

*SORBONNE UNIVERSITÉ*  
**FACULTE DE MEDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ**

ANNEE 2019

**THESE N°SORUM 004**

**PRESENTEE POUR LE DIPLOME  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

SPECIALITE : Médecine Générale

**PAR**

**Mme GANOUNA Marine**

Née Le 28/11/1986 aux LILAS (93)

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE**

**28 Février 2019**

**TITRE** : L'accouchement à domicile : étude qualitative des motivations et représentations auprès de dix couples ; attentes vis-à-vis du médecin généraliste.

**PRESIDENT DE JURY : Pr CORNET Philippe**

**MEMBRE DU JURY : Pr PERROT Serge**

**MEMBRE DU JURY : Dr DHOMBRES Ferdinand**

**DIRECTEUR DE THESE : Dr LAZIMI Gilles**

## Remerciements :

Merci au Pr Philippe Cornet d'avoir accepté de présider mon jury de thèse ; pour votre soutien et foi en ce projet, vos conseils, remarques, suggestions et corrections ; pour votre temps et vos partages d'expérience au gré des précieuses séances de travail qui ont porté cette thèse. Merci pour votre sollicitude et enseignement en sciences humaines lors de ces années d'internat, qui ont enrichi et apaisé ma fonction de soignant, redonnant du sens, de la saveur, et de l'idéal au métier de médecin.

Merci au Pr Serge Perrot d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse ; pour votre gentillesse, patience et bienveillance auprès des patients et étudiants, comme lors de mon externat, où j'ai pu être témoin de la qualité, de la générosité et de la finesse de vos soins et enseignements.

Merci au Dr Ferdinand Dhombres d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse ; votre regard en tant que gynécologue sur cette question de l'accouchement à domicile me paraît essentiel.

Merci au Dr Gilles Lazimi d'avoir accepté de diriger cette thèse, pour votre soutien dès les débuts de ce travail, vos conseils, remarques, suggestions et corrections. Merci pour votre partage d'expérience dans votre exercice auprès des femmes victimes de violences conjugales ou de sexisme médical dans les situations d'avortement ; votre point de vue m'a permis de prendre conscience des injonctions faites au corps des femmes et à la maternité, et à la nécessité pour le médecin d'adopter une neutralité bienveillante.

Merci aux associations du CIANE, de l'AFAR et du CDAAD de m'avoir permis de rencontrer

les couples et les femmes interrogé.e.s dans le cadre de ce travail, et notamment merci à Madame Paule Boufferet, présidente du CDAAD et à Madame Chantal Ducroux-Chewey, ancienne présidente du CIANE, qui nous a malheureusement quitté entre temps.

Merci aux femmes et aux couples qui ont participé à cette étude, pour leur accueil au sein de leur foyer, leur gentillesse, leur confiance et leur authenticité. Je garderai un formidable souvenir de cette expérience de partage.

Merci à ma mère et à mon père, à mes sœurs et frères, à mes grands-mères et grands-pères, à mes tantes et oncles, à mes cousines et cousins, pour votre amour, votre fraternité, votre soutien durant ces longues années d'étude, que j'ai parfois cru abandonner, tant elles ont nécessité une force de résistance intérieure pour maintenir une vision grande et belle du métier de médecin.

Merci à mes amis, médecins, thérapeutes, artistes et poètes. Nos partages et créations communes pour porter et croire en un monde plus sensible et meilleur ont été une source d'inspiration et de joie sans cesse renouvelée. Merci pour votre soutien, votre amour et tous ces bons souvenirs qui ont agrémenté ces temps studieux.

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

1	ACAR	Christophe	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
2	AIT OUFELLA	Hafid	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3	<b>ALAMOWITCH</b>	Sonia	Neurologie	SAINT ANTOINE
4	<b>AMARENCO</b>	Gérard	Rééducation fonctionnelle	TENON
5	AMOUR	Julien	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
6	<b>AMOURA</b>	Zahir	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
7	<b>AMSELEM</b>	Serge	Génétique	TROUSSEAU
8	<b>ANDRE</b>	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
9	ANDREELLI	Fabrizio	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
10	ANTOINE	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TENON
11	APARTIS	Emmanuelle	Physiologie	SAINT ANTOINE
12	<b>ARLET</b>	Guillaume	Bactériologie	TENON
13	ARNULF	Isabelle	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
14	ARRIVE	Lionel	Radiologie	SAINT ANTOINE
15	<b>ASSOUAD</b>	Jalal	Chirurgie thoracique	TENON
16	ASTAGNEAU	Pascal	Epidémiologie <sup>2</sup>	PITIE-SALPETRIERE
17	AUBRY	Alexandra	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
18	<b>AUCOUTURIER</b>	Pierre	Immunologie	SAINT ANTOINE
19	AUDO	Isabelle	Ophthalmologie	CHNO 15/20
20	<b>AUDRY</b>	Georges	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU
21	<b>AUTRAN</b>	Brigitte	Immunologie/bio cellulaire	PITIE SALPETRIERE
22	BACHELOT	Anne	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
23	BALLADUR	Pierre	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
24	BALLESTER	Marcos	Gynécologie Obstétrique	TENON
25	<b>BARBAUD</b>	Annick	Dermatologie	TENON
26	BARROU	Benoît	Urologie	PITIE SALPETRIERE
27	BAUJAT	Bertrand	O.R.L.	TENON
28	BAULAC	<i>Surnombre</i> Michel	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
29	BAUMELOU	Alain	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
30	BAZOT	Marc	Radiologie	TENON
31	<b>BEAUGERIE</b>	Laurent	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
32	<b>BEAUSSIER</b>	Marc	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT ANTOINE
33	<b>BELMIN</b>	Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
34	<b>BENVENISTE</b>	Olivier	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
35	<b>BERENBAUM</b>	Francis	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
36	BERTOLUS	Chloé	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
37	<b>BILLETTE DE VILLEMEUR</b>	Thierry	Neuro pédiatrie	TROUSSEAU
38	<b>BITKER</b>	Marc Olivier	Urologie	PITIE SALPETRIERE
39	BOCCARA	Franck	Cardiologie	SAINT ANTOINE
40	BODAGHI	Bahram	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
41	BODDAERT	Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE

42	BOELLE	Pierre Yves	Bio statistiques	SAINT ANTOINE
43	BOFFA	Jean-Jacques	Néphrologie	TENON
44	<b>BONNET</b>	Francis	Anesthésiologie/Réanimation	TENON
45	BORDERIE	Vincent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
46	BOUDGHENE-STAMBOULI	Frank	Radiologie	TENON
47	BRICE	Alexis	Génétique	PITIE SALPETRIERE
48	<b>BROCHERIOU</b>	Isabelle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
49	<b>BRUCKERT</b>	Eric	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
50	CACOUB	Patrice	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
51	CADRANEL	Jacques	Pneumologie	TENON
52	CALMUS	Yvon	Bio Cellulaire/Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
53	CALVEZ	Vincent	Virologie	PITIE SALPETRIERE
54	CAPRON <i>Surnombre</i>	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
55	<b>CARBAJAL-SANCHEZ</b>	Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU
56	<b>CARETTE</b>	Marie-France	Radiologie	TENON
57	CARPENTIER	Alexandre	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
58	<b>CARRAT</b>	Fabrice	Biostatistiques/inf médicale	SAINT ANTOINE
59	CARRIE	Alain	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
60	CATALA	Martin	Histologie et Cytologie	PITIE SALPETRIERE
61	<b>CAUMES</b>	Eric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
62	CHABBERT BUFFET	Nathalie	Endocrinologie	TENON
63	CHAMBAZ	Jean	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
64	CHARTIER-KASTLER	Emmanuel	Urologie	PITIE SALPETRIERE
65	CHASTRE <i>Surnombre</i>	Jean	Réanimation chirurgicale	PITIE SALPETRIERE
66	<b>CHAZOILLERES</b>	Olivier	Hépatologie	SAINT ANTOINE
67	CHERIN	Patrick	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
68	CHICHE	Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
69	CHIRAS <i>Surnombre</i>	Jacques	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
70	<b>CHRISTIN-MAITRE</b>	Sophie	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
71	<b>CLEMENT</b>	Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
72	CLEMENT-LAUSCH	Karine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
73	CLUZEL	Philippe	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
74	<b>COHEN</b>	Aron	Cardiologie	SAINT ANTOINE
75	<b>COHEN</b>	David	Pédo Psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
76	COHEN	Laurent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
77	COLLET	Jean-Philippe	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
78	<b>COMBES</b>	Alain	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
79	<b>CONSTANT</b>	Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
80	COPPO	Paul	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
81	CORIAT	Pierre	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
82	<b>CORNU</b>	Philippe	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
83	CORVOL	Henriette	Pédiatrie	TROUSSEAU
84	CORVOL	Jean-Christophe	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
85	COSNES <i>Surnombre</i>	Jacques	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
86	<b>COULOMB</b>	Aurore	Anatomie/cytolo patho	TROUSSEAU
87	<b>CUSSENOT</b>	Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
88	<b>DARAI</b>	Emile	Gynécologie obstétrique	TENON
89	DAUTZENBERG <i>Surnombre</i>	Bertrand	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
90	<b>DAVI</b>	Frédéric	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE

91	DELATTRE	Jean-Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
92	DELHOMMEAU	François	Hématologie biologique	SAINTE ANTOINE
93	DEMOULE	Alexandre	Pneumologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
94	<b>DERAY</b>	Gilbert	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
95	<b>DOMMERCUES</b>	Marc	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
96	<b>DORMONT</b>	Didier	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
97	<b>DOUAY</b>	Luc	Hématologie biologique	TROUSSEAU
98	<b>DOURSOUNIAN</b>	Levon	Chirurgie orthopédique	SAINTE ANTOINE
99	DRAY	Xavier	Gastroentérologie	SAINTE ANTOINE
100	DUBOIS	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
101	<b>DUCOU LE POINTE</b>	Hubert	Radiologie	TROUSSEAU
102	DUGUET	Alexandre	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
103	<b>DUPONT DUFRESNE</b>	Sophie	Anatomie/ Neurologie	PITIE SALPETRIERE
104	DURR	Alexandra	Génétique	PITIE SALPETRIERE
105	<b>DUSSAULE</b>	Jean-Claude	Physiologie	SAINTE ANTOINE
106	<b>DUYCKAERTS</b>	Charles	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
107	EL ALAMY	Ismaël	Hématologie biologique	TENON
108	EYMARD	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
109	<b>FAIN</b>	Olivier	Médecine interne	SAINTE ANTOINE
110	FARTOUKH	Muriel	Pneumologie/Réanimation	TENON
111	<b>FAUTREL</b>	Bruno	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
112	<b>FERON</b>	Jean-Marc	Chirurgie orthopédique	SAINTE ANTOINE
113	FERRE	Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIE SALPETRIERE
114	FEVE	Bruno	Endocrinologie	SAINTE ANTOINE
115	FITOUSSI	Franck	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
116	<b>FLEJOU</b>	Jean-François	Anatomie pathologique	SAINTE ANTOINE
117	FLORENT	Christian	Hépatogastro-entérologie	SAINTE ANTOINE
118	FOIX L'HELIAS	Laurence	Pédiatrie	TROUSSEAU
119	FONTAINE	Bertrand	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
120	FOSSATI	Philippe	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
121	FOURET	Pierre	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
122	FOURNIER	Emmanuel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
123	FRANCES	<i>Surnombre</i> Camille	Dermatologie	TENON
124	<b>FUNCK-BRENTANO</b>	Christian	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
125	GALANAUD	Damien	Radiologie et imagerie médicale	PITIE-SALPETRIERE
126	<b>GARBARG CHENON</b>	Antoine	Virologie	TROUSSEAU
127	<b>GIRARD</b>	Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINTE ANTOINE
128	GIRERD	Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
129	GLIGOROV	Joseph	Oncologie	TENON
130	GOROCHOV	Guy	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
131	GOSSEC	Laure	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
132	<b>GOUDOT</b>	Patrick	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
133	<b>GRATEAU</b>	Gilles	Médecine interne	TENON
134	GRENIER	<i>Surnombre</i> Philippe	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
135	<b>GRIMPREL</b>	Emmanuel	Urgences pédiatriques	TROUSSEAU
136	<b>GUIDET</b>	Bertrand	Réanimation médicale	SAINTE ANTOINE
137	<b>HARTEMANN</b>	Agnès	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
138	HAROUCHE	Julien	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
139	<b>HATEM</b>	Stéphane	Département de Cardiologie	PITIE SALPETRIERE

140	HAUSFATER	Pierre	Thérapeutique/Médecine d'urgence	PITIE SALPETRIERE
141	<b>HAYMANN</b>	Jean-Philippe	Physiologie	TENON
142	HELFT	Gérard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
143	<b>HENNEQUIN</b>	Christophe	Parasitologie	SAINT ANTOINE
144	HERSON <i>Surnombre</i>	Serge	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
145	HERTIG	Alexandre	Néphrologie	TENON
146	<b>HOANG XUAN</b>	Khê	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
147	<b>HOURY</b>	Sydney	Chirurgie digestive/viscérale	TENON
148	HOUSSET	Chantal	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
149	HULOT	Jean Sébastien	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
150	ISNARD-BAGNIS	Corinne	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
151	ISNARD	Richard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
152	<b>JARLIER</b>	Vincent	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
153	<b>JOUANNIC</b>	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
154	<b>JOUVENT</b>	Roland	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
155	<b>JUST</b>	Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU
156	KALAMARIDES	Michel	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
157	KAROUÏ	Medhi	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
158	<b>KAS</b>	Aurélie	Biophysique/Médecine nucléaire	PITIE SALPETRIERE
159	KATLAMA	Christine	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
160	<b>KAYEM</b>	Gilles	Gynécologie-Obstétrique	TROUSSEAU
161	<b>KLATZMANN</b>	David	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
162	KOMAJDA <i>Surnombre</i>	Michel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
163	<b>KOSKAS</b>	Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
164	<b>LACAU SAINT GUILY</b>	Jean	ORL	TENON
165	LACAVE	Roger	Histologie et Cytologie	TENON
166	<b>LACORTE</b>	Jean-Marc	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
167	<b>LAMAS</b>	Georges	ORL	PITIE SALPETRIERE
168	LANDMAN-PARKER	Judith	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
169	LANGERON	Olivier	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
170	LAPILLONNE	Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU
171	<b>LAROCHE</b>	Laurent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
172	LAZENNEC	Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
173	LE FEUVRE	Claude	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
174	LE GUERN	Eric	Génétique	PITIE SALPETRIERE
175	LEHOANG	Phuc	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
176	LEBLOND	Véronique	Hématologie Clinique	PITIE SALPETRIERE
177	LEENHARDT	Laurence	Endocrinologie/Médecine Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
178	LEFEVRE	Jérémy	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
179	LEGRAND	Olivier	Hématologie Clinique	SAINT ANTOINE
180	LEHERICY	Stéphane	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
181	LEMOINE	Francois	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
182	LEPRINCE	Pascal	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
182	LESCOT	Thomas	Anesthésiologie/reanimation	SAINT ANTOINE
183	LETAVERNIER	Emmanuel	Physiologie	TENON
184	LEVERGER	Guy	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
185	LEVY	Rachel	Histologie et Cytologie	TENON
186	LEVY	Richard	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
187	LOTZ	Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON

188	LUBETZKI	Catherine	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
189	LUCIDARME	Olivier	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
190	LUYT	Charles	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
191	MAINGON	Philippe	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
192	MARCELIN	Anne Geneviève	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
193	MARIANI	Jean	Biologie cellulaire/medicine interne	FOIX
194	MARTEAU	Philippe	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
195	MASQUELET	Alain Charles	Chirurgie Orthopédique	SAINT ANTOINE
196	MAURY	Eric	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
197	MAZERON	Jean-Jacques	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
198	MAZIER	Dominique	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
199	MENEGAUX	Fabrice	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
200	MENU	Yves	Radiologie	SAINT ANTOINE
201	MEYOHAS	Marie Caroline	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
202	MILLET	Bruno	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
203	MITANCHEZ	Delphine	Néonatalogie	TROUSSEAU
204	MOHTY	Mohamad	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
206	<b>MONTALESCOT</b>	Gilles	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
207	MONTRAVERS	Françoise	Biophysique/Médecine nucléaire	TENON
208	MOZER	Pierre	Urologie	PITIE SALPETRIERE
209	<b>NACCACHE</b>	Lionel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
210	NAVARRO	Vincent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
211	<b>NETCHINE</b>	Irène	Physiologie	TROUSSEAU
212	NGUYEN KHAC	Florence	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
214	NIZARD	Jacky	Gynécologie – Obstétrique	PITIE SALPETRIERE
215	<b>OPPERT</b>	Jean-Michel	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
216	PAQUES	Michel	Ophthalmologie	CHO 15/20
217	<b>PARC</b>	Yann	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
218	<b>PASCAL-MOUSSELLARD</b>	Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
219	<b>PATERON</b>	Dominique	Thérapeutique/accueil des urgences	SAINT ANTOINE
220	<b>PAUTAS</b>	Eric	Gériatrie	Charles FOIX
221	PAYE	François	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
222	<b>PERETTI</b>	Charles	Psychiatrie d'Adultes	SAINT ANTOINE
223	PERIE	Sophie	ORL	TENON
224	PETIT	Arnaud	Pédiatrie	TROUSSEAU
225	<b>PIALOUX</b>	Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
226	PLAISIER	Emmanuelle	Néphrologie	TENON
227	POIROT	Catherine	Cytologie et Histologie	
228	POITOU-BERNERT	Christine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
229	POYNARD	<i>Surnombre</i> Thierry	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
230	<b>PRADAT</b>	Pascale	Rééducation Fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
231	<b>PUYBASSET</b>	Louis	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE
232	RATIU	Vlad	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
233	RAUX	Mathieu	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
234	<b>RAY</b>	Patrick	Réanimation/Médecine Urgence	TENON
235	REDHEUIL	Alban	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
236	<b>RIOU</b>	Bruno	Urgences médico chirurgicales	PITIE SALPETRIERE
237	<b>ROBAIN</b>	Gilberte	Rééducation Fonctionnelle	ROTHSCHILD
238	ROBERT	Jérôme	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE

239	RODRIGUEZ	Diana	Neurone pédiatrie	TROUSSEAU
240	<b>RONCO</b>	Pierre Marie	Néphrologie / Dialyse	TENON
241	<b>RONDEAU</b>	Eric	Néphrologie	TENON
242	<b>ROSMORDUC</b>	Olivier	Hépto Gastro Entérologie	SAINTE ANTOINE
243	ROUGER	Philippe	Hématologie	INTS
244	ROUPRET	Morgan	Urologie	PITIE SALPETRIERE
245	ROZE	Emmanuel	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
246	<b>SAHEL</b>	José-Alain	Ophthalmologie	CHNO 15/20
247	<b>SAMSON</b>	Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
248	SANSON	Marc	Histologie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
249	SARI ALI	El Hadi	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
250	SAUTET	Alain	Chirurgie orthopédique	SAINTE ANTOINE
251	SCATTON	Olivier	Chirurgie Hépto biliaire	PITIE SALPETRIERE
252	SEILHEAN	Danielle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
253	SEKSIK	Philippe	Hépto Gastroentérologie	SAINTE ANTOINE
254	SELLAM	Jérémy	Rhumatologie	SAINTE ANTOINE
255	<b>SEZEUR</b>	Alain	Chirurgie générale	DIACONESSES
256	<b>SIFFROI</b>	Jean-Pierre	Génétique	TROUSSEAU
257	<b>SIMILOWSKI</b>	Thomas	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
258	SIMON	Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINTE ANTOINE
259	SOKOL	Harry	Gastroentérologie	SAINTE ANTOINE
260	<b>SOUBRIER</b>	Florent	Génétique	PITIE SALPETRIERE
261	<b>SPANO</b>	Jean-Philippe	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
262	STANKOFF	Bruno	Neurologie	SAINTE ANTOINE
263	STEICHEN	Olivier	Urgences médico chirurgicales	TENON
264	STERKERS	Olivier	ORL	PITIE SALPETRIERE
265	<b>STRAUS</b>	Christian	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
266	SVRCEK	Magali	Anatomie pathologique	SAINTE ANTOINE
267	<b>TALBOT</b>	Jean-Noël	Médecine nucléaire	TENON
268	TANKERE	Frédéric	ORL	PITIE SALPETRIERE
269	THABUT	Dominique	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
270	THOMAS	<i>Surnombre</i> Guy	Médecine légale/Psy d'adultes	SAINTE ANTOINE
271	THOMASSIN-NAGGARA	Isabelle	Radiologie	TENON
272	<b>THOUMIE</b>	Philippe	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
273	TIRET	<i>Surnombre</i> Emmanuel	Chirurgie générale/digestive	SAINTE ANTOINE
274	<b>TOUBOUL</b>	Emmanuel	Radiothérapie	TENON
275	<b>TOUNIAN</b>	Patrick	Gastroentérologie/nutrition	TROUSSEAU
276	<b>TOURAINÉ</b>	Philippe	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
277	TRAXER	Olivier	Urologie	TENON
278	TRESALLET	Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
279	TRUGNAN	Germain	Biochimie	SAINTE ANTOINE
280	<b>TUBACH</b>	Florence	Biostatistiques/inf médicale	PITIE SALPETRIERE
281	<b>ULINSKI</b>	Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
282	<b>UZAN</b>	Catherine	Chirurgie générale/Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
283	<b>VAILLANT</b>	Jean-Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
284	<b>VERNY</b>	Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
285	<b>VIALLE</b>	Raphaël	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
286	VIDAILHET	Marie José	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
287	VIGOUROUX	Corinne	Biologie cellulaire	SAINTE ANTOINE

288	WALTI	Hervé	Pédiatrie / Néo natalité	TROUSSEAU
289	WENDUM	Dominique	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
290	WISLEZ	Marie	Pneumologie	TENON

