

Ecole de sages-femmes
UFR de médecine Cochin Port-Royal
Université Paris V
Clinique universitaire Baudelocque
123 boulevard de Port Royal
75 014 PARIS

**ACCOMPAGNEMENT GLOBAL AVEC
ACCOUCHEMENT A DOMICILE
EN FRANCE DE 1997 A 2001**

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

Directrice de mémoire :
Madame Jacqueline Lavillonnière
sage-femme libérale

Mathilde MUNIER
Née le 10 décembre 1979

Promotion 2001 – 2005

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement, Madame Nicole Mesnil, formatrice à l'école de sages-femmes Baudelocque pour m'avoir guidée dans la réalisation de ce mémoire, Madame Jacqueline Lavillonnière, sage-femme libérale, membre de l'association nationale des sages-femmes libérales, qui a dirigé ce mémoire et m'a donné de précieux conseils tout au long de mon travail, Madame Marielle JAEN, sage-femme libérale qui m'a transmis toutes les données chiffrées nécessaires à la réalisation de cette étude ainsi que Madame Marion Carayol, sage-femme épidémiologiste qui m'a aidée dans l'analyse des données. Un grand merci à toutes pour leur patience et leur bienveillance.

Je remercie également toutes celles et ceux qui ont cru en mon travail et m'ont soutenue dans sa réalisation.

Tables de matières

Abréviations	6
Introduction	7
<u>Chapitre 1 : Cadre conceptuel et problématique</u>	8
I) Historique de l'accouchement à domicile en France	8
II) Comment la définition du risque obstétrical influence la prise en charge de femmes et le lieu d'accouchement ?	12
1) <i>Opinion sur l'accouchement à domicile et définition du risque obstétrical en France</i>	12
2) <i>Organisation du système obstétrical en France</i>	13
3) <i>Définition du risque obstétrical dans d'autres pays européens</i>	14
III) Position des organismes internationaux face à l'accouchement à domicile	16
IV) La demande des femmes françaises	16
V) Qu'est ce que l'accompagnement global de la maternité (A.G.M.) réalisé par les sages-femmes libérales ?	19
1) <i>Les principes de l'A.G.M</i>	19
2) <i>Le suivi médical au cours de l'A.G.M.</i>	21
3) <i>l'accouchement à domicile et sa charte</i>	23
4) <i>Problème de l'assurance responsabilité civile</i>	26
VI) Etudes étrangères sur l'accouchement à domicile	27

<u>Chapitre 2 : Méthodologie</u>	30
I-Hypothèses	30
II- Objectifs	30
III -Matériel et méthodes	31
1) <i>Etude descriptive</i>	31
a) <i>Recueil des données</i>	31
b) <i>Population étudiée</i>	31
c) <i>Variables étudiées</i>	32
d) <i>Analyse statistique</i>	33
e) <i>Biais de l'étude</i>	33
2) <i>Enquête d'opinion</i>	34
a) <i>Recueil des données</i>	34
b) <i>Variables étudiées</i>	34
c) <i>Qualité des questionnaires</i>	34
d) <i>Analyse des données</i>	35
e) <i>Biais de l'étude</i>	35
<u>Chapitre 3 : Présentation des résultats</u>	36
I- Etude descriptive	36
1) <i>Description de la population</i>	36
2) <i>Antécédents maternels</i>	37
3) <i>Surveillance prénatale</i>	38
4) <i>Surveillance du travail</i>	41
5) <i>Accouchement</i>	42
6) <i>Délivrance et état du périnée</i>	44
7) <i>Suites de couches</i>	45
8) <i>Transferts</i>	46
9) <i>Nouveau-né</i>	48
II – Enquête d'opinion	51
1) <i>Profil des patientes</i>	51
a) <i>Age</i>	51
b) <i>Situation familiale</i>	51

c) <i><u>Origine géographique</u></i>	51
d) <i><u>Niveau d'études</u></i>	52
e) <i><u>Parité</u></i>	52
f) <i><u>Lieux précédents d'accouchements</u></i>	52
g) <i><u>Lieu pour cet accouchement</u></i>	52
2) <i>Suivi de la grossesse</i>	52
a) <i><u>Rencontre avec la sage-femme</u></i>	52
b) <i><u>Raisons du choix de l'accompagnement global</u></i>	53
c) <i><u>Vécu de l'accompagnement de la grossesse</u></i>	53
3) <i>L'accouchement à domicile</i>	54
a) <i><u>Comment s'est fait le choix ?</u></i>	54
b) <i><u>Quand s'est fait le choix ?</u></i>	54
c) <i><u>Motivations pour choisir l'accouchement à domicile</u></i>	54
d) <i><u>Préparation à l'accouchement à domicile</u></i>	55
e) <i><u>Accompagnement du travail à domicile</u></i>	55
f) <i><u>Vécu de l'accouchement à domicile</u></i>	55
g) <i><u>Le post-partum</u></i>	56
<u>Chapitre 4 : discussion</u>	57
I- Etude descriptive	57
1) <i>Profil des patientes</i>	57
2) <i>Antécédents maternels</i>	58
3) <i>Surveillance prénatale</i>	59
4) <i>Surveillance du travail</i>	60
5) <i>Accouchement</i>	63
6) <i>Délivrance et état du périnée</i>	63
7) <i>Etat de l'enfant à la naissance</i>	65
8) <i>Transferts</i>	66
a) <i><u>Pendant le travail</u></i>	66
b) <i><u>Après l'accouchement</u></i>	68

9) Indicateurs attestant de la qualité de l'écoute et du soutien apportés aux couples	68
a) <u>La préparation à la naissance</u>	68
b) <u>Choix des positions pendant le travail et l'accouchement</u>	69
c) <u>La durée du suivi par la sage-femme en suites de couches</u>	70
d) <u>L'allaitement maternel</u>	70
II- Enquête d'opinion	72
1) Profil de la population interrogée	72
2) Choix et vécu de l'accompagnement	72
3) Choix et vécu de l'accouchement à domicile	73
4) Satisfaction	75
III- Propositions en lien avec l'exercice professionnel	76
1) Accouchement à domicile	76
2) Accompagnement de la grossesse et de l'accouchement	77
Conclusion	81
Bibliographie	82
Annexes	

Abréviations

AD : accouchement à domicile

AG : âge gestationnel

A.G.M. : accompagnement global de la maternité

A.N.S.F.L. : association nationale des sages-femmes libérales

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CS : consultation

RCF : rythme cardiaque fœtal

SF : sage-femme

Introduction

Historiquement et dans toutes les cultures, les femmes ont accouché à domicile assistées par des sages-femmes. Au milieu du vingtième siècle, le lieu de la naissance s'est déplacé de la maison vers l'hôpital. Aujourd'hui, moins de 1% des naissances ont lieu à domicile. Cette option est l'objet de controverses aussi bien au sein du corps médical que dans l'opinion publique. Des études publiées sur l'accouchement à domicile ont montré une faible incidence de la mortalité et morbidité périnatale mais ont insisté sur l'importance de la planification, de l'estimation des risques et de la qualification des professionnels. Beaucoup de ces rapports sont cependant faits dans d'autres pays, où le système de soins est différent de celui de la France.

Intéressés par ce sujet, nous avons effectué des recherches qui ont abouti au constat qu'aucune étude nationale n'a à ce jour été effectuée dans notre pays. Ainsi une question s'est posée à nous. Quelle est la réalité de l'accouchement à domicile en France aujourd'hui ? Il est apparu que cette pratique s'intègre dans un accompagnement global de la maternité proposé par les sages-femmes libérales.

Ainsi nous nous proposons tout d'abord d'expliquer les concepts de l'accompagnement global et d'identifier les critères de sélection des patientes pouvant bénéficier d'un accouchement à domicile, puis d'évaluer les résultats maternels et périnataux pour de tels accouchements grâce à une étude descriptive prospective incluant 1113 femmes ayant planifié un accouchement à domicile entre 1997 et 2001, enfin l'analyse des motivations et du vécu des femmes ayant choisi de faire naître leur enfant à la maison nous permettra d'entamer une réflexion autour de la naissance en France aujourd'hui.

Chapitre 1 :

Problématique et cadre conceptuel

D) Historique de l'accouchement à domicile en France [1-3]

L'entraide a longtemps constitué le seul recours des femmes : la voisine accouchait la femme ou la mère accouchait sa fille.

Dans la seconde moitié du 17^{ème} siècle, l'institution d'une matrone de communauté est encouragée par l'église. Ainsi, il est plus facile de contrôler l'exercice de la seule accoucheuse. Celle-ci doit être disponible, mariée et avoir été mère. Elle est donc le plus souvent veuve et âgée.

Au 18^{ème} siècle les accoucheurs accusent les matrones d'être ignorantes et trop entreprenantes et s'imposent aux femmes. Ils gagnent en un siècle le monopole des villes, les campagnes résistant davantage.

Au 18^{ème} et 19^{ème} siècles, l'hôpital est essentiellement occupé par les pauvres, où des vagues d'épidémies de fièvre puerpérale les emportent. Sont en cause, non seulement les salles communes, mais aussi les accoucheurs et sages-femmes dont les mains septiques sont responsables de la contagion.

A la fin du 18^{ème} siècle (1775), les chirurgiens accoucheurs vont dispenser dans les cliniques des cours d'obstétrique pour former les sages-femmes.

Le 19^{ème} siècle est une période favorable aux sages-femmes qui continuent leur exercice libéral à côté des chirurgiens accoucheurs. Dès la fin de ce siècle, elles sont confrontées à la compétition avec les médecins d'une part et les hôpitaux d'autre part. De plus, grâce à la mise en place de l'asepsie et des mesures antiseptiques, la fièvre puerpérale, grand fléau des hôpitaux de cette époque, peut être combattue. On dénombre 16294 accouchements dans les établissements de l'Assistance Publique sur Paris en 1900, contre 5180 en 1880. Cette progression se poursuit tout au long du 20^{ème} siècle : en 1920, un tiers des accouchements parisiens ont lieu dans un établissement de l'Assistance Publique et 71% des accouchements de toute la France sont effectués par une sage-femme. En 1939, deux tiers des accouchements parisiens ont lieu dans un établissement de l'Assistance Publique et 60% des accouchements de toute la France sont effectués par une sage-femme.

Entre les deux guerres, a commencé l'hospitalisation systématique de toute parturiente dans le but d'une plus grande sécurité pour la mère et son enfant.

L'après-guerre voit naître la sécurité sociale et l'assurance maternité avec la gratuité des soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches [2]. Lorsque l'accouchement avait lieu dans un établissement hospitalier public, les formalités de remboursement étaient simplifiées, au point que la jeune mère n'avait rien à déboursier puisque la caisse de sécurité sociale, jouant le rôle de tiers payant, se chargeait de rémunérer directement l'hôpital. Autrement dit, tout était gratuit pour celle qui consentait à se rendre à l'hôpital, tandis que sa voisine qui persistait à vouloir accoucher chez elle devait, non seulement verser des honoraires à la sage-femme ou au médecin qui l'assisterait au moment de la naissance et assurerait les soins les jours suivants, mais encore se procurer en pharmacie l'ensemble du matériel que réclamait le praticien. Tout cela lui serait remboursé mais plus tard. Une telle mesure a contribué à faire entrer massivement dans les mœurs l'accouchement en maternité. L'accouchement à domicile tend donc à disparaître au profit de l'accouchement en structure médicalisée, mouvement favorisé par la gratuité des soins. Mais de nombreux facteurs ont participé à ce renversement de situations, particulièrement celui de l'action gouvernementale :

5) sur le plan législatif, une ordonnance du 2 novembre 1945 avait posé le principe de l'organisation de la protection médico-sociale des futures mères, des mères et des jeunes enfants. Des centres de protection maternelle et infantile (PMI) ont été créés pour assurer un meilleur suivi de la grossesse et de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans. A cette époque de nombreuses femmes ne bénéficiaient pas d'un suivi médical. Ainsi, par son caractère gratuit, cette organisation permettait à tous l'accès à la surveillance, qui est le moyen d'abaisser la prématurité et les autres facteurs de risque de la mortalité périnatale. Ce centre a également pour dessein d'informer les familles. Ainsi, les femmes se familiarisèrent avec la maternité progressivement et plus massivement.

6) L'amélioration des lois sociales vis-à-vis de la maternité a contribué à une plus large fréquentation des hôpitaux et des cliniques, qu'il s'agisse du régime général de l'assurance maternité ou des autres régimes ; la prise en charge financière actuelle est intégrale. Ainsi, les futures mères n'hésitent pas à se diriger vers les institutions. Parallèlement l'urbanisation et le développement des voitures rapprochèrent les femmes enceintes des maternités. Au lendemain de la guerre, le confort hôtelier des hôpitaux ou des cliniques pouvait attirer les femmes par leur qualité.

Cependant la mortalité et la morbidité périnatale restèrent élevées (la mortalité périnatale atteignait 23‰ à la fin des années 1960, un des taux les plus élevés en Europe) . Pour faire

face à ce problème, le ministère de la santé entreprit un plan de périnatalité (selon le décret n°72-162 du 21 février 1972 ou décret « Dienesch ») dont les principales ambitions sont :

1) formation et information du personnel médical et paramédical pour les problèmes de périnatalité et pour l'amélioration des conditions de l'accouchement dans les maternités

2) établissements répondant désormais à des normes précises de sécurité et garantissant une meilleure qualité des soins, dans des locaux et des services techniques modernes, dotés du personnel spécialisé nécessaire. Le décret imposait des normes très détaillées pour les locaux et le plateau technique. Pour le personnel, il était seulement précisé l'obligation d'un service de garde avec présence constante d'une sage-femme et possibilité de joindre un médecin (sans aucune exigence de qualification de celui-ci pour le secteur privé et qui devait être un gynécologue obstétricien dans les maternités publiques).

Un grand nombre d'établissements ne pouvant pour des raisons financières ou techniques se plier aux normes ont dû fermer. Les médecins généralistes abandonnèrent la pratique de l'obstétrique et l'accouchement à domicile disparut encore un peu plus. Le taux de mortalité périnatale de 18‰ fut atteint en 1975 et 13‰ en 1980.

Les sages-femmes abandonnent progressivement leur indépendance et le secteur libéral, faute de travail, pour prendre place à l'hôpital sous la responsabilité d'un médecin. Le salariat a gagné à partir des années 1960 la très grande majorité des sages-femmes qui travaillent en structure hospitalière ou en clinique. Dans ces établissements, les sages-femmes sont souvent astreintes à une spécialité de la profession (consultation, salle de travail, service de grossesses pathologiques ou de suites de couches). Il est rare qu'elles puissent suivre leurs patientes pendant les dix mois que couvrent la grossesse, l'accouchement et le premier mois du post-partum. Seule la sage-femme libérale a la possibilité d'exercer sa profession dans toute sa globalité.

Selon l'article L4151-1 du code de la santé publique, la profession de sage-femme est une profession médicale avec droit de diagnostic et de prescription : « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique de l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant ». La sage-femme a donc toutes les compétences pour assumer la responsabilité du suivi médical de la grossesse et de l'accouchement. Elle peut ainsi exercer son métier de façon indépendante. [3]

Depuis 1974, l'évolution de la population libérale est très différente de celle de l'ensemble des sages-femmes. (Données INSERM 1984, données CNAM, chiffres du Ministère de la Santé)

Ø Entre 1974 et 1986, les effectifs libéraux en décroissance continue, ont été divisés par deux.

Ø De 1987 à 1995, ils se sont stabilisés et ont augmenté ensuite jusqu'à aujourd'hui. Cependant en 2004, la part des sages-femmes exerçant en secteur libéral par rapport à l'effectif total n'est plus que de 14% (données issues du recensement effectué par les Conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes), alors qu'il était de 28% en 1974.

Année	Sages-femmes libérales	Sages-femmes totales	Pourcentage de sages-femmes libérales
1974	2345	8374	28%
1977	-	-	27.6%
1980	1774	8479	20.9%
1985	1202	9725	12.4%
1989	1151	10210	11.3%
1991	1135	-	-
1993	-	-	9.9%
1995	1200	-	-
1997	1168	13500	8.7%
2002	1624	15596	10.4%
2004	2260	16134	14%

Tableau : Evolution des effectifs des sages-femmes françaises entre 1974 et 2004

Parmi les 1200 sages-femmes libérales en 1985, 50 assuraient des suivis complets de la grossesse avec pratique de l'accouchement. Avec un effectif de plus de 2000 sages-femmes libérales aujourd'hui, ce ne sont probablement que 30 sages femmes qui effectuent un suivi global de nos jours en France.

II) Comment la définition du risque obstétrical influence la prise en charge de femmes et le lieu d'accouchement ?

1) Opinion sur l'accouchement à domicile et définition du risque obstétrical en France [1,4]

La naissance à domicile en France ne concerne qu'une minorité de patientes. La majorité des médecins et de la population générale considèrent ce type d'accouchement comme dépassé ou trop dangereux. L'attitude de l'autorité médicale est plus que réservée sur ce genre de pratique. Dans le système périnatal français, le mot d'ordre est la sécurité. Ainsi, un accouchement ne peut être considéré normal que deux heures après la naissance ; et certaines complications imprévues (rares, mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir. Toute grossesse, tout accouchement est potentiellement risqué, il n'y a aucun moyen d'éliminer de façon radicale le risque éventuel. Cette considération justifie que la naissance puisse avoir lieu dans un endroit où l'on dispose vingt-quatre heures sur vingt-quatre d'un bloc opératoire et où l'on trouve en permanence une sage femme, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre.

Dans le rapport du Haut comité de la Santé Publique de 1994 sur « la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité », il est précisé « *il n'a pas semblé opportun au groupe de travail d'ouvrir un débat sur l'accouchement à domicile prôné par certains parents et professionnels. A ce jour, la quasi-totalité des accouchements a lieu en maternité. Seuls 0,5% des accouchements - soit environ 3800 par an - ont lieu à domicile. Il s'agit essentiellement de grossesses non suivies et de quelques accouchements prévus en maternité et survenus accidentellement à domicile ; le plus souvent, ces femmes sont dirigées ensuite vers un établissement d'accouchement. Plus rares sont les accouchements programmés à domicile réalisés par des sages femmes ou des médecins libéraux. Les maternités constituent donc le lieu privilégié d'accouchement dans le système de santé français. Il n'a pas semblé utile de revenir sur cet état de fait, qui correspond assez bien à la culture et à la géographie françaises.* » [4]

Dans cette optique, la sécurité ou l'insécurité sont liées à l'ensemble des moyens humains et techniques dont disposent les établissements et la réflexion politique ne peut porter que sur la détermination de ces moyens et leurs allocations aux différents types d'établissements. Cela justifie une naissance près d'un bloc opératoire et avec en permanence la présence de sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes et pédiatres.

2) Organisation du système obstétrical en France [5,6]

Les décrets du 9 octobre 1998 faisant suite au rapport du comité de la santé publique expliquent qu'une grossesse est suivie par le praticien choisi par la patiente. « *L'établissement de santé où elle ira accoucher doit mettre en place une organisation permettant de fournir aux femmes enceintes des informations sur le déroulement de l'accouchement, ses suites et l'organisation des soins ; il doit assurer, au début du troisième trimestre de grossesse une consultation par un gynécologue obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement. Les établissements de santé pratiquant l'obstétrique participent donc à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risque pour la mère et l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée.* »

Il y a trois types d'établissements :

- 1) l'unité d'obstétrique isolée (type I)
- 2) l'unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie (type II)
- 3) l'unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale (type III)

Dans plus de 80% des cas, l'accouchement a lieu à terme et ne comporte aucun risque prévisible, la patiente pourra donc accoucher dans l'établissement de son choix, proche de son domicile. Ce peut être une structure de type I, II ou III, les maternités de type III n'ayant pas la compétence exclusive pour les accouchements à haut risque et pouvant (et devant) accueillir toutes les patientes domiciliées dans son secteur. En revanche, pour les maternités de type I et II, s'il existe un risque quelconque la patiente sera orientée vers l'établissement le plus adapté à sa situation (type II ou III). La notion de réseaux de soins apparaît. Le réseau de soins en périnatalogie est d'abord un réseau local, constitué par les maternités et les services de néonatalogie d'établissements publics et privés ayant une cohérence géographique. Il doit être capable de fournir une réponse adaptée aux besoins médicaux, psychologiques et sociaux des couples, parents, enfants. De ce point de vue, il participe à l'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant.

Malgré une prise en charge quasi-systématique des accouchements en structures hospitalières (publique ou privée), malgré le développement de techniques nouvelles, toujours

plus sophistiquées, malgré le niveau élevé des dépenses de santé, les performances périnatales françaises apparaissent médiocres, comparées à celles d'autres pays européens.

3) Définition du risque obstétrical dans d'autres pays européen [1,7,8]

D'autres pratiques obstétricales existent en Europe. Certains systèmes de santé (Grande Bretagne, Pays-bas) affirment que le risque obstétrical peut se repérer en cours de grossesse, permettant aux patientes à « bas risque » de choisir un accouchement non médical. Cette conception est tout autre : on y affirme le caractère physiologique de l'accouchement. La frontière entre la physiologie et la pathologie est déterminée par l'utilisation d'un dispositif de classification. Dans ces systèmes, où la médicalisation n'est pas systématique, les résultats périnataux sont meilleurs qu'en France.

Aux Pays-Bas, grossesse et accouchement sont des processus naturels qui ont souvent lieu à domicile sous la surveillance d'une sage-femme ou d'un médecin généraliste. Lorsqu'une femme est enceinte, elle se rend chez son généraliste ou directement chez une sage-femme : cette première visite intervient vers douze semaines de grossesse. Le généraliste est supposé l'orienter vers un cabinet de sages-femmes s'il en existe un à proximité ; dans le cas contraire il suivra la grossesse et assistera la femme lors de l'accouchement. Pendant la grossesse, les visites de contrôle sont au nombre de 12 à 15 et comportent un certain nombre d'examen qui ont un double objectif : vérifier que tout est normal et détecter des pathologies à partir de critères explicitement définis. Pour cela, les sages-femmes utilisent la liste d'indications obstétricales (Verloskundige Indicatie List, VIL annexe 1) : ce document fait l'inventaire d'un certain nombre de maladies ou de troubles divers qui peuvent faire partie du passé médical et obstétrical de la femme enceinte, ou qui sont susceptibles de se déclarer lors de la présente grossesse, de l'accouchement ou du post-partum. Cette liste est le résultat d'un long processus qui a démarré en 1941, quand le gouvernement a décidé que seuls seraient remboursés par la sécurité sociale les soins dispensés par une sage-femme, à l'exception de deux cas : lorsqu'il n'y a pas de sage-femme à proximité ou lorsqu'il existe une raison médicale qui suppose une prise en charge par un médecin. On considère que l'efficacité du système obstétrical néerlandais est due en partie à l'institutionnalisation des procédures qui permettent d'effectuer la sélection entre physiologie et pathologie. Partage qui recoupe les divisions professionnelles puisque les sages-femmes sont censées s'occuper de la physiologie

alors que les obstétriciens se voient attribuer les grossesses et les accouchements pathologiques. Si une femme souffre d'un trouble classé A dans la VIL, comme par exemple un antécédent de forceps lors d'un précédent accouchement, une hernie discale antérieure à la grossesse, elle sera suivie par une sage-femme. Comme les femmes sans problème particulier, ces femmes peuvent choisir d'accoucher à domicile, à l'hôpital (polyclinique) ou encore dans une maison de naissance. Dans le cas des troubles classés B (problèmes cardiaques, anémie, troubles psychiatriques, antécédents de mort in utero ou périnatale, primipare de plus de 35 ans, multipare de plus de 40 ans) la sage-femme doit consulter un obstétricien ou envoyer sa cliente à une consultation obstétricale. Au vu des résultats de cette consultation, elle décidera soit de continuer à suivre cette patiente, soit de l'adresser à un spécialiste pour la suite de la grossesse et l'accouchement. Dans le cas où la femme est suivie par un spécialiste, elle ne peut plus choisir son lieu d'accouchement qui est nécessairement l'hôpital. Quant aux troubles classés C (antécédents de césarienne, diabète, grossesse multiple...), ils impliquent que la sage-femme confie obligatoirement sa patiente à l'obstétricien.

