

ACCOUCHEMENT À DOMICILE

Une autre idée de la sécurité

Rares sont les sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile, toujours décrié en France pour des raisons de sécurité. Elles sont pourtant les seules à mettre en œuvre l'intégralité des compétences dévolues aux sages-femmes et le principe « une femme une sage-femme » défendu par la profession. Retour sur des pratiques qui ressortent parfois du domaine de la résistance.

■ DOSSIER RÉALISÉ PAR NOUR RICHARD-GUERROUDJ

70 sages-femmes accompagnent encore les accouchements à domicile planifiés en France, soit 0,4 % de la profession [1]. Elles assureraient entre 0,5 et 1 % des 800 000 naissances annuelles. C'est dire si elles sont marginales ! Leurs pratiques ne sont pas homogènes, mais toutes affichent le même plaisir à pratiquer leur métier en toute autonomie et à assumer chacun de leurs actes.

Quelques sages-femmes fraîchement sorties d'école se sont récemment lancées dans l'aventure. Marion Shirley, sage-femme à Grenoble a commencé en avril 2007, deux ans après l'obtention de son diplôme. Elle collabore avec deux collègues expérimentées, estimant ce compagnonnage indispensable. Mais la majorité des sages-femmes qui pratiquent l'AAD ont une longue expérience préalable de l'hôpital, dont elles critiquent les protocoles « aveugles », la surmédicalisation et le manque de temps pour l'accompagnement humain. Geneviève

Govillé, installée à Bagnolet (93) a exercé dix-neuf ans en CHU avant de proposer l'accompagnement global avec AAD en libéral. « La liberté des femmes et des sages-femmes que permet l'AAD est l'élément déterminant de ma motivation, témoigne la professionnelle. Dans chaque situation, on va décider ce qu'il y a de mieux, mais pas en fonction d'un protocole. Le suivi global me permet de me poser sur le couple et lui sur moi. C'est cette grande confiance qui est la base de la sécurité. Or dans le système hospitalier, ne pas connaître les patients implique que la sécurité repose sur la multiplication des examens et des gestes. » D'autres sages-femmes libérales ont longtemps pratiqué le suivi de grossesse et l'accompagnement du début du travail à domicile, l'accouchement se déroulant en plateau technique. C'est le cas d'Evelyne Bellot-Lereux, sage-femme à Agen dans le Lot-et-Garonne (47) et Danièle Moresco, sage-femme à Castries dans l'Hérault (34). A la demande des femmes et en l'absence de pathologie, elles ont lentement modifié leur pratique en abandonnant le plateau technique pour le domicile. « Au départ, je ne concevais pas l'AAD comme possible, témoigne Danièle Moresco. Le travail en CHU me heurtait à bien des égards, mais l'AAD me semblait loin de ce à quoi j'étais préparée. »

> Désapprendre la technique.

Toutes les sages-femmes interrogées évoquent une phase de désapprentissage de ce qui leur a été enseigné à l'école, une réévaluation de leur pratique et la découverte de la physiologie de l'accouchement. Toutes se forment régulièrement, s'informent des recommandations professionnelles ou consultent leurs pairs pour confronter leurs pratiques. Elles s'ap-



puient notamment sur les recommandations de l'OMS [2] en matière d'accouchement normal et sur la charte de la parturiente, élaborée par le Parlement européen en 1988 [3] et que la France n'a pas ratifiée. Pendant le suivi de grossesse, très peu de touchers vaginaux sont pratiqués, voire aucun. Les consultations mensuelles, qui durent en général une heure, ne se concentrent pas uniquement sur l'examen médical de la parturiente, mais abordent aussi son ressenti et son vécu. Les examens demandés sont dans la plupart des cas identiques à ceux de l'hôpital. Il s'agit là à la fois d'un souci de rigueur, mais aussi de respect vis-à-vis des équipes hospitalières susceptibles d'accueillir les patientes. Pendant l'accouchement, la sage-femme reste présente, écoute le rythme cardiaque fœtal par intermittence, masse, rassure. La parturiente peut s'alimenter et s'hydrater, dormir, changer de position, déambuler. Le travail n'est pas dirigé : aucune perfusion d'ocytocine, ni d'analgésique, pas de rupture de la poche des eaux et rare poussée dirigée. L'accueil du bébé est simple, sans intervention. A l'expulsion, il est laissé en peau à peau avec sa mère, recouvert de serviettes chaudes. La sage-femme l'observe et note l'apgar. L'aspiration des voies respiratoires n'est pas systématique. La vérification de l'atrésie de l'œsophage par sonde n'est réalisée qu'au bout de douze heures si aucune selle n'est émise. Les mensurations sont souvent prises bien après la naissance et le bain reporté selon le désir des parents. Peu d'appareils sont donc nécessaires pour un AAD. Toutes les sages-femmes n'ont pas de monitoring ou ne prescrivent pas des bouteilles d'oxygène à avoir chez soi à l'avance en cas de réanimation. Mais l'abandon de certains gestes techniques ne se produit pas du jour au lendemain. Ainsi, contrairement à une idée reçue, certaines sages-femmes réalisent des épisiotomies à domicile. Le taux, même s'il est inférieur aux chiffres hospitaliers [4], est tout de même de 17 %. Evelyne Bellot-Lereux, estime que