### MEDECINE GENERALE

MAGNIER	Anne Marie
CORNET (surnombre)	Philippe

<b>MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS</b>
---

1	ALLENBACH <u>Stagiaire</u>	Yves	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
2	AMIEL	Corinne	Virologie	TENON
3	ARON WISNEWSKY	Judith	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
4	ATLAN	Michael	Chirurgie reconstructrice	TENON
5	AUBART COHEN	Fleur	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
6	BACHET	Jean-Baptiste	Hépatogastroentérologie	PITIE SALPETRIERE
7	BACHY <u>Stagiaire</u>	Manon	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
8	BARBU	Véronique	Biochimie	SAINT ANTOINE
9	BELLANNE-CHANTELOT	Christine	Génétique	PITIE SALPETRIERE
10	BELLOQC	Agnès	Physiologie/Explo fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
11	BENOLIEL	Jean-Jacques	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
12	BENSIMON	Gilbert	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
13	BERLIN	Ivan	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
14	BIELLE <u>Stagiaire</u>	Franck	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
15	BILHOU-NABERA	Chrystèle	Génétique	SAINT ANTOINE
16	BIOUR	Michel	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
17	BLONDIAUX	Eléonore	Radiologie	TROUSSEAU
18	BOISSAN	Matthieu	Biologie cellulaire	TENON
19	BOUHERAOUA <u>Stagiaire</u>	Nacim	Ophthalmologie	15/20
20	BOULE	Michèle	Physiologie	TROUSSEAU
21	BOURRON	Olivier	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
22	BOUTOLLEAU	David	Virologie	PITIE SALPETRIERE
23	BRIOUDE	Frédéric	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISOT <u>Stagiaire</u>	Eolia	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
25	BUOB	David	Anatomie pathologique	TENON
26	BURREL	Sonia	Virologie	PITIE SALPETRIERE
27	CANLORBE <u>Stagiaire</u>	Geoffroy	Chirurgie /Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
28	CERVERA	Pascale	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
29	CHAPIRO	Elise	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
30	CHAPPUY	Hélène	Pédiatrie	TROUSSEAU
31	CHARLOTTE	Frédéric	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
32	CLARENCON	Frédéric	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
33	COMPERAT	Eva Maria	Anatomie pathologique	TENON
34	CONTI -MOLLO	Filomena	Bio cellulaire Chirurgie hépatique	PITIE SALPETRIERE
35	COTE	Jean-François	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
36	COULET	Florence	Génétique	PITIE SALPETRIERE
37	COUVERT	Philippe	Biochimie	PITIE SALPETRIERE

38	DANZIGER	Nicolas	Physiologie	PITIE SALPETRIERE	
39	DECRE	Dominique	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE	
40	DEGOS	Vincent	Anesthésiologie Réanimation	PITIE SALPETRIERE	
41	DUPONT	<i>Stagiaire</i>	Charlotte	Biologie de la reproduction	TENON
42	ECKERT	<i>Stagiaire</i>	Catherine	Virologie	SAINT ANTOINE
43	ERRERA	Marie-Hélène	Ophtalmologie	CHNO 15/20	
44	ESCUDIER	Estelle	Histologie/Génétique	TROUSSEAU	
45	FAJAC-CALVET	Anne	Histologie Embryologie	TENON	
46	FEKKAR	Arnaud	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE	
47	FERRERI	Florian	Psychiatrie Adultes	SAINT ANTOINE	
48	FREUND	Yonathan	Médecine d'Urgences	PITIE SALPETRIERE	
49	GANDJBAKHCH	<i>Stagiaire</i>	Estelle	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
50	GARDERET	Laurent	Hématologie	SAINT ANTOINE	
51	GAURA-SCHMIDT	Véronique	Biophysique	TENON	
52	GAY	Frederick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE	
53	GAYMARD	Bertrand	Physiologie	PITIE SALPETRIERE	
54	GEORGIN LAVIALLE	Sophie	Médecine interne	TENON	
55	GEROTZIAFAS	Grigoris	Hématologie clinique	TENON	
56	GIRAL	Philippe	Endocrinologie/Métabolisme	PITIE SALPETRIERE	
57	GOZLAN	Joël	Bactériologie Virologie	SAINT ANTOINE	
58	GUIHOT THEVENIN	Amélie	Immunologie	PITIE SALPETRIERE	
59	GUIARD	Juliette	Parasitologie	SAINT ANTOINE	
60	HABERT	Marie-Odile	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE	
61	HUBERFELD	Gilles	Physiologie	PITIE SALPETRIERE	
62	HYON	Capucine	Histologie Embryologie	TROUSSEAU	
63	ID BAIH	Ahmed	Neurologie	PITIE SALPETRIERE	
64	IRTAN	Sabine	Chirurgie infantile	TROUSSEAU	
65	JERU	Isabelle	Génétique	SAINT ANTOINE	
66	JOHANET	Catherine	Immunologie	SAINT ANTOINE	
67	JOYE	Nicole	Génétique	SAINT ANTOINE	
68	KARACHI AGID	Carine	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE	
69	KIFFEL	Thierry	Biophysique/Méd. Nucléaire	TENON	
70	KINUGAWA-BOURRON	Kiyoka	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX	
71	LACOMBE	Karine	Maladies Infectieuses	SAINT ANTOINE	
72	LACOMBLEZ	Lucette	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE	
73	LAFUENTE	Carmelo	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX	
74	LAMAZIERE	Antonin	Biochimie	SAINT ANTOINE	
75	LAMBERT-NICLOT	<i>Stagiaire</i>	Sidonie	Bactériologie	SAINT ANTOINE
76	LAPIDUS	Nathanaël	Biostatistiques/ informatique médicale	SAINT ANTOINE	
77	LASCOLS	Olivier	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE	
78	LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie	SAINT ANTOINE	
79	LAURENT	Claudine	Pédopsychiatrie	PITIE SALPETRIERE	
80	LAVENEZIANA	Pierantonio	Physiologie	PITIE SALPETRIERE	
81	LE BIHAN	Johanne	Biochimie	PITIE SALPETRIERE	
82	LEBRETON	Guillaume	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE	
83	LUSSEY-LEPOUTRE	<i>Stagiaire</i>	Charlotte	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
84	MAKSUD	Philippe	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE	
85	MEKINIAN	Arsène	Médecine interne	SAINT ANTOINE	
86	MESNARD	Laurent	Néphrologie	TENON	
87	MOCHEL	Fanny	Génétique	PITIE SALPETRIERE	
88	MOHAND-SAID	Saddek	Ophtalmologie	CHNO 15/20	
89	MORAND	Laurence	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE	

90	MORENO-SABATER		Alicia	Parasitologie	SAINTE ANTOINE
91	NAVA	<u>Stagiaire</u>	Caroline	Génétique	PITIE SALPETRIERE
92	NGUYEN	<u>Stagiaire</u>	Yann	O.R.L.	PITIE SALPETRIERE
93	PEYRE		Matthieu	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
94	PLU		Isabelle	Médecine légale	PITIE SALPETRIERE
95	POIRIER		Jean-Marie	Pharmacologie clinique	PITIE SALPETRIERE
96	POURCHER		Valérie	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
97	QUESNEL		Christophe	Anesthésiologie	TENON
98	RAINTEAU		Dominique	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
99	REDOLFI		Stefania	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
100	RENARD-PENNA	<u>Stagiaire</u>	Raphaële	Radiologie et imagerie médicale	TENON
101	ROOS-WEIL	<u>Stagiaire</u>	Damien	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
102	ROSENBAUM	<u>Stagiaire</u>	David	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
103	ROSENHEIM		Michel	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
104	ROSENZWAJG		Michelle	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
105	ROSSO		Charlotte	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPETRIERE
106	ROUSSEAU		Géraldine	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
107	SAADOUN		David	Médecine interne	PITIE-SALPETRIERE
108	SCHMIDT	<u>Stagiaire</u>	Mathieu	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
109	SCHNURIGER		Aurélie	Bactériologie-Virologie	TROUSSEAU
110	SEROUSSI FREDEAU		Brigitte	Santé Publique	TENON
111	SERVAIS		Laurent	Chirurgie orthopédique pédiatrie	TROUSSEAU
112	SILVAIN		Johanne	Département de Cardiologie	PITIE-SALPETRIERE
113	SORIA		Angèle	Dermatologie/Allergologie	TENON
114	SOUGAKOFF		Wladimir	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
115	SOUSSAN		Patrick	Virologie	TENON
116	TANKOVIC		Jacques	Bactériologie virologie	SAINTE ANTOINE
117	TEZENAS DU MONTCEL		Sophie	Biostatistiques/ informatique médicale	PITIE SALPETRIERE
118	THELLIER		Marc	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
119	TISSIER-RIBLE		Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
120	TOUITOU		Valérie	Ophtalmologie	PITIE SALPETRIERE
121	TOURRET		Jérôme	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
122	VATIER		Camille	Biologie cellulaire	SAINTE ANTOINE
123	VAYLET		Claire	Biophysique/Méd. Nucléaire	TROUSSEAU
124	VEZIRIS		Nicolas	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
125	VIMONT BILLARANT		Sophie	Bactériologie	TENON
126	WAGNER	<u>Stagiaire</u>	Mathilde	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
127	YORDANOV	<u>Stagiaire</u>	Youri	Thérapeutique/Médecine d'urgences	TENON

#### MEDECINE GENERALE

IBANEZ  
CADWALLADER

Gladys  
Jean-Sébastien

## **PLAN :**

*Avant-propos*

### **Introduction :**

1. Justification de la question de recherche : pourquoi cette thèse ?.....	21
1.1. Pourquoi cette thèse : contexte actuel.....	21
1.2. Pourquoi cette thèse : intérêt personnel.....	23
2. Construction de la question de recherche.....	26
2.1. Evolution de la naissance et de la maternité.....	26
2.1.1. Evolution du lieu de la naissance.....	26
2.1.2. Evolution du personnel soignant.....	28
2.1.3. Evolution des savoirs et des techniques.....	29
2.2. Evolution des droits des femmes, féminisme et maternité.....	32
2.2.1. Rapport de subordination du féminin envers le masculin et maternité.....	32
2.2.2. Libération des femmes et de leurs corps.....	34

### **Matériau et Méthodes**

1. Type de méthodologie.....	37
2. Journal de bord.....	38
3. Déconstruction des <i>a priori</i> .....	38
4. Constitution de l'échantillon.....	40
5. Guide d'entretien.....	41
6. Méthode d'enregistrement.....	41

### **Résultats :**

1. Recueil de l'échantillon et tableaux.....	43
2. Récits de vie : aux origines d'une quête de bien naître.....	48

2.1. Mathilde et Arthur.....	48
2.2. Valentine et Paul.....	50
2.3. Mariam et Yacine.....	52
2.4. Claire et Vincent.....	55
2.5. Louise et Amar.....	57
2.6. Ariane et Grégoire.....	60
2.7. Jeanne et Eric.....	62
2.8. Séverine et William.....	65
2.9. Amandine et Stéphane.....	67
2.10. Charlotte et Tidiane.....	69
2.11. Synthèse.....	72
3. Les Déterminants de la quête :.....	73
3.1. Caractéristiques de la naissance.....	73
3.1.1. Nature.....	73
3.1.2. Intimité.....	74
3.1.3. Convivialité.....	75
3.1.4. Liberté.....	76
3.1.5. Initiation.....	76
3.1.6. Synthèse : une solitude entourée.....	78
3.2. Place du conjoint.....	79
3.3. Qualités du soignant.....	81
3.3.1. Globalité.....	81
3.3.2. Temps.....	82
3.3.3. Présence.....	83
3.3.4. Sérénité.....	84
3.3.5. Sensibilité.....	85
3.3.6. Égalité.....	86
3.3.7. Singularité.....	88
3.3.8. Confiance.....	89
3.3.9. Relativité.....	90
3.4. Tableau.....	92

4. AAD et engagement.....	93
4.1. Doutes.....	93
4.2. Recherche d’alternatives.....	94
4.3. Réassurance.....	95
4.4. Affirmation.....	96
4.5. Militantisme.....	97
5. AAD : société et stigmaté.....	98
5.1. Projection et représentation sociale du risque.....	98
5.2. Stigmatisation.....	99
5.3. Silence.....	100
5.4. Rupture.....	101
6. AAD : acceptation et normalisation.....	102
7. Attentes des femmes/couples vis-à-vis du médecin généraliste.....	103

## **Discussion**

1. En quête de bien naître.....	106
1.1. Mouvement du « faire-corps » : la culture de la nature .....	106
1.2. Mouvement de « l’anti-corps » : la culture du contrôle.....	109
1.3. Unité dans la pluralité des représentations du corps.....	110
2. Validité du travail de recherche.....	112
2.1. Validité interne.....	112
2.1.1. Forces de ce travail de recherche.....	112
2.1.1.1. Donner la parole aux femmes/couples dans une situation singulière.....	112
2.1.1.2. Faire connaître cette pratique .....	113
2.1.1.3. Rétablir le dialogue entre les patientes et leurs soignants.....	113
2.1.2. Faiblesses de ce travail.....	114
2.1.2.1. Biais de sélection.....	114
2.1.2.2. Biais de confirmation.....	114
2.1.2.3. Biais de désirabilité.....	115
2.2. Validité externe.....	116

2.1. Validation par les instances nationales de santé.....	116
2.2. Validation par les instances internationales de santé.....	121
3. Conclusion.....	123
<b>Bibliographie.....</b>	<b>124</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>133</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>140</b>
<b>Serment d'Hippocrate.....</b>	<b>141</b>

## *Avant propos*

*La grossesse et l'accouchement sont des évènements à l'origine de toute vie humaine. Chaque être, quel qu'il soit, d'où qu'il vienne, a cette origine commune: le ventre maternel, qui lui a permis de prendre forme et de se développer, pour s'en détacher après neuf mois d'un formidable processus de transformation.*

*La légalisation de l'avortement et le développement de la contraception ont permis aux femmes de ne plus subir ces évènements, mais de les désirer et de les choisir. Ils sont alors synonymes de nouveau souffle, de nouvel espoir, qui pérennisent et transforment la vie en et autour de soi. Le groupe social qu'est la famille accueille un nouvel être qui trouvera sa place au fur et à mesure dans celui-ci et dans le monde.*

*Cependant, le chemin de la conception d'un enfant à sa mise au monde n'est pas un long fleuve tranquille : risque de fausse-couche, de malformation, de retard de croissance, mais aussi, pendant l'accouchement, de souffrance fœtale, d'infection, d'hémorragie de la délivrance, pour ne citer qu'eux, font le lot de nombreuses inquiétudes et incertitudes.*

*La médecine du siècle dernier a réalisé d'immenses progrès en terme de réduction des risques fœto-maternels par le développement de l'asepsie, de l'antibiothérapie, de la transfusion, des techniques chirurgicales, notamment de la césarienne, du suivi de grossesse et de la surveillance fœtale, avec l'apparition de l'échographie, et enfin de diagnostic et de traitement d'éventuelles pathologies et complications liées à la grossesse et à l'accouchement. La légalisation de l'interruption volontaire de grossesse a permis aux femmes de ne plus mourir lors d'avortements, car réalisés dans de bonnes conditions. L'amélioration du niveau de vie de la population, un meilleur accès à la santé et à l'hygiène ont aussi largement contribué à la diminution de la mortalité périnatale et maternelle. Au XVIIIème siècle, l'espérance de vie est de 28 ans pour une femme, et de 27 ans pour un homme<sup>1</sup> ; la mortalité infantile est de 25 %<sup>2</sup> et la*

---

<sup>1</sup> G. Kaplan : *Espérance de vie, rappel historique* ; Contrepoints ; 2012

<sup>2</sup> Ibid.

mortalité maternelle oscille de 10 à 50 %<sup>3</sup>. Entre 2011 et 2015, le taux de mortalité maternelle est de 6,4 pour 100.000 naissances en France<sup>4</sup> et en 2016, le taux de mortalité infantile est de 3,8 pour 1000 naissances<sup>5</sup>. Ces progrès sont une réelle victoire en terme de santé publique.

*En parallèle, la médecine, par ses avancées en terme de prise en charge de la douleur, a permis de libérer les femmes d'une interprétation littérale de l'injonction biblique bien connue qui les condamnait à souffrir pendant l'accouchement<sup>6</sup>, notamment par le développement de l'analgésie péridurale. La douleur liée à l'enfantement n'est plus une fatalité et son interprétation n'est plus l'apanage exclusif des religions<sup>7</sup>. L'approche matérialiste de Descartes et La Mettrie, par l'exploration du corps-machine, par une observation dénuée de toute croyance, méthodique et rigoureuse, a permis d'en comprendre les mécanismes physiologiques et pathologiques, annonçant le courant scientifique du XIXème siècle.*

*Cependant, ces progrès ont aussi leurs revers : la médecine occidentale moderne, forte de son héritage cartésien dualiste, a fait le pari du corps<sup>8</sup>. L'humain est réduit à son corps-matière, et la dimension symbolique de son être est négligée, ce qui en limite sa dimension et sa complexité. Son fonctionnement tend à être expliqué sous un seul aspect: l'angoisse se résume à une production de catécholamines et à un manque de sérotonine, l'amour et l'attachement à une production d'ocytocine. Mais qui est cette personne qui aime et qui a peur? Pourquoi ressent-elle ces émotions? Doit-on reléguer ces questions aux philosophes et aux psychologues? La médecine doit-elle se cantonner à la seule dimension du biologique?*

*On observe aujourd'hui le retour du refoulé d'une médecine qui a oublié la part subjective de l'être, particulièrement dans les domaines qui touchent aux extrémités des âges de la vie. La naissance et la mort nous renvoyant inexorablement aux mystères de nos origines et à*

---

<sup>3</sup> MF. Morel : *Histoire de la naissance en France, XVIIème-XXème siècle* ; Adsp n°61/62 ; décembre 2007- mars 2008

<sup>4</sup> Européristat : *Rapport européen sur la santé périnatale* ; 26 novembre 2018

<sup>5</sup> Chiffres INSEE ; 2017

<sup>6</sup> Genèse, Chapitre 3, Verset 16 : « J'aggraverai tes labeurs et ta grossesse ; tu enfanteras avec douleur ».

<sup>7</sup> P. Gaudin: *L'énigme de la naissance, entre philosophie et monothéisme* ; dans : R. Frydman et M. Szejer ; *La naissance, histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui* ; Albin Michel; 2010

<sup>8</sup> D. Le Breton: *Anthropologie du corps et modernité*; PUF; 2008

*notre finitude, elles nous posent la question du sens de la vie, du pourquoi allié au comment. Certains voient comme une menace ces critiques adressées au monde médical, arguant que celui-ci n'a pas le temps de penser, étant affairé à sauver des vies. Il ne s'agit pourtant pas de renverser nos acquis, mais de prendre le temps de les questionner, de les étayer, justement, afin de ne pas tomber dans les ornières d'une science dogmatique et péremptoire, plus soucieuse de pérenniser son assise que d'être au service des êtres<sup>9</sup>. Penser notre médecine, si ce n'est aussi la panser, en prenant conscience de nos ombres et des éventuelles dérives qui en découlent, pourra sûrement nous aider à nous en départir, pour maintenir et renouveler un exercice heureux de nourrir la vie, parfois jusque dans la mort.*

*Intéressons-nous davantage au moment de la naissance.*

---

<sup>9</sup> JP. Thomas: *La médecine, nouvelle religion*; F. Bourin; 2013

# Introduction

## 1. Justification de la question de recherche : pourquoi cette thèse ?

### 1.1. Pourquoi cette thèse : contexte actuel

En 2016, en France, 70 % des accouchements ont lieu dans des centres hospitalo-universitaires ; le nombre de maternités a diminué de 40% en 20 ans pour un même nombre d'accouchements, et 30% d'entre elles réalisent plus de 3000 accouchements par an<sup>10</sup>. Cette concentration des maternités s'est constituée sur une volonté de sécuriser les naissances, suivant les différents plans de périnatalité des années 1970 à aujourd'hui<sup>11</sup>, mais elle est loin de plaire à tout le monde. Des parents et des professionnels de santé déplorent une prise en charge qui a perdu de sa chaleur, de son humanité et de son intersubjectivité<sup>12</sup>. Certains d'entre eux, pour des motifs que nous allons explorer plus en profondeur, font le choix de renoncer à ces superstructures, pour donner la vie dans le lieu qui a vu naître des myriades de générations avant eux: le domicile.

Ces couples, ces femmes et ces soignants les accompagnant, ne sont pas nombreux en France. Sur les 800 000 naissances que compte l'Hexagone chaque année, seules 0,6% se réalisent au domicile: 0,5% avec l'aide d'un soignant et 0,1% sans aucune assistance<sup>13</sup>. Patients et soignants s'engageant dans un projet d'accouchement à domicile (AAD) prennent une décision transgressive, en marge des usages sociaux et scientifiques français, ce qui n'est pas sans conséquence, nous y reviendrons.

Pourtant, bien que peu usitée, cette pratique fait débat dans l'opinion publique française: la dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales est de plus en plus manifeste<sup>14</sup>, faisant le lit d'un regain d'intérêt pour ce mode d'accouchement. En 2002, une étude d'opinion

---

<sup>10</sup> Enquête nationale périnatale: rapport 2016; INSERM, DREES; Octobre 2017

<sup>11</sup> Académie nationale de médecine: *De la bientraitance en obstétrique; réalité du fonctionnement des maternités*; 18 septembre 2018

<sup>12</sup> O. Montazeau: *L'industrialisation de la naissance*; Spirale n°54, Lieux de naissance ; Erès; 2010

<sup>13</sup> V. Bellamy; division Enquêtes et études démographiques; INSEE; 2017

<sup>14</sup> D. Bousquet, G. Couraud, Margaux Collet: *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*; Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes; 26 juin 2018

révélaient que 52% des femmes estimaient qu'un AAD pourrait ou devrait leur être proposé<sup>15</sup>. Une remise en question du système de soins autour de la naissance voit le jour, lorsque certaines pratiques sont d'avantage le fait d'une commodité<sup>16</sup> pour l'équipe médicale que d'un réel intérêt pour les patientes. L'usage d'oxytocine pour moduler le rythme des naissances pour des raisons d'organisation de service, sans nécessité médicale, en est un exemple. Son taux d'utilisation était de 44,3% des accouchements en 2016<sup>17</sup>. Lorsqu'on sait qu'il entraîne une augmentation du risque hémorragique<sup>18</sup>, il est impératif que son usage soit limité au strict intérêt médical, comme le recommande l'OMS<sup>19</sup>, et non pour répondre à une logique de praticité pour l'équipe ou de gestion de flux de patients.

De plus, la médecine ne peut faire fi des évolutions sociétales : le développement des réflexions éthiques autour du soin après le choc de la Première et de la Seconde Guerre Mondiale, le mouvement contestataire du modèle patriarcal de Mai 68 et le processus d'individuation qui en a suivi, l'autonomisation des patients par l'accès au savoir, notamment par le biais d'internet, ont profondément modifié les attentes. Comme nous le rappelle la loi dite Kouchner du 4 Mars 2002, les patients ne veulent plus être soumis à un regard paternaliste, quand bien même serait-il bienveillant, et souhaitent être acteurs de leurs soins, en étant libres de choisir, à la lumière des résultats de la science, de leur état de santé, et de leur ressenti, de donner leur consentement, ou de ne pas le donner, tout en continuant d'être respecté dans leur singularité.