Il existe donc deux échelons de soins :

Ø les soins anténatals primaires pour les grossesses physiologiques qui sont assurés par les sages-femmes et les médecins généralistes dont le rôle principal est la supervision de la santé et la détection de la maladie

Ø les soins anténatals secondaires qui concernent les femmes aux complications médicales et obstétricales et qui sont réservés aux spécialistes qui prennent en charge la maladie.

Une femme à bas risque est supposée être en parfaite sécurité à domicile avec une sage-femme alors qu'une femme à risque élevé ne le sera que dans un hôpital, prise en charge par un obstétricien. Cette intrication est ce qui fait la force et la relative stabilité du système obstétrical néerlandais : c'est parce que la division entre normal et pathologique est inscrite dans la définition des professions, des lieux et des moyens et que l'ensemble du système offre des performances supérieures à celles qui sont observées dans les autres pays, que ce système semble perdurer malgré les tentatives de certains acteurs de le convertir au modèle dominant des pays dits développés.

III) Position des organismes internationaux face à l'accouchement à domicile :

En avril 1985, à la conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement de Fortaleza (Brésil), l'O.M.S. formula un certain nombre de recommandations autour de l'accouchement (annexe 2) : « *La communauté dans son ensemble devrait être informée des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux* ». « *Les éventuels systèmes parallèles de soins périnataux (que représentent par exemple les accoucheuses traditionnelles) doivent cohabiter avec le système officiel et leur collaboration doit être maintenue au bénéfice de la mère.* »

En 1988, le parlement européen demandait à ce que les instructions sanitaires encouragent et diffusent la connaissance des pratiques de l'accouchement à domicile, selon la « charte des droits de la parturiente » (texte adopté par le parlement européen doc. A2-38/88), vendredi 8 juillet 1988, annexe 3).

En 1990, l'OMS demandait au gouvernement de La Haye aux Pays-Bas de maintenir la position indépendante des sages-femmes.

Est ce qu'une demande d'accouchement à domicile existe vraiment en France ?

IV) La demande des femmes françaises [1, 4, 9, 10, 11]

En 1998, dans sa thèse de Médecine intitulée « l'accouchement à domicile a-t-il sa place dans le système obstétrical français ? », Anne Théau évoque le fait que 5 à 10% des femmes (soit 40000) pourraient être concernées par le choix du domicile comme lieu d'accouchement, ce qui est non négligeable. [1]

Une étude réalisée en 1999-2000 en région parisienne révèle que 52% de 106 femmes enceintes interrogées considèrent que l'accouchement à domicile devrait ou pourrait être proposé même si seulement 2% des femmes interrogées souhaitaient effectivement accoucher à domicile pour la grossesse en cours. [9]

La femme enceinte devrait avoir une meilleure information pour choisir les soins qu'elle désire (où accoucher ?, comment accoucher ?, avec qui accoucher ?). Nous n'avons pas trouvé d'études réalisées en France sur l'information des femmes enceintes mais une étude britannique concernant l'information données aux femmes à propos des différentes options possibles pour le lieu d'accouchement révèle en 2003 que :

Ø les femmes planifiant un accouchement à domicile sont bien informées des différentes options qui s'offrent à elles alors que

Ø la majorité de celles qui planifient un accouchement à l'hôpital sont moins informées de la possibilité d'accoucher à domicile

Ø les sages-femmes n'initient pas la discussion à propos de la possibilité d'un accouchement à domicile mais soutiennent celles qui savent déjà ou qui le demandent.[10]

Au delà de la question du lieu d'accouchement, la demande des femmes, rapportée dans le rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la qualité et la sécurité de la grossesse et de la naissance (1994) [4] , est dirigée vers une reconnaissance pleine et entière du statut de personne comme femme enceinte puis comme mère. Le sentiment de peur de l'expropriation de l'événement de la naissance par les professionnels est exprimé par ces femmes. Elles revendiquent une prise en charge globale, suivie et coordonnée dans la durée depuis le début de la grossesse jusqu'au retour à la maison et même à la reprise du travail. En particulier, elles souhaitent la présence à l'accouchement de la personne (qu'elles désirent unique) qui a suivi la grossesse. Elles sont dans la demande d'information globale (préparation globale à l'accouchement mais aussi à la grossesse, à la parentalité, à la puériculture...). Elles souhaitent « *la transformation de leur attitude passive de femmes ignorantes en une attitude active de participation consciente et ouverte à l'acte de grossesse et de naissance* ». Les femmes demandent qu'on reconnaisse et développe leurs compétences.

Les Etats généraux de la naissance du 6 juin 2003 [11] dressent le bilan suivant :
« *Pour les grossesses et les accouchements normaux, les grosses maternités ont du mal à sortir du modèle de la pathologie et à offrir des soins personnalisés correspondant aux attentes des parents qui se demandent comment ils vont pouvoir maintenir leur projet personnel face à ce type de fonctionnement normatif. Certains risques liés aux regroupements des naissances ne doivent pas être sous-estimés : multiplication anxieuse des intervenants, médicalisation accrue du fait de l'éloignement (demande de déclenchements de travail...).* »

De nombreux groupes d'usagers et de praticiens (associations pour une approche «citoyenne» de la naissance) se sont constitués pour promouvoir une autre qualité de la naissance. Il souhaitent défendre le libre choix autour de la naissance : chaque femme ou couple doit pouvoir choisir le mode d'accouchement (liberté de mouvement et choix des positions durant le travail), le lieu (maternité publique ou privée, domicile...), le praticien (hospitalier ou libéral), l'accueil du nouveau-né (environnement calme et respectueux sans séparation de la mère et de l'enfant).

Ainsi, lors des états généraux de la naissance, il est suggéré que le libre choix par les usagers du praticien (obstétriciens ou sages-femmes) et du secteur d'exercice (libéral ou hospitalier) doit être respecté (selon la loi du 4mars 2002). Il ne saurait être question d'un système unique d'accompagnement des femmes enceintes et des accouchements. La possibilité de prise en charge des grossesses et des accouchements par les sages-femmes dans le secteur libéral doit être effective.

Les acteurs de ces états généraux soulignent le fait que « *l'organisation de l'accouchement à domicile doit faire l'objet d'une réflexion spécifique concernant les conditions de sécurité, de possible recours à une équipe médicale, les conditions juridiques et d'assurance professionnelle nécessaires à sa réalisation dans les meilleures conditions de sérénité.* » Plus de temps doit être consacré à la communication et à l'information de la part des professionnels et il faut favoriser la responsabilisation des parents qui souhaitent pouvoir faire des choix et décider avec ceux qui les accompagnent. [11]

Depuis les années 1970, des courants humanistes portés par des obstétriciens comme Michel Odent, Serge Bizieau ... apparaissent. Ils veulent défendre le respect de la physiologie, de la volonté de la femme en tant que personne responsable de son accouchement, les premiers instants de l'enfant pour un accueil dans le calme, le droit à l'intimité, au respect de la femme, du couple et de l'enfant.

Le plan périnatalité 2005-2007 veut favoriser plus d'humanité dans l'accompagnement des couples, devant le besoin réel d'écoute et d'information qu'ils manifestent.

Ainsi, pour répondre au mieux aux attentes formulées par les femmes, certaines sages-femmes libérales proposent un accompagnement global de la maternité (A.G.M.) que nous allons maintenant définir ci après. En 1983, Marie Françoise Olive crée l'Association

Nationale des Sages-Femmes Libérales (A.N.S.F.L) qui a pour but, entre autres, d'unifier les praticiens et praticiennes sages-femmes libéraux qui travaillent dans l'esprit de l'accompagnement global.

V) Qu'est ce que l'accompagnement global de la maternité (A.G.M.) réalisé par les sages-femmes libérales ? [12-17]

1) Les principes de l'A.G.M.

C'est une notion donnée et défendue par l' A.N.S.F.L. pour préciser la pratique de ses adhérentes depuis 1983.

« Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance de l'enfant, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnatals de la mère et de l'enfant ; ceci dans la limite de ses compétences médicales. Cohérence, continuité s'allient avec respect de la mère, du père et de l'enfant ». [13]

Le terme d'ACCOMPAGNEMENT contraste avec celui de prise en charge qui sous-entend que ce sont les professionnels qui agissent, qui ont entre leurs mains le corps de la patiente. Ici, la femme est actrice de sa grossesse et son accouchement, elle est au cœur du système de soins ; les professionnels vont la seconder. L'actrice principale est l'accompagnée, non pas l'accompagnateur. Pour que l'on puisse parler d'accompagnement, il faut que la personne accompagnée soit en mesure de décider elle-même du chemin à emprunter sinon elle n'est pas accompagnée mais guidée. Elle doit donc disposer d'un plan d'orientation, c'est à dire d'un ensemble d'informations qui lui permettent de prendre des décisions en toute connaissance de cause et de manière responsable (ce qui ne veut pas dire de manière solitaire). Les patientes étant toutes différentes, ayant des souhaits et des besoins différents, il faut savoir personnaliser son accompagnement, savoir s'adapter à chaque cas. La réalisation d'un véritable accompagnement, outre de valoriser la circulation de l'information, présuppose d'accorder un statut plus élevé aux femmes enceintes et aux parturientes dans le partage des connaissances, de reconnaître que la plupart d'entre elles sont tout à fait en mesure d'assimiler des connaissances complexes, dans la mesure où elles sont bien transmises ; et de reconnaître qu'elles possèdent des connaissances dont les professionnels sont dépourvus à savoir la

connaissance intime de leur corps, leur expérience vécue. Ce savoir est plutôt dévalorisé dans nos sociétés, si bien que beaucoup de femmes ont le sentiment qu'elles sont incapables d'accoucher sans le secours de la médecine alors même qu'elles se sentent dépossédées de leur expérience. [16, 17]

Le terme GLOBAL s'oppose à partiel, incomplet, insuffisant, lacunaire. Il revêt plusieurs sens : il sous-entend une continuité chronologique, la présence d'une même sage femme pour la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum. Il peut également être compris comme évoquant la multiplicité des facettes de l'évènement de la naissance. La grossesse et l'accouchement ne relevant pas seulement du médical, mais représentant un évènement émotionnel, affectif, social, symbolique, économique et juridique aussi, leur « accompagnement » ne devrait pas se réduire à une surveillance médicale, mais à une offre de services plus vaste, une offre « médico-psycho-socio-pédagogique », comprenant des informations médicales mais aussi un soutien psychologique, une assistance sociale en cas de besoin... La sage femme doit donc prendre en compte tous ces aspects.

Cette notion d'A.G.M. permet d'affirmer l'autonomie de la profession de sage-femme, puisqu'elle offre la « globalité » du service, à la fois dans ses aspects médicaux, ou instrumentaux, ou techniques, et dans ses aspects relationnels, ou expressifs. [16,17]

Dans ce type d'accompagnement, les sages femmes s'adressent à une personne – pas une patiente anonyme, surtout pas à un utérus – avec qui s'établit un contact humain complexe non strictement médical.

Le suivi prend en compte le vécu de la patiente et du couple au cours de la grossesse et de l'accouchement en aménageant un espace de parole et de réflexion autour des préoccupations que cette étape physiologique de la vie d'une femme mobilise, tant au niveau psychique que physique. Chacun, le couple comme le praticien, est acteur et responsable au cours de ce suivi. Le praticien prend en compte l'histoire personnelle du couple et de la patiente afin de favoriser le déroulement physiologique de la maternité et de prévenir les risques.

La particularité de l'intervenant unique permet l'instauration d'une relation de confiance réciproque. C'est un suivi médical qui prend en compte la globalité de l'individu : le plan organique, psychique et socioculturel, en cela il se rapproche sans doute d'une médecine psychosomatique globale défendue par Hippocrate en son temps et par Claude-Émile Tourné, gynécologue obstétricien exerçant à Perpignan. Ce dernier précise cette démarche : « *il n'est pas question, sous prétexte qu'on aborde la grossesse sous un angle psychosomatique global,*

de perdre de vue aujourd'hui des moyens de diagnostic et de traitements extrêmement élaborés et remarquablement efficaces [...] il faut faire en sorte que la mère se sente le mieux possible dans le processus de grossesse [...] si la pathologie apparaît, on mettra en route le traitement qui sera aussi complexe que nécessaire, médicamenteux s'il le faut, et éventuellement médicamenteux lourd » [15].

2) Le suivi médical au cours de l'A.G.M. [3, 12]

Le suivi médical de la grossesse respecte les dispositions réglementaires appliquées également en maternité (7 consultations obligatoires...). Il s'organise autour d'un partenariat cohérent et nécessaire pour assurer la sécurité médicale des couples et de l'enfant à venir. Ainsi, la sage-femme est en lien avec les gynécologues obstétriciens à qui elle peut adresser ses patientes en cas de nécessité ou si le couple le souhaite. Ses autres partenaires sont l'anesthésiste réanimateur, l'échographiste, le biologiste, le pédiatre, les autres sages-femmes...

Quelles sont officiellement les attributions de la sage-femme ? L'article L4151-1 du code de Santé Publique [3] en donne l'illustration :

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant [...] »

Avant la naissance :

La sage-femme réalise le diagnostic de grossesse, la déclaration de grossesse, les consultations prénatales, prescrit et effectue les examens nécessaires à la surveillance de la grossesse normale (article L4151-4 du code de la santé publique [3]), détecte les facteurs de risque de complications gravidiques, diagnostique les pathologies gravidiques, oriente alors le couple vers les gynécologues obstétriciens et les autres spécialistes, conseille en matière d'hygiène alimentaire, d'éducation sanitaire, assure la préparation à la naissance et à l'accueil de l'enfant. Le père est inclus aux différents temps de la grossesse. La préparation à la naissance permet un travail de réflexion, d'élaboration du rôle de parents, une prise de conscience de la présence de l'enfant

A la naissance :

La sage-femme accompagne le couple et la patiente pendant le déroulement du travail, dans la continuité de la préparation à la naissance effectuée au cours de la grossesse, en favorisant la physiologie du travail et de l'accouchement. Le travail est surveillé par les moyens cliniques et techniques en vigueur. Elle « pratique » l'accouchement normal, accueille l'enfant avec les parents, assure la surveillance et réalise les soins immédiats au nouveau-né. En cas d'accouchement dystocique, elle doit faire appeler un médecin.

Après la naissance :

La sage-femme assure la surveillance et les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Elle a un rôle de soutien et de conseil à l'allaitement, aux soins maternels à l'enfant, répond aux préoccupations familiales. Elle prescrit la contraception du post-partum, réalise la visite postnatale (si la grossesse et l'accouchement ont été physiologiques) et la rééducation périnéo-abdominale du post-partum [3]. En cas de suites de couches pathologiques, elle doit faire appeler un médecin. Elle a un rôle majeur d'éducation à la santé auprès des femmes.

La première consultation prénatale va être l'occasion pour le couple et la sage femme de faire connaissance, de préciser les attentes du couple et les objectifs de chacun. La sage-femme réalisera le suivi de la grossesse en organisant sa surveillance autour des consultations prénatales, véritable moyen d'échange, de partage et de paroles au cours desquelles le couple est invité à exprimer librement ce qu'il vit, ce qu'il ressent. La préparation à la naissance va être l'occasion de préparer la venue de l'enfant dans une prise de conscience globale de l'événement. Les souhaits, les attentes du couple sont envisagés et les futurs parents sont invités à définir leur place dans cet événement.

Le dialogue qui s'installe entre le couple et le praticien va permettre aux futurs parents de s'approprier une confiance en leurs capacités parentales.

L'accouchement est donc préparé et peut se faire en plateau technique ou au domicile des parents. Nous nous intéresserons ici aux accouchements à domicile.

Les conditions d'exercice des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global des naissances restent très difficiles. En effet, l'accès des plateaux techniques est loin d'être facilité aux sages-femmes libérales que ce soit dans le secteur public ou privé, même s'il n'y a pas d'obstacle réglementaire. Normalement, l'accès aux plateaux techniques est possible dans les Centres hospitaliers Généraux (C.H.G) selon l'article L6146-10 du code de santé publique

et « les femmes enceintes [...] peuvent faire appel aux sages femmes de leur choix autres que celles exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement ». [17]

Ainsi, pour beaucoup de sages-femmes, la seule possibilité de proposer un A.G.M. est d'effectuer des accouchements à domicile.

3) l'accouchement à domicile et sa charte

Certaines femmes émettent le souhait d'accoucher à domicile. Quelques sages-femmes réalisant l'A.G.M. effectuent ces accouchements sous certaines conditions. L'A.N.S.F.L. a entrepris depuis 1997 d'évaluer la pratique des accouchements réalisés par des sages-femmes, sous leur entière responsabilité (accouchements à domicile et en plateaux techniques). L'association a donc rejoint un réseau national d'évaluation (AUDIPOG). La mise en œuvre de cette évaluation a abouti à l'élaboration en 2001 d'une charte qui donne un cadre et une garantie de qualité de soins pour les accouchements à domicile.

Ainsi, voici les recommandations pratiques énoncées par l'A.N.S.F.L. pour assurer la sécurité des accouchements à domicile.

CHARTRE de l'ACCOUCHEMENT à DOMICILE

Une naissance est un événement normal et sain

Chaque femme vit la normalité de sa grossesse et de son accouchement de façon unique.

L'accouchement à domicile (AD) fait partie du système de soins primaires et les professionnels qui le pratiquent font partie d'un réseau visible et reconnu.

Afin de donner aux usagers la garantie d'une sécurité optimisée, l'A.N.S.F.L. propose un référentiel de bonnes pratiques. 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 son 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 A.N.S.F.L. enrichie des éléments spécifiques à chaque sage-femme*)

III – ACCOMPAGNEMENT GLOBAL :

L'accouchement et le suivi post-natal doivent être pratiqués par la ou les sages-femmes ayant effectué le suivi de la grossesse (ou leur remplaçante désignée).

IV – La préparation à la naissance doit tenir compte du climat relationnel et affectif qui entoure les futurs parents et envisage les aspects matériels de l'AD. 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 s'envisager 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 ETRE PHYSIOLOGIQUES et ne pas présenter de risque majoré de complication (siège – gémellaire).

- L'accouchement doit avoir lieu entre 37et 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 compétences, ainsi que les savoirs 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 couches, 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, d'une stimulation des contractions 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 ETRE PREPARE :

- En sachant vers quelle maternité ce transfert aura lieu et si possible en ayant informé la maternité de cette éventualité (consultation dans la structure du transfert éventuel, pour présentation du dossier médical et du projet d'accouchement à domicile)
- 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.

L'ANSFL souhaite mettre en place un compagnonnage composé de sages-femmes référentes, adhérentes à cette charte dont le but serait d'apporter aide et soutien aux sages-femmes isolées, en donnant un éclairage neutre aux situations qui les préoccupent. Ce compagnonnage, est un service téléphonique 24h/24, auquel chaque sage-femme peut s'abonner. (Ce compagnonnage n'est, à l'heure actuelle pas encore mis en place mais c'est toujours un projet de l'A.N.S.F.L.).

Pour donner un aperçu pratique de l'AD voici une liste du matériel minimal qui semble nécessaire à la pratique de l'accouchement à domicile (cette liste n'est donc pas exhaustive).

- boîte d'accouchement contenant 2 pinces Kocher et une paire de ciseaux

- boîte d'instruments de suture : pince, porte aiguille, ciseaux, fils à sutures
- anesthésique local
- gants et doigtiers stériles
- tubes à prélèvements à demander au laboratoire avec lequel la sage-femme travaille.
- Sonde vésicale
- Matériel à aspiration de mucosités pour le nouveau-né (usage unique, avec réservoir incorporé pour analyse)
- Oxygène avec masque nouveau-né et adulte
- Pèse-bébé
- Matériel pour poser un abord veineux en cas de nécessité : tubulure, cathéter, adhésif, solutés intraveineux.
- Syntocinon (à n'utiliser qu'après évacuation de la cavité utérine)

Il est optimal d'avoir l'équivalent en réserve pour pouvoir faire face à 2 accouchements successifs sans stress.

La sage-femme doit s'assurer de l'existence d'un confort minimal au domicile des parents (chauffage suffisant pour la pièce de naissance, conditions d'hygiène suffisantes...)

4) Problème de l'assurance responsabilité civile

C'est en mars 2002, qu'une loi impose à chaque professionnel de santé de souscrire une assurance responsabilité civile ayant pour objectif d'apporter une garantie aux victimes des accidents médicaux, de pouvoir indemniser ceux-ci . Les sages-femmes libérales, conscientes de leurs responsabilités souscrivent une assurance responsabilité civile conformément à la loi. Cependant les assureurs ont décidé de supprimer la garantie sur certains actes qu'elles réalisent, notamment ils refusent d'intégrer le « risque » accouchement à domicile. Ainsi, les parents qui demandent ce « service » doivent savoir, qu'en cas de problème, leur recours envers la sage-femme sera limité à la hauteur des biens personnels de celle-ci. Face à cette situation, c'est aux parents et à la sage-femme de décider de ce qui est acceptable en matière de risque et de responsabilité.

Dans la charte rédigée par l'A.N.S.F.L., il est évoqué l'idée que la pratique de la sage-femme est fondée sur des preuves. S'il faut impliquer les femmes dans la prise de décision au sujet des soins devant lui être prodigués, il faut aussi être en mesure de lui fournir des

informations afin qu'elle prenne une décision éclairée. Quels sont les éléments de preuves susceptibles d'étayer la question de la sécurité relative des différents lieux d'accouchement ?

VI- Etudes étrangères sur l'accouchement à domicile

La question de la sécurité comparée entre l'accouchement à l'hôpital et l'accouchement à domicile est loin d'être résolue. La recherche d'informations sur la sécurité des accouchements à domicile est encore compliquée par le fait que de nombreuses études incluent les cas d'accouchements non planifiés et inattendus dans la catégorie des accouchements en dehors d'un établissement hospitalier. Les issues de tels accouchements sont généralement assez défavorables et leur prise en compte fausse les résultats. Une étude récente illustre les mauvais résultats émanant de naissances non planifiées, inattendues, lors d'accouchements intervenus en dehors des établissements hospitaliers. Cette étude rétrospective de suivi sur la mortalité périnatale réalisée au Royaume-Uni a porté sur 558 691 nouveaux-nés enregistrés dans une région sanitaire du nord de l'Angleterre entre 1981 et 1994 (Groupe de coordination, Northern Region Perinatal Mortality Survey, 1996 [19]). Le taux global de mortalité périnatale pour les accouchements intervenus en dehors des établissements hospitaliers était quatre fois supérieur à la moyenne pour la population dans son ensemble (soit : 38,7 décès contre 9,7 sur 1000 naissances). Néanmoins, sur les 134 décès périnataux enregistrés, seuls trois sont intervenus chez des femmes dont l'accouchement à domicile avait été planifié. Les autres sont intervenus pour des accouchements initialement prévus à l'hôpital (64 sur 134), ou pour des accouchements dont le lieu n'avait pas du tout été planifié (67 sur 134). Le meilleur moyen de procéder à une étude comparative sur la sécurité relative des accouchements à domicile et à l'hôpital serait d'effectuer des essais randomisés. Cependant comme le font remarquer Wieggers et al., 1996 [20], le choix lui-même (celui des femmes entre l'accouchement à domicile ou à l'hôpital) peut influencer sur les niveaux d'anxiété et d'appréhension ainsi que, par conséquent, sur le résultat du soin en maternité. L'élimination du choix (nécessaire dans une étude randomisée) pourrait avoir un impact majeur sur le résultat périnatal dans la mesure où elle induirait un sentiment d'anxiété et d'insécurité chez les femmes qui devraient donner naissance d'une autre manière que celle qu'elles préfèrent. Dans des domaines où le choix du patient a un effet important sur le résultat, les comparaisons au hasard donneraient des estimations non fiables d'éventuelles différences.

