croix sur la péridurale.

« Il y a beaucoup de femmes qui m'ont dit qu'elles ne le ferait pas (l'AAD) parce qu'elles ont peur de la douleur » (Laure)

« Je m'étais préparée au fait que si je voulais accoucher à la maison, c'était forcément sans péridurale. Et ça faisait aussi partie de ce que je voulais vivre : sans péridurale. » (Béatrice)

Certaines souhaitaient un accouchement sans péridurale dès leur premier enfant, en raison de convictions personnelles, basée sur le travail en binôme avec le bébé. Il n'en reste pas moins qu'elles décrivent la douleur de l'accouchement comme quelque chose d'intense dans l'excès :

« Après avoir accouché (sans péridurale), je me dis que ce n'est quand même pas rien de faire un premier enfant à domicile. Parce qu'on ne peut pas s'attendre à la douleur que c'est. On peut imaginer ce qu'on veut, c'est quelque chose qui est inconcevable. Cette douleur-là, je pense qu'on ne la revit jamais. » (Carmen)

« J'ai eu une première contraction… foudroyante ! Comme un éclair qui nous parcourt. » (Béatrice)

Pour d'autres, la question de la péridurale est remise en cause au fur et à mesure des accouchements :

« Pour Juliette, la péridurale je l'avais vécue comme une évidence, alors que pour Marc ça me semblait moins évident. J'avais l'impression que c'était bizarre. […] La sage-femme m'a dit 'si vous voulez une péridurale, c'est maintenant ou pas du tout'. Et en fait elle m'a incitée jusqu'à ce que j'accepte. » (Laure)

« Je ressentais une envie d'uriner. C'est tout. J'étais sans cesse partie. Ils me disaient 'il va falloir rester là' parce que j'avais le col qui s'ouvrait, qui s'ouvrait. […] Du coup à 7 ou 8 cm on m'a dit 'là, on va vous poser la péridurale'. […] Je pense qu'à la limite ça les arrangeait, avec du recul. C'est que je ne bougeais plus !

« A la limite, je tomberais dans les pommes parce que mon corps n'est plus capable de supporter, mais moi, je suis incapable de dire 'j'ai mal'. Donc c'est pour ça que l'accouchement à la maison, c'était très facile pour moi. » (Mathilde)

La douleur semble davantage constituer une étape qu'une contrainte. Il transparaît nettement que, malgré l'intensité et la difficulté, surtout en fin de travail, le fait de comprendre les mécanismes de l'accouchement, d'être préparée à l'intensité de la douleur, et de savoir la gérer permet aux femmes de ne pas en parler en de mauvais termes.

« Ma maman m'a toujours dit : on appelle ça le 'mal joli'. Parce qu'on a mal sur l'instant, mais après on a tout oublié. Et c'est vrai !

« Les contractions c'est musculaire. Pas insurmontable ! Il vaut mieux souffrir intensément et très peu que pas du tout et après le lendemain ! Parce que le corps met plus longtemps à récupérer. » (Béatrice)

« L'idée me dérangeait, d'être sans douleur, sans rien du tout, quasi à pouvoir dormir à des moments, alors que mon bébé faisait tout le travail. J'aurais eu l'impression qu'il le faisait tout seul » (Carmen)

Le témoignage de l'AAD de Laure pour son 4e enfant est très parlant quant au vécu douloureux ou non :

« J'ai eu des contractions plus de 48h avant le vrai travail. Ce n'était pas le vrai travail, mais ça me fatiguait quand même. […]

« Quand on était en train de marcher, je sentais bien que ce n'était pas de la rigolade. Mais ça se passait bien. C'était même très agréable ! […]

« De 6 à 7h ça allait encore. De 7 à 8h, c'était plus compliqué. […] Il fallait que je pousse, je pousse, pousse pour que tu sortes ! Il fallait. Physiquement je me rappelle que c'était dur. Je me suis abîmé une côte, en haut ! Ca s'est fêlé ou cassé, je ne sais pas, ça se remet tout seul. » (Laure)

Pour Laure, cet AAD est un souvenir merveilleux. Pourtant, c'est l'accouchement qui a été le plus long et le plus éprouvant sur le moment. Elle est un excellent témoin de la façon de vivre la douleur selon l'état d'esprit dans lequel on se trouve. Pour son troisième enfant, la douleur était insupportable :

« Arthur, les vingt dernières minutes, j'ai eu l'impression que j'allais en mourir. Je me disais 'je vais y passer'. Valentine, c'était éprouvant physiquement. »

En somme, toutes ces femmes s'accordent pour dire que l'accouchement est un moment douloureux, surtout en toute fin de travail, phase la plus difficile à gérer. Mais elles sont aussi d'accord pour dire que la douleur des contractions est « gérable », et que la liberté posturale, les bains, et l'accompagnement de soutien par la sage-femme leur permet de passer le cap. L'importance qu'elles portent à l'accompagnement de leur bébé pendant le travail prime sur la perception de la douleur.

*

C – Une naissance intime

Toutes naissance est un moment d'intimité forte. L'AAD est cependant d'autant plus intime qu'il s'inscrit dans le quotidien des couples. Ce moment de vulnérabilité de la mère est secondé par la sage-femme et par le mari, sans autres intervenants extérieurs. Il s'agit donc d'un accouchement intime dans le rapport au corps – comme en maternité – et intime dans la relation à l'autre – basé sur la confiance, construite au fur et à mesure du temps.

a) S'éprouver, se découvrir : être acteur pleinement

Dans leurs récits d'AAD, les femmes évoquent la liberté de mouvement, le fait de suivre leur instinct. Le rôle de la sage-femme est dans la suggestion, elle s'efface devant la volonté des femmes. Elle les laisse libres de vivre le travail comme bon leur semble, et n'intervient que comme une aide. Cependant, elle personnifie le recours au soin en cas de problème, et rassure les femmes.