Enfin, les prises de conscience écologiques et les mouvements de retour à la nature font l'objet d'une véritable culture. Les partisans de l'AAD nous posent la question : de quoi avons-nous réellement besoin ? Comment distinguer l'essentiel de l'accessoire, et ici, en l'occurrence, des accessoires médicaux qui peuvent parfois envahir notre espace intime au détriment de notre propre intérêt? Qu'est-ce que la surmédicalisation? Comment en sommes-nous arrivés là? Et

---

<sup>15</sup> O. Dupuis et.al : *Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000*; Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2002 ; 30 : 677-83

<sup>16</sup> T. Wu : *The tyranny of convenience* ; New York Times ; 16 février 2018

<sup>17</sup> Enquête nationale périnatale: rapport 2016; INSERM, DREES; Octobre 2017

<sup>18</sup> J. Belghiti et.al : *Oxytocin during labour risk of severe post partum haemorrhage : a population-based, cohort-nested case-control study* » ; BMJ Open, 2011

<sup>19</sup> Organisation mondiale de la Santé : *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* ; 2018

comment y remédier?

## 1.2. Pourquoi cette thèse : intérêt personnel

Lors de mes études de médecine, je tenais à me familiariser avec le monde de la naissance et de la périnatalité ; j'étais fascinée par l'accouchement et par les petits humains qui naissaient de cet évènement. C'est ainsi que j'ai entrepris de faire un stage dans une maternité d'un centre hospitalo-universitaire parisien lors de mon externat, puis d'exercer un semestre dans un service de pédiatrie lors de mon internat. Malheureusement, ma déception a été grande. J'avais des attentes humaines élevées en ce qui concerne mes études de médecine, et plus particulièrement lors de ces deux stages. La bienveillance, la bientraitance, qu'elles soient entre soignants ou entre soignants et patients m'apparaissaient (et m'apparaissent toujours), comme les piliers d'une médecine de qualité : *primum non nocere*, d'abord ne pas nuire, est un fondement hippocratique ; puis guérir parfois, soulager souvent et écouter toujours.

Lors de ma confrontation avec le milieu hospitalier, et notamment en maternité, j'ai ressenti une grande tristesse de voir des femmes donner la vie dans des conditions qui me semblaient si peu respectueuses de celle-ci. Certaines femmes avaient la chance d'être avec une sage-femme à l'écoute et disponible, ou d'avoir un accouchement qui ne posait pas de problème ; mais pour les autres, pour qui le travail était plus laborieux, et/ou qui n'avaient pas un soignant suffisamment présent...c'était parfois très dur et traumatique. Je voulais intervenir, mais la plupart du temps, j'étais prise de malaise. J'essayais comme je pouvais de compenser la froideur des lieux et des contacts rudes avec certains membres de l'équipe, mais j'étais aussi tétanisée et choquée que certaines patientes. Je ne trouvais aucune harmonie à cette rigueur, qui me semblait aller contre l'intérêt des femmes et de leurs petits. Je haïssais qu'un de mes chefs puisse me dire : « Examine la patiente après moi, elle n'a pas son mot à dire, sinon elle n'accouche pas à l'hôpital public », (l'hôpital public serait-il devenu le public à l'hôpital ?) et d'apprendre ce qu'était une épisiotomie, pratique qui ne suscitaient pas plus d'émotions que cela, tant elle paraissait ancrée dans les habitudes de service. Mes nerfs étaient à vifs, et je pressentais bien que quelque chose n'allait pas.

A ce moment de mes études, je me demandais vraiment pourquoi j'avais entrepris des études de médecine, et je songeais sérieusement à renoncer à devenir médecin, tant je ne me reconnaissais que peu parmi mes pairs. Pourtant, j'étais pleine d'idéalisme et d'enthousiasme en m'inscrivant à la faculté. Mais rapidement, j'ai constaté l'écart entre cet idéal et la réalité : tout d'abord, en première année, je me suis engouffrée dans l'atmosphère oppressante des concours. Cette étape de sélection vient d'emblée faire chanceler les valeurs d'entraide et de solidarité<sup>20</sup>. Puis, lors de la confrontation avec le milieu hospitalier et universitaire, la rivalité entre collègues persiste : les épreuves nationales classantes nous étiquettent, l'enseignement se résumant à débiter des mots-clés, pour devenir des sortes de médecin-reptile, agrippés à des notions sous-corticales, récitant par cœur, tel symptôme, telle maladie, tel diagnostic, tel traitement. Cette étape d'apprentissage est néanmoins nécessaire : acquérir des réflexes dans des situations d'urgence, connaître les arbres décisionnels diagnostiques et thérapeutiques pour ne pas oublier des points essentiels constituent des bases solides du métier de médecin. Néanmoins, réduire notre champ thérapeutique à ce seul aspect technique, devenant une fin en soi et non plus un des moyens de soigner, m'apparaît comme une amputation de notre fonction de soignant.

Dans ce contexte de dressage, on apprend une médecine froide. C'est oublier que la médecine est avant tout un art, et que l'Art est le domaine par excellence de la mise en œuvre de l'expression humaine dans son vécu sensible, en conjuguant le rêve au réel<sup>21</sup>. Mais celui qui choisit de se poser un instant pour questionner sa pratique n'est pas toujours le bienvenu, car on n'a pas le temps<sup>22</sup>. La médecine sauve des vies, et tant que les patients sortent vivants et guéris physiquement au décours des soins, leur expérience sur nos pratiques importe moins.

Cette désillusion m'a rapprochée des patients. Eux aussi ont des attentes élevées en terme de soin, et elles me semblent bien légitimes. Faudrait-il renoncer à un idéal parce qu'il est difficile à atteindre ?

---

<sup>20</sup> Voir à ce propos l'interview d'Albert Jacquard ; émission Nom des Dieux, 1994 ; et le film de Thomas Lilti, *Première année*, 2018

<sup>21</sup> Le Dr P. Adams, en créant une médecine par le rire, a œuvré en ce sens : Dr P. Adams ; *Quand l'humour se fait médecin* ; Stanké ; 2000.

<sup>22</sup> H. Rosa : *Accélération, une critique sociale du temps* ; La Découverte ; 2010

Et puis, alors que je redoutais chaque nouvelle journée de travail aux urgences pédiatriques, où défilaient des enfants se débattant furieusement, par peur d'un examen, par peur d'une injection, j'ai cherché des moyens de sortir de cette spirale infernale. En m'intéressant tout d'abord à l'hypnose dans le traitement de la douleur chez l'enfant occasionnée par le soin : là, on avait le temps. Ou plutôt, on prenait le temps. On le saisissait à bras le corps, et il nous le rendait bien ; il était tellement généreux. Les gestes se faisaient délicats et lents. Les paroles étaient douces et rassurantes. Les mots enlaçaient ces petits êtres, qui pouvaient se délasser en eux, pour s'évader un moment et oublier leur douleur, ou la traverser sans peur. Petit à petit, j'ai organisé un espace de résistance intérieur à ce rythme effréné et j'ai pris le temps d'expliquer, de parler, de créer du lien avec les patients et d'apprendre à les connaître. D'oser aussi me montrer vulnérable, de dire quand je ne savais pas ou quand je ne pouvais pas, rompant avec le mythe du médecin invincible. Les retours positifs, les remerciements, m'ont encouragée à continuer sur ce chemin. Cela m'a naturellement amenée à m'intéresser à l'AAD. Là aussi, on se donne le temps, et tout est fait pour qu'il y ait le moins de source d'angoisse possible, dans un moment qui a tant d'enjeu. La confiance, le partage, la relaxation, l'affection... Toutes ces dimensions interhumaines qui demandent de se poser dans un espace chaleureux à l'intérieur et à l'extérieur de soi, m'ont paru cruellement manquer dans l'univers hospitalo-universitaire. La logique institutionnelle, si elle n'est pas vigilante, peut broyer la singularité des individus, entraînant certains, si ce n'est beaucoup, dans la souffrance, le déni, avec un sentiment de dépersonnalisation, de déréalisation propres au vécu traumatique<sup>23, 24</sup>.

J'ai ainsi cherché à savoir : quelles sont les attentes des patientes, des couples qui ont ce projet d'AAD ? Que viennent-ils nous dire et qu'attendent-ils de nous, médecins généralistes et soignants ? Et pourquoi ont-ils fait ce choix ?

Pour ce faire, entrons tout d'abord dans le contexte historique de la naissance, en revenant aux évolutions qui l'ont modelée.

---

<sup>23</sup> Dr V. Auslender : *Omerta à l'hôpital : le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en Santé* ; Michalon ; 2017

<sup>24</sup> Commission Nationale Consultative des droits de l'Homme : *Agir contre les maltraitances du système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* ; 22 mai 2018

## 2. Construction de la question de recherche

### 2.1. Evolution historique de la naissance et de la maternité

#### 2.1.1. Evolution du lieu de la naissance

Jusqu'au milieu du XXème siècle, la majorité des femmes accouchait à domicile<sup>25</sup>. L'hôpital était réservé aux indigentes, aux mères célibataires, mises au ban de la société. A la merci des soignants, les parturientes hospitalisées servaient de cobayes pour l'enseignement, et le recueil de leur consentement n'était pas dans les préoccupations éthiques de l'époque<sup>26</sup>.

Au XIXème siècle, la fièvre puerpérale était une des causes principales de mort en couche pour les parturientes, qui était principalement causée par les soignants accouchant ces femmes, en particulier les médecins<sup>27</sup>. Les règles d'asepsie n'étaient pas encore connues, et les internes des hôpitaux ne se lavaient pas les mains entre la salle d'autopsie et la salle d'accouchement. Le docteur hongrois Ignace Philippe Semmelweis remarqua une incidence moindre de fièvre puerpérale chez les femmes qui étaient accouchées par des sages-femmes, que chez celles accouchées par des médecins, les sages-femmes n'étant pas en contact avec des cadavres. De manière empirique, il imposa aux médecins hospitaliers de l'époque de se laver les mains après chaque dissection, avant d'entrer dans une salle de naissance : la mortalité maternelle par septicémie est réduite de 12% à 2,4%<sup>28</sup>. Malgré ces résultats spectaculaires, ces mesures tardent à être reconnues par l'autorité médicale. Cela est finalement le cas, lorsque les découvertes microbiologiques de Pasteur viennent donner un fondement scientifique à ces mesures quelques années plus tard.

Au terme de la Première Guerre Mondiale, le gouvernement applique une politique

---

<sup>25</sup> E. Naulleau : L'accouchement à domicile ; Economie et statistique n°148 ; 1982

<sup>26</sup> J. Schlumbohm : *Comment l'obstétrique est devenue une science ; la maternité de l'université de Göttingen 1751-1830* ; dans *Médecins, patients et politiques de santé* ; Actes de la recherche en sciences sociales ; 2002

<sup>27</sup> I. Loudon : *Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today* ; The American Journal of Clinical Nutrition, Volume 72 ; Juillet 2000

<sup>28</sup> A. Moreau : *Démédicaliser l'accouchement : utopie ou hérésie?* ; Thèse de docteur en médecine ; faculté de Limoges ; 2008

nataliste : l'usage d'un moyen de contraception est assimilé à un avortement et est interdit par la loi de 1920, puis l'avortement devient un crime d'Etat, passible de la peine de mort, lors du régime de Vichy en 1942. Le contrôle du ventre maternel a un enjeu économique et politique dans une France décimée par la guerre. Sont alors créées les allocations familiales, qui peuvent être perçues uniquement si la grossesse est déclarée au cours du premier trimestre et si les femmes se soumettent à une surveillance médicale. C'est ainsi que s'intensifie la médicalisation de la naissance, induisant le déplacement de la prise en charge de l'accouchement de la sphère privée à la sphère publique. La médecine, alliée du gouvernement, prend un double visage : d'un côté, une face bienveillante de protection de la santé de la mère et de l'enfant, de l'autre, un revers avec une emprise morale et sociale de la conduite des femmes<sup>29</sup>. Le contrôle de l'État sur les naissances est renforcé à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, où la Sécurité Sociale voit le jour en 1945. Les frais liés à l'accouchement sont désormais pris en charge lorsqu'ils ont lieu à l'hôpital, ce qui induit un déplacement du domicile vers l'institution hospitalière concernant les classes ouvrières, la bourgeoisie continuant de privilégier le domicile, et les femmes du monde rural n'ayant pas accès à ces structures d'un point de vue géographique. L'amélioration du niveau de vie moyen de la population, le développement de l'hygiène, la mise en place du suivi de grossesse, l'antibiothérapie, la transfusion et l'amélioration technique de la césarienne font s'effondrer le taux de mortalité maternelle qui passe de 8% en 1860 à 1% en 1925<sup>30</sup> puis à 0,1 % en 1945<sup>31</sup>, quand le taux de mortalité infantile est divisé par 3 entre le début du XXème siècle et la fin de la Seconde Guerre Mondiale (151 pour 1000 naissances en 1900 contre 51/1000 naissances en 1950<sup>32</sup>) alors qu'encore près de la moitié des naissances a lieu au domicile à cette époque<sup>33</sup>.

Avec l'exode rural et la promotion de l'accouchement dans des structures hospitalières publiques dans les années 60-70, accoucher à domicile devient une pratique

---

<sup>29</sup>F. Cahen : *Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970)* ; Revue d'Histoire de la Protection sociale ; 2014

<sup>30</sup> M. Langlais : *Evolution de la mortalité maternelle au XXème siècle en France* ; mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme ; Université de Caen ; 2016

<sup>31</sup> MH. Bouvier-Colle, E. Szego : *La mortalité maternelle en France depuis 1945* ; La population de la France, Tome II, 2005

<sup>32</sup> S. Papon : *La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse* ; division enquêtes et études démographiques ; Insee ; 2018

<sup>33</sup> E. Naulleau : *L'accouchement à domicile* ; Economie et statistique n°148 ; 1982

marginale, soit plus de dix ans après l'effondrement du taux de mortalité maternelle : celle-ci a surtout diminué de manière spectaculaire du milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle à l'année 1945, presque d'un facteur 100, alors qu'elle a diminué plus lentement, d'un facteur 10, des années 45 à nos jours, parallèlement à un interventionnisme médical croissant. Ceci suggère que ce transfert du domicile à l'hôpital pour toutes les grossesses, sans distinction, a été sous-tendu par un paradigme de société, une culture du *surplomb*<sup>34</sup>, définissant l'hôpital comme le lieu *a priori* le plus à même d'offrir des conditions de sécurité optimale pour tout accouchement, l'accouchement à domicile devenant progressivement dans l'inconscient collectif, une conduite ordalique<sup>35</sup>, prenant des risques en défiant la mort. A ce sujet, il est intéressant de noter que la collaboration Cochrane, organisation qui collecte des données scientifiques validées dans le domaine de la recherche médicale, est née grâce à l'impulsion du médecin Archie Cochrane, qui ne comprenait pas ce transfert massif dans les années 60 du domicile à la maternité pour tous les accouchements sans distinction, sans preuve scientifique établie<sup>36</sup>.

### 2.1.2. Evolution du personnel soignant de la naissance

Jusqu'au XVII<sup>ème</sup> siècle, les femmes accouchent accompagnées d'une matrone et de leurs proches de sexe féminin, à l'exception parfois du père de l'enfant à naître<sup>37</sup>. La matrone est l'ancêtre de la sage-femme. Elle accompagne la parturiente dans ce moment de la mise au monde ; c'est une femme âgée, qui a de l'expérience, ayant déjà accouché elle-même, et dont le savoir est empirique. Accompagnatrice de toujours, elle est par nature exclue du savoir médical du fait de son genre<sup>38</sup>.

L'époque de la Renaissance l'a aussi été en terme de naissance : Louis XIV, conscient qu'une population nombreuse est pourvoyeuse de futurs soldats et donc de pouvoir

---

<sup>34</sup> P. Cesbron : *La médicalisation de la naissance* ; dans M. Vidard : *La tête au carré* ; France Inter ; 13 octobre 2017 ; audio

<sup>35</sup> C. Lemay : *L'accouchement à la maison au Québec, les voix du dedans* ; Université de Montréal, Département d'Anthropologie ; 1997

<sup>36</sup> O. Olsen, J. Clausen : *Planned hospital birth versus planned home birth* ; Cochrane Database ; septembre 2012

<sup>37</sup> MF. Morel : *Histoire de la naissance en France, XVII<sup>ème</sup>-XX<sup>ème</sup> siècle* ; Adsp n°61/62 ; décembre 2007- mars 2008

<sup>38</sup> P. Cesbron, Y. Knibiehler : *La Naissance en Occident* ; Albin Michel ; 2004

politique, promeut l'introduction des chirurgiens barbiers pour la première fois lors de l'accouchement : ils en viennent à extraire les nouveau-nés dans le cas d'accouchement dystocique. Les premiers accoucheurs s'organisent et développent progressivement leur savoir : on leur doit entre autres les premiers forceps. Ce corps de métier est reconnu le 31 mai 1895 : « *Une voie savante et masculine, attachée à l'ordre social et consciente de la dimension politique de ses objectifs* »<sup>39</sup>.

La place des matrones se trouve alors menacée: elles sont rejetées par les médecins et le clergé, qui ne reconnaissent pas leurs compétences, dévalorisent leur savoir-faire, jusqu'à le diaboliser en les condamnant au bûcher pour sorcellerie lors de l'Inquisition. C'est le début d'une chasse aux sorcières contre ces femmes suspectées de plus d'aider aux avortements et à la contraception. Aussi, les « commères », entendues ici, comme à leur origine comme les « comères », ces femmes proches de la parturiente, qui la soutenaient affectivement, sont évincées. La femme se retrouve de plus en plus isolée et dépendante face à son accoucheur masculin<sup>40</sup>. Afin d'assurer leur pérennité et de conserver leur place auprès des mères, les matrones doivent organiser leur exercice et le rendre systématique. C'est ainsi que se développe le métier de sage-femme au XVIIIème siècle. Les sages-femmes, à cette époque, se voient retirer le droit de donner des médicaments ( ce qui n'est plus le cas aujourd'hui, faisant partie du corps médical en France pour tout ce qui a trait à la maternité depuis 1945), d'utiliser des instruments pour aider à l'accouchement, qui deviennent officiellement l'exclusivité des médecins-accoucheurs, installant de fait un lien de subordination entre eux, les instruments représentant le symbole d'un nouveau pouvoir masculin<sup>41</sup>, pérennisant un rapport de domination entre les sexes dans deux corps de métier historiquement genrés<sup>42</sup>.

### 2.1.3. Evolution des savoirs et des techniques

Le premier traité d'obstétrique remonte à l'Antiquité, écrit par Soranos d'Ephèse,

---

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> MF. Morel : *Histoire de la naissance en France, XVIIème-XXème siècle* ; Adsp n°61/62 ; décembre 2007- mars 2008

<sup>41</sup> Y. Knibielher, Catherine Fouquet : *La femme et les médecins* ; Hachette ; 1983

<sup>42</sup> P. Cesbron, Y. Knibiehler : *La Naissance en Occident* ; Albin Michel ; 2004

médecin grec, dont le savoir se dissout à la suite de l'effondrement de l'Empire Romain<sup>43</sup>. Durant l'ère chrétienne, on pratique des césariennes pour baptiser un enfant mort in utero, au risque de tuer la mère, par cette opération à l'époque mal maîtrisée. Fort heureusement, l'affranchissement progressif de la médecine des dogmes religieux a permis de limiter cet acte<sup>44</sup>.

Les femmes pouvaient accoucher dans la position de leur choix, jusqu'à l'arrivée des chirurgiens-barbiers, où la position allongée, plus commode pour le praticien, a fait force de loi, favorisant l'utilisation de forceps. Avec les sages-femmes, la position reste physiologique, c'est à dire dans le sens de la gravité, favorisant l'expulsion, même si le lien de dépendance aux obstétriciens rend cette pratique de plus en plus marginale<sup>45</sup>. L'accouchement physiologique, où la sage-femme est passive, est dévalué<sup>46</sup>, là où l'interventionnisme médical masculin, par ses instruments, est symbole d'innovation et de progrès. Le pouvoir d'accoucher, qui est une expérience, un vécu qui se partage, est subrepticement retiré aux femmes<sup>47</sup>, soignantes comme patientes, devenant alors dépendantes du savoir scientifique, possession jalousement gardée par l'autorité masculine pendant des siècles.

Le développement des méthodes d'anesthésie au XIXème siècle a un impact dans la prise en charge de la douleur liée à l'enfantement ; c'est ainsi que la reine Victoria utilise du chloroforme pour atténuer les sensations douloureuses : c'est « l'accouchement à la reine », qui va être popularisé. Puis, après le choc de la Première et de la Seconde Guerre Mondiale, la douleur est de plus en plus prise en considération : douleur physique des blessés de guerre, douleur morale des survivants qui ont vu périr leurs proches, douleur des enfants. Dans les années 1950, le docteur Fernand Lamaze, gynécologue-obstétricien français, fait un voyage en URSS pour découvrir l'approche psychoprophylactique de la naissance, pour un accouchement sans douleur (ASD). Cette technique s'inspire des découvertes du docteur Ivan Pavlov, médecin russe du début du XXème siècle. Celui-ci a observé que, si l'on habitue un chien à entendre une sonnette juste avant de lui servir un repas, celui-ci finit par saliver dès qu'il entend la sonnette

---

<sup>43</sup> Ibid.

<sup>44</sup> Ibid.