A l'heure actuelle, il faut donc se baser sur des résultats d'études autres que des essais randomisés pour évaluer le niveau de sécurité et les avantages relatifs aux différents lieux d'accouchement. De récentes études indiquent que, pour des femmes à risque faible, les accouchements planifiés à domicile ne sont pas moins sûrs que ceux prévus en hôpital.

Olsen (1997) a comparé les résultats d'accouchements planifiés à domicile (dans le cadre d'un système hospitalier moderne) avec ceux des accouchements prévus à l'hôpital, sur une population de femmes présentant des grossesses à faible risque. Il a procédé à une méta-analyse de six études d'observation contrôlées qui intégraient les résultats périnataux de 24092 grossesses sélectionnées et essentiellement à faible risque. Les résultats ont été analysés dans le but de faire la lumière tant sur la mortalité que sur la morbidité périnatale. Les variations de confusion étaient d'autre part contrôlées au moyen de restriction et de correspondances, ou lors de l'analyse statistique. L'analyse d'Olsen n'a pas montré de différence significative en ce qui concerne la mortalité périnatale et maternelle dans les deux groupes. [21]

L'étude prospective des cohortes, réalisé par Wiegers et al. (1996) a porté sur des femmes présentant une grossesse à faible risque et résidant dans la province de Gelderland, aux Pays-Bas afin d'étudier la relation entre le lieu d'accouchement anticipé (domicile ou hôpital) et la situation périnatale chez ces femmes après contrôle de la parité et du contexte social, médical et obstétrical. Sur le nombre des femmes étudiées, 1140 avaient opté pour un accouchement à domicile, contre 696 en hôpital. [20]

Chamberlain et al. (1997) avaient pour objectif de répertorier les données relatives à des accouchements planifiés à domicile, auprès de sages-femmes et de mères ayant donné naissance en Angleterre au cours de l'année 1994. Il s'agissait d'une étude prospective sur toutes les femmes ayant planifié un accouchement à domicile après 37 SA, quel que soit l'endroit où l'accouchement s'était finalement déroulé. Ces femmes ayant planifié un accouchement à domicile (7571) ont été comparées à des femmes présentant des caractéristiques similaires de résidence, d'âge, de parité et d'antécédents obstétricaux qui, à 37 SA, avaient prévu d'accoucher à l'hôpital (1600). Au total, cette étude couvre plus de 60% des accouchements à domicile pour l'année 1994. [22]

L'étude Ackerman et al. (1996) [23] constituait, elle aussi, une étude prospective de suivi des cohortes comparant les deux options (489 contre 385). Cette étude s'est déroulée en Suisse.

Aucune des ces études n'a révélé d'augmentation dans le taux de décès périnataux au niveau des accouchements planifiés à domicile et rien n'indique que cette option serait moins

sécuritaire que les accouchements à l'hôpital pour les femmes à risque faible, notamment lorsque l'accouchement à domicile peut recourir à un système hospitalier moderne.

En outre, il apparaît qu'un certain nombre de bénéfiques viennent conforter le choix d'un accouchement à domicile. Les taux d'interventions étaient nettement moins élevés, cependant que les faibles indices d'Apgar se sont avérés bien moins nombreux dans les groupes d'accouchements à domicile que dans les groupes témoins (Ackerman et al., 1996 [23] ; Olsen, 1997 [21] ; Wieggers et al. 1996 [20]). Le taux d'intervention était légèrement supérieur dans les accouchements planifiés à domicile qui se sont finalement déroulés à l'hôpital que dans les groupes témoins correspondant. Toutefois, ces cas témoins présentent eux-mêmes un taux d'interventions inférieur à la moyenne (Chamberlain et al., 1997 [22]).

Ces études doivent être interprétées avec prudence. En général, les femmes optant pour un accouchement à domicile ont un bon niveau d'instruction et sont en bonne santé, deux facteurs déterminants susceptibles d'influencer les résultats de ces études. Il ne faut pas non plus généraliser les résultats d'études menées sur une population, en particulier celles qui se sont déroulées dans des pays ou communautés dont les processus d'évaluation des risques et de gestion des accouchements à domicile peuvent varier. D'un autre côté, il est important de rappeler que l'hôpital peut introduire, dans le déroulement des soins, des facteurs susceptibles de constituer des risques. Comme Campbell et Mc Farlane (1996) le soulignent, le risque iatrogène associé aux accouchements en hôpital existe. [24]

Et comme le suggère Olsen (1997), « on ne peut affirmer que les naissances à l'hôpital sont sans danger pour tous les bébés. On ne peut pas non plus affirmer que les naissances à domicile sont sans danger pour tous les bébés. » [25]

Dans le but d'approfondir le sujet, nous nous proposons de travailler en analysant les pratiques de l'accouchement à domicile en France et en examinant les facteurs qui ont influencé les femmes à choisir l'accompagnement global avec accouchement à domicile avant de nous intéresser au niveau de satisfaction de ces femmes.

Chapitre 2 :
Méthodologie

I- Hypothèses

Mes hypothèses sont :

1°-L'accompagnement global permet un suivi optimal de la patiente car personnalisé, assurant un réel soutien du couple dans la période de la maternité, car :

- les parents et leur enfant sont placés au centre du système en tant que sujets et non objets de l'accompagnement et des soins.
- ce suivi répond aux attentes des femmes et permet le respect de l'intimité et de l'unité familiale

2°- L'accouchement à domicile n'augmente pas les risques maternels et périnatals si des critères de sélection des patientes précis et validés sont appliqués.

II- Objectifs

Mes objectifs sont :

- établir le profil des patientes en demande d'un accompagnement global avec accouchement à domicile (âge, parité, profil socioculturel, habitudes de vie...)
- évaluer la qualité du suivi prénatal (nombre de visites, d'échographies, taux de préparation à la naissance) et postnatal
- évaluer les résultats maternels et périnatals (en terme de mortalité et morbidité maternelle et périnatale) au sein d'une cohorte de femmes ayant accouché a domicile entre 1997 et 2001
- Identifier les taux de transfert vers l'hôpital pendant le travail, le post-partum et leurs causes
- Repérer les motivations des femmes à choisir l'accompagnement global et en particulier l'accouchement à domicile
- Recueillir leur vécu et leur niveau de satisfaction concernant l'accompagnement reçu pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de couches.

III -Matériel et méthodes

1 – Etude descriptive

a) Recueil des données

Depuis 1997, l'A.N.S.F.L. constitue une base de données pour procéder à l'évaluation des pratiques professionnelles de ses adhérentes. Les sages-femmes libérales volontaires, pratiquant l'A.G.M. remplissent, en prospectif, une fiche créée par l'ANSFL sur le modèle des dossiers AUDIPOG et comportant des renseignements sur les antécédents de la patiente, le suivi de la grossesse, du travail, de l'accouchement et des suites de couches (cf annexe 4) pour chaque grossesse qu'elles accompagnent.

Cette étude prospective a débuté en janvier 1997 incluant toute femme bénéficiant d'un A.G.M. et choisissant d'accoucher soit à domicile soit en plateau technique avec la sage-femme qui la suit. L'étude inclut des femmes accompagnées par des sages-femmes de 26 départements français, soit 15 régions.

Au début de chaque année, les sages-femmes concernées transmettent à l'A.N.S.F.L. l'ensemble des fiches qu'elles ont remplies pour l'année précédente pour que l'association centralise et informatise les données.

L'association a donc mis à notre disposition les données informatisées de cinq années (1997 à 2001).

b) Population étudiée

L'étude prospective a inclus 2243 femmes ayant accouché entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31 décembre 2001.

Critères d'inclusion pour la population d'étude

Ø toute femme ayant accouché à domicile (n=1001)

Ø toute femme ayant commencé le travail à domicile et ayant accouché en structure médicale après transfert en cours de travail (n=112)

Les dossiers inclus dans cette étude répondent à la charte de l'accouchement à domicile établie par l'A.N.S.F.L. (elle a été rédigée en 2001 mais depuis 1997 l'association avait défini tacitement les principes qu'elle énonce), dans le but de sélectionner les femmes à bas risque

médical et psychosocial et d'accompagner les parents s'engageant de manière responsable dans le projet d'accouchement à domicile.

Les femmes devaient donc avoir les caractéristiques suivantes :

- Ø femme en bonne santé
- Ø grossesse normale (c'est à dire sans pathologie telle que hypertension, diabète, toxémie etc....)
- Ø accouchement entre 37et 42 SA
- Ø circonstances de la naissance physiologiques sans risque majoré de complication (siège – gémellaire)

Critères d'exclusion de la population d'étude

- Ø Patientes pour lesquelles le lieu d'accouchement n'était pas connu (femmes perdues de vues au cours de la grossesse ; femmes présentant une pathologie en cours de grossesse, ayant été adressée à un autre professionnel et n'ayant pas donné de nouvelles à la sage-femme après l'accouchement....)
- Ø Patientes pour lesquelles un accouchement en plateau technique était prévu.
- Ø Nous avons donc inclus 1113 femmes sur cinq années de 22 départements français.

Année	Nombre de dossiers	%
1997	230	20,7
1998	234	21,0
1999	226	20,3
2000	161	14,5
2001	262	23,5
Total	1113	100

Région	Nombre de dossiers	%
Nord-ouest	171	15,4
Nord-est	1	0,1
Sud ouest	216	19,4
Sud-est	588	52,8
Centre	77	6,9
Ile-de-France	60	5,4
Total	1113	100,0

c) Variables étudiées

Nous avons choisi de réaliser une étude descriptive en étudiant :

- Ø les données sociodémographiques maternelles (âge, situation familiale, origine géographique, niveau d'études, profession pendant la grossesse)
- Ø les antécédents maternels (médicaux, gynécologiques, obstétricaux)

∅ la surveillance de la grossesse (âge gestationnel (AG) à la première consultation, nombre de consultations prénatales, nombre d'échographies*, préparation à la naissance*)

∅ la surveillance du travail (position pendant le travail* et l'accouchement*, surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF)*, anesthésie, durée de 5cm à dilatation complète , transferts en cours de travail et cause)

∅ l'accouchement et la délivrance (présentation, voie d'accouchement, interventions voie basse, état du périnée*, mode de délivrance*, hémorragie*, transferts après l'accouchement*)

∅ l'état de l'enfant à la naissance et dans les jours suivants (APGAR, réanimation, poids, malformation, transfert immédiat ou différé, décès)

∅ les suites de couches maternelles (complications, surveillance à domicile*, nombre de visites de la sage-femme*)

∅ l'allaitement maternel* (dans la première semaine, le premier mois et au delà, difficultés rencontrées)

Certains items (*) ne sont apparus dans le fiche ANSFL-AUDIPOG qu'en 1999, l'analyse de ces variables ne porte que sur les dossiers de 1999 à 2001 (n=649)

La base de données informatique ne comprenait pas de variable « cause des transferts per-partum », alors que cet item figure dans la fiche ANSFL-AUDIPOG remplie par les sages-femmes libérales. Nous avons donc recherché tous les dossiers pour lesquels était signalé un transfert de la patiente en cours travail afin de retrouver les causes de transfert et nous avons créée la variable. Nous n'avons pas pu avoir accès aux archives manuscrites de 1997.

d) Analyse statistique

Le logiciel STATA a été utilisé pour l'analyse des données.

e) Biais de l'étude

L'exhaustivité du recueil de données n'a pas été vérifié. Ainsi, certaines sages-femmes de l'étude peuvent avoir oublié involontairement ou volontairement certains dossiers.

2- Enquête d'opinion

a) Le recueil des données

Au mois de décembre 2004, un questionnaire (annexe 5) accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe timbrée (afin d'en faciliter le retour) a été envoyé au domicile de 34 patientes ayant accouché à domicile dans le département de l'Ardèche pendant l'année 2004 (ou ayant été transférées en structure médicale au cours du travail débuté à domicile). Les adresses des patientes nous ont été fournies par un cabinet de sages-femmes libérales de VALS LES BAINS (07), pratiquant l'A.G.M.. Ces sages-femmes font partie de l'A.N.S.F.L., respectent la charte établie de l'accouchement à domicile et participent à l'évaluation de leur pratique en remplissant les fiches ANSFL-AUDIPOG pour chaque grossesse et accouchement accompagné.

b) Les variables étudiées

Le questionnaire était anonyme et construit avec 20 questions : 4 questions ouvertes et 16 questions fermées.

Nous avons interrogé les femmes sur :

- Ø leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, situation familiale, origine géographique, niveau d'études, profession)
- Ø leur parité et les lieux où elles avaient précédemment accouché
- Ø la façon dont elle ont rencontré la sage femme qui a accompagné la grossesse et l'accouchement
- Ø leur motivation à choisir l'A.G.M. et en particulier l'accouchement à domicile
- Ø le moment auquel s'est fait le choix du lieu d'accouchement
- Ø leur vécu de l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement à domicile
- Ø leur niveau de satisfaction quant à la préparation à l'accouchement à domicile, à l'accompagnement du travail, au suivi dans le post-partum.

c) La qualité des questionnaires

Nous avons obtenu 28 retours sur 34, soit 83,4% de réponses.

Les questionnaires ont été bien accueillis et bien remplis. Les réponses des femmes aux questions ouvertes étaient le plus souvent très développées. Beaucoup de femmes ont ajouté en annexe à la fin du questionnaire qu'elles étaient heureuses de pouvoir faire partager cette

expérience, de s'exprimer à propos de ce sujet qui leur tient à cœur, voire pour certaines de se justifier par rapport à cette situation marginale.

d) L'analyse des données

Pour les questions ouvertes, l'exploitation des réponses a été effectuée en comptabilisant les mots et expressions les plus fréquemment citées par les patientes interrogées. Le calcul des pourcentages et leur présentation sous forme de graphiques ont été effectués en utilisant le logiciel EXCEL.

e) Les limites de l'étude

Ce sont les sages-femmes libérales du cabinet de Vals-les-bains qui ont sélectionné les patientes auxquelles ont été envoyés les questionnaires, elles peuvent avoir volontairement choisi des patientes pour lesquelles tout s'est bien passé.

Nous n'avons interrogées des patientes ne résidant que dans un seul des départements français, ce qui ne correspond pas à un échantillon représentatif de la population française.

Chapitre 3 :

Présentation des résultats

I) ETUDE DESCRIPTIVE

1) Description de la population

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques maternelles

	n	%
Age de la mère		
< 20 ans	9	0,8
20 - 24 ans	94	8,6
25 - 29 ans	256	23,3
30 - 34 ans	387	35,2
35 - 39 ans	271	24,7
> ou = 40 ans	81	7,4
	(1098)	
Situation de famille		
célibataire	39	3,5
vit en couple	586	52,9
mariée	479	43,3
autre	3	0,3
	(1107)	
Origine géographique		
France métropolitaine	942	86,4
Europe du nord	99	9,1
Europe du sud	10	0,9
Afrique du nord	11	1,0
Afrique	1	0,1
DOM TOM	3	0,3
Asie	5	0,5
Asie mineure	0	0,0
Autre	19	1,7
	(1090)	
Niveau d'études		
néant	2	0,2
primaire	27	2,5
collège	317	29,6
technique	148	13,8
supérieur	578	53,9
	(1072)	
Profession pendant la grossesse		
non	527	48,2
oui	541	49,4
chômage	26	2,4
	(1094)	

Le tableau 1, présente les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant accouché à domicile.

Toutes les tranches d'âge sont représentées avec une majorité de femmes entre 25 et 34 ans (58,5%). **La moyenne d'âge est de 31,8 ans** avec pour âges extrêmes 17 et 47 ans.

96,2% des femmes vivent avec le père de l'enfant (43,3% sont mariées et 52,9% vivent en concubinage).

Tous les continents sont représentés dans la population d'étude mais **86,7% des femmes sont d'origine française.**

La majorité des femmes (**53,9%**) a un niveau d'étude supérieur au baccalauréat.

48,2% des femmes ont exercé leur profession pendant la grossesse.

2) Antécédents maternels

Tableau 2 : Comportement vis-à-vis du tabac

	n	%
Tabac pendant la grossesse		
Néant	936	86,3
< 10 cigarettes	124	11,4
> 10 cigarettes	25	2,3
	(1085)	

Pendant la grossesse, **86,3% des patientes ne fument pas.**

Le tableau 3 présente les antécédents obstétricaux maternels

70,6% des femmes sont **multipares** et **29,4%** ont **accouché pour la première fois.**

3,2% des femmes de la population étudiée ont donné naissance à un enfant prématuré, ou hypotrophique ou mort-né ou décédé dans la période néonatale.

0,4% des femmes ont subi une interruption médicale de grossesse (IMG) pour une précédente grossesse.

Tableau 3 : Antécédents maternels

	n	%
Parité		
0	322	29,4
1	349	31,9
2	249	22,8
3	109	10,0
= 4	65	5,9
	(1094)	
Antécédents néonataux		
<u>accouchement prématuré</u>		
non	1092	98,3
oui	19	1,7
	(1111)	
<u>enfant hypotrophique</u>		
non	1099	98,9
oui	12	1,1
	(1111)	
<u>mort-né</u>		
non	1106	99,6
oui	5	0,4
	(1111)	
<u>mort néonatale</u>		
non	1105	99,5
oui	6	0,5
	(1111)	
<u>IMG</u>		
non	1098	99,6
oui	4	0,4
	(1102)	
<u>acc préma, hypotrophe, mort-né ou mort néonatale</u>		
non	1077	96,8
oui	36	3,2
	(1113)	

3) Surveillance prénatale

Les tableaux 4 et 5 présentent les modalités de surveillance de la grossesse pour la population étudiée

La majorité (**57,5%**) des femmes consulte la sage-femme pratiquant l'accompagnement global au **deuxième trimestre de la grossesse**.

21,9% des femmes ne prennent contact avec la sage-femme qu'au troisième trimestre.

61,8% des femmes bénéficient de **6 consultations ou plus** avec la sage-femme.

37,5% des femmes ont **moins de 3 échographies** pendant la grossesse .

2,6% des femmes ont été hospitalisées pendant la grossesse.

Tableau 4 : Surveillance de la grossesse

	n	%
Age gestationnel 1°Cs SF		
< 14 SA	224	20,6
14 - 27 SA	624	57,5
> 27 SA	238	21,9
	(1086)	
Nombre de Cs prénatales SF		
1 à 3	147	13,7
4 à 6	451	42,0
7	193	18,0
8	116	10,8
9	68	6,3
= 10	100	9,2
	(1075)	
Nombre d'échographies*		
0	21	3,2
1	73	11,3
2	149	23,0
3	280	43,1
= 4	81	12,5
Inconnu	45	6,9
	(649)	
moyenne (m ± s)	2,6 ± 0,1	
Hospitalisation		
Non	1069	97,4
Oui	28	2,6
	(1097)	
Préparation à la naissance*		
Non	79	12,5
Oui	553	87,5
	(632)	
* échantillon réduit		

87,5% des patientes ont suivi une préparation à la naissance, avec une différence significative entre les primipares (96,6%) et les multipares (83,8%).

La préparation commence dès le premier trimestre de grossesse pour 3,8% des femmes.

36,3% des femmes entreprennent la préparation à la naissance au deuxième trimestre de grossesse.

Dans 95,2% des cas, la sage-femme pratiquant l'accouchement assure les cours de préparation (totalement pour 82,7% et en partie pour 12,5% des femmes). Seulement 4,8% des femmes

ont effectué la préparation à la naissance avec une sage-femme différente de celle accompagnant la grossesse et l'accouchement.

Tableau 5 : Préparation à la naissance

	n	%
Préparation à la naissance*		
<u>Primipares</u>		
oui	169	96,6
non	6	3,4
	(175)	
<u>Multipares</u>		
oui	368	83,8
non	71	16,2
	(439)	
AG au début de la préparation*		
< 14 SA	21	3,8
14 à 27 SA	201	36,3
> 27 SA	216	39,1
Inconnu	115	20,8
	(553)	
Qui propose la préparation ?*		
SF pratiquant l'accouchement	444	82,7
autre SF	26	4,8
SF pratiquant l'accouchement +autre SF	67	12,5
	(537)	
Type de préparation*		
chant prénatal	80	14,5
Gymnastique	74	13,4
Hygiène	111	20,1
Haptonomie	32	5,8
Piscine	26	4,7
Relaxation	200	36,2
Respiration	236	42,7
Sophrologie	83	15,0
Yoga	79	14,3
Autre	235	42,5
	(553)	

*échantillon réduit

4) Suivi du travail

Tableau 6 : Surveillance du travail

	<u>Population totale</u>		<u>A D</u>		<u>Trans ferts</u>		<u>p</u>
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
Surveillance du RCF*							
pas de surveillance	92	14,5	92	16,5	0	0,0	
discontinu	491	77,3	461	82,8	30	38,5	
continu pdt tout le W	32	5,0	0	0,0	32	41,0	
Discontinu pendant le W et continu à l'expulsion	20	3,1	4	0,7	16	20,5	
	(635)		(557)		(78)		
Conduite du travail							
Naturel	695	63,8	674	76,4	21	19,6	<0,001
Accompagné	339	31,1	301	34,1	38	35,5	
Dirigé	55	5,1	7	0,8	48	44,9	
	(1089)		(982)		(107)		

* échantillon réduit

Pour l'ensemble des accouchements (domicile et transferts), **63,8%** des femmes ont eu un **travail naturel** (sans aucune intervention).

31,1% des femmes ont eu un travail accompagné (massages, acupuncture, phytothérapie, homéopathie).

En effet, l'attitude des sages-femmes pendant le travail se résume au respect de la physiologie et à ce qui la favorise, c'est-à-dire l'intimité avec l'installation d'une ambiance calme et apaisante, la discrétion dans ses interventions. Les couples dirigent et vivent le travail et l'accouchement dans une profonde intimité, la sage femme veille au bon déroulement des évènements et diagnostique la survenue des complications et de pathologies. Les touchers vaginaux sont peu fréquents, ils deviennent plus nombreux si le travail est long.

5,1% des patientes a eu un **travail dirigé** (à domicile il s'agit exclusivement de la rupture artificielle des membranes, les ocytociques sont utilisés en structure hospitalière)..

44,9% des patientes transférées ont eu un travail dirigé.

La **surveillance du RCF** s'est effectué **de manière discontinu** (auscultation intermittente ou enregistrements cardiotocographiques discontinus) pour la majorité des patientes (77,3%), la surveillance du rythme n'a été continue que dans 5 % des cas.

14,5% des patientes n'ont bénéficié d'aucune surveillance du RCF. Ce sont les femmes qui ont accouché avant l'arrivée de la sage-femme ou juste après.

Après transfert, 32% des patientes ont eu une surveillance continue du RCF.

96,7% de l'ensemble des patientes ont pu choisir leur position pendant le travail. Une seule patiente (sur les 561 pour lesquelles cet item était renseigné) n'a pu choisir sa position à l'expulsion à domicile (dans 99% des cas cette position est différente de la position gynécologique) contre 51 patientes sur 65 transférées.

5) Accouchement

Tableau 7 : Lieu d'accouchement

	<u>A D</u>		<u>Trans ferts</u>		<u>p</u>
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
Population totale (N=1113)	1001	89,9	112	10,1	<0,01
Primipares (N=322)	253	78,2	69	21,8	
Multipares (N=772)	732	94,8	40	5,2	

Sur les 1113 femmes ayant débuté le travail à domicile, 1001 (soit 89,9%) ont effectivement accouché à domicile. 112 femmes ont dû être transférées vers une structure médicale au cours du travail, avec une différence significative entre primipares et multipares : **21,8% des primipares ont été transférées contre 5,2% des multipares.**

Tableau 8 : Age gestationnel

<u>Âge gestationnel</u>	<u>Population totale</u>		<u>A D</u>		<u>trans ferts</u>		<u>p</u>
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
37 SA	23	2,1	16	1,6	6	5,4	<0,05
38 SA	109	9,8	97	9,8	11	9,8	
39 SA	242	21,7	226	22,8	14	12,5	
40 SA	369	33,2	334	33,7	33	29,5	
41 SA	322	28,9	277	28,0	41	36,6	
42 SA	48	4,3	41	4,1	7	6,3	
	(1113)		(991)		(112)		

42,9% des femmes transférées ont un terme = 41 SA contre 32,1% des femmes qui ont effectivement accouché à domicile.