→ Trois questions à Paul Cesbron

Gynécologue-obstétricien, fondateur et secrétaire de la Société d'histoire de la naissance.



► *Vous êtes un des rares gynécologues à soutenir la pratique des AAD. Pourquoi ?*

Historiquement et culturellement, les obstétriciens sont marqués par l'obligation de réduire la mortalité maternelle et fœto-infantile. Cet objectif clairement défini par notre fondateur Adolphe Pinard est resté une marque très forte de notre profession et explique encore aujourd'hui la résistance à l'accouchement à domicile. Mais nos connaissances ont changé et nous permettent d'être plus prédictifs qu'au début du XX^e siècle. Le dogme qui a marqué la conscience des accoucheurs, qui veut que l'accouchement soit a priori à risque, est désormais abusif et témoigne d'une inertie culturelle. Par ailleurs, les conditions sanitaires et sociales ne sont plus celles du début du siècle : la population est bien nourrie et bien suivie médicalement. Dans les pays occidentaux, nous rencontrons donc moins de pathologies qu'à l'époque et les risques sont inférieurs. L'autre élément qui étaye ma position est la demande des femmes que nous devons respecter, par définition. Je ne me situe pas dans l'affirmation qu'une minorité de femmes dit n'importe quoi. Ce sont elles qui décident quand et avec qui avoir un enfant. Je suis convaincu que ce rapport modifié à la grossesse et au bébé n'est pas sans effet sur la pathologie.

► *Comment expliquer que l'AAD reste très combattu alors que ses promoteurs, via le Ciane notamment, ont fait évoluer certaines pratiques hospitalières ?*

Pour les professionnels, il s'agit de modifications à la marge. Le problème de l'épisiotomie est exemplaire, mais n'apparaît pas fondamental. D'ailleurs, leur nombre baisse, mais se paye par une augmentation des césariennes, en raison de notre interventionnisme et des pressions de la société. Il est toujours admis majoritairement qu'il est nécessaire d'agir pour prévenir. Les promoteurs de l'AAD n'ont pas eu non plus d'influence sur les taux de déclenchements. Les associations d'utilisateurs se développent et sont plus efficaces qu'il y a dix ans, mais restent encore marginales. Elles ont pu introduire des changements quant au rasage, au sondage, à la position en décubitus dorsal ou encore sur l'accueil du bébé. Mais elles n'ont eu aucune influence sur la demande de péridurale. Et l'AAD est toujours jugé radical par de nombreux praticiens.

► *L'AAD restera-t-il marginal ?*

Cela dépendra de la volonté des femmes à se battre et à se faire entendre. La liberté qu'elles ont acquise au XX^e siècle de faire des bébés comme elles veulent et avec qui elles veulent est une conquête dont on ne mesure pas encore bien les conséquences. Il faudra sans doute du temps, mais compte tenu de l'évolution dans d'autres pays occidentaux en faveur des AAD et des maisons de naissance, on arrivera à faire admettre cette possibilité en France. On peut déjà noter qu'un ancien président du CNGOF, le professeur Bernard Maria, chef du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges, soutient cette pratique. Mais les sages-femmes pratiquant les AAD restent isolées d'un point de vue institutionnel alors que les publications admettent que leurs résultats ne sont pas différents des accouchements en structure, avec en outre un niveau de satisfaction des patientes supérieur à domicile. Et puis les femmes corroborent l'idée que l'accouchement à l'hôpital est plus sûr.

lorsque les tissus commencent à craquer alors que la tête du bébé commence à peine à sortir, le risque de déchirure complète est important. Pour sa part, Geneviève Govillé n'en réalise plus, considérant que la mobilité pendant le travail et le respect de la durée de la dilatation, notamment, préparent le périnée. Elle n'observe pas de déchirures complètes dans sa pratique. Quant aux petites déchirures naturelles, elles cicatrisent mieux que les épisiotomies. Toutes les sages-femmes n'ont donc pas les mêmes pratiques, à l'instar des sages-

femmes hospitalières. D'ailleurs, la charte de l'accouchement à domicile élaborée par l'Association nationale des sages-femmes libérales [5], que les sages-femmes adhérentes sont censées respecter, ne fixe que les contours du suivi global et de l'AAD.