<sup>45</sup> Y. Knibielher, Catherine Fouquet : *La femme et les médecins* ; Hachette ; 1983

<sup>46</sup> J. Schlumbohm : *Comment l'obstétrique est devenue une science ; la maternité de l'université de Göttingen 1751-1830* ; dans *Médecins, patients et politiques de santé* ; Actes de la recherche en sciences sociales ; 2002

<sup>47</sup> MH. Lahaye : *Accouchement, les femmes méritent mieux* ; Michalon ; 2018

retentir. L'approche psychoprophylactique fait le parallèle avec les douleurs de l'accouchement : si une personne est conditionnée à penser que l'accouchement fait mal, elle peut ressentir de la douleur par la simple évocation de cet accouchement. L'objectif de l'ASD est alors de déprogrammer la croyance que l'accouchement est source d'une douleur insurmontable. Si l'on apprend aux femmes à connaître leur corps et qu'on les prépare à vivre un accouchement serein par la maîtrise de la respiration et par la relaxation, elles peuvent se libérer de la douleur et ne plus la subir<sup>48</sup>. Cette approche connut un vif succès : d'abord auprès des femmes de la classe ouvrière, à la clinique des Bluets où exerçait le docteur Lamaze, et rapidement auprès des femmes de toutes les classes sociales. Cependant, son origine soviétique en pleine Guerre Froide en a diminué son expansion: il n'était pas de bon ton de glorifier une méthode d'origine communiste en France<sup>49</sup>. Aujourd'hui, les cours de préparation à la naissance sont le seul et non le moindre héritage qu'a laissé le docteur Fernand Lamaze aux femmes.

A la même époque, une autre méthode visant à traiter la douleur est sur le point de voir le jour : l'anesthésie péridurale. Son utilisation est initialement réservée à certains accouchements dystociques, puis son usage se démocratise, à tel point qu'en 2016, 82% des accouchements se sont déroulés sous cette analgésie en France<sup>50</sup>.

En parallèle, toujours dans les années 70, le docteur Frederick Leboyer, gynécologue obstétricien, plaide pour que l'on considère le nouveau-né comme une personne, douée de sensibilité, rejoignant la conception de l'enfant de Françoise Dolto et d'autres soignants<sup>51</sup>. Le docteur Leboyer met l'accent sur l'importance de la qualité de l'accueil faite au bébé au moment de sa naissance<sup>52</sup>. Dans le même temps, la grossesse et l'accouchement se médicalisent de plus en plus. Les outils médicaux et obstétricaux sont de mieux en mieux maîtrisés : l'échographie permet de voir le fœtus et de s'assurer de son bon développement, la césarienne devient une pratique courante pour pallier un accouchement dystocique, la médecine du nouveau-né se développe. Il y a donc un mouvement de progression double : d'un côté, on sait

---

<sup>48</sup> JP Le Chanois : *Le Cas du docteur Laurent* ; 1956 ; LCJ Editions et Productions ; DVD

<sup>49</sup> M. Caron-Leulliez, J. George : *L'accouchement sans douleur ; Histoire d'une révolution oubliée* ; Editions de l'Atelier ; 2004

<sup>50</sup> Enquête nationale périnatale: rapport 2016; INSERM, DREES; Octobre 2017

<sup>51</sup> B. Martino : *Le bébé est une personne* ; TF1Video ; 1984 ; Vidéo cassette

<sup>52</sup> F. Leboyer : *Pour une naissance sans violence* ; Seuil ; 1975

de mieux en mieux assurer la sécurité de l'accouchement par le développement de nouvelles technologies, de l'autre, des voix s'élèvent pour rappeler que le vécu humain prime sur toute ces avancées techniques, quand bien même seraient-elles prodigieuses.

## 2.2. Evolution des droits des femmes, féminisme et maternité

### 2.2.1. Rapport de subordination du féminin envers le masculin et maternité

A l'origine de ce lien de subordination des hommes sur les femmes, on retrouve, selon Françoise Héritier, la capacité reproductive féminine<sup>53</sup>. Le pouvoir naturel des femmes, qui peut produire aussi bien des êtres de sexe masculin que des êtres de sexe féminin, serait une explication à cette crainte de l'homme d'être dominé par la femme. L'homo sapiens mâle, initialement nomade et chasseur cueilleur, se sédentarise, délimite son territoire, s'approprie une terre comme il s'approprie le corps de la femme, pour en maîtriser la matrice et les fruits de celle-ci. La progéniture constitue une future main d'œuvre, chargée de pérenniser le prestige du clan, de transmettre le patrimoine paternel et de défendre la patrie.

Les déesses mères des sociétés primitives n'étaient pas destinales : elles donnaient la vie, mais ne protégeaient pas de la mort, quand le Dieu paternel engendre et rend immortel, pourvu qu'on se soumette à sa Loi<sup>54</sup>. L'homme est alors soumis à un dieu, et gère la fécondité, symbole de sa puissance, en soumettant la femme, dont les capacités se résument à sa fertilité, symbole de son rendement<sup>55</sup>, comme la terre d'un paysan.

De l'Antiquité jusqu'à la découverte des gamètes femelles au XVIIIème siècle, la femme était considérée uniquement comme réceptacle du masculin. On estimait que seul l'homme était dépositaire d'une semence qui contenait en lui tout l'être humain à venir, la femme n'ayant que le rôle de matrice. C'est ainsi que le dramaturge antique Eschyle fait parler

---

<sup>53</sup> F. Héritier : *Masculin, Féminin ; La pensée de la différence* ; Odile Jacob ; 1995

<sup>54</sup> JM. Delassus : *Le corps du désir ; Psychanalyse de la grossesse* ; Dunod ; 2010

<sup>55</sup> Ibid.

Apollon<sup>56</sup> : « Une mère n'est pas l'enfanteuse de son prétendu fils, elle est la nourrice d'un germe dans son sein. Le saillissant engendre ». L'hérédité est vue exclusivement comme paternelle. La semence masculine elle-même possède une nature spirituelle et céleste, proportionnée à l'ordonnement des astres<sup>57</sup>, un *pneuma* éthéré, quand la semence féminine est enveloppe terrestre et charnelle. A ce propos, le mythe de la naissance d'Athéna corrobore cette conception: celle-ci est enfantée par son père, Zeus, en sortant de son crâne<sup>58</sup>.

L'époque des Lumières se voit être le lieu de la remise en question de ce modèle : elle marque le début d'une série d'affrontements entre les animalculistes, qui soutiennent l'idée ancestrale que seule la semence masculine est porteuse d'hérédité, amenant le principe vital et l'âme du nouveau-né, l'ovule n'étant que l'enveloppe nourricière permettant son développement, alors que les ovistes défendent la théorie inverse. Finalement, la découverte de l'ADN par Watson et Crick en 1953 et les avancées de la biologie moléculaire qui en découlent nous démontrent l'égalité entre les sexes : autant la semence mâle que la semence femelle est porteuse d'hérédité.

Quant à la matrice féminine, l'utérus, Platon le comparait à « un petit animal affamé d'enfant, d'autant qui lorsqu'il reste stérile, s'irrite dangereusement ». Pour Hippocrate, « Tota mulier in utero » : la femme toute entière est dans son utérus. On retrouve la même idée, avec l'hystérie, étymologiquement utérus. La colère, le désir étant des émotions peu commodes à une femme soumise à l'autorité masculine, tout mouvement de contestation ou d'humeur avait vite fait de la stigmatiser. Les premiers vibromasseurs apparaissent d'ailleurs à cette époque, pour soigner ces crises incontrôlables<sup>59</sup>. L'expression du désir de la femme, de ses troubles, de ses tourments sont pathologisés, relégués au plan biologique et à sa castration originelle, l'absence de pénis. Pour Jean Marie Delassus<sup>60</sup>, l'homme, castré de la possibilité personnelle de porter un enfant, impose le primat du phallus pour subtiliser son impotence, en la reportant sur l'autre sexe. Il est donc utile de transformer le privilège d'enfanter en une maladie, un joug.

---

<sup>56</sup> Eschyle : *L'Orestie* ; 458 av-JC

<sup>57</sup> D. Jacquart : *Alchimie et Philosophie à la Renaissance* ; Paris ; 1993 ; page 119

<sup>58</sup>P. Cesbron, Y. Knibiehler : *La Naissance en Occident* ; Albin Michel ; 2004

<sup>59</sup>R.P. Maines : *Technologies de l'orgasme, le vibromasseur, l'hystérie et la satisfaction sexuelle des femmes* ; Payot ; 2009

<sup>60</sup>JM. Delassus : *Le corps du désir ; Psychanalyse de la grossesse* ; Dunod ; 2010

Dans l'Antiquité, une grossesse, quand bien même devait-elle être contraignante et reléguer la femme à l'espace privé, était facteur de promotion dans la société : la fille devenait pleinement femme quand la stérilité était une opprobre<sup>61</sup>. Au contraire, à l'ère chrétienne, la vie monacale est valorisée et la grossesse est signe de concupiscence : l'accouchement, par les maux qu'il occasionne, permet de faire acte de pénitence: « Tu souffres par là où tu as pêché »<sup>62</sup>.

### 2.2.2 Libération des femmes et de leurs corps

La fin du XIXème et le début du XXème siècle deviennent le théâtre d'une libération globale : d'un point de vue géopolitique, l'impérialisme est aboli, et le droit des peuples à l'autodétermination devient un idéal de plus en plus prégnant. L'asservissement d'un peuple par un autre devient de moins en moins tolérable. La figure de l'Autre devient un égal lorsqu'il fut autrefois un chef ou un esclave. De même, les femmes prennent progressivement conscience de leur aliénation et remettent en question leur statut de subordonnées aux hommes. Alors que la femme était jusqu'ici considérée toute sa vie comme une mineure sous la tutelle d'un père, puis d'un mari<sup>63</sup>, le féminisme des suffragettes vient mettre un terme à cette inégalité : les droits de l'Homme ne sont plus réservés à la moitié de sexe masculin de la population, les femmes devenant citoyennes à part entière en acquérant le droit de vote. Après cette accession à la vie adulte et démocratique, le néo-féminisme des années 70 entend libérer la femme en tant qu'individu, pour tout ce qui a trait à son corps. Le libre choix en matière de sexualité et de maternité devient un élément central, et les violences faites aux femmes sont au cœur des préoccupations. Viennent ensuite les questions de la parité au travail et dans le pouvoir politique dans les années 80.

De nos jours, l'égalité entre les femmes et les hommes est encore un terrain en friche, même si plus d'un siècle de combats a permis aux femmes de faire reconnaître leurs droits en tant que sujet. La figure rigide du *pater familias* s'est excoyée au fil de temps, laissant place à

---

<sup>61</sup>P. Cesbron, Y. Knibiehler : *La Naissance en Occident* ; Albin Michel ; 2004

<sup>62</sup>L. Cuvelier : *Les chemins de la souffrance, une juste punition ?* ; Spiritualité et Santé, cahier n°39; janvier 2007

<sup>63</sup>F. Gaspard : *Les enjeux internationaux de la parité* ; Politique étrangère n°1 ; 2000 ; pages 197-211

une possibilité de redéfinition sensible et permanente du rôle de chacun dans la société, en ne réduisant plus l'identité d'un individu à son organe sexuel. Il en va de même pour le statut de la relation médecin-malade : en même temps qu'a émergé progressivement le droit des femmes, le droit des patients à une relation humaine d'égal à égal devient lui aussi une nécessité de notre temps.

Nous venons de décrire dans cette introduction le contexte historique dans lequel la naissance, la maternité et les femmes ont évolué au fil des siècles. La question des conditions de la grossesse et de l'accouchement n'a que peu été remise en question dans l'Histoire. Il semblerait qu'aujourd'hui, la libération de la parole des femmes à ce sujet<sup>64</sup> amène la société à s'intéresser de plus près aux conditions de la naissance.

Nous allons maintenant partir à la rencontre de ces femmes et de ces couples qui ont fait le choix d'accoucher à domicile.

---

<sup>64</sup>C. Bienaimé : *Un podcast à soi, n°6; Le gynécologue et la sorcière ; Pouvoir médical et corps des femmes ; Arte ; 7 mars 2018 ; émission audio*

# Matériau et méthode

## 1. Type de méthodologie : le récit de vie

### Récit de vie : caractéristiques principales

Le récit de vie est une des méthodes de recueil des données dans le champ de la recherche qualitative. Il consiste à recueillir dans le temps les événements successifs qui ont mené au comportement étudié, comme choisir d'accoucher à domicile.

Ainsi, afin de répondre aux questions qui nous intéressent, il nous a paru judicieux de choisir cette approche compréhensive, en recueillant le récit de vie des différentes personnes interrogées. Comprendre qui elles sont, quels ont été leurs parcours de vie avant et depuis leur première grossesse, pour éprouver de manière globale et dans le temps leurs choix. Ce recueil prend en compte aussi bien le vécu de la femme et de son conjoint individuellement, avec leur histoire personnelle et familiale avant leur union, ainsi que le récit de leur couple et de la famille qu'ils ont créée.

Il est important de préciser que le récit de vie n'est pas un recueil chronologique au sens strict du terme. Il s'appuie d'avantage sur ce que la personne dit de son histoire, sur son ressenti et sa manière de vivre les événements, plutôt que sur un déroulé objectif des faits de son histoire mis bout à bout.

La véracité du récit de vie tient au fait que pour un même groupe sociologique, ici les couples/femmes ayant choisi d'accoucher à domicile, un recoupement, des similitudes entre les différents témoignages se retrouvent jusqu'à saturation des données, c'est à dire au moment où le recueil d'un nouveau récit de vie ne va pas apporter un élément qui n'ait pas été déjà abordé lors d'un entretien précédent<sup>65</sup>.

L'avantage de l'approche qualitative est que l'individu n'est pas réduit à une norme, à une moyenne, à une statistique ou à un pronostic. Ce qui nous intéresse ici est de se centrer sur le cœur de la personne, sur ce qui fait sens pour elle.

---

<sup>65</sup> D. Berteaux : *Le récit de vie* ; Armand Colin ; 4<sup>ème</sup> édition ; 2016

## 2. Journal de bord

Le journal de bord a eu comme fonction un réaménagement permanent de nos réflexions aussi bien sur les axes à développer que sur les points méthodologiques et l'analyse des résultats. Il constitue une sorte de consignation en temps réel d'élaboration de notre travail de recherche.

(Voir un extrait dans Annexes)

## 3. Déconstruction des *a priori*

Un des préalables à l'investigation dans le domaine qualitatif, est la mise en évidence des *a priori* du chercheur sur le sujet sociologique étudié. Celui-ci se doit d'entrer dans le groupe sociologique avec une position paradoxale dite d'autochtone marginal<sup>66</sup>: sur le seuil du cercle, ni au centre, ni au dehors, dans une tension permanente entre solidarité et liberté, entre loyauté et détachement.

Ainsi, après ce travail réflexif, le chercheur ayant pris conscience de sa propre subjectivité sera plus à même de rendre une observation juste de la communauté étudiée, afin d'en expliciter les raisons qui sous-tendent son existence, son fonctionnement et ses codes. Nous nous sommes alors demandée d'où venait la question de recherche, pourquoi avoir voulu traiter ce sujet plutôt qu'un autre.

Alors, nous nous sommes aperçue que l'origine de la question venait d'une fracture entre les attentes du chercheur vis-à-vis de la médecine, et la réalité constatée au quotidien lors de ses études, et notamment lors de la confrontation avec l'univers hospitalier : une impression que seule la dimension du soin en tant que science biomédicale prévalait, le *cure*, au détriment du soin par l'accompagnement humain, le *care*, relégué aux dimensions de soins infirmiers, quand il

---

<sup>66</sup> RA. Foley : *L'observation* ; dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, M. Winance : *Les recherches qualitatives en santé* ; Dunod ; 2016 ; chapitre 6

n'est pas tout simplement oublié, voire méprisé<sup>67</sup>.

Cette impression de déséquilibre a été particulièrement ressentie lors d'expériences au sein d'un service de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie, moment où le chercheur a pressenti l'importance particulière de l'accompagnement humain dans le soin, de la dimension « médicament » que le soignant, par son comportement, par son expérience et son éthique, transmet, en tissant une relation de confiance avec la personne soignée, ce que M. Balint aborde dans le concept de « remède médecin »<sup>68</sup>.

La réassurance dans le soin n'est pas véhiculée uniquement par la personne qui soigne : la personne soignée prend part activement aux soins reçus, elle choisit son thérapeute, elle choisit ses soins, et reste maître à bord : la relation soignant-soigné, par essence asymétrique, le médecin étant un « être supposé savoir », préserve la dimension interhumaine égalitaire de « mêmeté », ipséité de l'être quelle que soit sa position dans la relation, et si la douleur, ici de l'accouchement, ne peut être totalement éradiquée, elle peut être accompagnée et choisie, et non plus vécue comme une souffrance inéluctable.

Par rapport au rôle du médecin généraliste dans ce processus, le chercheur pense que celui-ci n'est peut-être pas le plus apte à faire un suivi de grossesse complet, et à assurer la surveillance de l'accouchement, du fait de sa formation qui n'est justement pas axée uniquement sur la santé de la femme enceinte et de l'enfant. En revanche, nous pensons que celui-ci, en tant que personne soignante accessible en premier recours, ayant adhéré au serment d'Hippocrate, se doit de ne pas juger un patient qui aurait recours à cette pratique et de rester dans une attitude d'ouverture, de dialogue et de soin.

Nous ne nous sentons pas toujours légitime à traiter ce sujet qui relève plutôt d'étudiants en spécialité d'obstétrique ou de maïeutique. Néanmoins, le médecin généraliste, vu dans sa dimension d'acteur holistique de soin et de prévention à tous les âges de la vie, a finalement peut être bien sa place dans le réseau de la grossesse et de la périnatalité.

---

<sup>67</sup> B. Lombard : *De la cécité empathique transitoire à la prudence dans les soins ; au sujet de la contention lors des soins en pédiatrie* ; Thèse de Doctorat en Philosophie pratique ; soutenue le 02.02.2016 à l'Université de Paris-Est Créteil

<sup>68</sup> M. Balint *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 2009 : 419p. (p. 9-45).

Autre *a priori*, la position du conjoint : nous ne nous attendons pas à ce qu'au sein d'un couple, un des membres ne soit pas en accord avec ce projet d'AAD. Pour nous, l'assentiment total du partenaire dans ce projet nous paraît être une condition nécessaire à l'aboutissement de celui-ci.

Enfin, le sujet de l'AAD étant polémique en France, la question du militantisme s'est posée : sommes-nous dans une démarche militante pour faire accepter cette pratique en France ? La réponse n'est pas simple : nous souhaitons faire émerger une réconciliation entre les tenants d'une médecine axée sur la sécurité technique de l'accouchement, qui étaye son savoir-faire à l'aide d'instruments mesurables et objectifs, d'avec celle qui laisse une place toute aussi importante au subjectif, à la mise en sens non mesurable d'un ressenti, d'une émotion, qui a trait à l'histoire de chacun. Notre intention n'est donc pas d'abolir un système de pensée pour en voir émerger un autre, mais de faire s'unir ce que nous pensons être les deux faces d'une même pièce : la sécurité technique d'une part, la sécurité affective d'autre part.

#### 4. Constitution de l'échantillon

Notre analyse étant qualitative, elle n'a pas nécessité de critère d'exclusion : toute femme, tout couple, quels qu'ils soient, ayant eu un projet ou ayant un projet d'AAD pouvaient être inclus dans notre étude. Nous avons néanmoins limité notre recrutement aux personnes habitant à moins de 60km de Paris, lieu de résidence du chercheur, pour des raisons pratiques : les entretiens ayant lieu en face à face, nous souhaitions limiter le coût des déplacements. Nous avons aussi renoncé aux entretiens par téléphone, mail ou vidéo-conférence, l'entretien en face à face nous semblant le plus à même de rendre compte de la subtilité d'un récit de vie : la dimension non verbale de la communication, comme le ton de la voix, les expressions du visage, le regard, les émotions des personnes interrogées, étant prises en considération. Aussi, la narration d'éléments personnels à un chercheur dans la visibilité du visage de chacun des interlocuteurs nous paraissait à même d'établir une relation de proximité et de confiance, apte à nourrir la sensibilité et la justesse des résultats. Afin de constituer l'échantillon, nous avons contacté des associations et des soignants soutenant l'AAD, par téléphone ou par les réseaux sociaux, ainsi que les maternités et maisons de naissance, qui peuvent avoir dans leur patientèle des femmes inscrites dans leur structure mais

dont le projet est d'accoucher à domicile.

## 5. Guide d'entretien

Il n'y a pas spécifiquement de guide d'entretien puisqu'il s'agit d'un récit qui ne suppose pas d'être interrompu mais capté au fil du temps et au rythme de la personne. Un guide d'entretien prédéterminé mutilerait la possibilité de découverte<sup>69</sup>. Nos axes prioritaires de recherche trouveront naturellement leur place dans la narration. Si ce n'est pas le cas nous prévoyons de reprendre à la fin du récit des points particuliers. En début d'entretien, sont tout de même précisées des informations minimales : l'âge, la situation socio-professionnelle des deux membres du couple, leur statut matrimonial et leur nombre d'enfants en précisant le nombre d'AAD.

## 6. Méthode d'enregistrement

Nous choisissons d'enregistrer les entretiens après accord des interlocuteurs. Tous les noms et prénoms ont été modifiés par souci éthique d'anonymisation des données. Un magnétophone électronique a été utilisé pour enregistrer les entretiens.

---

<sup>69</sup> JC. Kaufman : *L'entretien compréhensif* ; Armand Colin, 4<sup>ème</sup> édition ; 2016

# Résultats

Nous allons désormais vous présenter les résultats de notre étude. Dans un premier temps, nous aborderons la manière dont l'échantillon s'est constitué sur le terrain, la situation des couples inclus dans notre étude, et les caractéristiques spatio-temporelles des entretiens. Ensuite, nous entrerons dans le cœur de notre étude, à savoir, comprendre les motivations de ces femmes, de ces couples à choisir ce mode d'accouchement, à en entrevoir les enjeux en terme de réalisation, et enfin, de déterminer les attentes de ces couples vis-à-vis du médecin généraliste en particulier.