Les tableaux 9 et 10 présentent les données relatives à l'accouchement.

Parmi tous les accouchements (accouchements à domicile et transferts), **96,4% des patientes ont accouché par voie basse spontanée** (90% des primipares et 99,1% des multipares) et pour **1,7% des femmes une intervention voie basse** a été nécessaire (4,7% des primipares et 0,4% des multipares) et enfin **1,9% des femmes ont eu une césarienne pendant le travail** (5, 3% des primipares et 0,5% des multipares).

100% des naissances ont eu lieu par voie basse spontanée à domicile évidemment.

Après transfert, on note 71% de naissances par voie basse, 19% de naissances instrumentales et 21% de césarienne.

52,7% des patientes transférées terminent le travail sans anesthésie. 32,7% des patientes transférées ont recours à une péridurale. 6,5% d'anesthésie générale ont été nécessaires.

Tableau 9 : Accouchement

	<u>Population totale</u>		<u>A D</u>		<u>Trans ferts</u>	
	n	%	n	%	n	%
Mode de début de travail						
spontané	1092	99,2	993	100,0	99	91,7
déclenchement artificiel	9	0,8	0	0,0	9	8,3
	(1101)		(993)		(108)	
Motif de déclenchement						
grossesse prolongée	1	0,1			1	0,9
pathologie maternelle	2	0,2			2	1,9
RPM	6	0,6			6	5,6
Présentation						
sommet	1084	99,3	984	99,8	100	95,2
face	2	0,2	2	0,2	0	0,0
bregma	3	0,3	0	0,0	3	2,9
transverse	2	0,2	0	0,0	2	1,9
	(1091)		(986)		(105)	
Mode d'accouchement						
voie basse spontanée	1057	96,4	986	100,0	71	64,0
intervention voie basse	19	1,7	0	0,0	19	17,1
forceps	11	1,0			11	9,9
spatules	2	0,2			2	1,8
ventouse	5	0,5			5	4,5
ventouse puis forceps	1	0,1			1	0,9
césarienne pendant travail	21	1,9	0	0,0	21	18,9
	(1097)		(986)		(111)	
Type d'anesthésie						
aucune	1030	95,1	974	99,9	56	52,4
générale	7	0,7	0	0,0	7	6,5
péridurale	35	3,2	0	0,0	35	32,7
locale	4	0,4	1	0,1	3	2,8
rachianesthésie	5	0,5	0	0,0	5	4,7
autre	1	0,1	0	0,0	1	0,9
	(1082)		(975)		(107)	

Tableau 10

	Primipares %	Multipares %
Mode de début de travail		
Spontané	98,4	99,5
déclenchement artificiel	1,6	0,5
Mode d'accouchement		
voie basse spontanée	90,0	99,1
intervention voie basse	4,7	0,4
césarienne pendant travail	5,3	0,5
Périnée*		
Intact	34,1	63,1
Déchirure	47,2	34,0
Épisiotomie	17,0	2,7
périnée complet	1,7	0,2

6) Délivrance et état du périnée

Tableau 11 : Délivrance

	<u>Population totale</u>		<u>A D</u>		<u>Trans ferts</u>		<u>p</u>
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
Mode de délivrance*							
naturelle	601	96,6	541	99,6	60	76,9	<0,01
artificielle	4	0,6	1	0,2	3	3,8	
RU	4	0,6	1	0,2	3	3,8	
DMI	12	1,9	0	0,0	12	15,4	
	(622)		(543)		(78)		
Hémorragie*							
inconnu	50	7,7	36	6,3	14	17,5	<0,01
non	573	88,3	513	90,2	60	75,0	
oui	26	4,0	20	3,5	6	7,5	
ayant nécessité transfert	2	0,3	2	0,4	0		
	(649)		(569)		(80)		
Périnée*							
intact	352	55,2	328	58,0	24	33,3	<0,01
déchirure	240	37,6	219	38,7	21	29,2	
épisiotomie	43	6,7	17	3,0	26	36,1	
périnée complet	3	0,5	2	0,3	1	1,4	
	(638)		(566)		(72)		

* échantillon réduit

Pour l'ensemble de la population, on observe **96,6% de délivrance naturelle**, **4% d'hémorragie de la délivrance**.

On observe plus d'hémorragie de la délivrance après transfert (3,5% à domicile contre 7,5% après transfert.)

Pour la population globale on a **6,7% d'épisiotomie**, 37,6% de déchirures vaginales et **55,2% de périnée intact** avec une différence significative entre accouchement à domicile et transferts : on observe plus d'épisiotomie après transfert et moins de déchirures et de périnée intact.

7) Suites de couches

Tableau 12 : Etat de la mère en suites de couches

	<u>population Totale</u>		<u>AD</u>		<u>Transferts</u>		<u>p</u>
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
Suites de couches							
normales	1017	95,0	919	95,0	98	94,2	NS
pathologiques	54	5,0	48	5,0	6	5,8	
hyperthermie	22	2,1	19	2,0	3	2,9	
autre complication	26	2,4	23	2,4	3	2,9	
hyperthermie + autre	6	0,6	6	0,6	0	0,0	
ayant nécessité un transfert	4	0,4	4				
	(1071)		(967)		(104)		
Suivi à domicile*							
oui	585	90,1	521	91,6	64	80,0	<0,001
non	15	2,3	4	0,7	11	13,8	
inconnu	49	7,6	44	7,7	5	6,2	
	(649)		(569)		(80)		
Durée de suivi par la SF*							
< 1 semaine	85	15,2	74	14,7	11	19,0	<0,001
1 semaine	115	20,5	109	21,7	6	10,3	
>1 semaine	361	64,3	320	63,6	41	70,7	
	(561)		(503)		(58)		

*échantillon réduit

95% des patientes ont eu des suites de couches normales. 5% ont eu des complications et pour 0,4% un transfert en structure hospitalière a été nécessaire.

80% des patientes transférées ont été suivies à domicile dans le post-partum par la sage-femme contre 91,6% des patientes ayant effectivement accouché à domicile.

64,3% des patientes ont bénéficié d'un **suivi supérieur à une semaine** dans la période postnatale.

8) Transferts

Tableau 13 : Transferts pendant le travail

	n	%	% des causes connues (N= 65)
Transferts pendant le travail	112	10,1	
Cause des transferts perpartum			
<u>pour pathologie du travail</u>	73	65,2	92,3
inconnu	13	11,6	
stagnation de la dilatation/ dystocie dynamique	15	13,4	23,1
RPM sans CU	9	8,0	13,8
anomalies du RCF	8	7,1	12,3
LA teinté / méconial	7	6,3	10,8
efforts expulsifs inefficaces (non progression de la présentation)	5	4,5	7,7
non engagement de la présentation à dilatation complète	3	2,7	4,6
dystocie de démarrage	2	1,8	3,1
hyperthermie	2	1,8	3,1
présentation transverse	2	1,8	3,1
présentation du bregma	3	2,7	4,6
métrorragies importantes pendant la dilatation	1	0,9	1,5
déclenchement pour grossesse prolongée	1	0,9	1,5
déclenchement pour pathologie maternelle	2	1,8	3,1
<u>Autre raison</u>	39	34,8	7,7
inconnu	34	30,4	
demande d'analgésie péridurale	3	2,7	4,6
épuisement maternel	2	1,8	3,1
	(112)		

La cause du transfert n'a pu être connue que pour 58% des transferts (65 patientes su 112).

Parmi ces 65 cas, **92,3%** des femmes ont été transférées à cause d'une **pathologie du travail**.

La cause la plus fréquente du transfert est la **stagnation de la dilatation** ou la dystocie dynamique pour 15 femmes (23,1%), suivie par la **rupture prématurée des membranes** (RPM) pour 9 femmes (13,8%), puis les **anomalies de rythme cardiaque fœtal** (RCF) pour 8 transferts (12,3%), puis la constatation d'un **liquide teinté ou méconial** pour 7 femmes (10,8%).

D'autres pathologies motivant un transfert sont : des efforts expulsifs inefficaces (7,7%), une présentation atypique (7,7%).

Pour **7,7% des cas, le transfert n'est pas motivé par une pathologie du travail** : cela concerne les demandes d'analgésie péridurale par la patiente (4,6%) ou l'épuisement maternel (3,1%).

Tableau 14 : Transferts après l'accouchement

	n	%
Transferts après l'accouchement	6 (1001)	0,6
Causes des transferts après l'accouchement		
Hémorragie	2	0,2
Hyperthermie	1	0,1
autre complication	1	0,1
hyperthermie + autre complication	2	0,2
	(6)	
Durée du séjour hospitalier des patientes transférées après l'accouchement		
< 1 semaine	3	50,0
1 semaine	0	0,0
>1 semaine	2	33,3
Inconnu	1	16,7
	(6)	

6 patientes ont du être transférées après l'accouchement. Pour deux d'entre elles la cause du transfert est une hémorragie de la délivrance ; pour les autres il s'agit de suites de couches pathologiques (hyperthermie ou autre...)

50% des patientes sont restées hospitalisées moins d'une semaine

9) Nouveau-né

Le tableau 15 présente les données concernant le nouveau-né.

Dans la population totale, **0,6% des enfants ont eu un score d'Apgar inférieur à 7** à 5min. Les cotations d'Apgar à 5 min sont plus mauvais dans le groupe des transferts que dans celui des accouchements à domicile.

Le **taux de réanimation** du nouveau-né est de **2,1%**. Il y a eu plus d'enfants réanimés dans le groupe des transferts. Cependant toutes les sages femmes participant à l'étude n'ont pas forcément la même définition de la réanimation. En reprenant quelques dossiers nous nous sommes aperçus qu'une réanimation était parfois signalée alors qu'il n'y avait eu parfois qu'une aspiration naso-pharyngée (qui n'est pas systématique à domicile).

1,5% des nouveaux-nés avaient un **poids inférieur à 2500g** et **11,2 %** un **poids supérieur à 4000g**.

Le taux d'enfants transférés est de 1,6% dans notre étude.

4 enfants ont été transférés en service pédiatrique immédiatement après l'accouchement, cela concerne :

- 3 enfants nés à domicile ; la cause du transfert n'est pas connue
- 1 enfant né à l'hôpital après transfert en cours de travail pour fièvre maternelle. Il a été hospitalisé pour suspicion d'infection.

13 enfants ont été transférés de manière secondaire vers un service pédiatrique, cela concerne :

- 12 enfants nés à domicile . La cause des transferts n'est connue que pour 2 enfants. Un enfant a été transféré à J1 pour suspicion d'infection et un autre à J 3 pour ictère.
- 1 enfant né à l'hôpital après transfert maternel en cours de travail. La cause du transfert pédiatrique n'est pas connu.

70,6% des enfants transférés sont restés hospitalisés moins d'une semaine.

1 enfant né à domicile est décédé à 1 jour de vie d'une mort subite du nourrisson. Aucune autopsie n'a été pratiquée.

La mortalité périnatale est donc de 0,9 ‰ dans notre étude.

Le tableau 16 présente les résultats concernant l'allaitement maternel.

98,9% des femmes de notre étude ont allaité leur enfant au sein à J0.

A un mois de vie de l'enfant 76,4% des patientes allaitaient encore et 69,8% allaitaient encore à plus d'un mois de vie de l'enfant.

15,6% des patientes ont connu des difficultés pendant l'allaitement. La difficulté la plus fréquente est l'apparition de crevasses, ensuite on retrouve l'engorgement.

Tableau 15 : Etat de l'enfant

	<u>Population totale</u>		<u>A D</u>		<u>trans ferts</u>		<u>p</u>
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
Apgar à 5 min							
5=apgar=7	6	0,6	3	0,3	3	2,7	<0,01
8=apgar=9	31	2,8	20	2,0	11	10,1	
apgar=10	1058	96,6	963	97,7	95	87,2	
	(1095)		(986)		(109)		
Réanimation NN							
non	1022	91,8	925	92,4	97	86,6	<0,01
oui	23	2,1	15	1,5	8	7,1	
inconnu	68	6,1	61	6,1	7	6,3	
	(1113)		(1001)		(112)		
Poids du nouveau-né							
=2500g	16	1,5	13	1,3	3	2,8	NS
2500g=poids=2999g	154	14,1	137	13,9	17	15,7	
3000g=poids=3499g	455	41,7	413	42,0	42	38,9	
3500g=poids=3999g	344	31,5	311	31,6	33	30,6	
4000g=poids=4499g	107	9,8	96	9,8	11	10,2	
=4500g	15	1,4	13	1,3	2	1,9	
	(1091)		(983)		(108)		
Transfert							
<u>immédiat</u>							
néonatalogie	4	<u>0,4</u>	3	<u>0,3</u>	1	<u>0,9</u>	NS
UME	2	0,2	2	0,2	0	0,0	
	2	0,2	1	0,1	1	0,9	
	(1088)		(976)		(112)		
<u>différé</u>							
réanimation	13	<u>1,2</u>	12	<u>1,2</u>	1	<u>0,9</u>	NS
néonatalogie	1	0,1	1	0,1	0	0,0	
chirurgie	7	0,6	6	0,6	1	0,9	
UME	1	0,1	1	0,1	0	0,0	
autre	3	0,3	3	0,3	0	0,0	
	1	0,1	1	0,1	0	0,0	
	(1045)		(934)		(111)		
Durée d'hospitalisation							
<1 semaine	12	70,6					
>1 semaine	5	29,4					
	(17)						
Décès							
	1	0,09	1	0,1	0	0,0	
	(1103)		(991)		(112)		

Tableau 16 : Allaitement

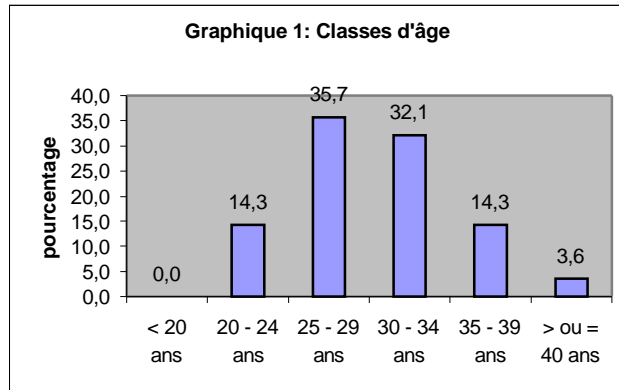
	population totale	
	n	%
mise au sein précoce*	616 (649)	94,9
Allaitement maternel*		
à J0	633	98,9
à J8	626	99,4
à J30		
	oui	496 76,4
	inconnu	148 22,8
> à J30		
	oui	453 69,8
	inconnu	190 29,3
	(649)	
Difficultés*		
inconnu	84	12,9
non	464	71,5
oui	101	15,6
	crevasses	53 8,2
	engorgement	16 2,5
	lymphangite	23 3,5
	abcès	1 0,2
	allaitement mixte	12 1,8
	autre	11 1,7
	(649)	

* échantillon réduit

II) ENQUÊTE D'OPINION

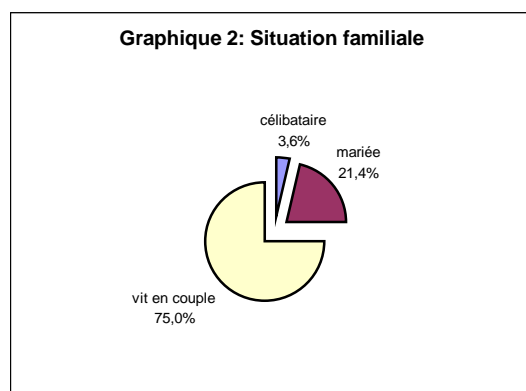
1) Profil des patientes

a) Age



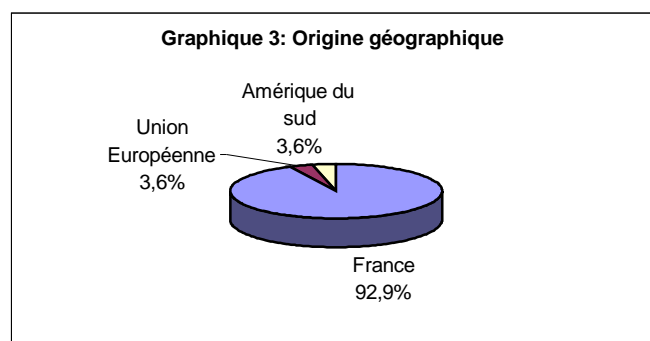
67,8% des femmes interrogées ont entre 25 et 34 ans.

b) Situation familiale



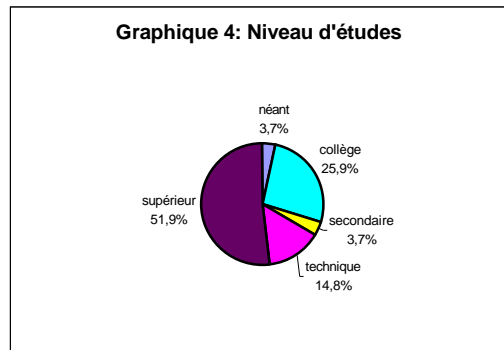
96,4% des femmes interrogées vivent avec le père de l'enfant.

c) Origine géographique



92,9% des femmes interrogées sont d'origine française.

d) Niveau d'études



51,9% des femmes interrogées ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat.

e) Parité

Les femmes interrogées sont **primipares à 32,1%** et **multipares à 67,9%**.

f) Lieux précédents d'accouchement

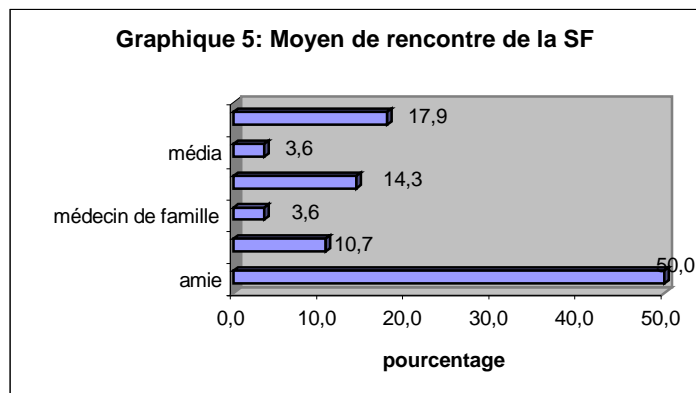
57,9% des multipares interrogées avaient déjà accouché à domicile, pour 36,8% le lieu des précédents accouchements avait toujours été l'hôpital.

g) Lieu pour cet accouchement

26 patientes ont accouché à domicile et 2 patientes ont été transférées vers une structure médicale en cours de travail.

2)- Suivi de la grossesse

a) Rencontre avec la sage-femme



Pour la moitié des femmes interrogées, c'est **une amie** qui a permis la rencontre avec la sage-femme ; pour 14,3% c'est une autre sage-femme. 17,9% des femmes ont évoqué un autre moyen, à savoir le bouche-à-oreille ou une démarche personnelle de recherche.

b) Raisons du choix de l'accompagnement global.

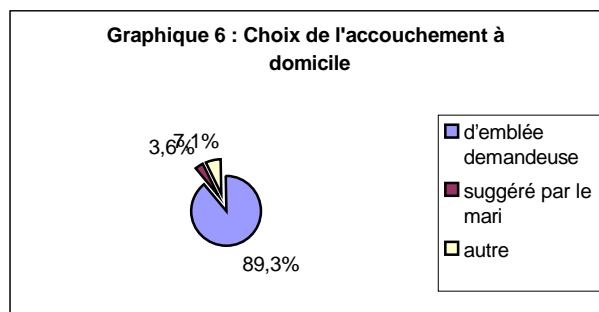
La première raison évoquée est, à 44,4 %, la **non satisfaction du suivi proposé à l'hôpital**. 40,7% des femmes évoquent la vision de la **grossesse comme un évènement naturel**, différent d'une maladie dans ce type d'accompagnement. 25,9% des femmes ont choisi ce type de suivi pour la **grande disponibilité** de la sage-femme : l'écoute qu'elle offre, la possibilité de lui poser toutes les questions voulues. 25,9% évoquent le réel **contact humain** qui existe dans ce type de suivi. 22,2% des femmes ont choisi l'AG.M. pour que la personne qui effectue la surveillance prénatale, l'accouchement et le suivi du post-partum soit **unique**. Dans le même ordre d'idée, 14,8% des femmes interrogées disent avoir fait ce choix pour avoir une relation privilégiée avec la sage-femme, pour établir une **relation de confiance** avec celle-ci. Enfin, 14,8% des femmes ont fait ce choix pour avoir une **participation active** pendant la grossesse, pour être associées aux prises de décisions.

c) Vécu de l'accompagnement de la grossesse

51,9% des patientes ont apprécié l'**écoute attentive** de la sage-femme, le **dialogue** qui a pu se mettre en place entre le couple et la sage-femme. 50% des patientes précisent que le suivi a **totalement répondu à leurs attentes**. 29,6% ont souligné le fait que cet accompagnement a permis une certaine mise en confiance dans la **capacité du couple à devenir parents**. 29,6% se sont senties en **sécurité** pendant cette grossesse et en confiance pour l'accouchement. 25,9% des patientes interrogées ont apprécié que le **conjoint soit impliqué** au suivi de la grossesse et aux prises de décision. 18,5% des femmes ont établie une relation complice avec la sage-femme pendant le suivi. 14,8% des femmes ont apprécié la chaleur humaine qui existait pendant le suivi.

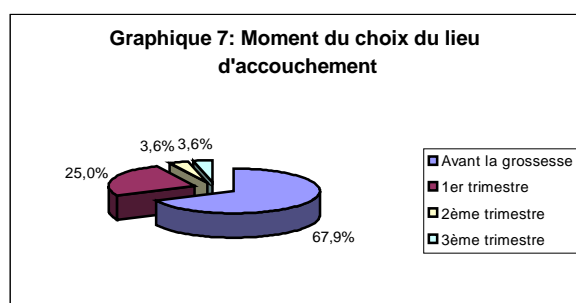
3) L'accouchement à domicile

a) Comment s'est fait le choix ?



89,3% des patientes étaient **d'emblée demandeuse** d'un accouchement à domicile ; dans 3,6% des cas le mari a suggéré l'idée de l'accouchement à domicile.

b) Quand s'est fait le choix ?



Pour 67,9% le choix était déterminé **avant la grossesse** (la proportion est quasiment la même chez les primipares (66%) et les multipares (68%))

82% des femmes qui avaient déjà accouché à domicile ont décidé de choisir le même lieu d'accouchement avant la nouvelle grossesse. 18% ont déterminé leur choix pendant le premier trimestre de grossesse.

57% des femmes qui n'avaient accouché qu'à l'hôpital ont déterminé leur choix avant la grossesse actuelle. 29% se sont déterminées au premier trimestre et 14% au troisième trimestre.

c) Motivations pour choisir l'accouchement à domicile (AD)

100% des femmes ont choisi l'AD pour **l'intimité et le confort du lieu d'accouchement** et pour un **accueil privilégié du nouveau-né**.

89,3% évoquent le **respect** de la femme et du couple.

78,6% pensent que l'AD permet une **intégration du conjoint** et de la fraternité à la naissance.

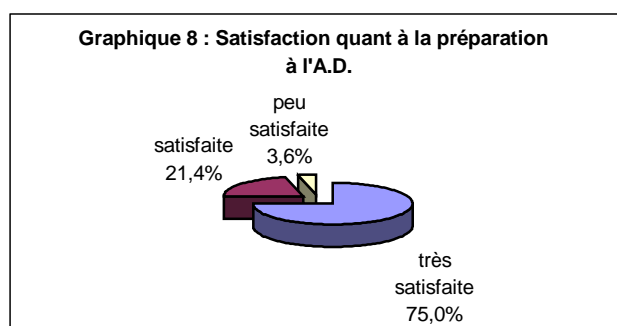
67,9% ont choisi l'AD pour avoir une **relation privilégiée** avec la sage-femme.