> **Des critères variables.** Le texte souligne notamment que « l'accouchement à domicile ne peut s'envisager qu'après une grossesse normale ». Les pathologies comme l'hypertension ou le diabète excluent la possibilité d'AAD. La charte précise aussi que

« les circonstances de la naissance doivent être physiologiques et ne pas présenter de risque majoré de complication », comme une présentation en siège ou une grossesse gémellaire. En se bornant à l'eutocie, les sages-femmes estiment donc ne prendre aucun risque. Toutes affirment transférer au moindre doute, que ce soit pendant la grossesse ou l'accouchement. « Les risques, on va les prendre à l'hôpital, car les équipes sont compétentes pour les gérer, résume Geneviève. » Concernant les utérus cicatriciels, certaines se fient à la recommandation de l'OMS, estimant qu'il ne s'agit pas d'une contre-indication à l'accouchement par voie basse. Danièle Moresco et Marion Shirley préfèrent cependant ne pas prendre ce risque à domicile. Marie-Josée Keller, présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, qui reconnaît la pratique des AAD, considère qu'ils doivent être réservés aux femmes à très bas risque, excluant les femmes ayant déjà subi une césarienne. « Personnellement, je ne pratiquerais jamais d'AAD, affirme-t-elle. Je considère aussi qu'il doit être évité pour les primipares et réservé aux femmes ayant un bon bassin et un bébé normotrophe. Et bien sûr, le transfert en structure hospitalière doit

pouvoir être rapide. » Sur ces points, les sages-femmes pratiquant l'AAD divergent. Elles acceptent les primipares et demandent rarement une radiopelvimétrie. Les bébés qui naissent à domicile sont d'ailleurs souvent gros – plus de 4 kg – d'après les témoignages de plusieurs sages-femmes, sans que cela n'entraîne davantage de déchirures ou d'interventions. Quant au temps de transfert du domicile à l'hôpital, il est en moyenne de 30 minutes [6]. Face aux risques imprévisibles et rares, comme une dystocie des épaules, elles pratiquent les mêmes gestes qu'à l'hôpital. « Je n'ai rencontré qu'une dystocie des épaules à domicile, témoigne Geneviève. A l'hôpital aussi j'intervenais seule, n'ayant pas le temps de faire appel à un gynécologue quand la tête du bébé était déjà dehors. D'ailleurs même là, personne ne pratique ces gestes en routine. » L'hémorragie de la délivrance reste redoutée, mais les sages-femmes affirment être équipées pour y faire face. « J'y pense chaque fois pendant le trajet vers ma patiente, raconte Marion Shirley. Cela me permet de rester vigilante, puis j'oublie ce risque pendant l'accouchement. » Selon les cas, rares, une révision utérine est pratiquée ou une injection d'ocytoc

ique en intra musculaire. Les sages-femmes sont aussi attentives à la distance entre leur domicile et celui de leur patiente. La surveillance des suites de couches nécessite en effet de nombreuses visites, à intercaler dans leur emploi du temps chargé de consultations de suivi, de séances de préparation ou de rééducation périnéale. Afin d'assurer une bonne qualité de suivi, elles en limitent le nombre. Il semble y avoir un consensus sur un seuil maximum de cinq accouchements par mois, avec des variations selon les mois. Outre des critères médicaux et géographiques, les sages-femmes pratiquant l'AAD ont établi des critères relationnels ou de motivation. « Je vérifie toujours la réelle motivation des femmes et les raisons qui les ont amenées à faire ce choix, note Danièle Moresco. Je refuse par exemple une femme qui me consulte à un stade trop avancé de sa grossesse, car le temps pour instaurer la confiance sera trop court. Or c'est la base de la sécurité à domicile. » L'accord du père et son ouverture à l'AAD sont aussi nécessaires. « Un père totalement opposé à l'AAD risque d'en perturber le déroulement, estime Geneviève Govillé. C'est donc un critère de refus. » Mais la gestion des refus n'est pas

→ Intimes naissances

« *Intimes Naissances, choisir d'accoucher à la maison* » vient de paraître aux éditions La Plage. Juliette et Cécile Collonge ont dirigé cet ouvrage, qui livre côte à côte des récits de parents, des témoignages de sages-femmes, de doulas et de gynécologues-obstétriciens favorables à cette pratique. Extraits.