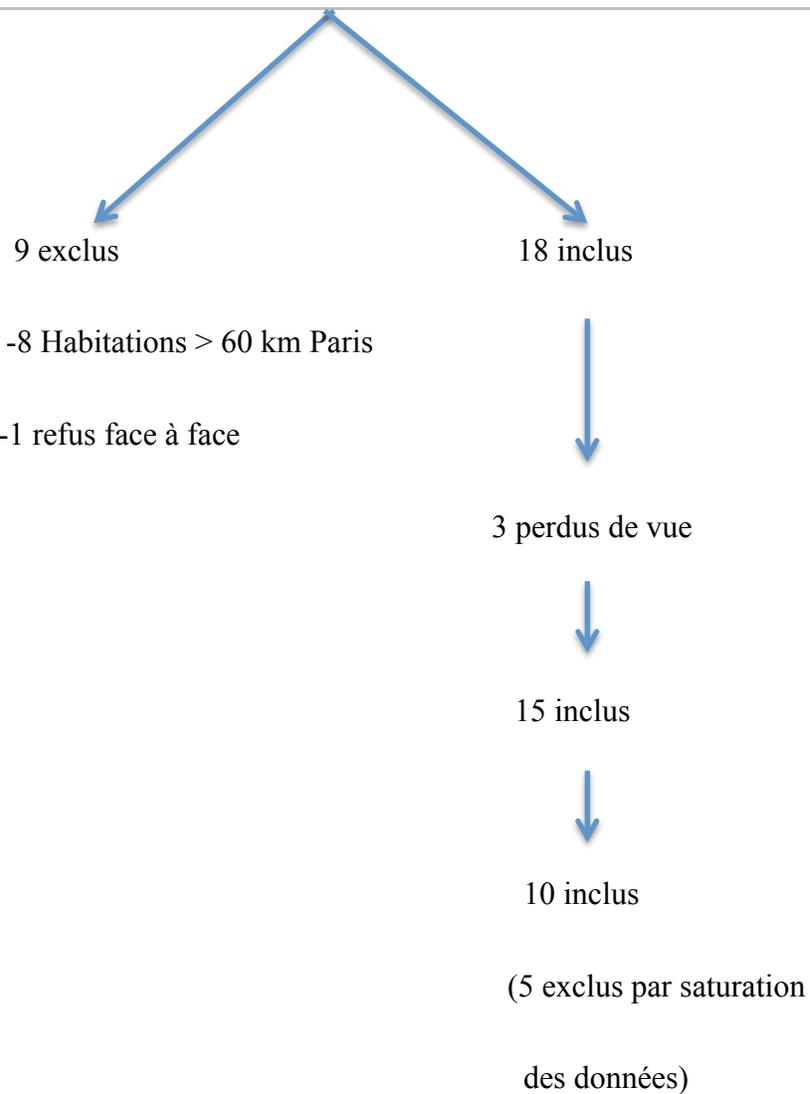
## 1. Recueil de l'échantillon et tableau

Pour rencontrer les couples, nous avons d'abord sollicité le CIANE (Collectif Inter Associatif autour de la Naissance), qui se charge de recenser et d'informer sur tout ce qui a trait à la bienveillance périnatale. Nous leur avons demandé le contact de sages-femmes ou de médecins pratiquant ou étant favorables à l'AAD. Par effet boule de neige, nous avons contacté une sage-femme AAD qui nous a mis en relation avec une gynécologue obstétricienne ayant elle-même accouché à domicile, qui a été incluse dans notre étude ; puis avec un médecin généraliste, qui nous a donné le contact d'un couple de sa patientèle ayant réalisé ce projet. C'est ainsi que nous avons rencontré le premier couple. Celui-ci nous a mis en relation avec un autre couple ayant eu un projet similaire, mais après plusieurs appels téléphoniques infructueux, nous ne l'avons pas rencontré.

Dans un deuxième temps, un recrutement par l'intermédiaire des réseaux sociaux a été réalisé : sur les interfaces Facebook du CIANE, de l'AFAR (Alliance Française pour l'Accouchement Respecté), et du CDAAD (Collectif pour la Défense de l'Accouchement à Domicile). Au total, 24 couples ont répondu à notre appel, en nous contactant par mail ; 9 d'entre eux n'ont pu être inclus : 8 habitant à plus de 60km de Paris, 1 couple sourd et muet dont le conjoint a refusé un entretien en face à face. Ensuite, 2 couples ont été perdus de vue après un premier échange par mail. 8 couples ont été inclus et effectivement rencontrés, les 5 autres couples restants n'ont pu l'être du fait d'une saturation des données. Finalement, 10 couples ont été rencontrés.

Tableau 1 : Recrutement par effet boule de neige auprès des associations soutenant l'AAD.

27 couples/femmes recrutés (24 par internet, 3 par téléphone)



Par ailleurs, nous avons contacté trois maternités parisiennes et une maison de naissance. Les maternités n'étaient pas au courant d'éventuel projet d'AAD au sein de leur patientèle, et nous

n'avons pas eu de réponse de la part de la maison de naissance contactée.

Voici les caractéristiques en terme d'âge, de situation socio-professionnelle, de statut marital et de situation familiale des 10 couples inclus dans notre étude, présentées sous forme de tableau :

<p>1/ Mathilde : 39 ans, professeur des écoles</p> <p>Arthur : 39 ans, comédien</p> <p>En union libre</p> <p>2 enfants (2 AAD réalisés)</p>	<p>2/ Valentine : 39 ans, artiste plasticienne, naturopathe</p> <p>Paul : 49 ans, directeur d'école d'Art</p> <p>Mariés</p> <p>1 enfant (1 AAD réalisé)</p>	<p>3/ Mariam : 32 ans, commerciale</p> <p>Yacine : 35 ans, cadre chercheur</p> <p>Mariés</p> <p>2 enfants (1 AAD réalisé)</p>
<p>4/ Claire : 37 ans, commerciale</p> <p>Vincent : 37 ans, dentiste</p> <p>Mariés</p> <p>3 enfants (2AAD : 1 transféré en maternité pour travail hyperalgique, 1 réalisé)</p>	<p>5/ Louise : 35 ans, comptable</p> <p>Amar : 41 ans, directeur de restaurants</p> <p>En union libre</p> <p>Au troisième trimestre de grossesse au moment de l'entretien, avec projet d'AAD</p>	<p>6/ Ariane : 51 ans, gynécologue-obstétricienne</p> <p>Grégoire : 50 ans, médecin</p> <p>Mariés</p> <p>4 enfants (2 AAD : 1 non abouti pour prématurité, 1 réalisé)</p>

<p>7/ Jeanne, 43 ans, ingénieure</p> <p>Eric, 51 ans, père au foyer</p> <p>Mariés</p> <p>2 enfants (1 AAD transféré en maternité pour travail hyperalgique)</p>	<p>8/ Séverine, 42 ans, assistante de direction</p> <p>William, 46 ans, consultant</p> <p>Pacsés</p> <p>1 enfant (1 AAD non abouti pour prématurité)</p>	<p>9/ Amandine : 25 ans, assistante maternelle</p> <p>Stéphane : 45 ans, moniteur auto-école</p> <p>Pacsés</p> <p>3 enfants (2 AAD réalisés)</p>
<p>10/ Charlotte : 21 ans, auxiliaire de puériculture</p> <p>Tidiane : 28 ans, cuisinier</p> <p>Mariés</p> <p>2 enfants (1 AAD réalisé)</p>		

Tableau 2 : Age, situation socio-professionnelle, statut marital, nombre d'enfants des couples et nombre d'AAD (réalisé, transféré ou en projet)

Le troisième tableau présente les caractéristiques de l'entretien en terme de lieu, de durée, et précisant la présence du conjoint ou non.

Couple	Lieu (département)	Durée	Conjoint présent
Mathilde et Arthur	75	1h20min	Oui
Valentine et Paul	75	1h00	Oui
Mariam et Yacine	93	1h30min	Non (refus)
Claire et Vincent	94	1h30	Oui
Louise et Amar	95	1h15	Oui
Ariane et Grégoire	75	40min	Non (non proposé)
Jeanne et Eric	75	1h45	Non (éloignement géographique)
Séverine et William	60	1h15	Oui
Amandine et Stéphane	91	40min	Oui
Charlotte et Tidiane	78	55min	Non (raison professionnelle)

Tableau 3. Caractéristiques des entretiens : lieu, durée, présence du conjoint.

## 2. Les récits de vie : aux origines d'une quête de bien naître

Nous allons maintenant aller à la rencontre des dix couples/femmes que nous avons inclus dans notre étude. Par l'intermédiaire de leur récit, nous avons recueilli les éléments personnels du parcours de vie d'un ou des deux membres du couple, les ayant amenés à concevoir d'accoucher à domicile.

### 2.1. Mathilde et Arthur

Nous sommes un dimanche après-midi d'hiver, chez le couple, autour d'un thé, leurs deux enfants de 7 ans et 5 ans jouant dans leur chambre.

Mathilde et Arthur ont tous deux connu des accouchements médicalisés pour leur propre naissance. La mère de Mathilde lui a raconté que son accouchement pour la mettre au monde a été traumatique, car elle ne s'était sentie ni écoutée, ni accompagnée, et elle avait eu l'impression d'être dépossédée de son corps, à tel point que cela ne lui a pas donné envie d'avoir un autre enfant. Son conjoint n'avait pas pu arriver à temps pour être auprès d'elle, elle était jeune, et elle avait eu une épisiotomie recousue à vif. Mathilde, qui désirait avoir des enfants, avait donc une appréhension à accoucher du fait du récit maternel.

Pour Arthur, il est né par césarienne programmée, dite de convenance, sa mère ayant fait deux grossesses extra-utérines avant lui, elle voulait être certaine que l'accouchement se passerait sans problème : « *J'étais soi-disant un bébé précieux* » raconte-t-il. Sa mère travaillait dans le service des ressources humaines d'une clinique, et était donc en contact avec le monde médical quotidiennement. Pour lui, cette césarienne à la demande est le fruit d'une médicalisation à outrance de la naissance.

Ensuite, le couple entend le récit de leur entourage, de leurs amis : « *A l'hôpital, c'était que catastrophique* » déplore Mathilde. En même temps, un couple d'amis à eux partage leur

expérience d'accouchement à domicile au Brésil : c'est la première fois qu'ils entendent parler de cette possibilité, et cela leur semble être une pratique exotique, irréalisable en France. Ils sont tout de même intrigués et commencent à se renseigner : de fil en aiguille, ils découvrent que plusieurs personnes de leur entourage ont réalisé ce projet en France ou ailleurs, et tous sont unanimes : c'est une expérience formidable. Ils ont alors fait un bilan : « *A chaque fois qu'on rencontrait quelqu'un qui avait accouché à domicile, c'était extraordinaire, et quelqu'un qui nous racontait son accouchement à l'hôpital c'était, ouais, traumatisant et tout donc euh ...* » commente Arthur. Les expériences négatives des uns à l'hôpital, et celles positives des autres à la maison, ont renforcé le souhait du couple d'accoucher à domicile.

En revanche, ils ont d'abord étudié les autres options qui s'offraient à eux, en cherchant un intermédiaire entre l'hôpital et la maison : « *On a fait le tour des possibilités d'accouchement respectueux, naturel le plus possible* », raconte Mathilde. Il se sont tournés vers une maison de naissance, mais n'ont pas été convaincus, ne se sentant pas suffisamment entourés par la sage-femme : « *Elle avait du monde, elle avait dit peut-être que je ne serais pas là pour votre accouchement (...), mais moi je voulais un suivi global, total.* » affirme Arthur. Mathilde ajoute qu'elle ne voyait pas d'avantage à accoucher en maison de naissance : « *On s'est dit, on va avoir les mêmes contraintes, c'est à dire un déplacement pour aller jusque là-bas, et pour être dans une chambre qui n'est pas la nôtre, à part peut être, être à côté de l'hôpital, mais en fait on habite en face d'un hôpital, donc au bout d'un moment, on s'est dit, pourquoi, non, on sera aussi bien chez nous quand même* ».

Ils ont donc contacté une sage-femme pratiquant l'AAD, sur les conseils d'un proche, et ont été convaincus cette fois : « *Elle a répondu à toutes nos questions (...) on ne prend pas de risque, tac, tac, tac, tac, on fait les choses dans l'ordre* », raconte Mathilde ; « *Pour le coup il n'y avait pas de flottement, elle était très pragmatique quoi, très rassurante* » ajoute Arthur, qui a eu davantage besoin d'être rassuré : « *Il fallait que je sois rassuré, si ça se passe mal, parce qu'il y a toujours les si, et si, et si* ».

Enfin, le couple s'est inscrit dans une maternité où un plateau technique est alloué à la

sage-femme, au cas où des soins plus techniques seraient nécessaires, ou si le couple changeait d'avis, préférant accoucher dans une structure hospitalière. Cette rencontre avec le milieu hospitalier les a renforcés dans leur choix de faire un AAD : « *Ça t'a convaincue définitivement d'accoucher à la maison !* » plaisante Arthur, et Mathilde d'ajouter : « *C'est une usine, une totale usine, avec le petit ticket euh, les couloirs sombres ...* » ; et évoquant le relationnel distant avec le personnel soignant : « *L'anesthésiste ne t'a même pas regardé une seule fois ...* ».

Le suivi de la grossesse s'est donc établi avec la sage-femme qui les a accouché quelques mois plus tard chez eux : « *C'était fabuleux (...) on était heureux* » se rappelle Mathilde. Pour la deuxième grossesse, c'est tout naturellement qu'ils ont réitéré l'expérience : « *C'était l'évidence* », dit-elle ; et Arthur d'appuyer : « *On ne change pas une équipe qui gagne !* ».

Celui-ci conclut : « *C'est une des plus belles expériences de ma vie* », et Mathilde d'ajouter : « *Ah ouais ça...t'as raison de le dire !* ».

## 2.2. Valentine et Paul

Nous sommes au domicile du couple, un dimanche après-midi à nouveau et toujours autour d'un thé. Leur fils de 9 ans fait des va-et-vient et écoute distraitement notre échange.

Pour Valentine et Paul, tout est parti d'un documentaire sur la naissance<sup>70</sup>. A cette époque, Valentine est projectionniste, et elle diffuse ce reportage, qui montre plusieurs naissances dans différents pays du monde, notamment des accouchements en dehors d'une structure hospitalière.

Cela a été un facteur déclenchant, porteur de sens pour Valentine : « *Ça m'avait vraiment bouleversée ce film (...) j'avais envie de pleurer, alors que je ne suis pas du tout sensible habituellement et je ne pleure pas en fait, au cinéma par exemple (...) ça m'avait vraiment touchée, ça avait vraiment touché quelque chose en moi* ».

---

<sup>70</sup> G. de Maistre : *Le Premier Cri ; Notre Histoire à Tous* ; 2007 ; DVD

Ce bouleversement l'a amenée à s'intéresser au sujet : *« J'ai écouté pas mal d'émissions, de témoignages, sur France Culture, France Inter, sur l'accouchement à domicile... On n'avait pas de projet d'enfant à ce moment là, mais ça a ouvert une possibilité »*, et à questionner les membres féminins de sa famille : *« J'ai quand même parlé avec mes grands-mères (...) j'avais besoin de référence génétique dans ma famille, comme elles ont un corps pas trop éloigné du mien, pour savoir comment ça s'était passé pour elles (...) elles avaient accouché à la maison, et je crois que c'était pas une partie de plaisir, mais ça s'était bien passé »*. Au point qu'au moment où une grossesse est arrivée : *« C'était une évidence que c'était comme ça que ça allait se passer pour moi »*.

Si les choses ont été limpides pour Valentine, Paul a eu besoin d'y réfléchir : *« Il a fallu que je chemine et qu'on discute beaucoup, puis tu m'as reparlé de ce documentaire, tu m'as montré des choses, tu m'as évoqué des pratiques qui se faisaient aux Pays-Bas et en Angleterre, et il a fallu que je m'ouvre à un certain nombre de réalités, parce que j'étais complètement conditionné par le fait qu'un accouchement ça se fait depuis le Néolithique à l'hôpital ! (...) Ma première réaction c'était : pourquoi prendre ce risque ? »*.

Comme pour le premier couple, ils ont ressenti la nécessité de se renseigner sur d'autres possibilités, qui n'ont pas été positives : *« On s'est quand même renseigné sur d'autres trucs (...) on avait été dans cette maternité (...) j'avais un rendez-vous avec un gynécologue et puis je m'étais dit non mais c'est pas possible, ça ne va pas du tout être comme ça ! (...) Je me souviens d'un rendez-vous très froid, très médical, c'est pas du tout ce que j'attendais comme accompagnement »*, dit Valentine.

Le couple a donc cherché une première sage-femme pratiquant l'AAD par le biais d'internet mais la rencontre n'a pas non plus été concluante : *« Je pense qu'elle commençait, (...) je crois qu'elle n'était pas reliée, pas de plateau technique, enfin bon, il y avait quelque chose qui collait pas trop »*. Cette sage-femme les a orientés vers un collectif de praticiens de la périnatalité qui travaillent de concert pour respecter et favoriser la physiologie de l'accouchement, le groupe Naissances à Paris, et c'est ainsi qu'ils ont rencontré la sage-femme qui a suivi leur grossesse et

leur accouchement à domicile, après plusieurs tentatives : « Ça a été un peu dur d'avoir le premier rendez-vous, de l'avoir au téléphone, elle est très prise en fait » explique Valentine.

Paul décrit cette aventure comme un moment essentiel de son existence: « C'est une des expériences les plus fortes de ma vie (...) c'est très constituant par rapport au corps, par rapport à nous deux, à nous trois », quand Valentine aborde cette expérience de vie en parlant de la peur du risque, et de la peur de mourir : « On ne devrait pas avoir autant peur de ça, enfin, ça ne devrait pas être mis autant de côté, c'est un élément à prendre en compte dans la vie, sinon en fait ben, on vit pas, on est un peu anesthésié, on ne fait plus d'expérience (...) il y a toujours un risque en fait, peut être qu'on choisit le risque que l'on prend », et Paul d'acquiescer et d'ajouter : « Oui, c'est ça, puis on l'encadre. (...) Sous prétexte d'hypersécurité, on finit par enlever des expériences de vie qui comportent toujours une part de risque (...) à l'hôpital, il y a l'illusion de l'annuler, de dire ben là, j'en prends aucun, ben non, il y sera (...) simplement, sous prétexte de vouloir en prendre aucun on va dans un environnement pas très propice à la naissance ».

Valentine a accouché en 2009, époque où les maisons de naissance, structures accolées ou non à une maternité et dirigées uniquement par des sages-femmes ne sont pas encore autorisées en France. Celles qui jouxtent une maternité le sont à titre expérimental depuis 2013<sup>71</sup>; elle ajoute : « Maintenant qu'il y a des maisons de naissance, j'irais voir l'ambiance, l'équipe, enfin, il faut que tout corresponde bien ».

### 2.3. Mariam et Yacine

Nous sommes un lundi matin, et Mariam me reçoit chez elle, ainsi que son deuxième fils âgé de 10 mois qui nous rejoint pendant l'entretien, après s'être réveillé de sa sieste. Pour cet entretien, Yacine refuse d'apporter son témoignage et n'est pas présent. Mariam explique : « Il n'était pas du tout pour cette aventure » ; et nous rapporte ses propos : « Il a dit : je ne cautionne

---

<sup>71</sup> Loi 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance accolées à un service de gynécologie-obstétrique

*pas, mais si c'est son désir, j'ai pas le droit d'aller contre (...) pour moi c'est clos, je ne veux pas parler de ça, je n'ai pas de temps à perdre avec ça, tu sais très bien ce que j'en pense ».*

Mariam connaissait la pratique de l'AAD car sa sœur aînée avait accouché deux fois de cette manière. Mais pour leur premier enfant, elle ne souhaitait pas accoucher à domicile : *« Je ne m'en sentais pas capable, je ne me sentais pas prête à le faire, il n'en était pas question pour le premier »*. Le couple s'est tout de même orienté vers une maternité qui tend à respecter la physiologie de l'accouchement, comme le relate Mariam : *« Je m'orientais déjà vers une naissance physiologique, et c'est d'ailleurs pour ça que je m'étais inscrite là-bas, parce que je n'avais pas envie de me retrouver dans une grosse usine à bébé »*.

Elle appuie le choix de ce type de maternité en disant : *« Je n'avais pas envie de me retrouver maltraitée, j'avais eu des témoignages d'amies dont les accouchements s'étaient extrêmement mal passés, suite à un mauvais accueil de l'équipe parce qu'il fallait absolument mettre en application le protocole : elles ne se sont pas senties écoutées et ça a dérapé ... »*.

Mariam décrit son premier accouchement : *« C'était standard ! (Rires) je suis bien rentrée dans toutes les petites cases ! »*. Elle avait un projet de naissance, où elle avait souhaité ne pas avoir de péridurale, mais l'a finalement demandée : *« J'étais assez déstabilisée par l'environnement (...) même si c'est une petite maternité, ça reste hyper anxiogène, les salles d'accouchement, les plateaux en inox, les instruments, les équipes qui tournent, les autres femmes (...) elles étaient deux sages-femmes et il y avait trois accouchements, donc elles ne pouvaient pas être en permanence avec moi et je ne me sentais pas soutenue, elles y mettaient toute la bonne volonté du monde, mais elles ne pouvaient pas (...) elles me disaient : tu es sûre, j'ai lu dans ton projet de naissance, tu es capable...et je leur disais, oui mais, tu es jamais là quoi ! »*. Mariam a aussi ressenti un manque de soutien de la part de son conjoint : *« Il faisait office de plante verte »*.

La péridurale l'a donc aidée à passer un cap, mais non sans regret : *« Ça m'a vachement soulagée, je n'avais plus mal, je me sentais plus en confiance, mais il y a eu une cassure, la*

*physiologie s'est quand même cassée à ce moment-là, parce que ne pas pouvoir bouger, être sous monitoring...J'avais changé d'état de conscience en fait, j'étais moins dans un état animal (...) après cette péridurale, je dilatais moins vite et du coup, protocole, protocole, il faut accélérer les choses (...) du coup j'ai eu les spatules ... ».*

Elle témoigne des avantages d'un accouchement technique en terme de soutien : « *Les sages-femmes étaient plus présentes du fait de la péridurale* », et dans le même temps du vécu traumatique d'une expulsion instrumentalisée : « *Je me suis retrouvée écartelée sur la table d'accouchement et j'étais...choquée* » ; elle parle d'un sentiment d'avoir été trompée sur l'aspect anodin d'extraire son enfant à l'aide d'instruments : « *Elles m'ont rassurée sur le fait que c'était un tout petit geste, que c'était pas intrusif, qu'on allait juste réorienter le bébé (...) en fait elles ont fait du vélo elliptique dans mon vagin* ». Elle évoque aussi son baby-blues juste après la naissance de son premier enfant : « *J'ai digéré cette naissance (...), j'ai des chutes hormonales assez monumentales* », et sa décision quelques semaines après d'accoucher à domicile pour le prochain enfant : « *J'ai dit à Yacine, si on a un autre enfant, moi ce sera l'accouchement à domicile, c'est évident parce que moi je sentais que c'était cet environnement là qui m'avait bloquée, qui m'avait empêchée de vivre ce moment à fond, de me lâcher* ».