53,6% ont fait ce choix pour bénéficier d'un **accompagnement personnalisé**.

50% pour **participer au choix des interventions médicales**.

Le choix de 32,1% des femmes a été influencé par une expérience satisfaisante lors d'un précédent accouchement à domicile, alors que pour 25% c'est une expérience non satisfaisante à l'hôpital qui a motivé leur choix.

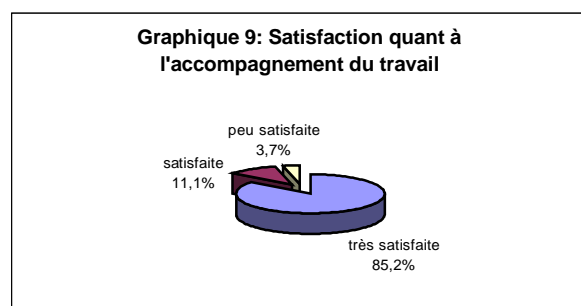
d) Préparation à l'accouchement à domicile



96,4% (27 femmes sur 28) des femmes sont satisfaites ou très satisfaites.

Une femme a été peu satisfaite, cette primipare a été transférée au cours du travail pour stagnation de la dilatation: elle a précisé « *si j'avais été mieux préparée et plus soutenue, je pense que j'aurais pu accoucher à domicile* »

e) Accompagnement du travail à domicile



96,7% des femmes (27 femmes sur 28) sont satisfaites ou très satisfaites.

L'unique femme peu satisfaite a été transférée pendant le travail (cf plus haut).

f) Vécu de l'accouchement à domicile

46,2% des femmes disent avoir apprécié l'**intimité** dans la laquelle s'est fait l'accouchement, la **non violence** dans l'accueil de l'enfant.

38,5% des femmes ont évoqué la **participation du conjoint** à l'accouchement.

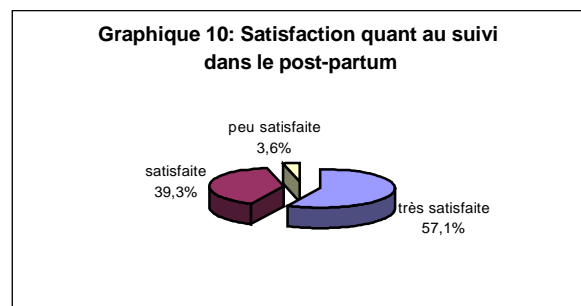
34,6% des femmes évoquent la **douleur** qui fut intense.

30,8% ont apprécié que les **repères familiaux et spatiaux** aient été conservés pour l'accouchement, que le lieu de l'accouchement soit un **lieu familial**.

26,9% des femmes sont contentes d'avoir pu **participer activement** à l'accouchement (choix des positions...)

15,4% des femmes ont décrit l'accouchement comme un évènement naturel et ont souligné le fait que leurs désirs ont été respectés.

g) Le post-partum



39,3% des femmes sont satisfaites et 57,1% très satisfaites.

Une femme a été peu satisfaite : elle n'a pas eu de visites les deux jours suivant l'accouchement car la sage-femme était occupée à d'autres accouchements. La patiente, primipare a dit se sentir seule face à « cette aventure toute nouvelle ».

100% des femmes interrogées choisiraient d'accoucher à nouveau à domicile.

Chapitre 4 :

Discussion

I Etude descriptive

Après une présentation de notre population, nous discuterons les résultats des périodes pré, per et postnatales et enfin nous nous pencherons sur les indicateurs qui attestent de la qualité de l'écoute et de l'information apportées aux couples dans ce type d'accompagnement.

1) profil des femmess

La majorité des femmes de notre étude (58,5%) a entre 25 et 34 ans, ce pourcentage est inférieur au pourcentage des femmes de cette classe d'âge dans l'enquête périnatale de 1998 (67,7%) représentant l'ensemble des femmes accouchant en structure hospitalière en 1998 [26]. Dans notre étude, la moyenne d'âge des femmes est de 31,8 ans.

La seule étude française retrouvée sur l'accouchement à domicile est celle réalisée par Anne Théau pour sa thèse de médecine. [1] Elle a effectué une étude cas témoin rétrospective dans laquelle elle a comparé 147 patientes ayant choisi d'accoucher à domicile dans le Languedoc Roussillon de 1990 à 1997 à 185 patientes accouchant à l'hôpital. Dans son étude l'âge moyen des patientes est comparable au nôtre, à savoir, 31 ans.

Il y a moins de femmes de moins de 20 ans dans notre étude (0,8%) que dans l'enquête périnatale de 1998 (2,5%) et plus de femmes de plus de 40 ans (7,4% contre 2,5%). Parallèlement on trouve dans notre population d'étude moins de primipares que dans l'enquête de 1998 (29,4% contre 42,8%). Ceci peut expliquer les différences d'âge. En effet, plus des deux tiers des patientes qui accouchent à domicile sont des multipares (et 5,9% des grandes multipares (parité =4) contre 3,5% dans l'enquête périnatale de 1998).

96,2% des patientes vivent en couple dans notre étude, pourcentage comparable à celui de la population générale (93%) [26]. Les femmes vivent en concubinage plutôt qu'elles ne sont mariées comme dans l'étude de Théau [1].

Les femmes qui accouchent à domicile sont à 86,4% des femmes françaises dans notre étude. 89,5% de femmes qui ont accouché en structure hospitalière en 1998 avaient également cette nationalité. Il semble donc que ce ne soit pas des coutumes culturelles étrangères autour

de la naissance qui influencent le choix du lieu d'accouchement. La demande d'accouchement à domicile existe bien chez les femmes françaises.

Dans notre étude, 53,9% des femmes ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat, ce qui est largement supérieur au pourcentage des femmes ayant accouché à l'hôpital en 1998 (38,7%) [26]. Théau retrouve un taux de 44,7% de femmes ayant un niveau d'études supérieur. Les femmes accouchant à domicile ont donc un niveau de connaissances assez élevé. Le choix du suivi global procède d'une réflexion des couples sur leurs désirs concernant la naissance de leur enfant. Ces femmes font le choix de l'accompagnement global avec accouchement à domicile de manière éclairée.

Théau, en 1998 constate également que les femmes planifiant un accouchement à domicile sont d'origine française, ont un niveau d'études élevé, sont plus âgées et vivent plus avec le père de l'enfant que la moyenne des femmes. [1]

Moins de la moitié des femmes ont exercé leur profession pendant la grossesse (48,3%) contre 64,3% des femmes dans l'enquête périnatale. Pour les femmes accouchant à domicile, la famille est une valeur importante, beaucoup ont cessé de travailler pour s'occuper des enfants précédents, ce qui peut expliquer notre résultat.

86,3% des femmes ne fument pas dans notre étude alors que ce chiffre est de 60,6% pour les femmes accouchant en structure hospitalière en 1998. Ce chiffre pourrait s'expliquer par la qualité de l'information apportée à ces femmes sur l'importance d'une bonne hygiène de vie pendant la grossesse par la sage-femme. Le rôle d'éducation à la santé des sages-femmes est ici mis en valeur. Il est très important comme l'indique la convention nationale avec la CNAM (2002).

2) Antécédents maternels

Les femmes accouchant à domicile sont à **70,6% des multipares et à 29,4% des primipares**. Ceci est à peu près comparable à ce que trouvait Théau (72,1% de multipares et 27,9% de primipares). On constate donc une surreprésentation des multipares dans notre population par rapport à celle de l'enquête périnatale de 1998 [26] dans laquelle elles sont représentées à 58,2%. Cela ne paraît pas très étonnant. L'accouchement à domicile demande

une gestion de la douleur et les femmes n'ayant jamais accouché ne savent pas forcément à quoi s'attendre. La possibilité d'avoir recours à une péridurale est un confort que beaucoup de femmes en France souhaitent avoir (58% des femmes ayant accouché en structure hospitalière en 1998 [26] ont eu recours à une péridurale). De plus c'est souvent après une première expérience de la maternité que se construit le projet de suivi global et d'accouchement à domicile ; après comparaison avec cette première expérience les femmes choisissent de définir leurs attentes pour vivre une expérience différente ou qui les satisfait mieux.

Les études étrangères sur l'accouchement à domicile retrouvent également cette prédominance des femmes multipares accouchant à domicile. Chamberlain et al. (1996) retrouvent 16% de primipares et 84% de multipares parmi les 5971 femmes de l'étude ayant planifié un accouchement à domicile en 1994 en Angleterre [22], Ackerman et al. (1996) 41,1% de primipares et 58,9% de multipares parmi les 489 femmes choisissant d'accoucher à domicile à Zurich entre 1989 et 1992 [23].

3,2% des femmes de notre étude ont déjà donné naissance à un enfant prématuré ou à un enfant hypotrophique ou mort-né ou décédé dans la période néonatale, ce qui est inférieur au pourcentage de femmes présentant ces mêmes antécédents dans l'enquête périnatale de 1998 [26]. Ces femmes hésitent sûrement plus à envisager un accouchement à domicile étant donné l'opinion générale sur ce sujet en France.

3) surveillance prénatale

La majorité (57,5%) des femmes consulte la sage-femme pratiquant l'accompagnement global au **deuxième trimestre** de la grossesse. Entre 1997 et 2001, la déclaration de grossesse doit obligatoirement être réalisée par un médecin avant 14 SA, ce qui explique que seulement 20,6% des femmes consultent la sage-femme libérale au premier trimestre, si elles ont consulté précocement un médecin. 21,9% des patientes ne prennent contact avec la sage-femme qu'au troisième trimestre de grossesse. En effet, leur projet d'accouchement à domicile peut se constituer en cours de grossesse et elles cherchent alors quelqu'un pouvant les accompagner dans leur choix. Mais cela s'explique également par le fait que certaines femmes ont des difficultés à trouver un praticien acceptant de les accompagner pour un accouchement à domicile. Ainsi, elles font suivre la grossesse par un

autre praticien tout en effectuant des recherches pour trouver une sage-femme libérale proposant l'A.G.M. avec accouchement à domicile.

Ainsi, seulement 61,8% des patientes bénéficient de 6 consultations ou plus (6 consultations obligatoires avec la sage-femme, la première étant effectuée par un médecin).

37,5% des femmes ont moins de trois échographies pendant la grossesse. Plus de 60% des femmes ayant accouché à domicile ont moins de trois échographies dans l'étude de Anne théau [1]. Les patientes et les couples bénéficiant d'un A.G.M. sont au centre du système de soins, participent aux prises de décision concernant la surveillance de la grossesse et sont amenés à avoir une réflexion sur l'opportunité de pratiquer certains examens. En ce qui concerne les échographies, une discussion quant à la nécessité d'une troisième échographie quand les deux premières sont normales est souvent engagée par les couples, après réflexion, il n'est pas rare que ceux-ci décident avec la sage-femme de ne la pratiquer que si l'examen clinique (hauteur utérine) révèle une anomalie. 11,3% des femmes ne bénéficient que d'une échographie sur les trois recommandées. Dans ces cas, les couples choisissent de pratiquer l'échographie qui leur paraît la plus importante, il s'agit le plus souvent de l'échographie morphologique de 22SA.

Dans l'enquête périnatale de 1998, seulement 3,7% des femmes bénéficient de moins de trois échographies pendant la grossesse [26].

2,6% des patientes ont été hospitalisées pendant la grossesse contre 21,6% dans l'enquête périnatale de 1998 [26]. Les motifs d'hospitalisation n'ont pas fait recuser l'accouchement à domicile. Comme le précise la charte de l'accouchement à domicile, la détection d'une pathologie par la sage-femme doit conduire celle-ci à orienter la patiente vers un obstétricien mais si le problème médical est réglé la sage-femme peut reprendre la surveillance prénatale et effectuer l'accouchement.

4) surveillance du travail

Pour l'ensemble des accouchements (domicile et transferts), **63,8% des femmes ont eu un travail naturel (sans aucune intervention)**. 31,1% des femmes ont eu un travail accompagné (massages, acupuncture, phytothérapie, homéopathie). Pendant le travail, les sages-femmes essaient de respecter au plus la physiologie et de valoriser les compétences maternelles.

5,1% des femmes ont eu un travail dirigé (à domicile il s'agit exclusivement de la rupture artificielle des membranes, les ocytociques sont utilisés en structure hospitalière).

La surveillance du RCF s'est effectuée de manière discontinue pour la majorité des patientes (77,3%), qu'il s'agisse d'une auscultation intermittente ou d'enregistrements cardiographiques discontinus.

La cardiocardiographie a été développée dans les années 1960. En mars 2002, à la demande de l'A.N.S.F.L., l'A.N.A.E.S. réalise une évaluation de l'intérêt et des indications des divers modes de surveillance du RCF **dans le cas de l'accouchement normal** sur les bases des données de la littérature [27]. Deux types de surveillance ont ainsi été comparés : l'auscultation intermittente et l'enregistrement continu. Les résultats de l'étude sont qu' « *aucune différence n'est montrée en conditions expérimentales entre les deux techniques en terme de mortalité ou de séquelles neurologiques . [...] Une augmentation du risque de recours aux actes invasifs (césariennes, extractions instrumentales) a été retrouvée dans le cas de la surveillance cardiocardiographique par rapport à l'auscultation intermittente. La cardiocardiographie semble accroître le taux de faux positifs et donc de gestes invasifs pour la mère réalisé à tort.* ». L'ANAES précise que des études complémentaires sont nécessaires. Le choix des centres d'obstétrique en France se porte aujourd'hui quasi exclusivement sur l'enregistrement cardiocardiographique du fait des avantages qu'il procure en terme d'utilisation des ressources et de traçabilité des événements.

Quelles sont les positions de la fédération internationale des gynécologues obstétriciens (FIGO) à ce sujet ? « *Le monitoring continu peut interférer avec la mobilité de la patiente, entraîner une inquiétude non nécessaire, entraîner des décisions inappropriées (césariennes) et interférer avec l'expérience globale de la naissance.* »

Ainsi, bien que la surveillance du RCF soit une nécessité, un aménagement des pratiques actuelles est souhaitable **en l'absence de pathologie** d'après la FIGO. Celle-ci préconise que le monitoring du rythme cardiaque fœtal fasse partie intégrante de la prise en charge globale et soit conduit selon les besoins et les désirs de chaque femme. Il devrait y avoir avec chaque couple une discussion éclairée de son choix sur la surveillance monitorée. [28]

41% des patientes transférées ont une surveillance continue du RCF, ce qui paraît peu puisque 92% des transferts étaient motivés par une pathologie du travail.

Nous allons maintenant comparer les résultats qui suivent à ceux trouvés dans les différentes études déjà citées (Anne Théau, 1998 [1] ; Chamberlain et al.,1997 [22]; Wiegers et al. [20], 1996 ; Ackerman et al., 1996[20]) et à ceux d'autres études étrangères, à savoir :

- Une étude descriptive prospective américaine portant sur 1014 femmes planifiant un accouchement à domicile avec une sage-femme américaine en 1994 réalisée par Murphy et al. [33]
- Une étude rétrospective portant sur 11788 accouchements à domicile planifiés aux Etats-Unis de 1987 à 1991 réalisée par Anderson et Murphy [34].
- Une étude prospective portant sur 256 femmes ayant planifié un accouchement à domicile en 1993 dans le Nord de la Grande-Bretagne, réalisée par Davies et al. [35]

La comparaison semble également intéressante avec une population de femmes à bas risque ayant accouché à l'hôpital en France. Nous utiliserons les résultats présentés par le réseau sentinelle AUDIPOG en 2002 [29] pour 2835 primipares et 1539 multipares à bas risque.

Primipares "à bas risque"	Multipares "à bas risque"
Age ≥ 18 et < 35 ans	Age ≥ 18 et < 35 ans
Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière	Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière
	Absence d'antécédent néonatal : ni prématurité, ni mort né, ni mort néonatale
	Absence d'utérus cicatriciel
Absence de pathologie au cours de la grossesse	Absence de pathologie au cours de la grossesse
Grossesse unique	Grossesse unique
Présentation céphalique	Présentation céphalique

Tableau : Définition des bas risques pour le réseau sentinelle AUDIPOG

Les critères d'exclusion du réseau sont encore plus stricts que ceux utilisés dans notre population d'étude puisque pour le réseau sentinelle, les limites d'âge sont plus strictes, les multipares n'ont aucun antécédent néonatal ce qui est différent des multipares de notre population d'étude.

5) l'accouchement

	% déclenchement			% VB spontanée			% VB opératoire			% césarienne		
	IP	XP	total	IP	XP	total	IP	XP	total	IP	XP	total
Notre étude	1,6	0,5	<u>0,8</u>	90,0	99,1	<u>96,4</u>	4,7	0,4	<u>1,7</u>	5,3	0,5	<u>1,9</u>
Chamberlain, 1997, N = 5971	-	-	-	-	-	94,7	-	-	2,4			2,0
Wiegers, 1996, N= 1140	-	-	-	-	-	-	13,8	1,2	6,4	3,0	0,1	1,3
Ackerman , 1996 N=489	-	-	4,6	-	-	-	-	-	4,4			5,2
AUDIPOG, 2002, N= 4374	19,5	15,8	<u>18,2</u>	63,8	92,9	<u>74,1</u>	24,5	4,6	<u>17,5</u>	11,7	2,5	<u>8,5</u>

Tableau : Comparaison des taux d'interventions dans la littérature

Les résultats présentés par l'équipe AUDIPOG pour des patientes à bas risque ayant accouché à l'hôpital montrent des taux plus élevés de déclenchements, de voies basses instrumentales et de césariennes que les taux obtenus pour l'ensemble de la population de notre étude. Un soutien continu de la sage-femme durant le travail peut expliquer le moindre taux d'interventions ici mis en évidence. Deux méta analyses, celle de Zhang en 1996 [30] réalisée sur des primipares ayant un accompagnement permanent et celle de Scott, en 1999 [31] comparant l'accompagnement permanent et intermittent du travail, retrouvent une réduction du taux d'extraction instrumentale et de césarienne en cas de soutien continu des femmes par les professionnels pendant le travail.

6) La délivrance et l'état du périnée

Pour l'ensemble de notre population d'étude, **le taux d'hémorragie de la délivrance est de 4%.**

Théau A, 1998 [1]., retrouve un taux plus faible soit 1,4% d'hémorragies mais le caractère retrospectif de son étude induit un biais.

Wiegers et al. retrouvent un taux d'hémorragie grave (=1 litre) de 1,9% chez les primipares et 0,6% chez les multipares. Dans notre étude des hémorragies avec une déperdition sanguine inférieure à un litre sont comptabilisées, ce qui explique le taux supérieur retrouvé.

Le taux d'hémorragie de la délivrance n'est pas connu dans l'étude du réseau sentinelle AUDIPOG.

	% épisiotomie			% déchirure			% périnée complet		
	IP	XP	total	IP	XP	total	IP	XP	total
Notre étude	17,0	2,7	<u>6,7</u>	47,2	34,0	<u>37,6</u>	1,7	0,2	<u>0,5</u>
Wiegers ,1996 N= 1140	52,4	15,8	31,0	78,3	52,8	62,9	1,5	0,6	1,0
Ackerman ,1996, N= 489			26,0			36,7			
Théau, 1998 N= 147	25,6	3,8	9,7						

Tableau : comparaison de taux de lacérations du périnée dans la littérature

Nous retrouvons dans notre étude des taux d'épisiotomie bien inférieurs à ceux retrouvés dans les études étrangères.

Le taux d'épisiotomie n'est pas connu pour les femmes à bas risque dans le rapport publié par le réseau sentinelle en 2004 mais il est de 71,3% chez les primipares et de 35,2% pour les multipares dans l'enquête périnatale de 1998 [26]

Un rapport de l'OMS publié en 1997 [32] énonce :« Rien ne prouve fiablement que l'utilisation généralisée ou systématique de l'épisiotomie ait des effets bénéfiques. Lors d'un accouchement jusque-là normal, une épisiotomie peut parfois se justifier, mais il est recommandé de restreindre le recours à cette intervention. Le pourcentage d'épisiotomies réalisées dans un essai anglais (10 %) sans risque pour la mère ni pour l'enfant (Sleep et al. 1984) devrait être un but à atteindre.[...] L'utilisation courante de l'épisiotomie a fait l'objet de plusieurs essais randomisés (Sleep et al. 1984, 1987, Harrison et al. 1984, House et al. 1986, essai argentin sur l'épisiotomie 1993). Rien ne prouve que l'épisiotomie ait un effet protecteur sur l'état du fœtus. Une étude de suivi s'étendant sur une période de trois ans après l'accouchement n'a pas permis d'établir que l'utilisation généralisée de l'épisiotomie avait influé sur l'incontinence urinaire. Une étude d'observation portant sur 56 471 accouchements dirigés par des sages-femmes, a fait apparaître une incidence de 0,4 % de déchirures du troisième degré en l'absence d'épisiotomie et une incidence identique associée à l'épisiotomie médio latérale; l'incidence liée à l'épisiotomie médiane était de 1,2 % (Pel et Heres 1995). »

7) L'état de l'enfant à la naissance

	APGAR = 7 à 5min	Réanimation	Transfert	Décès	Poids < 2500g	Poids >4000g
Notre étude	<u>0,6%</u>	<u>2,1%</u>	<u>1,6%</u>	<u>0,9‰</u>	<u>1,5%</u>	<u>11,2%</u>
Théau, 1998, N= 147	5,3%		2%	0 ‰		
Chamberlain, 1997, N= 5971	0,7%	6,2% *	-	1 ‰		
Wiegers, 1996, N=1140			7,5%	4 ‰		
Murphy, 1998, N=11788			1,1%	2,5 ‰		
Ackerman, 1996, N= 489				2,3‰	2,5%	6,1%
Anderson, 1995, N=1014			1%	0,9‰		
AUDIPOG, 2002, N= 4 374	<u>1,7%</u>	<u>4,9%</u>	<u>3,1%</u>			

Tableau : comparaison des résultats périnataux dans la littérature

*Taux d'intubation et de ventilation.

Les résultats néonataux obtenus dans notre étude sont meilleurs que ceux obtenus par le réseau sentinelle pour des femmes à bas risque obstétrical ayant accouché à l'hôpital en 2002 [29]. On observe moins d'interventions (réanimation, transferts) pour les nouveaux-nés de notre étude par rapport à ceux nés à l'hôpital.

Dans notre étude, un enfant (sur 1113) est décédé à un jour de vie de mort subite du nourrisson (aucune autopsie n'a été réalisée) ce qui représente un taux de mortalité de 0,9‰. Le taux de mortalité est actuellement de 6,5‰ en France, tout niveau de pratiques confondus. (plan périnatalité 2005 – 2007).

8) Transferts

a) Pendant le travail

Sur les 1113 femmes ayant débuté le travail à domicile, 1001 (soit 89,9%) ont effectivement accouché à domicile. 112 femmes (soit 10,1%) ont dû être transférées vers un structure médicale au cours du travail, avec une différence significative entre primipares et multipares : **21,8% des primipares ont été transférées contre 5,2% des multipares.**

	% de transferts pendant le travail		
	Primipares	Multipares	Total
Notre étude	<u>21,8</u>	<u>5,2</u>	<u>10,1</u>
Théau A., 1998 N= 147	2,7	-	-
Chamberlain, 1997, N= 5971	40,0*	10,0*	<u>12,0</u>
Wiegers, 1996, N= 1140	36,7	8,7	<u>20,2</u>
Ackerman, 1996 N= 489	25,0	-	15,9
Davies, 1996, N=256	-	-	12,0
Murphy, 1998, N= 11788	-	-	8,3
Anderson, 1995, N=1014	-	-	8,2

Tableau : comparaison des taux de transfert per-partum dans la littérature

*ces pourcentages concernent les transferts pendant la grossesse et le travail confondus.