« J'avais super bien géré les contractions, en faisant une voix assez grave et pfiou, me détendre, le diaphragme et tout ça. Et pour pousser je faisais pareil, et ça ne marchait pas ! Je ne savais plus comment on poussait ! […] Et Suzanne, qui est super, vraiment, a insisté une dernière fois pour que j'aille m'asseoir sur le siège hollandais. Et en fait j'ai senti qu'il fallait que je m'assoie pour pousser. Et du coup c'était l'ultime effort !

« J'étais contente que Suzanne soit là. Et pourtant elle n'a pas fait grand-chose, en fait !» (Carmen)

« J'étais dans mon bain […] J'avais envie d'être toute seule. C'était vraiment mon choix. Ils venaient me voir, soit Hervé, soit Suzanne, toutes les dix minutes. Moi je parlais à Valentine. […]J'ai fait de la balançoire, plus tard, toute seule aussi. C'était bien ! […] J'ai eu envie d'être dans ma chambre. Et il s'est passé deux heures. Elle est née à 8h. […]

« A un moment donné, Suzanne m'a dit 'il est encore temps ! On peut aller à l'hôpital. J'étais fatiguée, enfin, c'était long ! Elle m'a dit on peut encore y aller, et j'ai dit non, je ne veux pas, on reste là ! » (Laure)

b) Une dynamique familiale

« Je pense que quand on devient maman, on a cet esprit de famille qui se renforce, et moi je serais heureuse d'avoir mes parents à proximité. » (Béatrice)

Un des grands intérêts de l'AAD, évoqué *a posteriori,* c'est la dynamique familiale forte rendue possible à la maison. L'importance de la présence de leur famille. Il y a un esprit de *continuité*, d'héritage, de descendance :

« Ca faisait vraiment partie de mes souhaits que ma mère soit présente. […] Pas là physiquement dans la même pièce, mais qu'elle soit là d'une part pour s'occuper d'Adam, et d'autre part pour être le témoin de la naissance de sa petite-fille. J'y tenais beaucoup, et j'aurais aimé pour Adam, qu'elle soit dans le couloir de la clinique ! » (Béatrice)

« Ma mère est montée (de l'Aveyron) pour l'accouchement. En plus elle est restée avec moi jusqu'à sept centimètres. Elle est partie quand Suzanne est arrivée. » (Carmen)

« Suzanne est repartie à la cuisine faire les papiers avec Hervé. Mes parents étaient là avec les deux garçons. » (Laure)

Les femmes de la famille occupent donc une place de choix au moment de cet AAD, et agissent comme des modèles à suivre… :

« Il fallait que j'accouche par voie basse. Ma grand-mère m'avait tellement raconté ses accouchements. » (Mathilde)

« Il y avait une expression que ma mère disait : moi, je suis arrivée comme un petit pain au four. Et je lui disais que moi, je voulais vivre la même chose. » (Béatrice)

…ou à éviter :

« L'accouchement ''à la reine'', maman a eu ça pour ses deux accouchements. Elle s'est réveillée avec son bébé dans les bras, mais quand elle a été endormie, elle n'avait pas de bébé. […] Elle en a beaucoup souffert. Elle a eu l'impression de ne pas accoucher, les deux fois. » (Mathilde)

Les femmes ont le souci de s'identifier à leur mère ou à leur grand-mère pour leur propre accouchement. De fait, elles revendiquent leur présence au moment de l'AAD. Cet aspect-là est évoqué *a posteriori* parce qu'il ne constitue pas une des raisons qui entraînent les femmes vers le choix d'AAD. C'est une raison qui vient s'ajouter aux arguments formulés au départ. Et cette dynamique familiale leur permet d'éviter la rupture, pour elles-mêmes, pour leur nouveau-né, pour les aînés, pour le mari

c) Eviter la rupture

Toutes les femmes évoquent la rupture que constitue le passage par la maternité. Cette rupture pourrait être vécue comme indispensable à la femme, au couple, dans le « devenir

parent ». De même, on pourrait penser que la multipare est plus au calme à la maternité, avec le temps de se reposer.

Or c'est l'argument inverse que les couples avancent, et particulièrement les pères ! D'autant plus lorsqu'il y a déjà des aînés. Pour les pères, la rupture est évitée d'un point de vue pratique. Ils sont à la maison, où toute la famille est regroupée :

« Ce que j'ai vraiment apprécié, c'est qu'Adam (l'aîné) puisse aller et venir comme il le sentait, et qu'il n'y ait pas à se dire : bon, on va voir maman. […] Qu'il n'y ait pas cette barrière de dire : allez viens, on va à l'hôpital, pendant deux heures avec toi là-bas, on la voit. C'est particulier pour les enfants. En plus, il ne sait pas ce que c'est un hôpital. » (Nicolas)

« Je partais le matin, j'étais soulagé, le soir je rentrais à cinq heures. Il y avait toujours du monde, on prenait un petit café ! Et je n'avais pas à aller courir, quoi ! Et puis le soir, sinon, je suis tout seul, parce que je n'ai pas le temps de m'occuper des enfants. Donc ils auraient été chez les grands-parents, et moi je serais rentré à 21h après avoir vu Mathilde à la clinique ! Non, non, non, je me serais retrouvé tout seul pendant cinq jours, quoi ! Là, c'est tellement facile d'accoucher à la maison pour ça ! C'est vraiment ce qu'il y a de mieux ! » (Michel)

« Je voulais un retour précoce à la maison, et Hervé était d'accord, parce que pour lui aussi ça avait été difficile à vivre. Il voit très peu le bébé, il me voit très peu moi. Et par rapport aux grands, c'est une contrainte énorme ! » (Laure)

Les femmes apprécient d'être à la maison pour les suites de couches, parce que cela s'inscrit dans une continuité de la dynamique familiale qui leur est chère. Elles y trouvent un intérêt pour le nouveau-né, pour les aînés, et pour le couple.