Lorsqu'elle est devenue enceinte de son deuxième enfant, elle a tout de suite contacté sa sage-femme pratiquant l'AAD, qui assurait déjà son suivi gynécologique : « *J'avais dans la main le test ClearBlue* », et témoigne de la rareté des sages-femmes AAD : « *Elle avait déjà son carnet rempli ...* ».

Mariam regrette l'absence de soutien de la part de son conjoint : « *Je n'ai pas eu toute cette construction, tous ces échanges, j'ai pas été dans le partage (...) il est resté fermé là-dessus, et je souffre encore énormément de ne pas avoir eu cette échange-là* » ; elle déplore l'absence d'ouverture de la part de son mari : « *J'avais fait un petit dossier où j'avais rassemblé pas mal de sources, il n'a pas voulu le lire, (...) je lui disais, montre moi aussi, pourquoi ça te fait peur, est-ce que tu as lu des études ? Absolument pas (...) c'est pas mon pilier Yacine* ». En même temps, elle parle du respect qu'il lui a témoigné : « *Il ne m'a pas empêchée de vivre mon truc, il a assuré*

*sur le moment, il ne m'a absolument pas transmis son stress, et je crois qu'il appréciait énormément Clothilde (la sage-femme qui a suivi leur AAD)».*

Au final, malgré les difficultés générées au sein du couple : *« C'est une des raisons pour lesquelles Yacine ne veut pas forcément de troisième enfant »*, Mariam conclue : *« Ça a été une des plus belles expériences de ma vie, mais de loin ! »*.

#### 2.4. Claire et Vincent

Nous sommes un samedi après-midi, dans le salon du couple, autour d'un café ; leurs deux premiers enfants de 8 et 4 ans sont ravis d'avoir l'autorisation de regarder la télévision dans une autre pièce pendant l'entretien, alors que le benjamin de 7 mois reste paisiblement avec nous.

Pour Claire et Vincent, c'est un premier accouchement par césarienne programmée qui les a amenés à s'intéresser à l'AAD : *« La naissance de mon premier s'est faite tout comme je voulais pas »*, raconte Claire. Elle avait une certaine idée de son accouchement : *« J'étais persuadée que j'allais accoucher comme ma mère, parce qu'à l'époque, il n'y avait pas de péridurale je crois (...) et du coup comme ma mère est quelqu'un qui a du mal à supporter la douleur, je m'étais dit forcément, je saurai supporter si ma mère a su ! »*.

Elle était confiante : *« Je crois que je faisais vraiment confiance...et je suis tombée de super haut »*. Vincent évoque aussi le vécu de sa propre mère : *« Elle est anesthésiste, du genre assez carrée, et pourtant, elle n'a jamais voulu la péridurale pour ses accouchements (...), elle considérait que c'était nocif, et elle a toujours choisi son gynéco pour ça, (...) elle a travaillé dans une maternité, et elle disait, non mais attendez, je suis pas pathologique moi ! »*.

La première déception pour le couple a été de vivre une césarienne alors que Claire souhaitait un accouchement par voie basse : *« Mon coup de pas de chance, c'est que mon fils était en siège, et j'étais avec ce gynéco-là, il aimait bien les déclenchements et les césariennes, (...) il m'a plus ou moins imposé une césarienne, alors que moi je voulais tenter une voie basse, et il m'a dit que le siège c'était extrêmement dangereux, donc il m'a sorti des chiffres qui m'ont*

*convaincue* », et la désillusion qui en a résulté : « *Il se référait à une étude qui était extrêmement biaisée, les chiffres ont été revus, et on n'accouche pas à Dakar comme on accouche en Île-de-France, donc le risque était à pondérer, minorer... Du coup je me suis sentie complètement manipulée, sauf que mon bébé, il était déjà né* ». Ce sentiment d'avoir été trompée a persisté lors des suites de couche difficiles en post-césarienne : « *On m'avait dit que ça faisait un peu mal les deux premiers jours (...) ouais, alors le un peu mal il était à réévaluer ! Ça a été un post-césarienne vraiment tout pourri ! (...) Je ne pouvais pas m'occuper de mon bébé, ça on m'avait pas prévenue non plus ! (...) Mais sur le coup on m'a vendu ça comme la solution relativement facile quoi !* ». Vincent le déplore aussi : « *Même sur notre vie de couple, ça a été un moment difficile (...) on aurait pu se séparer* ».

Ce vécu difficile a déterminé Claire à trouver une alternative, en cherchant à se rapprocher de soignants qui partagent sa vision de la naissance : « *Je me suis dit, non, la prochaine fois, je ne veux pas de ça ! (...) La prochaine fois, faut que je sois vraiment accompagnée, faut que je sois avec une équipe qui va dans le même sens que moi, qui va voir les choses de la même manière que moi* ». Pendant près de 3 ans, elle entreprend des recherches : « *Je me suis mise à me renseigner, à potasser mon sujet, (...) il faut que moi je sois au courant, il faut que moi je sois informée, il faut que je me prenne en main, il ne faut pas que j'écoute les autres et il faut vraiment que j'aïlle dans la voie qui ne m'occasionnera pas de regret* ». Vincent a soutenu sa compagne dans cette démarche : « *On a même cherché des articles sur PubMed et tout, ah ouais, ouais, ouais ! (Rires)* ».

Les réseaux sociaux ont permis à Claire de partager son vécu et de recueillir le témoignage d'autres femmes qui ont vécu une césarienne et ont essayé par la suite d'accoucher par voie basse lors d'une grossesse ultérieure, et pour certaines à domicile : « *Je suis tombée sur un groupe de soutien de mère à mère, et il y en avait certaines qui avaient tenté un accouchement à domicile, ou au moins un début de travail à domicile, ça leur avait permis d'avancer dans le travail, et pas d'arriver trop tôt à la maternité, et du coup ça avait commencé comme ça ; (...) avec un utérus cicatriciel, les maternités n'aiment pas trop laisser traîner le travail, donc je me suis dit, ok, c'est ma meilleure chance de vivre une voie basse, parce que je voulais vraiment vivre une voie basse.* ».

Pourtant, le couple est d'abord méfiant à l'idée de faire un AAD : « *On était persuadé que les gens qui faisaient ça étaient des hippies qui accouchaient un soir de pleine lune en égorgeant une chèvre auprès d'un chêne centenaire* », explique Claire, amusée. Jusqu'à la rencontre avec la sage-femme qui a suivi la grossesse et l'accouchement de leurs deux autres enfants, Nathalie, qui les a rassurés par sa tempérance, comme l'explique Vincent : « *Je sentais qu'elle n'était pas complètement ... allumée ! (...) Et finalement de se rendre compte que la personne n'était pas justement si enthousiaste que ça, et pesait un peu le pour et le contre, en disant ben, ne faisons pas de fausse promesse, c'est tout bête mais...* ». Le travail pour le deuxième enfant s'est donc déroulé au domicile, supervisé par Nathalie, avec un transfert en maternité du fait d'un travail long et douloureux : au final, le couple a à peine eu le temps d'arriver à la maternité que leur deuxième enfant était né, la péridurale n'a donc pas été posée, et l'enfant est né par voie basse, comme l'avait souhaité Claire. Pour le troisième enfant, le travail s'est aussi réalisé au domicile, et a été tout aussi long et douloureux que le précédent, mais cette fois-ci, forts de l'expérience passée, le couple et leur sage-femme ont renoncé à un transfert : le troisième enfant du couple est ainsi né par voie basse à domicile.

Claire termine l'entretien les larmes aux yeux : « *C'est une belle réparation (...) je suis très très contente* », et elle remercie son conjoint et leur sage-femme qui l'ont accompagnée dans cette aventure : « *J'ai eu mes pompom girls quand même ! Parce que toute seule, je serais partie ! (Rires)* ».

## 2.5. Louise et Amar

Nous sommes un dimanche après-midi, dans le salon du couple : ils m'offrent un thé, Louise s'installe en face de moi, et Amar s'assied près d'elle, tantôt participant à l'entretien, tantôt regardant un match de football à la télévision, dont le son a été coupé.

Pour Louise, l'idée d'accoucher à domicile est le fruit d'une démarche personnelle qui a commencé bien avant la conception d'un enfant : « *J'ai fait beaucoup de choses autour du*

*féminin, ce genre de choses (...) je suis formée sur des techniques énergétiques, du reiki<sup>72</sup> », et d'une crainte des hôpitaux : « En fait, je suis allergique à l'hôpital », ainsi que d'une culture familiale particulière autour du soin : « Depuis toute petite, je suis soignée à l'homéopathie, j'ai un environnement familial qui fait que, on a toujours essayé de trouver des solutions... marginales (...); j'ai une façon de voir la médecine plutôt de manière orientale, dans sa globalité, alors qu'en France, c'est plutôt très sectorisé (...) donc moi je vais rarement chez le médecin, je vais chez l'ostéo ».*

Cependant, elle évoque un conditionnement : « J'avais l'impression que le seul moment où je serai obligée d'aller à l'hôpital, ben ce serait pour accoucher et avoir cette fameuse péridurale, alors que je suis allergique aux aiguilles, et que ça me rendait malade, mais j'avais l'impression que c'était le protocole obligatoire, c'était ancré, j'avais ce schéma-là en tant que petite fille ».

Ses recherches autour du corps et du féminin l'amènent à envisager la naissance d'une autre manière : « Au fur et à mesure de mes rencontres, mes lectures, il y a l'importance du corps (...) la femme elle sait, elle est très intuitive, et c'est quelque chose qu'on a mis sous le couvert trop longtemps, et l'accouchement, c'est un peu la même chose : une femme si on la laisse dans son corps et on lui permet d'être en contact avec ses propres sensations et qu'elle est accompagnée et sécurisée, elle sait faire en fait, elle n'a pas besoin d'avoir toute une armada autour d'elle ». C'est ainsi que Louise s'est d'abord dirigée vers une maison de naissance pour sa première grossesse : « J'ai fait une fausse-couche l'année dernière, et pour cette fausse-couche, je m'étais renseignée à Cergy, parce qu'il y a des maisons de naissance, ça aurait pu être un entre deux » ; mais elle n'était pas admissible dans l'établissement : « Il fallait déjà avoir accouché pour être suivie à Cergy ».

Pour Amar, il ne partage pas le point de vue de sa compagne, bien qu'il soit lui-même né à la maison en Algérie : « Ma mère, c'est parce que je pense qu'elle n'avait pas le choix, c'est pas dans les mêmes conditions, (...) on a les moyens de tout contrôler aujourd'hui, pourquoi se

---

<sup>72</sup> Reiki : méthode de soins non conventionnelle japonaise par imposition des mains

*mettre...pas en danger, mais, c'est un peu aller chercher une complication alors qu'il y a beaucoup plus simple...ça reste mon avis !* ». Il soutient pourtant Louise dans cette démarche : « *Ah oui, je l'accompagne, parce que je sais que c'est ce qu'elle souhaite, accoucher à domicile, c'est pour ne pas la contrarier (...) peut être que je passe à côté de quelque chose d'agréable, je ne sais pas, à l'heure actuelle, je suis ouvert, enfin, je l'accompagne* », et il ajoute : « *Bon euh, Louise, de toute façon, sa mère elle me le disait, elle fait pas comme les autres...donc maintenant, j'ai compris, moi je fais comme les autres, (...) j'ai une assurance pour faire comme les 90 %, donc je vais faire comme eux, je vois pas pourquoi je vais aller faire comme les 10 %...On est différent, bon ben voilà !* ». Louise résume ainsi la situation de leur couple à ce sujet : « *C'est d'accord qu'on ne soit pas d'accord ! (Rires)* », et n'attend pas plus de soutien de la part de son conjoint : « *Il n'y a aucune obligation qu'il soit là, à me tenir la main (...) sens-toi libre de pouvoir partir, ce sera ok pour moi* ». Amar tente de contrôler les choses à sa manière : « *Après, ce jour-là (de l'accouchement), je vais stresser un peu, mais j'ai un tensiomètre pour me rassurer...* ».

Au moment de l'entretien, Louise était à 36 semaines d'aménorrhée (SA). Finalement, elle a dû accoucher en maternité à 41 semaines et 2 jours d'aménorrhée du fait d'une bradycardie fœtale au monitoring de contrôle, qui devait être effectué tous les deux jours après le dépassement de terme. Une péridurale a été posée malgré la réticence de Louise, en vue d'une potentielle césarienne, si le travail ne s'accélérait pas et que le rythme cardiaque fœtal ne s'améliorait pas. En définitive, le travail s'est déclenché naturellement, la fréquence cardiaque du bébé s'est normalisée et Louise a accouché par voie basse sans épisiotomie ni l'aide d'instrument à l'hôpital.

Elle conclut : « *Je suis un peu déçue de ne pas avoir eu un accouchement plus physio...Je ne saurais jamais si cette péri était justifiée... Je me reconforte en me disant que mon fils va bien et que mon utérus et périnée sont intacts !* ».

## 2.6. Ariane et Grégoire

Nous sommes dans une salle de réunion de la maternité d'un centre hospitalo-universitaire parisien. Ariane est gynécologue obstétricienne depuis une vingtaine d'années, et nous nous retrouvons après une nuit blanche pour elle, notre entretien ayant lieu le matin suivant sa garde de nuit. Son mari n'est pas présent lors de l'entretien : « *Ça ne va pas l'intéresser de parler de ça, en plus mon accouchement à domicile, ça remonte à des années* ». Elle évoque avec un sourire la position de son conjoint face à son choix : « *Il me disait : je dois être tombé sur la seule gynéco qui veut accoucher à la maison !* ».

Pour Ariane, son choix d'accoucher à domicile est le résultat d'un mode de vie: « *Je pense que moi c'est un chemin de vie d'accoucher à la maison. C'est pas un truc qui vient au cinquième mois (...) c'est une conclusion, c'est...de sa vie ! C'est pas parachuté, c'est comment on a mené sa vie avant je pense (...) c'est tellement particulier d'accoucher sans péridurale, il faut avoir des ressources, (...) tout le monde n'en a pas envie, et je pense que les femmes qui le font, elles le savent avant d'être enceintes, oui, quelque part* ».

Elle précise les éléments qui ont construit sa façon de vivre: « *Je mange bio depuis longtemps, je suis dans cette démarche-là, naturelle. (...) Moi à 14 ans je faisais déjà mes courses dans une coopérative, je faisais ma bouffe parce que ma mère elle achetait de la viande. (...) On m'a envoyée à un stage de tissage, et je suis tombée sur une dame à la campagne qui était comme ça, et ça a été la révélation (...) c'était intrinsèque je sais pas... Et après j'ai continué là-dedans, dans les contraceptions naturelles, puis du coup, j'ai rencontré des gens comme moi* ». Ces rencontres l'ont amenée à découvrir l'AAD : « *J'ai des amies qui ont accouché à la maison, et du coup, j'y avais assisté... J'avais un cercle d'amies comme moi, c'est à dire bio machin, et du coup elles accouchaient à la maison. Mes plus proches amies (...) elles ont toutes accouché à la maison, et j'ai assisté à un accouchement, j'étais en cinquième année de médecine, d'une de mes amies, donc euh, voilà* ».

L'implication d'Ariane va jusque dans son métier: « *J'ai choisi gynéco-obstétrique pour*

*faire des accouchements à la maison initialement, (...) ça m'a toujours intéressée la physiologie, et c'est pour ça que c'est moi qui ai créé la salle nature (de la maternité où elle travaille), pour que les femmes puissent accoucher sans péridurale ». Elle décrit sa façon de concevoir l'accouchement : « Moi je voulais que tout se fasse naturellement absolument, je voulais pas qu'on me touche (...) la nature elle fait bien les choses ».*

Pourtant, elle a finalement décidé d'accompagner les femmes en maternité : « *L'AAD est devenu tellement marginal, et j'ai été prise dans mon internat, où j'ai été passionnée par les grossesses pathologiques, (...) donc du coup je l'ai appliqué pour moi, mais dans ma profession j'ai bifurqué. (...) Il aurait fallu que je travaille en libéral, et avec mes quatre enfants, c'était pas possible de toute façon ».* Elle parle donc d'un choix personnel, qu'elle n'a pas souhaité transmettre à ses patientes : « *Quand moi je suis enceinte, je sais que tout va bien se passer, au fond de moi, (...) je peux le sentir que pour moi ça, je peux pas le sentir pour les autres. C'est la femme enceinte qui peut sentir pour elle ».*

Ariane évoque aussi la dégradation de ses conditions de travail en maternité: « *Il y a de moins en moins de personnes...enfin c'est l'apocalypse là (...) j'en peux plus de cautionner ça...C'est n'importe quoi...et j'étais en train de me dire, ben va falloir accoucher à la maison parce que de toute façon... ».*

Sur ses quatre enfants, c'est le deuxième seulement qui a vu le jour à la maison finalement : le projet a été annulé pour son premier enfant du fait d'une naissance prématurée au huitième mois de grossesse, et pour le troisième et le quatrième, elle explique : « *C'était important pour moi qui allait m'accompagner, plus que le lieu (...) je ne pouvais pas me faire accoucher par quelqu'un que je n'avais pas vu travailler »* et elle ajoute : « *C'est sûr que l'accouchement à domicile, ça aurait été un plus ».* Elle garde un souvenir particulier de son accouchement à domicile : « *C'était un truc de dingue...un truc de dingue... ».* Et en général, de ses accouchements sans péridurale : « *On vit un truc extraordinaire, en relation avec ses enfants, c'est un truc de fou ».*

## 2.7. Jeanne et Eric

Jeanne et son mari vivent en province ; Jeanne vient à Paris chaque semaine pour son travail, son mari restant auprès de leurs enfants. C'est donc un soir de semaine que je la rencontre, en fin de journée, dans un square, puis plus tard dans la soirée dans l'appartement maternel, chez qui elle loge en semaine.

Pour leur première grossesse, c'est confiante que Jeanne s'apprête à accoucher en maternité, comme elle l'explique : « *La moitié de ma famille est médecin, donc moi (...) je partais sur le standard, je suis ce qu'on me dit, ainsi de suite* ». Elle est suivie au Mozambique à ce moment-là, pays dans lequel elle travaille: « *Ça change complètement la manière d'aborder le risque* », et rentre finalement en France : « *Parce qu'on s'aperçoit que c'était quand même risqué, les systèmes médicaux sont vraiment défaillants là-bas* ».

Pourtant, elle déchanté rapidement : tout commence lorsqu'on lui diagnostique un diabète gestationnel et qu'elle se rend compte que sa grossesse ne correspond pas aux normes : « *Je suis un peu un cas médical atypique, je le savais pas, en fait dans ma famille, on fait des bébés à neuf mois et demi, à 43 semaines (...) on fait des gros bébés, des bébés qui font 3,8kg, 4kg, tranquille, (...) je comprends bien que je rentre pas dans les cases* », et que le chef de service de la maternité décide de programmer son accouchement sans recueillir son consentement: « *La sage-femme ouvre le dossier et me dit : bon ben on déclenche lundi ? (...) Et en fait j'ai compris après coup : c'est que le chef de service avait mis déclenchement à 38 semaines (...) sans me consulter, sans consulter personne, sans m'avoir vue même, juste sur le dossier* ».

Elle se sent objectivée : « *Non mais un déclenchement le lundi, c'est qu'il remplit son planning je veux dire, c'est inacceptable qu'on déclenche juste parce qu'on remplit un planning ! (...) Je me souviens de la sage-femme qui rentre dans la pièce pour récupérer le papier sur le monito, elle m'a même pas dit bonjour quoi... Donc on a l'impression d'être un morceau de bois... On est un meuble quoi !* », menacée : « *Je me souviens de la sage femme qui me disait (...)*

*vous préférez la mort fœtale ou le déclenchement ? Là je me souviens que mon mari a failli la plaquer au mur (...) mais à 39 semaines on parle pas de mort fœtale quoi ! Voilà, c'est hyper violent en terme de paroles », privée de liberté : « J'étais enfermée psychologiquement, t'as pas le droit de sortir de là quoi » et violée dans son intimité : « J'avais eu le droit à un décollement des membranes sans mon accord et sans me le dire aussi, que moi j'ai vécu comme un viol ». Elle modère ses propos en ajoutant : « Même si ce n'est pas vrai, je ne juge pas les personnes... Mais c'est la sensation ».*

Enfin, après trois tentatives de déclenchement qui ont échoué, on lui propose une césarienne, qu'elle vit comme une sentence : « *Il n'y a pas d'échappatoire, c'est comme ça que ça va se passer* ». Dans les suites de l'accouchement, elle exprime son exténuation: « *Quand ma fille est née je pensais juste à un truc, c'était mais laissez-moi ( ...) Je ne veux rien voir ! Je ne veux rien entendre ! (...) Partez de là quoi, laissez-moi tranquille !* », et évoque la difficulté d'éprouver de la joie auprès de son enfant : « *Ma fille, c'était juste un boulet* » et auprès d'elle-même : « *Quand j'ai repris le boulot, je tombais en larmes devant mon ordi* ».

C'est ainsi qu'elle a entrepris une démarche pour se sortir de cette situation traumatique: « *J'ai fait de l'EMDR<sup>73</sup>, pour m'aider à me débarrasser de mes cauchemars, (...) j'ai écrit un courrier, j'ai été reçue par le gynéco, j'ai demandé à voir la sage-femme* », et à réfléchir en vue d'une deuxième grossesse : « *Je me suis dit voilà, si je recommence, je vais vivre la même chose, puisque de toute façon les protocoles font qu'on ne peut pas faire des bébés de 3 kilos 8 à 43 semaines, (...) j'ai aucune solution dans le système hospitalier, en plus comme j'ai eu une césarienne, ils seront encore plus drastiques ; (...) je ne dis pas que le fait de vivre une césarienne était impossible, mais j'ai fait une dépression qui a duré cinq mois quoi, donc le temps de m'en sortir, je me suis dit c'est même pas envisageable de recommencer, et pourtant, j'ai toujours voulu avoir deux enfants* ».

Elle évoque alors la rencontre avec des internautes du forum d'une association qui

---

<sup>73</sup> Eyes Movement Desensitization and Reprocessing : technique de traitement des vécus traumatiques par des mouvements oculaires.

recueille les témoignages de mères ayant vécu une césarienne, et qui lui a ouvert la voie vers l'AAD : « *Il y en a une ou deux qui expliquent qu'elles ont tenté un accouchement à domicile ; (...) au début je me suis juste dit c'est pas possible, j'ai eu une césarienne et tout, et puis je me renseigne, je lis un peu, et je me dis que ben finalement, c'est ce qu'il m'aurait fallu quoi! (...) Parce que je n'aurais pas eu ce protocole, ces gens, le chef de service qui prend la décision sans jamais m'avoir vue, on n'a jamais eu de relation, de discussion, (...) donc si ça peut être faisable, je veux bien tenter le coup* ».