► Jacqueline Lavillonière, Une utopie en marche

P 282 « (...) La première chose que j'ai entreprise, avant même d'accepter de suivre cet accouchement, ce fut de revoir pathologie par pathologie tout ce qui pouvait arriver et mettre en place, hors de l'hôpital, la façon dont je pouvais résoudre un problème s'il survenait. Cette introspection et ces recherches m'amènèrent à mettre en doute une série d'interventions routinières que j'avais apprises à l'hôpital. Certaines s'avéraient être le point de départ d'un enchaînement vers de plus en plus d'interventions, qui elles-mêmes pouvaient devenir sources de souffrance fœtale aiguë. Cette démarche était pour moi un élément d'assurance, parce que j'étais morte de trouille : et si tout le monde mourait là en face de moi, que faire ? J'étais terrorisée par la mort. La mort précoce de mon père m'avait collé une grande peur que j'ai eu beaucoup de mal à traverser. Toutes les histoires les plus sordides me passaient par l'esprit... les hémorragies de la délivrance, toutes ces horreurs alimentées par mon travail à l'hôpital. Mon urgence à moi était de trouver des réponses à mes peurs. Je découvrais que je pouvais m'appuyer sur les parents qui, eux, étaient prêts à mourir pour accoucher selon leurs choix. Devant des parents aussi déterminés, conscients et revendiquant la responsabilité de leurs choix, ma responsabilité professionnelle devenait plus acceptable. (...) »

► Francine Caumel-Dauphin, Du côté des femmes

P 303 « (...) je suis là pour l'encourager et, à partir du moment où tout va bien, pourquoi intervenir ? Je n'interviens pas, je surveille, je palpe, je donne à boire, j'accompagne... mais quand tout va bien, pourquoi ferais-je autre chose ? A part surveiller, je n'ai rien à faire et je n'impose rien aux femmes. (...) »



toujours aisée et reste liée au ressenti personnel. « Certains couples sont trop consommateurs, estime Danièle Moresco. Je me fie aussi à mon intuition pour accepter ou non tel ou tel accompagnement. »

> Répondre à la demande.

Contrairement aux idées reçues, le profil des femmes optant pour l'AAD est plutôt varié. Même si en majorité, il s'agit davantage de femmes ayant eu une éducation supérieure, la clientèle est composée de patientes de tous les milieux socioéconomiques. Les sages-femmes ont identifié plusieurs catégories de patientes et de motivations, variable selon les régions : des catholiques pratiquantes qui tiennent à enfanter dans la douleur ou souhaitent pratiquer certains rites dès la naissance, des femmes musulmanes voilées parfois objectivement malmenées à l'hôpital, des mères de famille nombreuse qui souhaitent rester auprès de leurs autres enfants, des femmes déçues d'un premier accouchement en institution et souvent très informées via internet, des femmes au fait des pratiques à l'étranger. Ainsi, les femmes d'origine britannique, belge ou allemande souhaitent souvent une naissance semblable à l'offre qui existe dans leur pays d'origine. Elles veulent « accoucher » et non pas « être accouchées » et se situent en véritables actrices de la naissance. Elles acceptent la douleur, vécue généralement comme initiatique et jugée nécessaire, pour guider les mouvements et adapter les positions. Les sages-femmes proposent d'ailleurs une préparation, que ce soit en sophrologie, fascia thérapie ou une préparation plus classique. Elles usent aussi de méthodes antalgiques naturelles comme l'homéopathie, l'acupuncture ou les massages, le recours au bain. La relation de confiance permet aussi au couple d'aborder ses peurs et de les dépasser. Dans la même optique, les parturientes conservent toujours leur dossier médical ou un double en fin de grossesse, en cas de transfert ou pour éviter à la sage-femme de l'oublier. Le suivi global sur plus d'une année leur permet ainsi de nouer des liens très forts avec les couples, ce qui n'est pas sans poser des problèmes de gestion. « Certains nous considèrent comme membre de la famille, note Marion. D'autres se détachent plus vite. » Il faut donc à la fois entrer dans leur intimité tout en gardant des limites professionnelles. « On ne peut pas avoir cinquante nouveaux couples d'amis par an !, remarque Geneviève. » Comme pour les psycho-

logues, le paiement contribue au juste maintien des distances. En général, des dépassements d'honoraires sont pratiqués pour les consultations et l'accouchement, peu valorisés. Pour une naissance, cela va de 200 à 700 euros en plus du tarif de l'accouchement fixé à 312 euros. Toutes les caisses d'assurance maladie ne remboursent pas de façon identique. Ainsi, en Isère, la CPAM rembourse les indemnités de déplacement, tandis que la caisse de Savoie méconnaît cette possibilité. Et ce ne sont pas les seuls organismes que la pratique de l'AAD déroutent.