Tout d'abord pour le nouveau-né, intégré dans l'univers familial auquel ses parents l'ont habitué pendant les neuf mois de la gestation :

« La raison essentielle, c'était vraiment de faire naître Polo dans le milieu qu'il connaissait le plus, finalement, en étant dans mon ventre. Ici, dans les bruits qu'il a entendus pendant neuf mois. Dans les odeurs, tout de suite. Dans la chaleur de notre maison. Dans, dans… Un petit feu de bois, voilà. Ce qui me plaisait le plus, c'était qu'il n'y ait pas de transition : maternité puis retour à la maison. Je trouve que ça leur coupe un truc. Ca leur coupe le rythme. Ils sont habitués, pendant neuf mois, à vivre dans des bruits […] quelque

chose de latent, qui est de la vie chez nous. […] A la maternité, il y a quand même un silence, la chaleur parfaite, tout est blanc, pouf, pouf, tout calme. […] Nous on a déjà le choc, par rapport à la maternité, où on arrive à la maison. J'avais toujours peur que Nino ait froid […] Alors que Polo, je l'ai senti apaisé tout de suite. J'ai l'impression que ça a été dans la continuité. » (Carmen)

Ensuite, parce que malgré l'arrivée d'un nouvel enfant, le ou les aînés sont associés d'office à l'élargissement de la famille, sans qu'aucune incompréhension ne se crée. Cela constitue un grand confort intellectuel pour les mères :

« A la maternité, c'était compliqué [pour le deuxième]. Il y avait ma petite qui était en larmes quand elle repartait. » (Laure)

« [Mon fils] ça ne lui a pas fait de coupure, parce que ma mère était à la maison. […] Adam avait tout loisir de pousser la porte pour dire 'je veux voir maman' ou 'je veux voir Maya'. […] Et quand il disait 'Adam veut pas voir Maya' et bah hop, il ressortait de la chambre pour jouer avec sa mamie, avec sa tata, faire des trucs avec son père. Il n'y a rien eu de forcé. Il est venu quand il en avait envie, et ressortait pareil. » (Béatrice)

« J'avais toutes ces pensées, quand j'étais enceinte de Polo, de me dire que Nino, ce n'était plus mon seul enfant. […] Je crois que ce dont j'avais le plus besoin, c'était de voir les gens s'occuper de mon Nino. […] Il voulait qu'on appelle son petit frère 'soucis' au début ! Je trouve ça super ! C'est tellement vrai, pour lui. » (Carmen)

La présence des aînés est vécue comme indispensable une fois l'enfant né :

« Nos enfants sont arrivés tous les trois. Ils sont venus la voir. Oh, c'était un moment magique, ça ! » (Laure)

« On avait déjà organisé que, si les enfants avaient été à l'école, ma mère serait allée les chercher pour qu'ils soient là. Méven était tout content parce qu'il a coupé le cordon. » (Mathilde)

Enfin, l'AAD constitue un moment privilégié pour le couple :

« Le soir même, j'ai dormi avec Mathilde ! L'après-midi on a fait la sieste ensemble. » (Michel)

« Hervé est venu se coucher aussi. On était tous les trois. Il était peut-être minuit ? Je ne sais pas. Mais avec le bébé tout neuf, là. Et franchement, c'est… C'est irremplaçable ! » (Laure)

d) Préparer « le nid »

Si la naissance est un moment intime dans « la chaleur du foyer », et si les femmes trouvent un avantage non négligeable à *demeurer* chez elles, il est toutefois nécessaire d'organiser les suites de couches à la maison. Les examens médicaux et la prise en charge par la sage-femme est très bien vécue. Elles se sentaient tout à fait secondées, libres de la contacter à tout moment, soutenues en cas de difficulté.

La sage-femme insistait pour que les trois jours qui suivent l'accouchement soient consacrés au repos, ce qui n'était pas toujours facile à mettre en œuvre.

Finalement, alors que Carmen avait évoqué l'intérêt en terme de continuité pour son enfant de naître à la maison, c'est elle qui a le moins bien vécu les suites de couches à la maison, parce qu'elles étaient mal organisées :

« Nous n'avions pas notre chambre, c'était encore en travaux. Moi, j'avais ma famille qui était montée, et on passait tous nos repas ensemble. Et donc chaque fois que j'ai eu un gros coup de fatigue, j'avais une espèce de montée de larmes que je ne pouvais absolument pas réfréner, donc des sanglots ! et je ne pouvais même pas aller m'isoler. J'étais là au milieu du salon, dans mon lit, snif, tout le monde qui était désolé…Donc ça c'était un peu dur quand même. Les suites de couches, ça se réfléchit. Il faut vraiment un coin pour s'isoler. » (Carmen)

Pour les autres femmes, elles étaient très entourées par la famille et les amis, et ont pu mettre en place plusieurs jours de vrai repos après l'accouchement. Elles évoquent néanmoins la nécessité d'être secondées.

Le besoin de vivre autre chose dans les faits, dans sa chair, et dans son rapport à l'entourage est le moteur principal des femmes qui souhaitent accoucher à domicile. Elles éprouvent le besoin d'exprimer leur singularité en tant que sujet en faisant appel à leurs ressorts profonds, statuant que le « bon sens » des choses va du plus simple, du plus naturel, vers une médicalisation progressive si la nécessité s'en fait ressentir.

Elles ont besoin de dépouiller la naissance des artifices dont la structure l'habille, et de se concentrer sur l'essentiel, sur leur enfant à naître, sur leurs sensations, dans la continuité de la vie.

L'accouchement, même à la maison, demeure un grand saut dans l'inconnu, à la fois riche d'excitation et de questionnements. Tout au long de la grossesse, le choix de l'AAD est mis à l'épreuve, ce qui paradoxalement, à terme, aurait tendance à légitimer leur choix

*

2 – AAD : les freins rencontrés

Le chemin de l'AAD est sinueux. D'abord parce qu'il s'agit d'une pratique marginale, et qu'il faut justifier cette démarche de façon personnelle : si les femmes font cette démarche, c'est qu'elles ont des arguments pour l'expliquer.