Une fois sa décision prise, les difficultés surviennent ; tout d'abord pour trouver l'accompagnant : « *La sage-femme qui veut bien suivre un AAD après une césarienne, ça se compte sur les doigts de la main* » et pour convaincre son mari : « *Il m'a dit, même pas en rêve, jamais tu me fais ça quoi !* ». Finalement, en discutant avec plusieurs sages-femmes, son mari accepte, non sans dépit : « *Clairement ça n'a jamais été son truc, il m'a dit, de toute façon, j'ai bien vu que t'as décidé, et que de toute façon, j'ai pas mon mot à dire* », et cherchant à calmer son inquiétude : « *En discutant avec les sages-femmes, ça l'a rassuré sur le côté dangereux* ».

Pour l'inscription en maternité, obligatoire dans toute démarche d'AAD, elle choisit aussi le médecin qui va la suivre, qui lui a été recommandé pour ses qualités relationnelles : « *C'est pas qu'il accepte tout, c'est qu'il écoute toutes les femmes* ». Pour sa deuxième grossesse, elle dépasse aussi le terme de 41 semaines d'aménorrhée, et est donc suivie à la maternité, où monitoring de contrôle et échographie sont normaux. Son travail se déclenche spontanément à J+13 (42 semaines et 6 jours d'aménorrhée), comme elle l'avait prévu. Le couple vit alors un travail au domicile, et le mari de Jeanne s'exprime : « *Ah mais en fait, c'est bien l'accouchement à domicile !* ».

Finalement, le travail s'éternisant et la douleur devenant insoutenable, comme le décrit avec humour Jeanne : « *Ça va durer encore combien de temps ce dossier ?* », un transfert en maternité est organisé pour poser une anesthésie péridurale, et elle se retrouve démunie : « *C'était super dur de gérer cette transition, parce que là je n'avais plus besoin d'être accompagnée comme j'avais la péri, ils sont partis, alors qu'en fait, j'avais toujours besoin...* ».

Elle se retrouve de nouveau dans une situation de violence obstétricale, où son besoin de pudeur n'est pas entendu : « *J'avais besoin de 5 minutes (...) pour serrer les jambes, être dans une position décente* » qu'on lui a refusé : « *Je me suis mise à chialer, je poussais mal* ». Son enfant a fini par être extrait avec l'utilisation de forceps. Le lendemain, elle raconte son accouchement au chef de service, qui a suivi sa grossesse, et qui va dans son sens : « *Il y avait quand même le temps de vous expliquer les choses* ». Malgré tout cela, elle décrit des suites de couche bien plus positives cette fois : « *J'étais super bien* ».

C'est sans regret qu'elle évoque ce deuxième accouchement : « *Même si j'aurais préféré que mon enfant naisse à la maison, pour moi le plus gros du travail, je l'ai fait quoi* », et conclut en résumant ce que cette expérience lui a apporté : « *Maintenant je questionne tout, mais avec respect (...) en cherchant, on peut trouver des gens qui nous correspondent* ».

## 2.8. Séverine et William

Nous sommes un lundi après-midi, dans le salon du couple, autour d'un café et des chocolats que me proposent Séverine et William ; ce dernier écoute principalement notre échange, intervenant de temps en temps. Leur enfant de 3 ans est à la crèche.

Pour Séverine, le désir d'accoucher à domicile est venu bien avant sa première grossesse : « *Le projet d'AAD, je l'avais déjà, depuis très très longtemps, c'est pas une idée qui m'est tombée sur la tête, une lubie (...) c'était quelque chose auquel je réfléchissais déjà avant ça* ». C'est un drame médiatique autour l'AAD qui lui a fait découvrir ce mode d'accouchement : « *J'ai dû voir un truc à la télé, je pense que c'était suite au scandale d'une sage-femme qui avait accouché au domicile une petite fille (...) et en fait la petite fille est décédée, et ça avait remis tous ces trucs d'accouchement à domicile sur la table* ». Cette histoire tragique l'a poussée à s'intéresser au phénomène, plutôt que de l'en éloigner : « *C'est pas le scandale en soi, c'est le fait de pouvoir faire ça* », posant un regard critique : « *Le problème des médias, c'est qu'ils veulent du sensationnel (...) ils ne donnent pas tous les paramètres, ils veulent juste effrayer les gens (...) les parents n'en voulaient absolument pas à la sage-femme* ».

*(...) c'est qu'elle a fait son boulot quoi (...) on avait l'impression que c'était une chasse aux sorcières ».*

Aussi, le récit des accouchements de sa propre mère a renforcé sa position : *« Ma mère, elle a eu une césarienne obligatoire (...) ils l'ont laissé un peu toute seule, parce que mon père n'était pas là, et donc elle était en travail pendant 4 jours (...) jusqu'au moment où le médecin a dit : mais vous êtes encore là ? Ah ben non mais non, c'est pas possible ! Hop ! (...) Ma mère à l'époque, elle n'a pas cherché non plus, elle était toute seule, mon père n'était pas là, ils l'ont emmenée et l'ont opérée quoi (...) et quand elle a eu mon frère 10 ans après, ils ne se sont pas posés de questions, c'était césarienne programmée, ainsi de suite »,* et elle évoque les conditions de naissance de ses grands-parents : *« Mes grands-mères, elles ont accouché à domicile quoi ! ».*

Elle a rassemblé plus d'informations au moment de sa grossesse : *« Je me disais que le moment venu, je me renseignerai (...) j'ai été regarder des gens qui en parlaient, qui racontaient leurs expériences »,* et en garde un souvenir ému : *« J'étais tellement, enfin, ils racontaient ça d'une façon tellement émouvante »* qui l'ont déterminée : *« Je me suis dit, c'est ça que je veux ».*

Il a fallu convaincre William : *« Il n'était pas trop pour »* ; celui-ci explique : *« Moi, je ne voulais pas trop, parce que j'avais confiance en l'hôpital, j'avais trois gamines qui étaient nées à l'hôpital, (d'une précédente union), je trouvais ça un peu risqué »,* et il finit par être rassuré du fait du caractère non définitif de l'AAD : *« Après discussion avec les sages-femmes (...) dès qu'elles pensent qu'il y a besoin, une ambulance arrive ».* Pendant sa grossesse, c'est la gynécologue de Séverine qui a assuré le suivi, la sage-femme n'intervenant que le jour de l'accouchement : *« Je me suis tournée tout de suite vers ma gynécologue qui me suit depuis l'âge de 19 ans (...) on s'est rencontré vers le sixième mois de grossesse avec ma sage-femme »,* où William a pu poser toutes ses questions : *« et si, et si, et si ».* Séverine a été préparée à l'accouchement par une autre sage-femme : *« Ma sage-femme a dit (...) vous n'habitez pas à côté, vous pouvez faire l'accompagnement avec une autre sage-femme, mais il faut qu'on se rencontre un peu avant l'arrivée du bébé ».*

Enfin, son bébé est arrivé plus tôt que prévu : « *Cinq semaines avant terme, notre fils a voulu nous faire coucou* » ; c'est alors que la sage-femme prend les mesures nécessaires : « *Elle m'a dit non, à une semaine près, c'est trop tôt, tu accouches à l'hôpital* », et elle décrit un accouchement dans de bonnes conditions : « *J'avais fait un projet de naissance qui faisait six pages, (...) la sage-femme de la maternité a pris le temps de le lire avec moi et de me dire ce qui était possible, pas possible, et pourquoi, et puis, ça s'est bien passé, j'en ai un bon souvenir quoi* », et accouche sans péridurale, comme elle l'avait souhaité, et refuse l'épisiotomie : « *C'était dans mon projet de naissance, je préférais une déchirure à une épisio (...) et j'ai eu de la chance, j'ai pas déchiré, elle m'a juste fait deux petits points à l'intérieur du vagin, parce que ça saignait un tout petit peu* ».

En revanche, elle déplore les suites de couche à la maternité : « *J'étais pas bien, j'étais pas sereine là-bas, j'avais envie de rentrer (...) j'avais l'impression qu'on me volait mon espace de rencontre avec mon fils* ». Elle regrette aussi de ne pas avoir attendu plus longtemps pour venir à la maternité après les premières contractions : « *Si j'avais su, je pense que j'aurais attendu un peu plus à la maison (...) la sage-femme m'a dit faut aller à l'hôpital, mais sans urgence, mais moi je l'ai compris comme il faut y aller maintenant* », et l'explique ainsi : « *Se préparer dans un environnement hospitalier et être à la maison dans sa bulle, ça n'a rien à voir* », et envisage une seconde grossesse : « *Si bébé 2 il y a, si je peux trouver un hôpital plus en accord avec ce que je souhaite, je me sentirai plus sereine* », témoignant que ce qui compte le plus pour elle dans un AAD, c'est la tranquillité que lui offre le domicile avant et après l'accouchement.

## 2.9. Amandine et Stéphane

Nous sommes un lundi en fin de journée, dans le salon de la famille, où les enfants de 7 ans et 2 ans sont tantôt avec nous, tantôt en train de jouer dans leur chambre, tandis que la cadette âgée de 3 semaines est allaitée par Amandine pendant l'entretien.

Amandine a eu son premier enfant à l'âge de 17 ans et, à l'époque, c'est enjouée qu'elle part à la maternité : « *J'aimais vraiment beaucoup la médecine (...) la médecine c'est génial, je*

*choisis (...) une maternité de niveau III, c'est le top, il y a tout ce qu'il faut*». Elle décrit sa première expérience ainsi : « *C'était une naissance tout ce qu'il y a de plus classique, mais avec un ralentissement du rythme cardiaque du bébé, donc forcément, on s'est un peu affolé, ça a fini en ventouse, avec épisio* » ; elle en garde un mauvais souvenir : « *J'ai vraiment beaucoup souffert (...) on me recousait l'épisio à vif (...) je l'ai dit au personnel soignant (...) qui m'a répondu : oh ça va !* », et explique cette négligence du fait de sa jeunesse : « *Du fait de mon jeune âge, elles m'ont traitée ainsi en fait* » ; elle déplore le manque d'autonomie et d'informations données au patient : « *A l'hôpital, on ne vous laisse rien faire (...) on me dit : l'anesthésiste est là, on va vous faire la péridurale. Ok, ben moi, j'ai 17 ans, j'y connais rien, ben ok, allez, on y va.* ».

Elle décide d'oublier cet événement et de se concentrer sur son fils, et sur la manière dont elle veut s'occuper de lui : « *J'ai commencé à me tourner vers une démarche un peu plus nature avec l'alimentation, les couches (...) pour trouver vraiment la définition classique de la maman nature, du maternage en fait* » ; c'est alors qu'elle rencontre des femmes qui la confortent dans sa démarche : « *J'ai rencontré en fait une tripotée de mamans (...) plus bienveillantes (...) les mamans sèment un petit peu des petites idées, qui cheminent, et c'est intéressant* », qui lui permettent d'entamer une réflexion sur la première naissance qu'elle a vécue : « *Je me suis dit, c'est peut être pas normal ce que j'ai vécu (...) j'ai mis tout ça en souvenir et je me suis ben non, en fait, cet enchaînement là, il n'était pas naturel, il n'était pas physiologique, et il n'y avait rien qui avait fait que ça aurait dû se passer ainsi quoi* », jusqu'à conclure : « *J'aurais très bien pu accoucher chez moi*».

Cette prise de conscience s'est faite progressivement : « *Les premiers mois de la vie de mon fils, je me suis jamais dit, ouais, ce que j'ai vécu, c'est pas normal, malgré la souffrance que je ressentais...C'est vraiment au fil du temps, je me suis dit, mais non ; (...) il y a vraiment eu ce cheminement en terme d'années pour mon fils, où j'ai vraiment changé* », et lui a permis de s'affirmer : « *Il y a clairement l'idée de se dire, ben, plus jamais. Plus personne ne touchera mon corps ainsi (...) et surtout, personne ne touchera à mon bébé* » et d'envisager différemment sa deuxième grossesse : « *Pour ma fille, je ne voulais pas d'intervention, je ne voulais pas qu'on la touche* » en trouvant une sage-femme pratiquant l'AAD, en qui elle a confiance et qui saura respecter ses choix : « *Je savais qu'avec elle, ça allait être le cas.* »

Elle garde un souvenir extatique de sa première expérience d'AAD : « *Vraiment, je planais quoi* », et réitère avec aisance l'aventure pour sa troisième grossesse : « *Je savais que je pouvais le faire, ça s'est passé rapidement en plus* ».

Du côté du papa, Stéphane, c'est ouvert et confiant qu'il aborde le choix de sa compagne : « *Moi ça a été tout de suite, de toute façon, c'est toi qui va faire le travail, si tu penses que c'est mieux pour toi, eh ben vas-y, on fait l'accouchement à domicile, je n'étais pas arrêté d'un côté ou de l'autre* » ; il se remémore les bons souvenirs : « *Ça s'est super bien passé (...) je raconte souvent qu'à une heure d'accoucher, Amandine faisait des gaufres quoi !* ».

## 2.10. Charlotte et Tidiane

Pour le dernier couple interviewé, le mari de Charlotte n'a pas pu être présent pour des raisons professionnelles. Nous sommes chez le couple, installées dans leur salon. Charlotte allaite sa deuxième fille de 7 mois et sa première fille de 17 mois joue à côté de nous.

C'est adolescente que Charlotte découvre l'AAD : « *J'ai vu le film, Entre leurs mains<sup>74</sup>, sur LCP, et ça m'a vraiment fascinée (...) c'était vraiment par hasard : j'avais 16 ans et pas du tout de projet de maternité à ce moment-là* », qui l'enthousiasme : « *Je me suis dit, mais c'est trop bien, moi je ferai ça un jour !* », et l'amène à se renseigner : « *J'étais vraiment passionnée par ça ; (...) j'ai lu : « Pour une naissance sans violence », de Frédérick Leboyer , lecture qui renforce son envie : « Là, ça a été le déclic, je me suis dit, mais non, je ne peux pas accoucher à l'hôpital (...) c'était une violence d'accoucher à l'hôpital pour mon bébé* ». Ce désir s'oppose aux représentations qu'elle s'est forgées durant son enfance : « *Quand j'étais petite, je disais toujours : moi quand je vais accoucher, ce sera par césarienne, je veux pas avoir mal !* ».

Quelques temps plus tard, avec son compagnon qui est aujourd'hui son mari, une

---

<sup>74</sup> C. Darmayan : *Entre leurs mains* ; 2013 ; DVD

première grossesse surprend le couple : « *J'avais arrêté ma contraception (...) ma gynéco m'avait dit : tu prends la pilule depuis l'âge de 15 ans, tu sais, tu as du temps avant de tomber enceinte (...) donc je pensais que j'avais 10-12 mois devant moi* ». Mais la grossesse arrive plus tôt que prévu et n'est pas bien accueillie par sa famille : « *Mes parents ne voulaient pas...et de toute façon, on s'est dit, on n'avait pas d'appartement, tant que je n'avais pas mon diplôme, on savait que c'était compliqué* ».

De plus, elle découvre tardivement cette grossesse: « *J'étais à 15 semaines et j'avais toujours mes règles les premières semaines (...) j'ai vu une gynécologue (...) qui m'a dit que c'était un déni de grossesse mais vraiment très petit, parce que j'ai fini par m'en rendre compte : quand je n'ai plus eu mes règles, j'ai fait le test, mais j'étais déjà à 15 semaines* » ; Charlotte décide donc d'interrompre cette grossesse, non sans regret : « *Mes parents m'ont emmenée aux Pays-Bas, c'était vraiment traumatisant parce que déjà, ça me faisait mal au cœur (...) moi, j'étais hyper contente d'être enceinte (...) avec mon compagnon, on n'a eu aucun soutien* ».

Elle en garde un souvenir difficile, qui a initié sa détermination à faire respecter ses choix:« *Ça m'a vraiment traumatisée...et c'est aussi un peu ce qui a fait que (...) j'ai ce côté militant de me dire que non, on peut pas faire subir ça aux femmes quoi, c'est pas possible, de forcer une femme à accoucher en maternité, de forcer une femme à faire quelque chose qu'elle n'aime pas.* »

Cinq mois après cette IVG, elle tombe enceinte à nouveau, et désire ardemment poursuivre cette grossesse cette fois : « *Oui et là pour le coup, c'était hyper voulu !* ». Cependant, elle ne peut pas encore réaliser son projet d'AAD pour le premier accouchement : « *On habitait chez ma belle-mère (...) elle était très stressée et j'avais pas envie d'avoir quelqu'un qui me stresse ce jour-là* », mais réalise sans assistance professionnelle une grande partie du travail à domicile : « *Je suis arrivée à la maternité dilatée à 7* » (à 7 centimètres de dilatation du col de l'utérus) ; c'est sa belle-mère qui la pousse à partir à la maternité : « *Elle nous a mis dehors en disant: vous partez ou j'appelle les pompiers !* » ; elle regrette ce départ : « *Je pense que je serais restée encore parce que j'étais vraiment bien, j'étais dans ma bulle, sur mon ballon, tranquille* » ; la transition du domicile à la maternité est difficile : « *J'ai eu un stress d'arriver à l'hôpital (...) de devoir aller faire mon petit pipi dans mon pot, de prendre la tension, la température, ça m'a vraiment coupée dans mon truc, et j'ai stressé, j'ai stressé totalement (...) la salle nature n'était*

*pas disponible et j'ai entendu une femme qui hurlait, je me suis dit, oh (...) je vais jamais y arriver ! » ; en désespoir de cause, elle demande la péridurale, avec dépit : « J'ai demandé la péri, j'étais à bout ! (...) j'étais hyper déçue parce ce n'était pas mon souhait de base (...) je pense que j'étais en pleine phase de désespérance, et la péri a tout ralenti (...) à mon avis, si j'avais pris la péri, j'aurais accouché dans la demi-heure » et décrit un accouchement instrumentalisé : « Du coup, ventouse, j'étais fatiguée, j'arrivais plus à pousser, et j'étais obligée d'être allongée parce que j'avais la péri (...), je poussais n'importe comment », avec un manque d'intimité : « Il y avait beaucoup de monde : une auxiliaire de puériculture, une élève auxiliaire, la sage-femme, puis l'interne, le médecin (...) moi qui suis un peu pudique, je me suis dit, punaise... ».*

Au moment de la naissance, d'épuisement, elle n'arrive pas à accueillir sa fille : « J'ai dit, non, vous clampez, vous la prenez, j'en peux plus », et a une hémorragie de la délivrance avec révision utérine : « Pour le coup, j'avais plus du tout de péridurale puisque je bougeais mes jambes (...) le gynéco est arrivé et il a dit, elle est sous péri ? L'infirmière lui a répondu oui, du coup, il a mis son bras comme ça, j'ai dit, non mais je sens tout là quoi ! ». Néanmoins, elle garde un bon souvenir de la sage-femme qui l'a accompagnée : « J'ai été super bien accompagnée, y a pas à dire hein », et est satisfaite de ne pas avoir eu une épisiotomie : « Malgré tout ça ». Les suites de couche ont aussi été un moment pénible : « Ça a été catastrophique...je me suis dit, plus jamais j'accouche à l'hôpital », où elle s'est sentie infantilisée : « On me parlait comme à une gamine quoi (...) donc faut prendre la pilule hein ! Il faut, il faut... ».

Peu de temps après, Charlotte anticipe une deuxième grossesse, et contacte d'emblée une sage-femme pratiquant l'AAD : « J'ai appelé ma sage-femme avant de tomber enceinte, je lui ai dit : moi, j'ai un projet d'AAD (...) est-ce que vous me suivez ? » ; elle était si déterminée qu'elle songeait à faire un accouchement non assisté (ANA), comme elle l'explique : « Ici, il n'y a personne (...) la plus proche, elle ne donne pas son accord tout le temps (...) c'était à la maison ou rien (...) bon bien sûr, si pas de complication ». Finalement, sa sage-femme a accepté de la suivre : « Elle m'a dit oui ; un mois après, j'étais enceinte », et s'est inscrite dans une maternité

au cas où, comme dans toute démarche d'AAD<sup>75</sup>.

Cette fois-ci, elle va au bout de son projet et sa deuxième fille naît au domicile du couple ; elle en retire une grande satisfaction, notamment dans la relation à son corps « *J'étais en totale confiance (...) ça m'a décomplexée (...) j'étais hyper complexée avec mon poids (...) ça m'a réconciliée avec mon corps* », et dans la relation à ses enfants : « *Je suis persuadée qu'un accouchement physio, pas forcément à la maison, ça a un impact sur les enfants, parce que, pour mes filles, c'est le jour et la nuit (...) la première elle est très nerveuse, elle ne dormait pas sans moi jusqu'à ses 11 mois, la deuxième, je la pose, elle s'endort toute seule, elle est beaucoup plus calme* ».

Quant à son compagnon, elle explique : « *Au début, il a trouvé ça bizarre, et ensuite, il a été super content car il pouvait être là, et notre première fille aussi* ».

## 2.11. Synthèse des récits de vie

A la lecture de ces récits de vie, on peut ébaucher deux portes d'entrée principales menant au choix d'accoucher au domicile :

-une porte d'entrée *a priori* : une femme n'ayant pas d'expérience personnelle d'accouchement, entend parler de cette possibilité, et ressent un appel intérieur à privilégier ce mode d'accouchement plutôt qu'un autre, jusqu'à ce que celui-ci devienne une évidence pour elle.

-une porte d'entrée *a posteriori* : une femme ayant une expérience personnelle traumatique d'accouchement en maternité, dans une conduite d'évitement, chemine pour ne pas reproduire cette expérience douloureuse et trouve l'AAD comme solution à son problème. Sans cette expérience, elle n'aurait *a priori* pas été spontanément vers un AAD.

---

<sup>75</sup> Voir la charte de l'accouchement à domicile sur le site de l'ANSFL (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales) : <https://ansfl.org/document/charte-add/> consulté le 17.01.2019

Au final, quelle que soit la modalité qui les amène sur ce sentier, ces femmes et ces couples s'engagent dans une quête du bien naître qui défend une certaine idée de la maternité, dont nous allons désormais vous présenter les caractéristiques communes révélées d'après nos entretiens, en ce qui concerne la naissance en soi, la place du conjoint, et la qualité du soignant.