Suivant les études, les taux de transfert pendant le travail varient mais la méthodologie différente d'une étude à l'autre ne nous permet pas de conclure.

Les études rétrospectives ([34], [1]) retrouvent des taux de transferts plus faibles que celui que nous avons trouvé. Cependant le caractère rétrospectif de ces études fait que l'on ne peut pas être sûr que tous les cas aient été recensés. Ces études présentent un biais de recrutement. En effet, les praticiens interrogés ont pu sélectionner les informations données en occultant les cas difficiles et il est moins aisé de retrouver de manière rétrospective les couples ayant eu une expérience peu satisfaisante à domicile.

Dans certaines études les antécédents des patientes ne sont pas connus (la population n'est pas définie comme à bas risque [34] [35]).

Les études prospectives (constituant donc un meilleur niveau de preuves) et où les patientes sont définies comme à bas risque sont celles de Chamberlain et al. et de Wieggers et al.. Ces auteurs décrivent des taux de transferts plus élevés que celui de notre étude.

Dans notre étude, la cause du transfert n'a pu être connue que pour 58% des cas (65 patientes sur 112). L'analyse des causes et des conditions de transferts va être insuffisante pour conclure sur ce point.

Comme dans les études étrangères détaillant les causes de transfert (Chamberlain et al, 1997 [22]; Anderson et Murphy 1995[34] et Davies et al., 1996 [35]), **les deux causes les plus fréquentes** de transferts retrouvées dans notre étude sont la **stagnation de la dilatation** ou la dystocie dynamique et la **rupture prématurée des membranes**. Ces transferts ne représentent à priori pas une urgence.

Les anomalies de rythme cardiaque fœtal (RCF) ont motivé le transfert de 8 femmes, la constatation d'un liquide teinté ou méconial celui de 7 femmes (10,8%) et des métrorragies importantes pendant la dilatation celui d'une femme. Ainsi, seuls 16 des transferts de notre étude pourraient représenter une urgence.

Pour permettre une meilleure analyse des situations de transferts, il serait nécessaire que le caractère d'urgence ou non de celles-ci apparaissent sur la grille de recueil remplie par les sages femmes.

13,1% des femmes ayant un terme = 41 SA (48 sur 366) ont été transférées pendant le travail contre 8,7% des femmes ayant un terme < 41 SA. De plus, parmi les 8 femmes ayant été transférées en cours de travail pour anomalies du RCF, 6 ont un terme = 41 SA et parmi les 7 femmes transférées pour liquide teinté ou méconial, 4 ont un terme = 41 SA.

Par ailleurs, les résultats pour les enfants nés après 41 SA en structure sont bons puisqu'on ne retrouve aucun score d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes et un seul enfant a dû être transféré de façon secondaire vers un service de pédiatrie.

Ceci amène, cependant à réfléchir sur la limite de terme acceptable pour un accouchement à domicile, puisque le taux de transferts semble augmenter après 41 SA et qu'il y a plus d'indications de transfert relevant de l'urgence. Murphy et al., 1998 [33], ont retrouvé, dans leur étude, que la mortalité per-partum durant les accouchements à domicile planifiés est observée essentiellement lors d'inhalation méconiale dans des cas de grossesses prolongées.

Il est important de rappeler qu'une surveillance rapprochée des femmes atteignant 41 SA est nécessaire.

On observe de plus mauvais résultats en terme d'interventions pendant l'accouchement, de réanimation du nouveau-né et de score d'Apgar à cinq minutes pour les accouchements en structure hospitalière après transferts que pour les accouchements à domicile mais cela semble logique. En effet, puisque le transfert a lieu la plupart du temps à cause d'une pathologie, ce groupe est à plus « haut risque » que celui des femmes accouchant effectivement à domicile.

Le taux d'épisiotomies et de périnéés complets est plus important après transfert mais cela semble également assez logique étant donné le recours aux forceps et spatules.

Les transferts d'enfants vers un service de pédiatrie ne sont pas plus importants pour les enfants nés en structure hospitalière après transfert maternel pendant le travail. Aucun décès d'enfants n'a été constaté dans notre étude après transfert maternel en cours de travail.

b) après l'accouchement

Le taux de transfert retrouvé dans notre étude est proche de ceux trouvés dans les études étrangères.

	% transferts après l'accouchement
Notre étude	0,6%
Anderson, 1996, N=11788	0,8%
Murphy	0,8%

Tableau : comparaison des taux de transfert dans le post-partum dans la littérature

La première cause est l'hémorragie de la délivrance comme dans notre étude.

Aucune mort maternelle n'a été constatée dans notre étude mais le faible effectif de notre population d'étude ne nous permet pas de conclure sur le taux de mortalité maternelle.

9) Indicateurs attestant de la qualité de l'écoute et du soutien apportés aux couples.

a) La préparation à la naissance

87,5% des patientes ont suivi une préparation à la naissance, avec une différence significative entre les primipares (96,6%) et les multipares (83,8%). On aurait pu penser que

cette différence n'existerait pas puisque la préparation à la naissance est une composante importante de l'accompagnement global, notamment lorsqu'un accouchement à domicile est envisagé. Cependant, certaines multipares ont déjà accouché avec la sage-femme qui les suit pendant la grossesse et ne ressentent donc pas le besoin de suivre nouveau les cours.

Dans l'enquête périnatale de 1998, seulement 25% des multipares ont effectué une préparation à la naissance et 69,7% des primipares. Le taux de préparation parmi les patientes bénéficiant d'un A.G.M. est donc très élevé. La préparation à la naissance va être l'occasion de préparer la venue de l'enfant dans une prise de conscience globale de l'événement. Les souhaits, les attentes du couple sont envisagés et les futurs parents sont invités à définir leur place dans cet événement. La préparation à la naissance a donc une place importante pour permettre aux futurs parents de s'approprier une confiance en leurs capacités parentales. De plus, l'accouchement à domicile requiert une préparation particulière notamment pour la gestion de la douleur.

C'est pourquoi **40,1% des femmes entreprennent la préparation à la naissance précocement** (dès le premier trimestre de grossesse pour 3,8% des femmes et au deuxième trimestre de grossesse pour 36,3% des femmes).

Dans 95,2% des cas, la sage-femme pratiquant l'accouchement assure les cours de préparation (totalement pour 82,7% et en partie pour 12,5% des femmes). Seulement 4,8% des femmes ont effectué la préparation à la naissance avec une sage-femme différente de celle accompagnant la grossesse et l'accouchement. C'est parfois parce que la patiente veut effectuer un type particulier de préparation que la sage-femme proposant l'A.G.M. ne réalise pas.

b) Choix des positions pendant le travail et l'accouchement

96,7% de l'ensemble des patientes ont pu choisir leur position pendant le travail. Une seule patiente (sur les 561 pour lesquelles cet item était renseigné) n'a pas pu choisir sa position à l'expulsion à domicile contre 51 patientes sur 65 transférées.

Une grande liberté est laissée à la patiente dans la gestion du travail.

La mobilité est importante pendant le travail, pour améliorer le confort maternel. Sans péridurale, la gestion de la douleur nécessite de changer régulièrement de positions afin d'en trouver certaines antalgiques. La femme en travail adapte donc sa position en fonction de son ressenti, favorisant l'accommodation de la tête fœtale par ces mêmes positions asymétriques

La mobilité est donc importante pour permettre au bassin de bouger et ainsi faciliter la descente et l'engagement de l'enfant. [36]

Cette liberté de mouvement est facilitée par la surveillance discontinue du RCF.

c) La durée du suivi par la sage-femme en suites de couches

84,8% des femmes bénéficient d'un suivi postnatal par la sage-femme d'une semaine ou plus avec une durée pouvant aller jusqu'à 45 jours. La sage-femme joue un rôle de soutien psychologique et de conseil à l'allaitement, aux soins maternels à l'enfant, répond aux préoccupations familiales. Les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global proposent un accompagnement personnalisé et adaptent donc la durée de leur présence auprès des familles en fonction de leurs besoins. Ceci tranche avec la politique des sorties précoces des maternités qui est en place aujourd'hui. Comme le décrivent Nicole Mamelle et ses collaborateurs, dans un rapport sorti par le réseau AUDIPOG en avril 2004, le taux de sorties précoces (= 3 jours après une voie basse et = 5 jours après une césarienne) n'a cessé d'augmenter de 1994 à 2002 (1,7% de sorties avant 3 jours en 1994 et 7% en 2002). [29] Dans ce même rapport, pour la population étudiée, 3,1% des patientes ayant accouché par voie basse ont une durée de séjour = 8 jours dans leur maternité en 2002 et 3,2% en 2003. Le soutien apporté aux mères qu'il soit psychologique, ou en terme d'éducation aux soins de puériculture ou à l'allaitement s'en trouve ainsi réduit en l'absence d'un relais effectif à domicile.

d) L'allaitement maternel

Dans notre étude, nous retrouvons un taux d'**allaitement maternel à J0 de 98,9%, de 99,4% à J8**. Dans l'enquête périnatale de 1998 [26], c'est un chiffre de 45% qui est retrouvé pour un allaitement maternel exclusif à J5 pour la population des femmes ayant accouché en maternité cette même année. Le taux d'allaitement à la naissance calculé d'après les certificats de santé du huitième jour pour 2002 fait état de 56,2% de femmes allaitant.

Dans notre étude, à un mois de vie de l'enfant 76,4% des mères allaitent encore et après un mois ce pourcentage est de 69,8%

Dans l'ensemble des enquêtes nationales, il est établi que les taux d'allaitement sont plus élevés avec :

- L'augmentation de l'âge

- Le niveau d'étude plus élevé
- La préparation à la naissance
- Le soutien dans le post-partum
- L'attitude positive de la femme
- L'absence de distribution d'échantillons de lait artificiel
- L'activité professionnelle avant l'accouchement
- Les femmes ayant pris un congé parental ou sans solde
- L'intention de reprendre son activité professionnelle

Certains de ces facteurs semblent bien présents dans la population étudiée ici. Les femmes de notre étude sont plus âgées que l'ensemble des femmes ayant accouché en structure hospitalière en 1998, ont plutôt un niveau d'étude élevé. Le taux de préparation à la naissance est très élevé parmi les femmes de notre étude et le soutien apporté dans le post-partum est important comme en témoigne la durée de suivi par la sage-femme.

Les résultats retrouvés ici sont plutôt encourageants pour l'accouchement à domicile, cependant l'effectif faible de notre population d'étude ne nous permet pas de généraliser nos résultats.

Pour conclure sur la sécurité de l'accouchement à domicile et valider l'hypothèse selon laquelle l'accouchement à domicile n'augmente pas les risques périnataux si des critères de sélection des patientes précis et validés sont appliqués, il serait nécessaire d'effectuer une étude prospective appareillant chaque femme désirant accoucher à domicile avec une femme accouchant à l'hôpital ; ces deux groupes étant à bas risque obstétrical et homogènes pour l'âge, la parité et le niveau socio-économique.

Il est nécessaire d'insister sur le fait que ces résultats encourageants ont été obtenus avec le savoir-faire de sages-femmes ayant une grande expérience de l'accouchement à domicile et des compétences cliniques confirmées.

II) Enquête d'opinion

1) Profil de la population interrogée :

Les femmes interrogées ont les mêmes caractéristiques sociodémographiques que les femmes de notre étude descriptive. La répartition des classes d'âge est quasiment la même, les femmes vivent quasiment toutes avec le père de l'enfant, sont plutôt françaises, de niveau d'études supérieur. La proportion de primipares et de multipares est quasiment la même. L'échantillon interrogé semble donc assez proche de notre population d'étude.

57,9% des multipares interrogées avaient déjà une expérience de l'accouchement à domicile, 36,8% n'avaient jusqu'alors accouché qu'à l'hôpital.

2) Choix et vécu de l'accompagnement :

50% des femmes interrogées ont rencontré la sage-femme qui les a accompagnées grâce à une **amie**. Il faut savoir que dans le département où exercent les sages-femmes qui nous ont fourni les adresses des patientes, l'accouchement à domicile est une pratique qui se développe beaucoup et les expériences à ce sujet circulent. Ainsi des femmes ayant une bonne expérience vont en parler autour d'elles.

La première raison évoquée pour le choix de l'A.G.M. est un **suivi en maternité non satisfaisant**. Les femmes dénoncent un manque d'écoute, même une « *impression d'insécurité* ». Le suivi leur semble moins personnalisé. Elles ont le sentiment d'être réduites à une chose et cela contraste, selon elles, avec le caractère très humain des contacts existant avec la sage femme pratiquant l'A.G.M.

Les femmes expriment le fait que grâce à cet accompagnement, elles ont confiance en elles, en leur capacité à donner naissance à leur enfant et à assumer leur rôle de mère. Elles prennent conscience de leurs responsabilités et de leur engagement dans la naissance de leur enfant. Elles s'y trouvent bien préparées.

Les femmes parlent d'un suivi sur la durée, où les liens entre la sage-femme et le couple sont forts de la confiance qui s'est installée entre eux. Les consultations sont l'occasion pour elles de parler de leur ressenti, elles durent suffisamment longtemps pour que tout ce qu'elles souhaitent aborder puisse l'être. L'« *écoute* » y a une très grande place. Plusieurs études

étrangères (Mac Dorman et Singh, 1998; Thomson, 2000 [37]) ont montré que les sages-femmes passent plus de temps avec les femmes en consultations prénatales que les médecins. Les femmes se sentent donc écoutées, reconnues individuellement, avec leur caractère propre, leur histoire, leurs attentes, leurs peurs aussi. Une véritable « *complicité* » s'installe. L'écoute et la clarté des réponses semblent engendrer la « *sérénité* » chez ces femmes. La totale disponibilité de la sage-femme est aussi un facteur important pour les couples. Les femmes se sentent comprises entourées et connues.

Le fait d'apprendre à connaître la sage-femme qui sera présente à l'accouchement représente un point important pour ces femmes. Plusieurs auteurs ont rapportés que les femmes qui avaient rencontré en cours de grossesse la sage-femme qui serait présente à l'accouchement se sentaient plus à l'aise le jour de la naissance [38] et avaient une meilleure expérience de celle-ci [39]. La continuité du suivi (une seule personne pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum) satisfait énormément les couples.

Les patientes manifestent clairement le désir d'une indépendance, d'un droit sur leurs désirs et leur corps (ainsi que celui du fœtus).

Toutes ces données ont été retrouvées par Karine TROXLER, en 2003 [12]. Elle aussi avait interrogé des femmes bénéficiant d'un A.G.M. mais avec accouchement en plateau technique.

Ainsi, notre hypothèse selon laquelle l'accompagnement global permet une prise en charge optimale de la patiente car personnalisée, assurant un réel soutien du couple dans la période de la maternité est confirmée.

3) *Choix et vécu de l'accouchement à domicile*

Dans notre étude, 89,3% des femmes étaient **d'emblée demandeuse** d'un accouchement à domicile. Ce choix est donc un désir profond de la femme, un choix personnel pour l'immense majorité. Le choix n'a jamais été induit par la sage-femme. De plus, pour près de 70% des femmes (primipares comme multipares) ce choix s'est imposé à elles avant la grossesse. Elles ont donc entamé une réflexion sur la façon dont elles voulaient donner naissance avant leur grossesse, cela montre qu'elles sont impliquées dans les prises de décision concernant leur maternité.

Ce qui ressort le plus de notre étude concernant les motivations et le vécu de l'accouchement à domicile, c'est la demande des femmes de vivre la naissance dans

l'intimité, le respect des désirs en intégrant le reste de la famille à l'évènement pour un **accueil du nouveau-né privilégié et dans la douceur**. Ces données sont retrouvées par Théau A., 1998 [1].

Certaines femmes, qui ont accouché en maternité avant de découvrir l'A.G.M., ont évoqué le fait qu'elles ont eu le sentiment de se faire « *voler leur accouchement* ». « *Le personnel médical fait tout* » d'après des protocoles qu'elles disent « *rigides* » sans aucune « *personnalisation* ». Elles parlent d'accouchement « *passif* » qu'elles opposent à l'accouchement à domicile qu'elles viennent de vivre et pendant lequel elles ont apprécié d'être « *participatives* » ainsi que leur conjoint qui a pu les soutenir (en les massant, en les aidant à prendre différentes positions pendant le travail...)

Harris G., sage-femme australienne a listé dans un article paru en juin 2000 dans l'Australian College of Midwives Incorporated Journal [40] les raisons évoquées par les femmes pour choisir un accouchement à domicile dans différentes études étrangères.

Comme pour les femmes que nous avons interrogées, les femmes choisissant l'accouchement à domicile évoquent la continuité des soins : elles veulent être accompagnées par une personne qu'elles connaissent et qui est consciente de leurs désirs et de leurs priorités. Ainsi la compréhension de la patiente par la sage-femme est facilitée. Dans le contexte d'une relation de confiance, les peurs et les incertitudes quant à la naissance peuvent être évoquées avec honnêteté.

En accouchant à la maison, les femmes ne sont pas séparées de leur mari et de leurs autres enfants, leurs repères familiaux sont conservés. Elles peuvent contrôler leur environnement et choisir qui sera présent à l'accouchement. Elles peuvent adapter leurs positions pendant le travail et l'accouchement autant qu'elles le veulent. Elles sont à l'écoute de leur corps.

Les femmes qui accouchent à domicile souhaitent une naissance naturelle avec peu d'interventions. Elles voient la naissance comme un évènement normal de la vie et non comme une maladie nécessitant d'aller à l'hôpital. Au domicile du couple, c'est la sage-femme qui pénètre dans l'univers des personnes qu'elle va accompagner (à l'hôpital c'est la femme qui arrive dans le monde des soignants), ainsi, la sage-femme va être plus amenée à demander la permission à la femme pour pratiquer tel ou tel acte et à expliquer à la patiente et à sa famille pourquoi elle le fait.

Harris G. signale également que des expériences non satisfaisantes à l'hôpital amènent les femmes à opter pour un accouchement à domicile.

Morison S. et al., dans une étude Australienne, ont recueilli en 1998 le témoignage de dix couples ayant vécu l'expérience d'un accouchement à domicile. Ils notent que les parents

ayant ce projet expriment leur désir d'avoir un certain contrôle sur leur santé et de partager la responsabilité des soins pour la naissance de leur enfant avec la sage-femme, souhait également prononcé par les femmes interrogées dans notre étude [41].

Dans l'étude de Davies et al., en 1996, déjà citée les femmes ont été également interrogées sur les raisons qui leur ont fait préférer un accouchement à domicile plutôt qu'à l'hôpital. Comme dans notre étude, les femmes évoquent un accouchement naturel, l'implication du partenaire, les moindres interventions pendant le travail, et un accueil de l'enfant avec moins de « stress ». [35]

4) Satisfaction

La satisfaction des « patients » est un élément important pour l'évaluation d'un modèle de soins.

Dans notre étude, 27 des 28 patientes interrogées sont satisfaites ou très satisfaites de l'accompagnement dont elles ont bénéficié dans les périodes pré-, per- et postnatale.

Des comparaisons ont été faites entre des femmes accouchant à domicile et d'autres accouchant à l'hôpital. Dans une étude canadienne (1988, Fleming et al. [42]) des femmes qui ont donné naissance à leur enfant à domicile étaient plus satisfaites de leur expérience que celles qui avaient accouché à l'hôpital. Leur niveau de satisfaction était relié au fait qu'elles avaient subi moins d'interventions médicales et qu'elles avaient plus de contact avec leur enfant. Leur plus grande satisfaction était également due à la continuité du suivi (une seule sage-femme).

Dans une étude canadienne, Harvey et al. en 2002 ont montré que des femmes présentant une grossesse à bas risque sont plus satisfaites lorsque les soins sont assurés par des sages-femmes que par des médecins. [43]

Deux patientes interrogées ont été transférées au cours du travail, l'une d'entre elles s'est dite peu satisfaite de l'accompagnement réalisé par la sage-femme pendant la préparation à la naissance et le travail. Nous avons recherché des études s'intéressant au vécu des femmes ayant accouché en structure hospitalière après un transfert. Wieggers et al. ont montré en 1998 que le transfert en cours de travail d'une femme avait peu d'influence sur l'expérience de la naissance. [44]

Dans notre étude 100% des femmes interrogées disent vouloir renouveler l'expérience de l'accouchement à domicile lors d'une prochaine grossesse. Ceci montre bien que leurs attentes ont trouvé satisfaction dans ce type d'accompagnement.

III-Propositions en lien avec l'exercice professionnel

Les résultats ici présentés nous amène à proposer quelques réflexions autour de la naissance.

1)Accouchement a domicile

Comme nous l'avons déjà dit, une étude comparative entre accouchement à domicile et accouchement à l'hôpital serait nécessaire pour conclure sur la sécurité de l'accouchement à domicile. Pour cela, il serait intéressant que L'A.N.S.F.L. communique ses résultats au réseau sentinelle AUDIPOG. En effet, les adhérentes utilisent une fiche élaborée sur le modèle du dossier AUDIPOG, comprenant donc des items similaires à ceux du dossier et rendant ainsi la comparaison aisée avec un groupe de femmes à bas risque obstétrical, accouchant à l'hôpital. Cette étude devrait être nationale et inclure un plus grand nombre de femmes planifiant un accouchement à domicile notamment pour conclure sur la morbidité maternelle et périnatale. Pour être complète, cette étude devrait également permettre un suivi à plus long terme des enfants nés à domicile.

La demande d'accouchement à domicile existe bien en France même si elle reste marginale. Il est du devoir des professionnels de rester à l'écoute des désirs des femmes et de les informer pour qu'elles puissent faire un choix éclairé. Une réflexion autour de la naissance à domicile nous paraît donc importante (comme le préconisent les Etats Généraux de la naissance) pour que des conditions de sécurité entourent ces accouchements et pour que les femmes faisant ce choix, même si elles sont minoritaires, puissent être accompagnées dans leur projet. Il serait intéressant que la charte élaborée par l'A.N.S.F.L. soit reconnue au niveau national pour encadrer les pratiques de l'accouchement à domicile. En effet, notre étude s'est limitée à l'évaluation des pratiques des professionnels respectant cette charte, mais tous les praticiens de l'accouchement à domicile appliquent-ils les principes qu'elle énonce ?

Ainsi, il nous paraît fondamental de revenir sur ces grands principes :

-la sélection des femmes à bas risque médico-psycho-social est indispensable. Elle se fait tout au long de la grossesse et jusqu'à la fin de l'accouchement (une révision de la décision doit être possible à tout moment).

-la sage-femme doit donner une information impartiale et claire aux parents sur leur choix afin qu'ils soient conscients de la part de responsabilité qu'ils prennent.

-il est nécessaire de s'assurer que le domicile choisi pour l'accouchement soit un environnement sécuritaire, accessible par les services d'urgence.

-il faut se préparer à une rapidité d'évacuation en cas de nécessité et une liaison avec la structure médicale d'accueil pour les cas d'urgence doit être établie avant l'accouchement. Les différents professionnels doivent se connaître et travailler en partenariat. Il faut donc ici insister sur la qualité de la mise en place d'un éventuel transfert.

-les professionnels accompagnant les femmes à domicile doivent être expérimentés et bien formés notamment à la réanimation néonatale qui nécessite peu de matériel, mais beaucoup de compétences et d'expérience.

- les professionnels doivent baser leur travail sur des données probantes. Ce principe est défendu par le rapport « Changing Childbirth » rédigé par l'Expert Maternity Group et publié par le Ministère de la Santé en Angleterre (1993) ; il consiste en « *l'utilisation judicieuse des meilleurs éléments de preuves disponibles, afin que le clinicien et le patient arrivent à la meilleure décision, tout en ayant pris en considération les besoins et les valeurs du patient.* »

D'autres éléments non évoqués dans la charte doivent être précisés. Notamment, une réflexion doit être engagée sur le temps minimal nécessaire pour aller du domicile des parents à l'hôpital. Le temps doit être évalué à partir de la distance du domicile à l'établissement médical, mais aussi en fonction, de la géographie, des routes (petites routes montagneuses ou autoroutes), du trafic (fluide ou dense en période de pointe) et de la météo (tempête de neige...)