Ensuite parce qu'elles doivent mettre en place des éléments de protection face au monde extérieur qui met leur décision à l'épreuve.

A – La notion de risque – de responsabilisation

Toutes les femmes sont conscientes du fait que, si la grossesse et l'accouchement sont des états physiologiques, ils constituent aussi une période de vulnérabilité qui n'est pas dénuée de risques. Elles acceptent tout à fait le suivi médical tel qu'il est établi en France. Si elles choisissent l'accouchent à domicile, ce n'est pas au détriment de la sécurité.

Tous les couples connaissent bien les risques potentiels lors de l'accouchement. Ils évoquent entre autre l'hémorragie et le non décollement placentaire, les circulaires du cordon, les difficultés respiratoires de l'enfant, le travail prolongé :

« Pour moi, aller à l'hôpital s'il y a une raison médicale, ce n'est pas ce qui me pose problème. Ce que vit ma sœur, parce qu'il y a un risque pour ses bébés, ça ne me choque pas. » (Laure)

Mais ces risques constituent une notion de potentialité, et elles se dirigent toutes vers l'AAD avec la conviction qu'elles ne seront pas concernées. L'histoire leur a donné raison, mais voici ce qu'elles avancent :

« Pour moi, il n'y avait pas de risque. J'ai fermé volontairement les écoutilles pour ne pas me laisser influencer. Parce que les peurs et les angoisses de chacun par rapport à son vécu… Si on écoute les histoires des gens, on se laisse gagner par la peur. Et je n'avais absolument pas envie d'entendre ce discours anxiogène. […] Je pense que si on vit nos craintes, nos craintes se réalisent. » (Béatrice)

« L'allaitement ou l'accouchement, je ne me suis jamais dit que ça pourrait mal se passer. Je savais que ça pouvait mal se passer, mais je ne voyais pas pourquoi ça m'arriverait. J'avais confiance dans mon corps. » (Laure)

Le couple et la sage-femme passent un contrat moral pendant le suivi de la grossesse. Les propos de Pascal traduisent ce contrat moral avec limpidité :

« Pour moi, en général, plus on sécurise toutes les activités, plus on enlève la part de 'douleur' – on peut effectivement appeler ça comme ça pour l'accouchement, mais aussi pour tout évènement difficile dans la vie, plus on va à contresens. Il y a un non sens. » (Pascal)

« J'ai eu l'impression d'être conscient des choses, comme dans la vie, quoi. Si on te donne le choix entre une vie gnangnan, formatée, sécurisée, je dirais non, non, surtout pas ! Je ne suis pas là pour ça ! Et puis si on me dit : acceptes-tu de perdre un enfant ? D'avoir un enfant handicapé ? Bah oui, évidemment. Et pour moi, c'est justement l'intérêt de la vie ! Ce discours est souvent transformé par les gens en face, qui disent : ils s'en foutent. Mais non ! On ne s'en fout pas, pas du tout ! On mesure cette part de risque, qui pour nous – en tout cas pour moi – est obligatoire. » (Pascal)

Il en va de même pour Béatrice :

« Je regrette que le discours ambiant soit 'c'est dangereux, c'est inconscient'. Non ! Ce n'est pas du tout inconscient de notre part. Je l'ai fait en pleine conscience, et c'est un choix qui ne me paraissait pas du tout dangereux. » (Béatrice)

B – Stigmatisation et réticences

L'AAD fait l'objet de polémiques au sein du milieu médical, mais également au sein de la société. Le sujet fait débat parce qu'il crée l'incompréhension. De cette incompréhension

naissent des réticences, l'expression d'un doute quant au bien fondé d'une telle démarche. Et de ces questionnements paraissent une *stigmatisation* (du latin *stigma,* marque au fer rouge).

En effet, les femmes – et a fortiori les sages-femmes – sont confrontées à des réactions marquées dans leur entourage proche ou dans le milieu médical, auxquelles elles ne s'attendent pas toujours, et qui les oblige à mettre en place des stratégies.

a) S'affirmer face à l'entourage personnel

Les femmes ne sont jamais indifférentes face à la critique de leur choix d'AAD. Cependant, de la part de l'entourage personnel, cette critique ne constitue pas un frein à leur décision. Si elles recherchent l'approbation de leur famille proche, cet assentiment revêt moins d'importance au fur et à mesure que le lien amical se relâche.

Cependant, elles s'élèvent de façon marquée contre l'argument de « l'inconscience » :

« Ce n'est pas inconscient. Si on a fait ce choix, c'était préparé, on est accompagné. Les sages-femmes le font en conscience. […] Il y a la motivation qu'on porte, et après il y a la grossesse en elle-même. » (Béatrice)

« J'avais beaucoup de craintes pour le dire à mon entourage. […] Je ne savais pas du tout comment allait réagir ma mère. En fait elle connaissait, et elle n'était pas forcément si surprise que ça. […] Curieusement, c'est à mes amis que j'en ai le plus parlé. Ils trouvaient ça super dans l'idée. Elles m'ont apporté beaucoup de soutien ! » (Laure)

« Mais pourquoi Michel il accepte ça ? Il devrait t'obliger à aller à la clinique ! » (Mathilde)

b) Effet de la réaction du personnel médical

Les femmes évoquent leur vulnérabilité face au savoir du personnel médical. Leur positionnement par rapport à l'AAD aura un impact différent de celui de l'entourage proche.