> **Une pratique militante.** Depuis 2000, l'accouchement à domicile n'est en effet plus couvert par les compagnies d'assurance et les sages-femmes considèrent souvent que poursuivre leur activité dans ces conditions relève du militantisme. La plupart ont des liens avec des plateaux techniques, sans avoir nécessairement passé une convention écrite. Danièle Moresco a également pris la peine de rencontrer les responsables des pompiers de sa région, afin de faire connaître sa pratique et bénéficier, si besoin, de leur assistance sans méfiance. Elle a cependant rajouté une blouse blanche dans sa valise de sage-femme, afin d'être davantage identifiable en cas d'intervention du Samu. « J'ai vécu une expérience où le Samu a ignoré ma présence et mes compétences lorsque j'ai fait appel à eux, témoigne-t-elle. Je ne souhaite pas que cela se reproduise. Or je me suis rendu compte que l'habit fait le moine ! » D'autres sont allées jusqu'à assurer les transferts dans leur voiture personnelle, pour gagner du temps. Elles souhaiteraient d'ailleurs avoir l'autorisation d'utiliser un gyrophare et de stationner en urgence. Mais leur pratique manque toujours de reconnaissance, notamment dans le milieu hospitalier. Jacqueline Lavillonière, présidente de l'UNSSF et membre de l'ANSFL, espère faire reconnaître la charte de l'AAD par la HAS, tout en instaurant une obligation de supervision entre sages-femmes et d'évaluation des pratiques. « Nous sommes complémentaires, estime Geneviève Govillé. Je consulte souvent mes collègues hospitalières si j'ai un doute sur un dossier, et elles me sollicitent de leur côté aussi, notamment sur les questions d'allaitement. »

Aujourd'hui, malgré la polémique, agitée par certains gynécologues-obstétriciens et le manque de reconnaissance, les demandes d'accouchement à domicile seraient en hausse. Car en l'absence de maisons de naissance, il

→ Pour en savoir plus

■ Etudes

- Cathy-Anne Pireyn-Piette, « Accouchement à domicile : risque ou modèle ? », mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme, université Louis-Pasteur, faculté de médecine/ESF de Strasbourg, 2005, consultable sur internet.
- Mathilde Munier, « Accompagnement global avec accouchement à domicile en France de 1997 à 2001 », mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme, ESF de Cochin-Port-Royal, Paris, 2001.
- Anne Théau, « L'Accouchement à domicile a-t-il sa place dans le système obstétrical français actuel ? », thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, faculté de médecine université de Montpellier, 1998.

■ Ouvrages

- « Parents et Sage-femme : l'accompagnement global », rencontre sur le chemin de la naissance, Paloma Chaumette, Ed. Yves-Michel, 2005.
- « Vivre sa grossesse et son accouchement », une naissance heureuse, Isabelle Brabant, Ed. Chronique sociale, 2003.
- « Naître tout simplement », témoignages et réflexions autour de la naissance, Jacqueline Lavillonière, Elisabeth Clementz, Ed. L'Harmattan, 2003.
- « Pour une naissance à visage humain », Claude-Suzanne Didierjean Jouveau, Ed. Jouvence, 2007.

■ Sites internet :

- www.ansl.org
- www.perinat.info
- <http://www.intimesnaissances.com>

n'existe aucune alternative à l'accouchement en structure hospitalière. Or c'est bien une autre façon d'accoucher que recherchent les patientes et les sages-femmes qui ont opté pour ce choix ultra-minoritaire.

(1) Répertoire actualisé consultable sur le site www.perinatalite.info

(2) Les soins liés à un accouchement normal WHO/FRH/MSM/96.24, consultable sur http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide_fr.pdf

(3) Charte de la parturiente, votée par le Parlement européen, Strasbourg, juillet 1988.

(4) Compilation statistique de l'UNSSF en 2006, consultable sur <http://www.ansl.org/images/statsAGN.pdf>

(5) www.ansl.org

(6) Anne Théau, « L'Accouchement à domicile a-t-il sa place dans le système obstétrical français actuel ? », thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, faculté de médecine université de Montpellier, 1998.