Ce critère de temps n'a pas été retenu dans la grille de recueil de données élaborée par l'A.N.S.F.L. et il serait nécessaire de l'y ajouter.

2) Accompagnement de la grossesse et de l'accouchement

La satisfaction manifestée par les femmes dans notre étude ne se borne pas à l'accouchement à domicile, mais bien à l'accompagnement de la maternité réalisé par les

sages-femmes libérales. Notre étude doit donc servir à faire des propositions pour chercher à améliorer l'accompagnement des femmes accouchant en structure hospitalière, puisqu'il s'agit de la grande majorité des femmes françaises.

En effet, l'institution hospitalière et son mode d'accompagnement des couples suscitent des commentaires plutôt négatifs de la part des femmes que nous avons interrogées. À nous de modifier ou de réorganiser le modèle de la prise en charge hospitalière des couples pour que leur satisfaction soit meilleure à l'hôpital.

Il pourrait être intéressant de s'inspirer du modèle proposé par Kennedy et al. dans une étude américaine en 2000 sur ce que devrait être la pratique exemplaire des sages-femmes [45]. Les compétences mises en exergue sont assez proches de celles reconnues aux sages-femmes libérales de notre étude. Ainsi, les sages-femmes devraient :

- reconnaître et respecter la femme comme un être unique avec son histoire, comme une personne à l'intérieur de son contexte familial qu'il faut prendre en compte pour proposer des soins personnalisés et appropriés.

- être le guide de la femme, l'écouter attentivement, contribuer à lui donner une connaissance de son corps pour lui permettre d'avoir confiance en sa capacité à devenir mère, avoir un rôle majeur d'information et d'éducation à la santé.

- instaurer un climat de confiance propice au dialogue.

- valoriser la normalité de la grossesse et de la naissance. L'utilisation de la technologie doit être judicieuse et appropriée. Il s'agit de ne pas brusquer le processus de la naissance et de n'avoir recours à des interventions que lorsque cela est nécessaire. Les soins proposés doivent être personnalisés. À l'époque où le déficit de la sécurité sociale anime beaucoup de débats, la prise en compte des avantages financiers d'une telle attitude peut être intéressante. Une réflexion sur la nécessité des examens pourrait permettre une certaine parcimonie dans leur prescription et donc amener à réaliser des économies.

Les compétences des sages-femmes doivent reposer sur des connaissances solides, une expérience clinique importante et une vigilance constante prenant en compte les dires et le ressenti de la femme. Une remise en question régulière de ces compétences et connaissances théoriques est nécessaire.

Bailes (2000) rejoint Kennedy et al. en soulignant le fait que « *la femme lors du processus de la grossesse a le droit à des informations complètes et à une participation active dans tous les aspects des soins* » [46]. Les femmes doivent s'interroger sur la manière dont elles veulent

vivre leur grossesse. Une réflexion doit être engagée sur les examens à pratiquer pendant la grossesse et sur les interventions à réaliser pendant le travail. Le professionnel doit soutenir leurs désirs et respecter leur intimité. Dans la société actuelle, où les plaintes des patients sont en augmentation, les recours en justice existeront d'autant moins que les couples se sentiront écoutés et auront été éduqués à prendre la responsabilité de leur santé.

Les résultats présentés dans notre étude mettent donc en avant le rôle majeur que la sage-femme doit jouer pour les soins à prodiguer en cas de grossesse normale. Or, plusieurs facteurs empêchent les sages-femmes de jouer pleinement leur rôle dans ce domaine. Tout d'abord, en France, les grossesses peuvent être suivies par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue obstétricien, quelque soit le risque de la patiente. Paradoxalement, une femme à bas risque peut être suivie par un gynécologue obstétricien et une femme à haut risque par une sage-femme ou un médecin généraliste. Ne serait-il pas judicieux de redéfinir précisément les compétences de chacun pour une organisation plus claire des responsabilités ? Comme le souligne le rapport rendu au ministre de la santé en septembre 2003 [47], *« l'organisation des soins doit permettre [...] en identifiant le bas risque et le haut risque dès le début de la grossesse de réserver en priorité aux sages femmes la surveillance et l'accompagnement des femmes enceintes tout au long de leur grossesse quand elle est physiologique et de leur préparation à la naissance, [...] de faire une large part au respect de la physiologie de l'accouchement. »* D'autre part, la démographie actuelle des sages-femmes ne leur permet pas de consacrer un temps suffisant à chaque patiente. Le développement du temps partiel (30 % à l'hôpital selon les données du Ministère de la Santé), l'augmentation importante du nombre de sages-femmes cessant leur activité (+ 25 % en moyenne par an depuis 1998) créent une pénurie de sages-femmes. Pour assurer l'urgence obstétricale des consultations sont supprimées. La préparation à l'accouchement n'est plus assurée dans tous les établissements.

En outre, il semble intéressant de créer au sein du secteur hospitalier des conditions d'accouchement s'approchant de celles du domicile avec en plus, un environnement médical et un accès au plateau technique chirurgical constant pour assurer les situations d'urgence. Il serait intéressant de réfléchir au développement de salles de naissance plus conviviales et chaleureuses qui permettrait au couple de préserver leur intimité. Il semble également important d'essayer de respecter la liberté de la femme pendant l'accouchement en lui permettant une déambulation pendant le travail et un choix de la posture d'expulsion.

L'ouverture des locaux de la maternité et du plateau technique aux sages femmes libérales devrait être plus favorisée pour permettre aux femmes de choisir la sage-femme qui les accompagnera au cours de la grossesse et de l'accouchement et ainsi favoriser la continuité des soins qui semble être une valeur importante pour les femmes.

Les femmes enceintes souhaitant un accouchement plus naturel sont sûrement plus nombreuses que celles désirant accoucher à domicile, c'est pourquoi de telles évolutions au sein de l'hôpital sont certainement à envisager.

Conclusion

Notre étude a permis d'évaluer les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global avec accouchement à domicile et respectant la charte rédigée par l'association nationale des sages-femmes libérales. La population sélectionnée est à bas risque.

Le soutien et l'écoute attentive recherchés par les femmes pendant la grossesse et l'accouchement est une priorité pour les sages-femmes libérales. Les parents qui souhaitent être mis au centre du système de soins trouvent leur place dans ce type d'accompagnement.

Nous avons mis en évidence un faible taux d'interventions pendant l'accouchement (épisiotomies, extractions instrumentales, césariennes), d'interventions pour les nouveaux-nés (réanimation à la naissance, de transferts vers un service pédiatrique) et un faible taux de mortalité périnatale (0,9 ‰), le taux de transfert per-partum étant de 10%. Aucune mort maternelle n'a été retrouvée. Les risques maternels et périnatals ne semblent donc pas augmentés lorsque des critères précis de sélection médico-psycho-sociaux sont appliqués tout au long de la grossesse et du travail. Une étude comparative entre accouchements à domicile et accouchements à l'hôpital serait cependant nécessaire pour vraiment conclure sur la sécurité de l'accouchement à domicile. Notre travail met, en tout cas, en lumière la nécessité d'une réflexion sur ce choix de naissance.

Au regard des témoignages recueillis, nous constatons que les couples sont pleinement satisfaits d'avoir vécu l'attente et la venue de leur enfant dans les conditions du suivi global proposé par les sages-femmes. Le respect de la physiologie, le respect de chacun, le respect des volontés, l'écoute, le soutien sont pour les couples autant de priorités à ne pas négliger pour vivre une maternité heureuse ; ce constat doit être pris en compte pour améliorer le suivi des femmes à l'hôpital.

Bibliographie

1. THEAU A., 1998, 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, 155 p.
2. VIVIEZ M., 1983, Mémoires d'une sage-femme de l'Ardèche, au nez et à la barbe des gens pressés. Ed Peuple libre, 221p.
3. Articles L4151-1 et L4151-4 du code de la santé publique, Loi n°2004-806 du 9 août 2004, art. 101, Journal officiel du 11 août 2004.
4. Haut comité à la santé publique, 1994, La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance. Rapport au ministère de la santé et des affaires sociales, 210 p.
5. Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998. Journal officiel de la République Française, 10 octobre 1998, pp.15343-15348.
6. LERAILLEZ J., septembre-octobre 2000, La périnatalité. A propos des décrets du 9 octobre 1998, *Mt pédiatrie*, volume 3, n°5, pp.344-348.
7. AKRICH M., PASVEER B., Comment la naissance vient aux femmes ? Les techniques d'accouchement en France et aux Pays-Bas , Ed MIRE, Collection Les empêcheurs de penser en rond, 194 p.
8. « L'obstétrique aux pays bas », *les dossiers de l'obstétrique*, 1999, n°271.
9. DUPUIS O. et col, 2002, Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000, *Gynécol Obstét Fertil*, 30, pp.677-683.
10. MADI B., CROW R., 2003, A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for a place of delivery, *Midwifery*, vol.19, issue 4, pp.328-336.
11. Etats généraux de la naissance, 6 juin 2003, conclusions, 11 p.
12. TROXLER K. « science sans conscience n'est que ruine de l'âme »...et du porte-monnaie... ou de l'intérêt de l'accompagnement global de la maternité en France, mémoire d'élève sage-femme de Nancy, 2003, 133 p.
13. JEANVOINE C., 27-28 octobre 1994, Accouchement à domicile en Lorraine (Nancy), expérience de sage-femme libérale pratiquant un accompagnement global de la naissance, XXIVèmes Journées de la Société Française de Médecine Périnatale à Vittel.
14. JEANVOINE C. , 1993, Accompagnement global de la naissance, entretiens de BICHAT, pp. 43-47.
15. TOURNE C., 1997, Approche psychosomatique globale en obstétrique, *Les Dossiers de l'obstétrique* n°248.
16. VUILLE M., 19 septembre 2000, Approche sociologique de la profession de sage-femme à travers l'accompagnement global, Journée régionale de formation des sages-femmes

de Bourgogne, « Naître dans l'eutocie à l'aube du troisième millénaire : une approche européenne », Dijon, 8 p.

17. VUILLE M., avril 2000, Les sages-femmes face à l'accompagnement global, quels enjeux professionnels et sociaux ? *Perspective soignante* n°7, pp.125-143.

18. Article L6146-10 du code de la santé publique, Loi n°2002-303 du 4 mars 2001, art. 38, Journal officiel du 5 mars 2002 en vigueur le 5 septembre 2002.

19. Northern Regional Perinatal Mortality Survey Coordinating Group, 1996, Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births, *British Medical Journal (Br Med J)*, 313, pp.1306-1309.

20. WIEGERS TA., KEIRSE MJNC et al., 1996, Outcome of planned home and planned hospital birth in low risk pregnancies : prospective study in midwifery practices in the Netherlands, *Br Med J*, 313, pp.1309-1311.

21. OLSEN O., 1997, Meta-analysis of the safety of home birth, *Birth*, 24, pp.4-13.

22. CHAMBERLAIN G., WRAIGHT A. et al., 1996, Home births. The report of the 1994 Confidential Enquiry of the National Birthday Trust Fund, Londres, Parthenon Publishing, 293p.

23. ACKERMAN-LIEBRICH U., VOEGELI U. et al., 1996, Home versus hospital deliveries: follow-up study of matched pairs for procedures and outcomes, *Br Med J*, 313, pp.1313-1318.

24. CAMPBELL R., MC FARLANE A., 1996, Where to be born: the debate and the evidence, Oxford : National Perinatal Epidemiology Unit.

25. OLSEN O., 1997, Home versus hospital birth, *Cochrane Library*, issue 1, Oxford : Update Software, art n°CD000352.

26. BLONDEL B., NORTON J., du MAZAUBRUN C., BREART G., Enquête périnatale 1998, INSERM U.149, 25p.

27. ANAES, mars 2002, Intérêts et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal, 9 p.

28. FIGO, 1992, Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and obstetrics, *Int J Gyneol Obst.*

29. MAMELLE N., DAVID S. et al., avril 2004, La santé périnatale en 2002-2003, évaluation des pratiques médicales, centre de coordination INSERM Lyon, disponible sur <http://www.audipog.inser.fr>

30. ZHANG J., BERNASKO J.W., LEYBOVICH E., et al., 1996, Continuous labor support from labor attendant from primiparous women : a meta-analysis, *Obst gynaecol*, 88, pp.739-744.

31. SCOTT K.D., BERKOWITZ G., KLAUS M., et al., 1999, A comparison of intermittent and continuous support during labour: a meta-analysis, *Am J Obstet Gynaecol*, 180.
32. Organisation mondiale de la santé, 1997, Les soins liés à un accouchement normal: Rapport d'un groupe de travail technique, pp.35.
33. MURPHY PA, FULLERTON J., 1998, Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice : a prospective descriptive study, *Obstet Gynecol*, 92, 3, pp. 461-470.
34. ANDERSON RE., MURPHY PA, 1995, Outcomes of 11 788 planned home births attended by certified nurse-midwives, a retrospective study, *Journal of Nurse-Midwifery*, 40,6, pp. 483-492.
35. DAVIES J., HEY E. et al., 1996, Prospective regional study of planned home births, *Bred Med J*, 313, pp. 1302-1306.
36. De GASQUET B., 2002, Bien être et maternité, Ed Implexe, 370 p.
37. THOMSON A., 2003, Are midwives and obstetricians interchangeable? *Midwifery*, 19, pp.161-162.
38. FARQUHAR M., CAMILLERI-FERRANTE C., TODD C., 2000, Continuity of care in maternity services : women's views of one team midwifery scheme, *Midwifery*, 16, pp.35-47.
39. HOMER C., DAVIS K. et al, 2002, Women's experience of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia, *Midwifery*, 18, pp. 102-112.
40. HARRIS G, juin 2000, Home birth and independent midwifery, *Australian College of Midwives Incorporated Journal*,13(2), pp.10-16.
41. MORISON S., HAUCK Y. et al., 1998, Constructing a home birth environnement through assuming control, *Midwifery*, 14, pp.233-241.
42. FLEMING A., RUBLE D. et al., 1998, Place of childbirth influences feeling of satisfaction and control in first time mothers, *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 8, pp. 1-17.
43. HARVEY S., RACH D. et al., 2002, Evaluation of satisfaction with midwifery care, *Midwifery*, 18, pp.260-267.
44. WIEGERS T., VAN DER ZEE J. et al., 1998, Transfer from home to hospital, what is the effect on the experience of childbirth ?, *Birth*, 25, 1, pp.19-24.
45. KENNEDY H., 2000, A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study, *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45, 1, pp.4-18.
46. BAILES A., JACKSON M., 2000, Shared responsibility in home birth practice: collaborating with clients, *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45, 6, pp.537-543.

47. BREART G., PUECH F., ROZE JC., Septembre 2003, Mission périnatalité, conclusions, vingt propositions pour une politique périnatale, 26 p.

Annexes

Annexe 1 : Verloskundige Indicatie List (VIL)

LISTE DES INDICATIONS MEDICALES

A = Soins primaires, délivrés à domicile ou en polyclinique

B = Consultation avec l'obstétricien

C = Soins secondaires par un obstétricien à l'hôpital

1.1. Antécédents médicaux

A. Maladies neurologiques

Epilepsie, hémorragie subarachnoïdienne, sclérose en plaque B
Hernie discale (non-développée durant la grossesse) A

B. Autres maladies

Tuberculose C
Asthme B
Maladies cardiaques B
Maladies thromboemboliques B
Troubles de la coagulation C
Néphropathies B
Diabète C
Maladie d'Addison, Syndrome de Cushing C
Hypothyroïdie B
Hyperthyroïdie C
Anémie (Hb inférieure à 6g/dl) B
Colite ulcéreuse, Maladie de Crohn C

C. Maladies gynécologiques

Prolapsus vaginal B
Conisation C
Myomectomie, fibrome sous-séreux A
Myomectomie, fibrome sous-muqueux ou intramural C
Fistule vésicovaginale ou rectovaginale C
Frottis cervico-vaginal anormal A
Cas de carcinome C
Exposition au DES A
Dispositif intra-utérin A
Infertilité A
Fracture du pelvis B

D. Divers

Usage de drogues dures C
Désordres psychiatriques B

1.2. Antécédents obstétricaux

Immunisation rhésique	C
Hypertension artérielle gravidique	A
Fausse couches spontanées à répétition	A
Accouchement prématuré	B
Béance cervico-isthmique	C
Placenta praevia	C
Extraction fœtale (forceps, ventouse)	A
Césarienne	C
RCIU	C
Asphyxie néonatale	B
Décès fœtal	B
Décès néonatal	B
Malformation congénitale	B
Hémorragie du post-partum	B
Délivrance artificielle	B
Déchirure périnéale du troisième degré	A
Psychose puerpérale	A
Section de la symphyse	A
Nullipare supérieure à 35 ans	B
Multipare supérieure à 40 ans	B
Age inférieur à 15 ans	A
Grande multiparité	A

2. Anomalies de la période prénatale

Anémie (Hb inférieure à 6g/dl)	B
Pyélonéphrite	A
Rubéole, cytomégalovirus	A
Toxoplasmose	C
Herpès	B
Hépatite avec Ag HBs positif	A
Hernie discale apparue pendant la grossesse	B
Frottis cervico-vaginal anormal	A
Usage de drogues dures	C
Désordres psychiatriques	B
Diagnostic anténatal (amniocentèse ou biopsie trophoblastique)	A
Suspicion de malformation fœtale	B
Hypertension, TA diastolique supérieure à 90mmHg	B
Protéinurie	B
Immunisation rhésique	C
Métrorragies après 20SA	C
Placenta praevia	C
Suspicion de RCIU	C
Postmaturité	B ou C
Menace d'accouchement prématuré (MAP)	C
Béance cervicoisthmique	C
Grossesse multiple	C
Malposition fœtale	B ou C

Disproportion foetopelvienne au troisième trimestre	B
Décès fœtal	B ou C

3. Anomalies durant le travail et l'accouchement

Malposition fœtale	C
Souffrance fœtale aigüe (SFA)	C
Rupture des membranes sans apparition de contractions (supérieure à 24 heures)	C
Stagnation de la dilatation ou de la progression de la présentation	C
Hémorragie anormale pendant le travail	C
Placenta praevia	C
Hémorragie excessive dans le post-partum immédiat	C
Rétention placentaire	C
Déchirure périnéale du troisième degré	C
Déchirure périnéale compliquée	C

4. Anomalies du post-partum

1. Pour la mère : hématome vulvaire, infection puerpérale sévère, psychose puerpérale, maladie thromboembolique.
2. Pour l'enfant : retard de croissance ou accouchement prématuré, cyanose, hypothermie, malformations congénitales sérieuses, ictère sévère ou ictère dans les 24 premières heures.

LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement. Fortaleza (Brésil), 22-26 avril 1985).

Toute femme a le droit fondamental de bénéficier des soins prénatals adéquats. Le femme a un rôle essentiel à jouer dans tout ce qui concerne ces soins en participant notamment à leur planification, leur prestation et leur évaluation. Il faut absolument tenir compte des facteurs sociaux, affectifs et psychologiques si l'on veut concevoir et dispenser des soins prénatal appropriés.

Recommandations générales

1. Les pays devraient se doter des moyens nécessaires à la réalisation d'enquêtes collectives visant à évaluer la technologie obstétricale.
2. La communauté dans son ensemble devrait être informée des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux.
3. Les groupes féminins d'entraide ont une valeur intrinsèque dans la mesure où ils contiennent des mécanismes de soutien social et de diffusion des connaissances, notamment en regard à la naissance.
4. Les éventuels systèmes parallèles de soins prénatals (que représentent par exemple les accoucheuses traditionnelles) doivent cohabiter avec le système officiel, et leur collaboration doit être maintenue ou bénéficiée de la mère. De telles relations, si elles sont établies sans aucune tentative de domination d'un système sur l'autre, peuvent être très fructueuses...
5. Il faudrait encourager la formation de sages-femmes ou d'accoucheuses traditionnelles qui seraient chargées des soins à dispenser en cas de grossesse normale, ainsi que pendant et après l'accouchement...
6. Il faudrait diffuser auprès du public desservi par les hôpitaux des informations sur les pratiques en vigueur dans ces établissements en matière d'accouchement (taux de césariennes, par exemple).
7. Le bien-être psychologique de la mère doit être assuré non seulement par la présence d'une personne de son choix pendant l'accouchement, mais aussi par la possibilité de recevoir fréquemment des visites au cours de la période post-natale.
8. Le nouveau-né doit toujours rester avec sa mère si l'état de santé de l'un et de l'autre le permet. Aucun examen ne justifie que l'on sépare un nouveau-né en bonne santé de sa mère.
9. L'allaitement au sein doit être immédiatement encouragé, avant même que la mère ne quitte la salle d'accouchement.
10. Les pays dont les taux de mortalité périnatales sont parmi les plus faibles du monde ont des taux de césarienne inférieurs à 10%. Il n'y

a manifestement aucune raison pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10-15% des accouchements pratiqués soient des césariennes.

11. Rien ne prouve qu'une césarienne soit nécessaire chez les femmes qui ont déjà subi une césarienne segmentaire transversale. L'accouchement par les voies basses chez les femmes qui ont déjà eu une césarienne devrait normalement être encouragé chaque fois que l'on dispose de l'infrastructure chirurgicale nécessaire en cas d'urgence.
12. Il n'est pas prouvé que le monitoring fœtal de routine pendant l'accouchement ait un effet positif sur l'issue de la grossesse. On ne devrait avoir recours au monitoring électronique du fœtus que dans des cas médicaux soigneusement sélectionnés (lorsqu'il y a un risque élevé de mortalité périnatale) et lorsque le travail est provoqué. Les pays qui disposent d'appareils de monitoring fœtal et d'un personnel qualifié devraient chercher à déterminer quels sont les groupes de femmes enceintes susceptibles de bénéficier des techniques de surveillance électronique du fœtus. En l'absence de ces données, les services de santé nationaux devraient s'abstenir d'acheter de nouveaux appareils de monitoring.
13. Le rasage du pubis ou l'administration d'un lavement avant l'accouchement ne s'impose pas.
14. Les femmes enceintes ne devraient pas être couchées sur le dos pendant le travail ou l'accouchement. Il faudrait les encourager à déambuler pendant le travail et leur permettre de choisir librement la position qu'elles adopteront pour la délivrance.
15. Le recours systématique à l'episiotomie ne se justifie pas. D'autres méthodes de protection du périnée devraient être étudiées et, le cas échéant, adoptées.
16. L'accouchement ne devrait pas être provoqué par commodité et il ne faudrait procéder au déclenchement artificiel du travail qu'en présence d'indications médicales précises. Aucune région géographique ne devrait enregistrer des taux de déclenchement artificiel du travail supérieurs à 10%.
17. Au cours de l'accouchement, il faudrait éviter l'administration systématique d'analgésiques ou d'anesthésiques qui ne sont pas expressément reçus pour traiter ou prévenir une complication.
18. La rupture artificielle des membranes n'est pas indispensable avant un stade avancé du travail. Aucune donnée scientifique ne justifie la rupture systématique des membranes par des moyens artificiels à un stade précoce de l'accouchement.