Soit cela remettra en question leurs compétences professionnelles :

« C'est mon médecin traitant qui a vu Valentine le huitième jour. Et il trouvait ça très bien [l'AAD]. Donc j'ai d'autant plus confiance en mon médecin traitant. » (Laure)

« L'anesthésiste trouvait que c'était une démarche logique et que ça s'entendait. Ca m'a rassurée » (Laure)

« L'échographiste a mis : j'informe Mme L de la dangerosité de l'AAD. En rouge ! Et il ne m'a rien dit du tout, à part 'comme ça, je suis couvert'. J'ai trouvé ça un peu paradoxal. » (Laure)

Ou bien cela entraînera un désaveu du milieu médical, avec le risque que le soigné, déçu, se mette en danger par une rébellion totale.

« Les autres cliniques elles ne veulent pas entendre parler de nous. On n'existe pas. J'avais téléphoné d'ailleurs, et ils m'ont dit que de toute façon, ils ne voulaient pas me voir. C'est hyper violent ! Je ne comprenais même pas comment elle pouvait parler à des femmes comme ça, la secrétaire ! Elle m'a dit : allez ailleurs. » (Mathilde)

« Il y a beaucoup d'obstacles sur le chemin, quand même. Il faut quand même croire fort en… Il faut vraiment avoir envie… » (Laure)

Cela renvoie à la position de soignant – soigné, alors que la femme enceinte revendique le fait qu'elle vit un état physiologique, et qu'elle n'est pas malade

En choisissant l'AAD, les couples acceptent la part de risque liée à l'accouchement. Ils ne la nient pas, et accepte leur responsabilisation.

Autant l'hôpital dépersonnifie et assiste les usagers dans leur parcours de soin, autant l'AAD affirme la liberté de choix et donc la responsabilité des acteurs.

En se tournant vers l'AAD, les couples s'informent énormément, et sont très renseignés sur les modalités de la prise en charge et les risques qu'ils encourent. Cela conforte leur argumentaire face à la stigmatisation et aux réticences.

*

3 – Quand le projet devient réalité

A – Se préparer à la naissance

Quand on évoque l'AAD, on entend parler de parcours initiatique. En effet, l'AAD est un parcours. En amont, déjà, tout au long de la grossesse :

« Il y a eu tout un cheminement pendant la grossesse. Mes lectures, les passages que je lisais à Nicolas pour exprimer ce que je voulais vivre, lui montrer ce qui se passe, que si à un moment je faiblissais, il fallait qu'il me soutienne encore plus et m'accompagne.

« Ce que j'avais fait en auto-hypnose, tout a concouru à ce que ça se passe comme ça s'est passé. » (Béatrice)

« Pour ma 1ère grossesse, j'ai fait de la préparation et j'ai beaucoup appris au niveau technique. Ca m'avait plu de savoir. […] Là, j'ai beaucoup, beaucoup lu. Y compris des témoignages de mamans qui ont accouché à la maison. » (Laure)

« Là où ça m'a le plus apporté, c'est vraiment ce qui est anatomie. De m'expliquer ce qui allait se passer dans mon corps, et comment est-ce que le bébé il allait arriver. Savoir comment mon bassin allait se transformer, le passage du bébé, et tout ça… Je pense que c'est vraiment ce qui m'a le plus aidé à vivre les douleurs après, à ne pas paniquer. Et les massages aussi ! Il y a quand même quelque chose de l'ordre du toucher qui est superbe ! Toute cette sensibilité qu'on peut avoir quand on est enceinte ! Ce plaisir de se faire masser les pieds, d'être vraiment dans le toucher. Prendre soin de son corps. De l'enveloppe du bébé ! » (Carmen)

Très impliquées dans la grossesse parce qu'elles vont devoir se faire encore plus confiance qu'à l'accoutumée, et y intégrer la confiance au mari, les femmes vivent sereinement leur grossesse une fois la décision d'AAD prise. La connaissance de leur corps est primordiale pour le vécu de l'accouchement sans péridurale. Il paraît à nouveau que l'accompagnement de la naissance quand elle est préparée en amont est d'autant mieux vécue par les femmes.

Le « saut dans l'inconnu » est bien moins effrayant.

B – Toucher « l'idéal » du bout des doigts

En faisant la démarche de l'AAD, les femmes, les couples viennent chercher quelque chose. Ce quelque chose est différent pour chacun d'eux. Il peut s'agir d'un accouchement réparateur suite à un vécu culpabilisant (Mathilde), d'un refus de la structure hospitalière (Laure), d'une volonté de faire les choses le plus simplement du monde (Carmen) ou bien de s'éprouver… pour se prouver ? (Béatrice) Evidemment, il s'agit ici des grands traits des

femmes interrogées. Ce qui reste une certitude pour chacune d'entre elles, c'est chacun des AAD est vécu comme *« une expérience », « un projet », « une envie »*. L'AAD découle d'un choix formulé à partir de leur vécu personnel. C'est dans ce sens que nous pouvons parler d' « idéal », parce que le vécu final est vécu comme quelque chose de « fort », « magique », « irremplaçable », « extraordinaire », « super », « génial ».

Il n'y a pas de mot plus parlant que l'autre. Nous retiendrons ces deux interventions :

« Une expérience extraordinaire dans une journée ordinaire ! » (Béatrice)

« Il y a quelque chose de l'ordinaire, d'accoucher à la maison ! C'est marrant. On est à la maison, on y reste. Ca fait quasi partie du quotidien. Pourtant on n'accouche pas tous les jours. Mais tout reste très ordinaire. » (Carmen)

C – Le besoin d'un accompagnement global

a) Un accompagnement choisi et fort

Choisir son praticien et se sentir épaulé par lui. Deux conditions *sine qua non*.

« Mon premier travail en apprenant que j'étais enceinte, c'était d'appeler une sage-femme qui accouche à domicile. Donc ça a été Suzanne, parce qu'avec l'association [bénévole à AlloAllaitement44] j'avais l'expérience des mamans qui avaient accouché avec elles et qui disaient que ça s'était très bien passé. » (Mathilde)

« Le fait d'avoir une sage-femme que l'on connaît, qui nous connaît… C'est le rapport le plus harmonieux qui soit par rapport à une grossesse, parce qu'une sage-femme crée un lien qu'on ne trouvera nulle part ailleurs.

« Il y a un lien qui est extrêmement apaisant et réconfortant, parce qu'une sage-femme va prendre le temps pendant un quart d'heure, une demi-heure, trois quarts d'heure, de savoir comment ça va et de ne pas s'en tenir à l'examen médical. Elle s'occupe aussi de l'aspect émotionnel, psychologique et affectif.

« Il y a tout un champ qui apporte énormément de sécurité au niveau affectif. » (Béatrice)

« J'ai trouvé mon équilibre. Que ce soit Marlène ou Suzanne,, ca m'est égal. C'est la même démarche. » (Laure)

Ce que recherchent les femmes, c'est une relation de confiance, basée sur le relationnel établi et les compétences et la rigueur de la sage-femme. Aucune femme ne souhaite que la relation s'établisse au dépend de leur sécurité. Elles recherchent un accompagnement global où toutes les facettes de leur personne – évoluant dans un milieu social, dans un quotidien – seront prises en charge, permettant de désamorcer d'éventuels blocages.

b) Le besoin d'être à la fois guidée et autonome

En se tournant vers l'AAD, les femmes expriment leur besoin d'autonomie, de choix assumés, de libre-arbitre, et font valoir leur capacité à évaluer ce qui est bon pour elles. Elles ne souhaitent pas être dirigées, mais vivre leur accouchement – passage difficile et de vulnérabilité – en disposant de toutes les possibilités.

« C'était éprouvant mais je n'ai pas eu peur. Je regardais Suzanne, qui n'était – peut-être pas zen, mais c'est ce qu'elle montrait, pourtant. Visiblement Suzanne allait bien, elle n'avait pas peur, donc moi je n'avais pas peur. » (Laure)

Si les femmes ont la sensation de pouvoir accoucher seules chez elles, sans l'aide personne (Mathilde), elles reconnaissent rapidement que c'est une idée peu prudente. La sage-femme ne leur indique pas comment accoucher. Elle connaît les méandres de la maïeutique, rassure par se seule présence, fait « effet péridurale » en arrivant dans le foyer, et suggère certaines positions.

c) Plus qu'un suivi de grossesse

Parce que la sage-femme répond à un besoin pressent des femmes,
qu'elle propose une alternative précieuse à celles qui en ont besoin,
qu'elle n'est pas dans le jugement mais bien dans l'accompagnement,
qu'elle s'intéresse aux femmes,
qu'elle leur permet de vivre ce qu'elles verront plus tard comme « l'idéal »…

… toutes les femmes évoquent les sages-femmes qui les suivent dans le cadre d'un accompagnement global comme une personne qui se situe entre l'accompagnante et l'amie.

« [Ma mère] me demandait si ça se passait bien avec Suzanne. Tout le monde l'appelle Suzanne, mais personne ne la connaît. » (Laure)

« De vivre cette naissance à la maison, ça renforce d'autant plus le lien avec la sage-femme.[…] C'est pas seulement une sage-femme. C'est plus que ça. » (Béatrice)

« J'ai un rapport compliqué avec le corps médical : je ne supporte pas qu'on m'ausculte. Même pour une angine. Alors forcément, quand c'est gynéco, pour moi c'est rude.

« *Moi qui n'avais aucun suivi gynéco, pour les frottis, etcetera, maintenant que Suzanne peut le faire, je veux bien le faire. Je me disais 'peut-être que c'est pas très prudent' mais la démarche était impossible. Là, il y a une vraie relation qui s'est créée, et c'est enfin quelqu'un de confiance de ce côté-là.»* (Laure)

« C'est quand même pas le même ressenti qu'on a eu avec Suzanne et Fanny, l'étudiante. Même Fanny, quand elle est partie, elle pleurait, tout le monde pleurait ! Il y a un côté humain qu'on ne ressent pas à la clinique. […] Elles feront partie de notre vie, et de celle des enfants aussi. Quand il arrive quelque chose, je leur envoie un petit texto. » (Mathilde)

L'accompagnement global permet de concrétiser le devenir enceinte au devenir mère sans forcément passer par la case « hôpital ». La relation horizontale entre la sage-femme et la femme (le couple) permet à chacun de désamorcer ses craintes, d'exprimer son ressenti, d'établir en somme un lien qui permette une vraie connivence au moment de l'accouchement. Cette connivence est rendue possible par l'association de cours de préparation à la naissance, et l'information personnelle des femmes sur les mécanismes de l'enfantement.

La naissance est le début d'un vie, un souffle transmis à un être nouveau, teinté de représentations et de mystères. L'accouchement est l'acte qui permet l'arrivée d'un petit d'homme, et il apparaît assez légitime que certaines femmes et sages-femmes aient pour ambition de le vivre à domicile.

*

CONCLUSION GENERALE

Après des siècles d'évolution médicale, l'homme occidental a beaucoup misé sur le tout sécuritaire, dont le « tout médical » est une branche.

A l'heure actuelle, le modèle occidental est mis à l'épreuve sur les plans politique, économique et religieux. Face à un individualisme croissant, à une déresponsabilisation importante, l'individu semble se questionner sur son devenir, et chercher des réponses en se tournant vers des valeurs simples et constantes : la nature, la famille. L'essor timide de l'AAD est une façon de donner du sens au quotidien, de suivre un sentier moins balisé que les autres.

Il semble nécessaire de poursuivre la réflexion impulsée par le débat des maisons de naissance, afin de trouver le moyen de généraliser l'accompagnement global. Aux sages-femmes, aux personnels médicaux et aux pouvoirs publics de répondre à une demande qui se précise mais surtout à une satisfaction humaine avérée. Il ne s'agit pas d'imposer mais de proposer. De proposer ce type d'accompagnement dans les choix possibles lors d'une grossesse.