Annexe 3 :

Textes adoptés par le Parlement européen

Vendredi, 8 juillet 1988

8. Droits de la parturiente

— doc. A2-38/88

RESOLUTION

sur une Charte des droits de la parturiente

Le Parlement européen,

- vu la proposition de résolution de Mmes Squarcialupi, Cinciari Rodano et Trupia (doc. B2-712/86),
 - vue la proposition de résolution de Mme Tonque et de M. Lomas (doc. B2-23/86),
 - vue la directive du Conseil du 11 décembre 1986, sur l'application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante, ainsi que sur la protection de la maternité (JO n° L 359 du 19.12.1986),
 - vu la proposition de directive du Conseil relative au rapprochement des législations des Etats membres concernant les préparations pour nourrissons et les laits de suite du 4 janvier 1985 (JO n° C 28/3 du 30.1.1985),
 - vu la communication de la Commission au Conseil sur les substances toxiques dans le lait maternel (COM(86) 197 final),
 - vu les résolutions du Parlement européen du 16 avril 1986 (JO n° C 120/49-51 du 20.5.1986) portant avis et clôturant la procédure de consultation du PE sur ladite proposition de directive,
 - vu la Convention n° 103 de l'OIT, relative à la protection de la maternité, du 7 septembre 1955,
 - vu l'étude de Mme Dagmar Coester-Waltjen, sur la protection des femmes qui travaillent pendant leur grossesse et leur maternité, dans les Etats membres (V-1829/84),
 - vu le rapport de la Commission des droits de la femme (doc. A2-38/88),
- A. conscient des efforts que déploie la Commission des Communautés européennes en vue de contribuer à ce que la vie de la femme se déroule dans les meilleures conditions possibles,
- B. considérant que la méthode d'accouchement et la préparation à l'événement font, dans beaucoup d'Etats membres, l'objet de débats,
- C. considérant que la maternité doit être l'aboutissement d'un libre choix,
- D. considérant que la diminution de la mortalité périnatale qui touche tous les enfants et les parturientes en Europe s'explique en grande partie, et entre autres raisons, par l'assistance pré- et postnatale, par le type de traitement appliqué lors de l'accouchement et par les soins dispensés aux nouveau-nés, grâce aux progrès de la médecine, à la spécialisation croissante des médecins et à la formation appropriée des accoucheuses,
- E. faisant toutefois part des vives inquiétudes que lui cause la mortalité élevée — qui, dans certains Etats membres, est encore en hausse — due au syndrome de mort subite des nourrissons, les bébés de 2 à 6 mois surtout, ce pour ces raisons essentielles que, d'une part, le corps médical sait, aujourd'hui encore, peu de chose au sujet des causes de cette affection et que, d'autre part, la plupart des parents en ignorent tout quand bien même il s'agit en l'espèce de la cause principale de mortalité postnatale,
- F. estimant que les facteurs psychologiques jouent un rôle important lors de l'accouchement, dans la mesure où ils créent un climat de tension particulière selon le pays et selon la situation professionnelle, sociale et économique de la femme et de sa famille,

Vendredi, 8 juillet 1988

- G. considérant que les facteurs culturels jouent un rôle important lors de l'accouchement sont le reflet de la manière dont la société accueille le nouveau-né comme l'un de ses nouveaux membres,
- H. exigeant que soit dispensé le traitement approprié à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement en fonction de ses besoins et de ses caractéristiques personnelles,
- I. considérant que, même si la société a déployé des efforts considérables pour démystifier l'inquiétude au moment de l'accouchement, il semble persister un certain état psychologique de crainte ancestrale, qui s'explique par la persistance parallèle de risques pendant la grossesse et au moment de l'accouchement,
- J. considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée,
- K. considérant qu'aucune intervention chirurgicale (césarienne) ne doit être pratiquée lors des accouchements en milieu hospitalier, sauf en cas d'absolue nécessité,
1. estime que l'accouchement ne peut se dérouler dans un climat de sérénité que lorsque la femme bénéficie d'une assistance appropriée de la part d'un personnel spécialisé, qu'elle choisisse d'accoucher en milieu hospitalier ou à domicile et lorsque les futurs pères et mères disposent d'une information appropriée et que chacun peut accéder gratuitement à une assistance prénatale, sur les plans préventif, médical, psychologique et social;
2. souhaite qu'une information appropriée et complète soit largement diffusée dans les centres de consultation médicale et centres hospitaliers sur l'assistance sociale dont peuvent bénéficier les futures mères en détresse;
3. demande à la Commission de prendre de nouvelles initiatives en vue d'arrêter une directive qui alignerait, autant que faire se peut, les dispositions législatives nationales relatives aux facilités prévues pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pour les parents sur les réglementations et les dispositions de l'Etat membre le plus avancé en la matière;
4. estime indispensable que les Etats membres procèdent en outre à une profonde révision et à un aménagement de l'ensemble de la législation relative à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement, aussi bien en ce qui concerne les services sociaux que l'équipement des centres médicaux et les soins dispensés aux nouveau-nés;
5. estime insuffisante l'initiative de la Commission d'élaborer un code de conduite en matière de protection sociale de la maternité et demande qu'une directive soit consacrée à ce sujet;
6. déplore le nombre sans cesse croissant de césariennes pratiquées dans la Communauté;
7. déplore que le taux d'allaitement au sein soit si peu élevé dans certains Etats membres de la Communauté;
8. souligne la nécessité de mettre en place des centres de santé pour les femmes (sur le modèle des "Well Women Centres" p.e.) afin que ces dernières puissent avoir accès aux consultations et à une bonne médecine préventive;
9. demande en outre, à la Commission d'élaborer une proposition relative à une charte des droits de la parturiente, applicable dans tous les pays de la CEE, qui permette à toute femme enceinte d'obtenir une fiche médicale et de pouvoir ainsi choisir le pays, le lieu géographique et le centre où elle veut être traitée. Cette fiche, reprenant les droits de la parturiente, devra en outre assurer à la femme les prestations, services et droits suivants:
- une fiche obstétricale reprenant les données relatives à la grossesse et mise à la disposition de la femme et des personnes qui l'assisteront pendant et après la grossesse,
 - une diagnostic prénatal comprenant un test de floculation, une échographie et une amniocentèse gratuite et pratiquée sur une base volontaire, en accord avec la femme et conformément aux conseils du médecin,

- la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement, afin de connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sur le plan physique, ainsi que les techniques et les méthodes en usage,
 - l'information, avant l'accouchement, au sujet des risques et des symptômes existants ainsi que des précautions et des médicaments à prendre — notamment ceux auxquels les services de santé assurent la gratuité —, ce en ce qui concerne les causes les plus importantes de mortalité postnatale, en général, et la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons, en particulier,
 - + le libre choix de l'hôpital et des modalités (position) de l'accouchement et de la façon d'allaiter et d'élever l'enfant,
 - l'assistance appropriée lorsque la femme opte pour l'accouchement à domicile en tenant compte de l'état psychique et physique de la parturiente et de l'enfant à naître ainsi que de l'environnement,
 - l'accouchement naturel, sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, si ce n'est pour des raisons absolument impérieuses et justifiées par l'état de la parturiente et de l'enfant à naître,
 - le recours à la césarienne en cas d'absolue nécessité,
 - la présence, si la parturiente le souhaite, d'une personne choisie parmi le couple, les parents ou les amis, avant, pendant et après l'accouchement,
 - le droit pour la parturiente de décider conjointement avec le médecin, après avoir reçu une information détaillée à ce sujet, des thérapies et des traitements,
 - + la possibilité pour la mère d'avoir son enfant à ses côtés pendant la période d'allaitement et de le nourrir selon ses propres exigences, plutôt qu'en fonction des horaires des hôpitaux,
 - le libre choix pour la parturiente de permettre d'utiliser son lait maternel pour d'autres nouveau-nés,
 - la possibilité pour les membres de la famille de rendre visite à la mère et au nouveau-né, sans compromettre pour autant les soins à dispenser au nouveau-né,
 - + le droit à une période de congé suffisante pendant l'allaitement pour la femme qui travaille et la mise en place généralisée d'un horaire flexible,
 - l'installation de salles de pédiatrie dûment équipées et disposant d'un personnel compétent pour les prématurés, dans les maternités elles-mêmes,
 - un livret médical qui permette à la femme enceinte de bénéficier de soins dans tous pays de la Communauté,
 - certaines facilités, comme des interprètes pour les femmes enceintes allochtones, afin que ces dernières puissent bénéficier également des dispositions prévues ci-dessus;
10. demande aux Etats membres de laisser aux parturientes la faculté d'accoucher anonymement et, si nécessaire, d'inscrire les nouveau-nés à l'état civil sans qu'il soit fait mention des ascendants ou en tenant leur identité secrète;
11. invite les Etats membres à protéger la parturiente en déclarant irrecevables toute demande de saisie de l'habitation, des meubles et des biens personnels ou toutes autres mesures exécutoires y afférentes, dans un délai de huit semaines avant et après l'accouchement;
12. demande en outre aux Etats membres :
- a) d'adopter les mesures appropriées en vue de favoriser la nomination de femmes médecins et la formation d'accoucheuses en mesure de s'occuper des femmes pendant la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période qui suit,
 - b) de favoriser et de financer les recherches sur les causes de la stérilité chez la femme et chez l'homme, y compris les causes liées à l'environnement et à l'activité industrielle,
 - c) d'organiser des campagnes d'information pour attirer l'attention du public sur le danger de l'utilisation de médicaments pendant la grossesse,
 - d) de mettre en oeuvre le programme AIM (informatique médicale avancée en Europe) en vertu duquel il convient de consulter les organisations de médecins et de patients en tant qu'utilisateurs et consommateurs,

Textes adoptés par le Parlement européen

Vendredi, 8 juillet 1988

- c) de diffuser toute la réglementation existant au niveau communautaire, ainsi que toute proposition émanant des institutions de la Communauté, et plus particulièrement les résolutions adoptées par le Parlement européen sur l'harmonisation des législations des États membres relatives aux préparations pour les nouveau-nés et aux laits de substitution,
 - d) de représenter aux partenaires sociaux qu'ils sont tenus de respecter strictement la convention 103 de l'OIT sur la protection de la maternité dans le milieu professionnel, en général, et en ce qui concerne l'interdiction de licenciement et l'affectation des travailleuses enceintes ou allaitantes à des tâches appropriées à leur état, en particulier;
13. demande à la Commission de mener une étude approfondie sur les causes de la mortalité infantile et maternelle dans la Communauté, notamment sur la pauvreté, la mauvaise santé et l'état des logements, d'accorder, à cet égard, une attention particulière à la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons ainsi qu'à l'état actuel de l'étiologie de cette affection de lui faire rapport sur ses conclusions en précisant ce qu'elle propose quant aux moyens de soutenir au mieux les recherches dans ce domaine;
14. charge son Président de transmettre la présente résolution à la Commission et au Conseil, à l'OMS, au Conseil de l'Europe et aux gouvernements des États membres.

Annexe 4 :

Suites de couches

Pathologie : 0 non 1 oui

Infection : 0 non 1a. péritonite 1b. bactériémie 1c. ostéite osseuse 1d. abcès infectieux

Suivi à domicile : 0 non 1 oui

Durée totale du suivi SF (en jours, semaines + décimales) : _____

Nombre de visites ou cours de la durée du suivi (matinée + soirée) : _____

Nombre de séjours en maternité ou en maison de naissance : _____

Sorties (ou lieux de séjour à l'issue du suivi) : 1 domicile bien sûr 2 maison 3 transfert 4 autre 5 hôpital

5 décès

7 transferts médicaux 8 autre

Alise au sein présencée : 0 non 1 oui 2 non osse 3 non osse

Alimentation maternelle (à 7J) : 0 non 1 oui 2 non osse

Alimentation à 1J : 0 non 1 oui 2 non osse

Alimentation à 13J : 0 non 1 oui 2 non osse

Alimentation > 30 J : 0 non 1 oui 2 non osse

Difficultés lors de l'allaitement : 0 non 1 oui 2 oui, ossement 3 oui, hypogalactie

4 oui, allaitement mixte 5 oui, allaitement mixte 6 oui, autre pathologie 7 oui

Décès maternel : 1 oui

Novveau-né

Nombre d'enfants nés : _____

Sexe : 1 masculin 2 féminin

Coefficient d'ARGAR (à 1 an) : _____

Résultations : 1 oui 2 non

Poids (en grammes) : _____

Taille (en centimètres) : _____

État de santé à la naissance (en centimètres) : _____

Sorties de la salle de la naissance : 0 domicile 1 maternité 2 maison familiale 3 autre 4 autre 5 autre 6 décès

Transfert : 0 non 1 oui 2 autre 3 autre 4 autre 5 autre 6 autre

Matité : 1 prévalent 2 symptomatique 3 absence respiratoire 4 autre 5 autre 6 autre

Résumé SNC pour l'enfant : Pathologie : 0 non 1 oui

1 non 1 oui 1 oui 1 oui

Autonies malformées (ou prévalentes) : 0 non 1 oui

Autonies constitutionnelles (ou prévalentes) : 0 non 1 oui

Infection ou colonisation : 0 non 1 oui

Épître : 0 non 1 oui photophtyque 0 non 1 oui

Durée totale d'hospitalisation en jours (autres séjours en cours de suivi) : 4 à la suite de la naissance 5 en la suite de la naissance 6 en la suite de la naissance

Décès (enfants) : 0 non 1 oui, prévalent 2 oui, prévalent 3 oui, prévalent 4 oui, prévalent 5 oui, prévalent 6 oui, prévalent

Enfant décédé : à la _____ heure ou à _____ jour

Resumé de la grossesse Actuelle

Boite des données complètes : _____

Boite estimée du début de la grossesse (éventuellement corrigée) : _____

Nb d'embryons au début de la grossesse : _____

Si oui, grossesse sous thérapie : 0 non 1 oui

Si oui, grossesse sous thérapie : 0 non 1 induction 2 frein 3 IAD 4 IAC 5 ICI 6 autre IMA

Si oui, grossesse sous thérapie : 0 non 1 oui

Age gestationnel de la première consultation : _____

Provenance : 1 premier être né 2 grossesse (de la mère) 3 grossesse (de la mère) 4 grossesse (de la mère) 5 autre

6 autre 7 autre 8 autre 9 autre 10 autre

Conclusion à la fin du premier contact : 1 surveillance de routine par SF 2 surveillance spécialisée 3 hospitalisation 4 accouchement sans surveillance 5 surveillance par un autre professionnel

Renseignements généraux et antécédents

Prénatal : Non Oui

Prénatal : Oui (insérer les deux premiers lettres)

Renseignements généraux concernant la mère :

Date de naissance : _____ on _____

Situation de famille : 1 célibataire 2 mariée 3 divorcée 4 veuve

Mère de ses enfants : 1 oui 2 non

Origine géographique : 1 France métropolitaine 2 Europe du Nord 3 Europe du Sud 4 Afrique de l'Est 5 Afrique 6 EXOTICA 7 Asia 8 Asie méridionale 9 autre

Niveau d'étude : 0 non scolarisée 1 premier 2 lycée (ou géo et lobby 17) 3 technique 4 supérieure (CNUC)

Profession exercée pendant la grossesse : 0 non 1 oui

Tobac pendant la grossesse : 0 non 1 -10 sig 2 -10 sig 3 autre 4 non

Alcool pendant la grossesse : 0 non 1 oui 2 oui 3 autre 4 non

Tabac pendant la grossesse : 0 non 1 oui 2 oui 3 autre 4 non

Autécédents maternels (préciser une surveillance particulière) : 0 non 1 oui

Autécédents paternels et familiaux : 0 non 1 oui

Autécédents obstétricaux : Nombre (ou de grossesse maternelle) : _____

Autécédents obstétricaux : par IVG : _____ (ou multiples étiologies : hypotension, pré-éclampsie, diabète, etc.)

Autécédents obstétricaux : par FCU : _____ (diversité en période périnatale (C28))

Autécédents obstétricaux : par DMG (S23A) : _____

Autécédents obstétricaux : par DMG (S23B) : _____

Autécédents obstétricaux : par une étiologie : _____

Autécédents obstétricaux : par un accouchement à ZISA et S7 SA : _____

Autécédents obstétricaux : par un autre : _____

Resumé de la grossesse Actuelle

Boite des données complètes : _____

Boite estimée du début de la grossesse (éventuellement corrigée) : _____

Nb d'embryons au début de la grossesse : _____

Si oui, grossesse sous thérapie : 0 non 1 oui

Si oui, grossesse sous thérapie : 0 non 1 induction 2 frein 3 IAD 4 IAC 5 ICI 6 autre IMA

Si oui, grossesse sous thérapie : 0 non 1 oui

Age gestationnel de la première consultation : _____

Provenance : 1 premier être né 2 grossesse (de la mère) 3 grossesse (de la mère) 4 grossesse (de la mère) 5 autre

6 autre 7 autre 8 autre 9 autre 10 autre

Conclusion à la fin du premier contact : 1 surveillance de routine par SF 2 surveillance spécialisée 3 hospitalisation 4 accouchement sans surveillance 5 surveillance par un autre professionnel

Annexe 5 :

Mademoiselle Mathilde MUNIER
Etudiante sage-femme 4^{ème} année
Ecole de sages-femmes Baudelocque
123, boulevard de Port Royal
75014 PARIS

Paris, le 25 novembre 2004

Objet : questionnaire concernant l'accouchement à domicile

Madame,

Je suis étudiante sage-femme en quatrième année à l'école Baudelocque de Paris dans le 14^{ème}. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'ai choisi de m'intéresser à l'accompagnement global de la grossesse proposé par les sages-femmes libérales et en particulier à l'accouchement à domicile.

Pour élaborer ce travail, je suis en contact avec les sages-femmes de Vals les Bains-Aubenas, et plus particulièrement avec Mme Lavillonnière qui me permet de vous faire parvenir ce questionnaire. Il a pour but, après vous avoir fait préciser quelques renseignements socioprofessionnels, de connaître les motivations qui vous ont poussée à choisir l'accompagnement de votre grossesse par une sage-femme libérale, de comprendre quand et comment s'est construit votre projet d'accoucher à domicile, et de faire partager le ressenti de votre expérience.

Je vous remercie par avance de l'aide que vous voudrez bien m'apporter en remplissant ce questionnaire et en me le retournant le plus rapidement possible. Il est bien entendu que je me porte garante du respect de l'anonymat de vos réponses.

Mathilde MUNIER
(ESF4, école Baudelocque)

I) Renseignements socioprofessionnels

1) Quel est votre âge ? :.....ans

2) Quel est votre pays d'origine ? :

3) Quel est votre statut familial ? :

- Célibataire
- Mariée
- En couple
- Autre

4) Quel est votre niveau d'étude ? :

- Néant
- Primaire
- Secondaire
- Technique
- Supérieur

5) Quelle est votre profession ? :

- Agricultrice exploitante
- Salariée agricole
- Dirigeante, industrielle, commerçante
- Profession libérale, cadre supérieur
- Cadre moyen
- Employée
- Ouvrière
- Personnel de service
- Autres catégories
- Personne non active

6) a) Avant cette naissance, aviez vous déjà mis au monde des enfants ?:

- Oui
- Non

b) si oui, combien ? :

c) Pour chacune de ces naissances, pouvez vous me préciser votre lieu d'accouchement ? (hôpital, clinique, maison de naissance, domicile, autre....) :

- 1° accouchement :.....
- 2° accouchement :.....
- 3° accouchement :.....
- 4° accouchement :.....

II) Renseignements concernant le suivi de votre dernière grossesse

1) De quelle façon avez vous connu la sage-femme qui vous a accompagnée durant votre grossesse et qui vous a accouchée ? :

- par une amie
- par un membre de votre famille
- par votre médecin de famille
- par un autre praticien (pouvez vous précisez lequel ? :.....)
- par les média (journaux, télévision, site Internet....)
- autre :.....

2) Pourquoi avez vous choisi l'accompagnement global de la grossesse proposé par une sage-femme libérale ? :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3) comment avez vous vécu l'accompagnement de la grossesse ? :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

III) Renseignements concernant votre accouchement à domicile

1) Comment s'est effectué votre choix d'accoucher à domicile ? :

- vous étiez d'emblée demandeuse
- cela vous a été suggéré par votre mari
- la sage-femme vous l'a proposée
- autre :

2) Quand s'est fait ce choix ? :

- avant la grossesse
- pendant le premier trimestre de grossesse
- pendant le second trimestre de grossesse
- pendant le troisième trimestre de grossesse

3) Quelles étaient vos motivations pour accoucher à domicile? (plusieurs réponses possibles) :

- intimité et/ou confort du lieu d'accouchement
- respect de la femme et du couple
- intégration du conjoint et de la fratrie à l'événement
- accueil privilégié du nouveau-né
- relation privilégiée avec la sage-femme
- accompagnement individualisé
- choix des interventions médicales
- expérience satisfaisante lors d'un précédent accouchement à domicile
- expérience(s) antérieure(s) peu satisfaisante(s) dans un autre lieu
- autres :.....

4) quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne la préparation que vous avez reçue en vue de l'accouchement à domicile ?

Vous êtes :

- très satisfaite
- satisfaite
- peu satisfaite
- pas satisfaite

5) Quelle est la date de votre accouchement ?.....

6) Comment avez vous vécu la période du travail allant de votre appel à la sage-femme à son arrivée ? :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7) Quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne l'accompagnement du travail par la sage-femme à domicile ?

Vous êtes :

- très satisfaite
- satisfaite
- peu satisfaite
- pas satisfaite

8) Comment avez vous vécu l'accouchement à domicile ? :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

9) Combien de visites la sage-femme a-t-elle effectuées après l'accouchement ? :

10) Quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne l'accompagnement effectué par la sage-femme dans les jours suivant l'accouchement ?

Vous êtes :

- très satisfaite
- satisfaite
- peu satisfaite
- pas satisfaite

11) Si vous projetez d'avoir un autre enfant, quel lieu choisirez vous pour accoucher ? :

- domicile
- hôpital
- clinique
- maison de naissance
- autre :.....

« Les mémoires des étudiants de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'U.F.R. de médecine Cochin Port Royal sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'état. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école. »

RESUME

Historiquement et dans toutes les cultures, les femmes ont accouché à domicile, assistées par des sages-femmes. Au milieu du vingtième siècle, le lieu de la naissance s'est déplacé de la maison vers l'hôpital. Pourtant aujourd'hui, quelques femmes souhaitent encore donner la vie à la maison. Cette pratique s'intègre dans un accompagnement global de la maternité proposé par certaines sages-femmes libérales, qui n'est possible qu'à la condition d'effectuer une sélection rigoureuse des femmes sur des critères médico-psycho-sociaux tout au long de la grossesse et de l'accouchement. Pour garantir une sécurité optimale, l'association nationale des sages-femmes libérales a donc défini une charte de l'accouchement à domicile.

Nous avons voulu évaluer les résultats maternels et périnataux pour les accouchements réalisés dans le cadre de cette charte, grâce à une étude descriptive prospective incluant 1113 femmes ayant planifié un accouchement à domicile entre 1997 et 2001. Nous avons également recueilli les motivations et le vécu des femmes ayant choisi de faire naître leur enfant à la maison à l'aide d'un questionnaire envoyé à celles-ci.

Nous avons mis en évidence, pour cette population à bas risque, de faibles taux d'interventions pendant l'accouchement (6,7% d'épisiotomies, 1,7 % d'extractions instrumentales, 1,9% de césariennes), d'interventions pour les nouveaux-nés (2,1% de réanimation à la naissance, 1,6% de transferts vers un service pédiatrique) un taux faible de mortalité périnatale (0,9 ‰). 10% des femmes ont dû être transférées en cours de travail et 0,6% après l'accouchement. Aucune mort maternelle n'a été retrouvée. Une étude comparative entre accouchements à domicile et accouchements à l'hôpital serait nécessaire pour vraiment conclure sur la sécurité de l'accouchement à domicile. Notre travail met, en tout cas, en lumière la nécessité d'une réflexion sur ce choix de naissance.

D'après les témoignages recueillis, l'accompagnement global offre un suivi optimal de la maternité car personnalisé, assurant un réel soutien et une écoute attentive du couple, plaçant les parents et leur enfant au centre du système de soins et permettant le respect de l'intimité et de l'unité familiale. Le suivi proposé à l'hôpital pourrait s'inspirer de ces réflexions pour satisfaire au mieux les femmes dans la période de la maternité.

MOTS-CLES

Accompagnement global

Accouchement à domicile

Sage-femme libérale

Grossesse à bas risque