Les deux extrémités de la vie font actuellement débat. De même que la fin de vie doit s'humaniser, la grossesse, la naissance et période néonatale doivent être encadrées médicalement dans un processus humanisé. La profession de sage-femme a cet avantage de prendre en charge médicalement des femmes en bonne santé. Il s'agit de la seule profession médicale qui ne s'organise pas autour du suivi de *malades.* Il est bien entendu aussi du ressort des sages-femmes de prendre en charges les grossesses à risque, en binôme avec un médecin. Si l'accès à un espace physiologique est compromis pour ces femmes, l'accès à une continuité des soins organisés par le même praticien, et donc à un renforcement de l'humanisation de la prise en charge ne doit pas être négligé pour ces femmes.

Rien n'est fixe. Il n'existe aucun début, aucune fin. Tout se poursuit, tout recommence. En cette période de crises diverses, il y a une opportunité de changer les mentalités et par voie de conséquence les règles de la naissance.

A l'issue de ce travail, il apparaîtrait judicieux de s'intéresser à l'accompagnement global dont l'AAD est l'une des expressions.

BIBLIOGRAPHIE

AKRICH M., PASVEER B., *De la conception à la naissance. Comparaison France/Pays-Bas*, 1995.

COLLONGE Juliette et Cécile, *Intimes naissances, choisir d'accoucher à la maison,* Editions La Plage, 2008.

GELIS J., *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVI^e^ - XIX^e^ siècle*, Paris, Fayard, 1984.

GELIS Jacques, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie,* Paris, Fayard, 1988.

JACQUES Béatrice, *Sociologie de l'accouchement, Presses universitaires de France,* 2007.

KNIBIEHLER Yvonne, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e^ siècle,* Rennes, ENSP, 2007.

TRELAÜN Maïtié, *J'accouche bientôt et j'ai peur de la douleur,* Le souffle d'or, 2008.

Revues

BENOIT Truong Canh M., *Contact sages-femmes*. **2011**, *26,* 10.

NADEL Doris, *Naître en France aujourd'hui*, Les dossiers de l'obstétrique, n°404, mai 2011.

MOREL, M. F. ; *adsp*, **2008**, *62*, 22-28.

Grandir Autrement – Hors série n°2, octobre 2007

Sites Internet

Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. Cours des comptes, Sécurité sociale 2011. http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2011_role_sages_femmes_systeme_de_soins_6.pdf

Association Nationale des Sages-Femmes Libérales – Charte de l'AAD http://ansfl.org/page.php?id=40

http://www.birthchoiceuk.com/BirthChoiceUKFrame.htm?http://www.birthchoiceuk.com/HomeBirthRates.htm

Panorama des établissements de santé 2010
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2010-quelques-maternites.pdf

34e journées nationales de gynécologie et obstétrique, décembre 2010
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2010/vendredi_2010.htm

Livre vert sur le personnel de santé – contribution de l'ordre des sages-femmes français, 2009.
http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/onsf_fr.pdf

Rapport EUROPERISTAT 2008, figure 2.
http://www.europeristat.com/bm.doc/france-highlights.pdf

La politique de périnatalité – rapport de la cour des comptes 2004 :
http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/Perinatalite.pdf

Mémoires

LAFONT B., *Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques*, Mémoire pour le diplôme de sage-femme, Université Claude Bernard – Lyon 1, 2010.

PERON C., *L'accouchement à domicile, une quête de sens,* Mémoire de master 2 de sciences humaines et sociales, Université Victor Segalen – Bordeaux 2, 2010.

VERCOUSTRE L., *Des lieux pour naître… Aspects éthiques et épistémologiques des espaces médicaux de la naissance*, Mémoire de master de philosophie pratique 1ère année, Université de Marne La Vallée, 2008.

ANNEXES

[1] Modèle de serment, proposé par l'Église en 1786 pour les sages-femmes formées à l'Hôtel-Dieu de Paris.

« Je […] promets et jure à Dieu, le créateur tout puissant, et à vous, Monsieur qui êtes son ministre, de vivre et de mourir dans la foi de l'église catholique, apostolique et romaine, et de m'acquitter, avec le plus d'exactitude et de fidélité qu'il me sera possible, de la fonction qui m'est confiée. J'assisterai de nuit comme de jour dans leurs couches les femmes pauvres comme les riches ; j'apporterai tous mes soins pour qu'il n'arrive aucun accident ni à la mère et ni à l'enfant. Et si je vois un danger qui m'inspire une juste défiance de mes forces et de mes lumières, j'appellerai les médecins ou les chirurgiens ou des femmes expérimentées dans cet art pour ne rien faire que de leur avis et avec leur secours. Je promets de ne point révéler les secrets de familles que j'assisterai ; de ne point souffrir qu'on use des superstitions ou des moyens illicites, soit par paroles, soit par signes, ou de quelque autre manière qui puisse être, pour procurer la délivrance des femmes dont les couches seront difficiles et paraîtront devoir être dangereuses ; mais de les avertir de mettre leur confiance en Dieu, et d'avoir recours aux sacrements et aux prières de l'église. Je promets aussi de ne rien faire par vengeance, ni par aucun motif criminel ; de ne jamais consentir sous quelque prétexte que ce soit à ce qui pourrait faire périr le fruit ou avancer l'accouchement par des voies extraordinaires et contre nature ; mais de procurer de tout mon pouvoir, comme femme de bien et craignant Dieu, le salut corporel et spirituel tant de la mère que de l'enfant. Enfin, je promets d'avertir sans délai mon pasteur de la naissance des enfants ; de n'en baptiser ou de ne souffrir qu'on en baptise aucun à la maison, hors le cas d'une vraie nécessité, et de n'en porter aucun à baptiser aux ministres hérétiques. »

Source: Morel, M. F.; *adsp*, **2008**, *62*, 22-28.

[2] Définition des principaux indicateurs de périnatalité.

- *Taux de mortalité infantile* : nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et un an pour 1 000 naissances vivantes ;

- *Taux de mortalité néonatale* : nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et 27 jours révolus pour 1 000 naissances vivantes ;

- *Taux de mortinatalité* : nombre de morts foetales, après la 28ème semaine jusqu'en 2001, après la 22ème depuis 2002 ;

- *Taux de mortalité périnatale* : nombre de morts nés plus nombre de décès entre zéro et sept jours pour 1 000 naissances totales ;

- *Taux de mortalité maternelle* : nombre de décès pour 100 000 naissances, pendant la grossesse ou les 42 jours suivant sa fin.

[3] L'évolution des indicateurs périnataux en France métropolitaine depuis 1960.

Indicateurs périnatalité	**1960**	**1970**	**1980**	**1990**	**2000**	**2002**
Mortalité infantile	29,0	21,0	10,0	7,3	4,6	4,1
Mortalité néonatale	18,0	13,0	5,8	3,6	2,8	2,7
Mortinatalité	17,0	13,0	8,6	5,9	4,6	8,2*
Mortalité périnatale	33,0	25,0	12,9	8,3	6,7	10,0*
Mortalité maternelle	nd	28,2	12,9	10,4**	9,0	9,0

*le changement de définition pour les mort-nés à partir de 2002 explique l'augmentation des chiffres.
**pour une estimation corrigée plus tard à 13-14 pour cent mille.
Source : OCDE et INSEE, citée par le haut comité de la santé publique

[4] Graduation des unités néonatales dans les maternités

Les décrets du 9 octobre 1998 classent les maternités en fonction de leur environnement pédiatrique : les maternités de type I assurent les soins de base des nouveau-nés, les berceaux ne sont pas comptabilisés dans la carte sanitaire ni dans l'équipement en lits de l'établissement.

Les autres maternités possèdent des lits de néonatalogie soumis à autorisation : elles sont de type IIa ou IIb en fonction de la présence ou non de lits de soins intensifs pour les nouveau-nés. Les maternités de type III traitant des grossesses à haut risque doivent disposer d'une unité de réanimation néonatale et d'un service de réanimation adulte.

Les centres de naissances publics qui ne sont plus autorisés à pratiquer des accouchements (activité inférieure à 300 par an) peuvent continuer à exercer des activités pré et postnatales et prennent l'appellation de « centre périnatal de proximité » (CPP).

Les établissements ne disposant pas d'unités spécialisées sont invités à passer convention avec un ou plusieurs établissements de santé qui en disposent, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces établissements.

[5] Guide d'entretiens

LA MERE

1- Pouvez-vous vous présenter, tel que vous le feriez spontanément ?
2- Afin d'approfondir qui vous êtes :
    - Vivez-vous en couple ? Avez-vous déjà des enfants ?
    - Depuis quand vivez-vous ici ?
    - Quelles relations entretenez-vous avec votre famille ?
    - Travaillez-vous ? Comment s'est orienté votre choix professionnel ?
    - Pouvez-vous décrire votre rapport au corps ?
    - Quelles expériences de la grossesse ou de la naissance aviez-vous avant d'être vous-même enceinte la première fois ?

AVANT LA GROSSESSE AVEC AAD

3- Avez-vous déjà des enfants ?
4- Comment se sont passées vos précédentes grossesses ? Où aviez-vous accouché l(es) autre(s) fois ?

PENDANT LA GROSSESSE AVEC SOUHAIT D'AAD

5- Comment a débuté cette grossesse ?
6- Avez-vous connu des difficultés pendant la grossesse ?
7- Comment vous est venue cette envie d'accoucher à domicile ?
8- Pourquoi pas l'hôpital ?
9- Qu'est-ce qui vous motivait le plus dans l'AAD ?
10- Comment vous êtes-vous préparée à la naissance ?
11- Qu'en disait votre conjoint ?
12- Qu'en disait votre entourage ?
13- Aviez-vous des hésitations malgré votre choix ? Comment vous sentiez-vous ?
14- Comment décririez-vous votre relation avec les SF pendant et après la grossesse ?

L'ACCOUCHEMENT

15- Selon vous, y a-t-il des risques au moment de l'accouchement ?

16- Comment avez-vous vécu cet accouchement à domicile ?

- Comme prévu ?
- Quand avez-vous appelé les sages-femmes ?
- Comment s'est déroulé le travail avant leur arrivée ?
- Après leur arrivée, avez-vous changé de comportement ?
- Comment avez-vous géré les contractions ?
- Avez-vous été découragée à un moment donné ?

APRES LA NAISSANCE

17- Comment imaginiez-vous l'accueil de votre enfant ?

18- La prise en charge des suites de couches à domicile vous a-t-elle convenue ?

19- Seriez-vous prête à recommencer pour un prochain accouchement ?

[6] CHARTE DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE

écrite par l'ANSFL en 2002- modifiée en 2009

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 - À 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.

ENTRETIENS

Voir mémoire papier

:

Il existe en France d'autres façons d'aborder la grossesse et l'accouchement que celles proposées par le système de soins *classique.* L'accouchement à domicile (AAD), marginal, constitue une alternative. Les femmes qui se tournent vers cette option recherchent une façon d'exprimer leurs singularité, d'intégrer la naissance à une continuité spatiale (domicile) et temporelle (descendance). Cette démarche passe par une critique de la médicalisation de l'accouchement, selon leur vécu ou leurs représentations. Si leur choix fait l'objet de stigmatisations fortes, elles s'affirment face à l'entourage par l'importance de leur préparation à la naissance. Enfin, elles recherchent dans l'AAD un suivi personnalisé basé sur la globalité de la prise en charge et la continuité des soins. Au total, les femmes qui se tournent vers l'AAD expriment leur satisfaction quant à ce mode de prise en charge, qu'elles ne considèrent pas dangereux tant qu'il s'adresse à des femmes préparées et « à bas risque ».

Mots clés

Accouchement à domicile, accompagnement global, sage-femme libérale, médicalisation.