### 3. Les déterminants de la quête :

#### 3.1. Caractéristiques de la naissance

##### 3.1.1. Nature

Le respect de la nature est un premier axe fondamental pour ces couples. Il est d'ailleurs intéressant de noter que la nature a pour racine étymologique le verbe naître. Ici, les couples souhaitent respecter au maximum la déroulement naturel d'un accouchement, comme l'explique Mathilde : « *La nature est si bien faite, pourquoi interférer ?* ». Ils souhaitent mettre l'accent sur le caractère physiologique, la plupart du temps, de la grossesse et de l'accouchement, comme le souligne Paul : « *La naissance (...) n'est pas une maladie* ».

Les interventions réalisées au cours du suivi de grossesse et de l'accouchement sont alors réduites au strict minimum, s'adaptant au maximum au désir et au ressenti de la femme enceinte pour être le moins intrusif possible : « *Je ne voulais pas de péridurale, je ne voulais rien quoi ; je voulais le respect le plus possible.* » affirme Ariane.

Ces couples déplorent une médicalisation à outrance, avec toutes les conséquences iatrogènes qui en découlent : « *Je me suis rendue compte que toutes les situations de danger*

*qu'on rencontre à l'hôpital, on ne les rencontre pas forcément à la maison »* explique Charlotte.

Il en découle un minimalisme dans l'exercice des sages-femmes pratiquant l'AAD : *« Elle a fait les examens minimums pour le suivi...Ce n'était pas intrusif, elle n'a pas fait de toucher vaginal »* se souvient Mathilde.

Pour les couples, ce moment de la naissance avec le minimum technique colore leur vécu de l'accouchement comme une expérience d'une grande simplicité : *« C'était extrêmement simple (...) je n'ai pas l'impression d'avoir vécu un truc de dingue ... »* se remémore Claire; *« On ne change rien, on attend que ça se passe, tranquille, avec les enfants (...) on passe notre journée, et en fin de journée, ben, il y a notre petit cadeau en plus »* raconte Stéphane ; *« Le soir même, on était à la maison, on était en train de manger une petite escalope (...), c'était simple, c'était facile ! »* se souvient Arthur.

### 3.1.2. Intimité

Les femmes qui accouchent à domicile souhaitent entretenir un rapport animal, instinctif avec leur corps. Cette sensorialité particulière, qui modifie leur état de conscience, leur permet de mettre au monde leur enfant : *« Pour moi, c'est vraiment débrancher le cerveau, et laisser faire le corps »* explique Louise.

Pour atteindre cet état, les femmes évoquent l'importance de l'environnement. Leur domicile est vu tel un écrin, un cocon qui les protège de toutes les agressions susceptibles d'entraver le bon déroulement de leur accouchement et de ses suites, comme s'en souvient Claire: *« On s'est vraiment senti dans notre bulle de naissance, et ça c'était vraiment chouette ! »*

L'accouchement est, ici, un évènement sexuel et sensuel. Il est le processus découlant d'un instant de rencontre intime. Ainsi, de même que lors d'un rapport charnel, l'éveil des sens nécessite une certaine intimité, il en va de même pour accoucher à domicile, où un cadre voluptueux est recherché, qui respecte les sens, que ce soit par le toucher avec l'eau, comme le

raconte Valentine : « *J'allais dans la baignoire, je me détendais* » ; ou par la vue, comme l'évoque Louise : « *J'ai envie d'allumer cette bougie, d'avoir des lumières tamisées* ».

Ces femmes déplorent ainsi l'intrusion ressentie dans le milieu hospitalier, qui ne cesse d'entrer et de sortir de leur espace intime, qu'il soit celui de leur bébé par des interventions jugées trop nombreuses, de leur corps par des touchers vaginaux répétés, de leur sens par un environnement agressif, et de leur couple par la place équivoque laissée au père, (ce dernier point sera traité plus loin). Louise résume en ces termes : « *Pour accoucher dans les meilleures conditions, il faut pouvoir se mettre dans sa bulle, se mettre dans un état très particulier, si on a des va-et-vient tout le temps dans la chambre, ce ne sont pas des bonnes conditions* ».

### 3.1.3. Convivialité

La chaleur du domicile est un élément essentiel dans le choix de ces couples qui mettent l'accent sur un environnement familial, personnel et confortable, comme l'explique Mathilde : « *On a notre bon repas le soir, il n'y avait pas cette ambiance, hôpital avec le plateau, le repas d'hôpital, enfin, j'étais pas malade quoi !* » Contrairement à l'environnement hospitalier, qui leur semble peu propice à accueillir une naissance : « *L'hôpital c'est froid, c'est impersonnel* » décrit Séverine, ou Valentine : « *L'environnement clinique, hôpital tout ça, c'est moche un peu, il y a plein de machines, c'est un peu inquiétant* ».

La convivialité du domicile est un moteur pour ces couples, comme le raconte Valentine, qui, en plein travail, échange avec une amie : « *J'avais une amie qui est venue me voir, on discutait* », ou Amandine, qui sur les conseils de sa sage-femme, prépare des gaufres : « *Elle m'avait dit : tu veux pas faire des pâtisseries ? Souvent, ça aide !* » ; Cette convivialité contraste avec le sentiment de solitude éprouvé en maternité : « *Je n'ai pas envie d'être toute seule à l'hôpital* », déclare Louise.

Ariane dépeint le même tableau chaleureux du domicile : « *On a tous pris le petit déjeuner avec la sage-femme, c'était tranquille, ce n'est pas du tout la même ambiance* ». Ce

sentiment d'unité contribue à renforcer l'identité familiale : « *Ca y est on est une famille, on est ensemble, on reste ensemble* » affirme Mathilde.

Cette bulle de naissance chaleureuse, intime et conviviale, est le lieu qui laisse place, selon ces couples, à un accouchement naturel, comme nous l'avons vu plus haut. Ce cocon conçu avec soin, se veut sécurisant, mais pas enfermant.

#### 3.1.4. Liberté

Une autre valeur clé pour ces couples est la liberté. Les femmes rencontrées souhaitent être libres de leurs mouvements, que ce soit lors du travail, où elles veulent pouvoir manger, boire et bouger comme bon leur semble, ou pendant la phase d'expulsion, où elles veulent pouvoir choisir la position qui va leur permettre de donner naissance à leur enfant, ou que ce soit après l'accouchement, où elles veulent ne pas être dérangées dans la rencontre avec leur bébé. C'est ainsi que Séverine explique : « *Je veux accoucher où je veux, où je me sentirai bien à l'instant T ; (...) je veux être complètement libre de mes mouvements* », et Mariam : « *Si t'as envie d'accoucher allongée, tu le fais, à quatre pattes, tu le fais* » ; et dans le post-partum, elle ajoute : « *On a fait beaucoup de co-dodo ; ça, à la maternité, ils ne m'auraient jamais laissée faire ça !* ».

L'improvisation liée au ressenti du moment, s'oppose au protocole parfois rigide du milieu hospitalier : « *A la maternité, ce que j'en retiens, c'est qu'on m'empêche de dormir, de découvrir mon bébé, d'être tranquille, et c'est terrible d'en arriver là* » déplore Claire.

Cet espace de liberté que s'accorde ces femmes contribue à leur donner un sentiment d'autonomie et de confiance en elle, qui fédère leur identité de femme et de future mère.

### 3.1.5. Initiation

Le moment de la grossesse et de l'accouchement est vécu comme un parcours initiatique, chargé de sens, qui fait le lit de transformations majeures dans la vie d'une femme, comme le déclare Mariam: « *Un accouchement pour une femme, ça représente toute une vie, ce n'est pas rien comme moment* ».

Par le rapport direct au corps et la liberté évoqués plus haut, l'autonomie laissée à la femme lui permet de devenir pleinement actrice de son accouchement comme le souligne Ariane : « *Plus on accouche sans péridurale, plus on sait où l'on en est* ».

Ainsi, une fois l'épreuve de la mise au monde terminée, tel un rite de passage, la femme a acquis par son expérience propre une confiance en elle qui va lui permettre de se redéfinir en tant que femme, et de se positionner en tant que mère face à son enfant, comme l'explique Valentine : « *J'avais envie de vivre pleinement une expérience (...) afin de pouvoir devenir maman, de vivre pleinement mon accouchement ; (...) j'ai trouvé du sens à être femme en fait ; (...) on rencontre des difficultés, physiques et psychologiques à travers ce chemin, et on les surmonte. Et pour moi, c'est assez fondateur, ça fonde quelque chose de nouveau* ».

Mathilde décrit le parcours auquel peut s'attendre toute parturiente accouchant sans anesthésie péridurale : « *Les sages-femmes nous avaient expliqué ça, l'étape où on retient, l'étape où on doit lâcher prise, puis l'étape où on dit plus jamais ça, juste avant l'expulsion* ».

Une fois ces étapes traversées, la nouvelle mère est apte à établir un lien d'attachement sécurisé avec sa progéniture : « *Tout ça, ça donne de la confiance en soi et en ses enfants* », confie Mathilde, telle une athlète après une haute performance : « *Il y a toute une phase de coaching mental à gérer* ». Quant à Mariam, elle se délecte de la relation qui s'établit avec son bébé : « *Je pense que c'est lié à la naissance, c'est une crème de bébé quoi* ».

Pour Amandine, accoucher à domicile lui a permis de réparer le souvenir amer qu'elle a gardé de son premier accouchement en maternité : « *C'était une réparation de moi-même, et une nouvelle expérience* ». C'est aussi le cas pour Mariam, Claire, Jeanne et Charlotte,

qui se sont réappropriées leurs corps au travers de cette expérience (cf. Récits de vie).

Un sentiment de puissance personnelle, de confiance en soi et de fierté découlent de cette pratique autonome, comme le raconte Claire : « *Finally, je sais faire, et je sais faire toute seule !* », ou Charlotte : « *J'ai eu une confiance en moi les jours d'après, j'avais l'impression que je pouvais affronter le monde !* », et Amandine : « *Oh là, là ! Mais c'est moi, c'est vraiment moi qui l'ai fait quoi, c'est moi qui l'ai sorti ici! (Rires)* ».

La douleur n'est pas vécue comme une souffrance : elles se préparent à la vivre, à l'accueillir, puis à la transcender, à la dépasser, comme l'évoque Mathilde : « *On s'entraîne à voir la douleur comme une chaleur, comme un soleil qui grandit comme une ouverture (...) transformer cette douleur en quelque chose de positif (...) les contractions ce sont tes amies, elles sont là pour t'aider à faire connaissance avec ton enfant, prends la vague (...) c'est un travail douloureux mais puissant, qui aide le bébé à avancer, donc, il y a une justification, ce n'est pas juste de subir, ça a du sens* ». La douleur est ici véhicule de sens, car c'est en la dépassant qu'un lien de confiance s'établit entre la femme et elle-même, entre la femme et son enfant, entre la femme et son conjoint.

Le compagnon ressent, lui aussi, un sentiment d'accomplissement, comme le raconte Arthur : « *On sent qu'on est allé au bout d'un projet, qu'on l'a mené, qu'on a fait ce qu'il faut pour qu'il se passe le mieux possible... Donc ouais, ça donne beaucoup de confiance* » et Paul : « *Il y a une forme de fierté pour moi d'avoir fait ça, d'avoir pu vivre une expérience pas si courante, d'avoir osé le faire* ».

Dans cette quête de sens, des rituels sont mis en place. C'est ainsi que Louise se remémore sa célébration du *blessing way*, cérémonie d'origine amérindienne, ayant lieu au septième mois de grossesse, où la femme enceinte reçoit de la part de son cercle féminin intime, des vœux, des prières, des cadeaux, pour que l'accouchement se déroule bien. Pour Mathilde et Arthur, ils ont enterré le placenta de leur fille sous un arbre du jardin des grands-parents. Dans les sociétés amérindiennes, le placenta a une importance particulière car il représente le jumeau du fœtus.

### 3.1.6. Synthèse : Solitude entourée

Si l'on devait résumer les caractéristiques que présente ce type de naissance, on pourrait dire que la femme accouchant à domicile a deux besoins opposés mais complémentaires : elle veut à la fois être seule pour mener à bien son accouchement, et en même temps, elle a besoin de se sentir soutenue par un entourage bienveillant. On pourrait dire qu'elle souhaite une solitude entourée, où elle sait qu'elle peut à tout moment sortir de cet isolement choisi pour recevoir le soutien nécessaire si besoin, comme le rappelle Mathilde : « *Votre présence, elle était hyper importante* », en parlant de son conjoint et de sa sage-femme .

Dans la quatrième partie des résultats, nous allons nous pencher davantage sur le positionnement du compagnon dans ce projet ; puis, dans la cinquième partie, nous présenterons les caractéristiques communes du soignant accompagnant un AAD.

### 3.2. Place du conjoint

*Note des auteurs : Tous les couples rencontrés lors de notre étude sont hétérosexuels, mais cela est indépendant de notre volonté ; les résultats explicités ci-dessous sur la place du compagnon ne veulent pas se limiter au sexe masculin, et peuvent être extrapolés à un couple homosexuel, ou à tout proche entourant particulièrement la personne accouchant à domicile, dans le cas d'une femme célibataire ou divorcée par exemple.*

Le compagnon, lorsqu'il est présent, est une figure centrale de soutien. Tout au long du processus, celui-ci cherche sa place, tantôt inquiet, parfois même opposant, tantôt serein et convaincu, et au final, toujours soutenant si besoin auprès de sa bien-aimée, comme nous allons le voir maintenant.

Dans notre étude, c'est la femme qui est à l'origine du projet. Nous n'avons pas rencontré de situation où c'est l'homme qui prend l'initiative d'un AAD, mais nous n'excluons pas que tel couple existe. Ainsi, lorsque la femme expose son projet à son compagnon, elle a déjà plus ou

moins cheminé sur cette question.

En premier lieu, le compagnon ressent la nécessité d'être rassuré sur toutes les éventualités concernant la sécurité, comme l'exprime Arthur : « *J'avais besoin d'être rassuré quand même, parce que c'était une pratique que je ne connaissais pas du tout* ». Ensuite, il cherche à comprendre le désir de sa conjointe, donnant du sens, pour en assurer la cohésion, comme l'explique Paul : « *J'ai vu le lien avec le travail de plasticienne de Valentine qui fait des vidéos, qui sont assez physiques, où il y a une mise à l'épreuve du corps, dans des postures de résistance physique, donc ça me semblait cohérent qu'elle veuille vraiment prendre les choses en charge avec son corps, qu'on ne lui enlève pas ça quoi* ».

Lors de l'accouchement, il se positionne tel un coach qui soutient son sportif préféré : « *Il me donnait des bonbons, des sucres rapides pour avoir de l'énergie, de l'homéopathie, il me massait avec des huiles essentielles, le plexus solaire, le bas du dos* » raconte Séverine à propos de son compagnon William. Le compagnon oscille entre position active et retraite, à l'écoute des besoins de sa compagne: « *Quand je sentais que t'avais besoin d'être seule, je te laissais seule (...) mais j'étais là quoi, dès que t'avais besoin de moi. Un petit verre d'eau ? Un petit massage ?* », se remémore Arthur. Cette souplesse est vécue agréablement par la plupart des hommes rencontrés, comme en témoigne Paul : « *Moi mon inquiétude, c'était soit d'être complètement à part, soit simplement observateur, et pour moi c'était complètement insupportable dans l'idée ; et du coup , là je me suis complètement bien senti* », ou Jeanne, en parlant de son mari: « *Lui, il était bien en fait, parce qu'il était actif, contrairement à la maternité où il est sur un siège en plastique là* ». Les conjoints se fondent au côté de leur compagne : « *Il était collé à moi, tu me berçais, tu me soutenais* » se souvient Valentine, ou Amandine : « *On a découvert tous les deux* » et son compagnon Stéphane : « *Le jour de l'accouchement, ben on est toute la journée ensemble* ».

Pourtant, cette perspective ne réjouit pas tous les hommes rencontrés. Certains n'arrivent pas à partager les motivations de leur femme, voyant ce projet comme une involution: « *J'ai un blocage là-dessus, ça revient toujours (...) on évolue dans un domaine, pourquoi faire comme avant, quand on n'avait pas les moyens ?* » demande Amar ; d'autres expriment leur désaccord en adoptant une attitude clivante pendant l'accouchement, comme nous le décrit

Mariam, au sujet de son conjoint Yacine : « *Il était dans le fond de la chambre assis contre un mur* ». Celui-ci n'a pas supporté de voir sa compagne en dehors de son état coutumier : « *Il me disait : tu te transformais en bête, t'as fait des bruits bizarres* ». Le mari d'Ariane ne garde pas non plus un bon souvenir de cette expérience, se sentant impuissant face à la douleur exprimée par son épouse : « *Il a plus été traumatisé qu'autre chose (...) de voir la femme en difficulté, accoucher* ». Cette pierre d'achoppement au sein du couple peut être vécu difficilement, dans des moments où un soutien s'avère nécessaire: « *J'ai dit j'ai besoin de toi à côté de moi, moi qui pensait vouloir faire ça toute seule dans mon coin* » exprime Mariam. Louise préfère se préparer à l'éventuelle absence de son compagnon, en le laissant totalement libre d'agir comme bon lui semble: « *Moi je suis persuadée qu'un homme il a sa place s'il a envie de la prendre, s'il se sent bien avec ce qu'il se passe, s'il ne se sent pas bien et qu'il amène plus de stress, autant qu'il aille boire un coup, ou qu'il aille respirer dehors quoi ! (Rires)*».

Dans tous les cas, une des exigences de l'AAD est que, quelle que soit la place que l'homme choisit d'adopter, il est impératif qu'au minimum, il valide le projet, comme nous l'explique Mariam : « *Ma sage-femme m'avait dit, attention, si ton bonhomme me dit, je refuse qu'elle accouche à domicile, je te suis pas, parce que pour moi (...) le projet doit être commun* ».

L'autre pilier qui soutient la femme accouchant à domicile est sa sage-femme, et nous allons maintenant détailler ses qualités, qui en font un partenaire privilégié pour ces couples.

### 3.3. Qualité du soignant

*Note des auteurs : Sur les 10 couples rencontrés, le soignant accompagnant le projet d'AAD est toujours une sage-femme. Néanmoins, il existe en France des médecins généralistes et obstétriciens pratiquant ou ayant pratiqué l'AAD, même s'ils sont rares aujourd'hui<sup>76</sup>.*

---

<sup>76</sup> 48 sages-femmes pratiquant l'AAD en France sont répertoriées sur le site de l'association nationale des sages-femmes libérales, 1 médecin généraliste est répertorié sur le site de Sophie Gamelin, consultante en périnatalité (<http://projetdenaissance.com/repertoire-sages-femmes-pour-accompagnement-aad-et-pt/>); consulté le 17.01.2019

### 3.3.1. Globalité

Une des qualités essentielles que recherche les couples ayant un projet d'AAD, est un soignant capable d'assurer un accompagnement global, c'est à dire une prise en charge qui répond aux deux dimensions du sentiment de sécurité : une sécurité technique, rationnelle et une sécurité affective, émotionnelle.

La sécurité technique est le premier niveau, la base fondamentale, sans laquelle aucun projet d'AAD ne peut voir le jour : les couples ont besoin de sentir que la sage-femme est consciencieuse et rigoureuse : « *J'allais la voir tous les mois pour qu'elle analyse mes analyses sanguines, pour qu'elle prenne ma tension, pour qu'elle vérifie ma hauteur utérine, pour qu'elle regarde les échographies le cas échéant...elle ne loupait rien de rien!* » explique Mariam ; qu'elle a des limites et qu'elle saura les respecter et déléguer si besoin : « *Elle a été très carrée dans sa démarche, elle a dit moi, vous êtes obligée de vous inscrire dans un hôpital* » dit Séverine ; enfin, qu'elle a fait ses preuves : « *Ça fait 25 ans qu'elle fait des accouchements à domicile, quelque chose comme ça (...) elle est très professionnelle, elle sait ce qu'elle fait (...) elle a dit, cette machine-là (de réanimation néonatale), je l'ai utilisée une fois, et encore, c'était pas vital* » poursuit Mariam ; et qu'elle a de l'expérience : « *Avec son âge, elle était comme une sorte de grand-mère hyper rassurante, qui a une expérience, enfin on sentait une puissance et en même temps une expérience, une maîtrise de la chose, mais pas une maîtrise genre super woman* », s'enthousiasme Paul. Pour Jeanne, cette expérience qui fait la force de l'âge, n'est pas retrouvée dans une salle de naissance de la maternité, où les jeunes sages-femmes commencent généralement leur carrière: « *On sent qu'elles n'ont jamais eu d'enfants, et la confiance, elle n'est plus là quoi.* »

Une fois le cadre de sécurité technique posé, on entre dans la sphère humaine et émotionnelle du sentiment de sécurité ; c'est là où le choix sera le plus discriminant. Au final, ces deux dimensions s'entremêlent et donne une sensation de sécurité globale. Nous allons détailler ci-après les qualités humaines de la maïeuticienne à domicile.

### 3.3.2. Temps

Le temps consacré à un couple ayant un projet d'AAD est une des qualités essentielles des soignants inscrits dans cette démarche d'accompagnement global. Les consultations dépassent largement les 20 à 30 minutes habituellement allouées aux femmes enceintes pour aller à une heure en moyenne. Cet allongement du temps de consultation permet de laisser advenir toutes les questions, de tous les ordres, et notamment celles touchant au ressenti et au vécu du couple. C'est ainsi que Mathilde relate : « *Elle a fait tout le suivi, on la voyait une fois par mois (...) pendant une heure, il y avait une partie mesure de l'utérus et du cœur du bébé, vérifier les examens, lire ensemble les résultats des analyses et puis après discussion : comment vous vous sentez* », ou Mariam : « *Chaque rendez-vous durait entre une heure et une heure et demie* » ou Séverine : « *On a fait un entretien d'une heure, une heure et quart, où on a pu poser toutes nos questions* », quand Jeanne souligne un manque de temps consacré au vécu des femmes dans les maternités : « *On contrôle que tu ne tombes pas dans le risque, ce qui est normal, mais en fait, il n'y a pas la petite question après : et vous, vous vous sentez comment ?* ».

### 3.3.3. Présence

Les soignants pratiquant l'AAD sont dans une posture relationnelle de un pour un. C'est une femme, une sage-femme. Le jour de l'accouchement, la sage-femme n'a pas d'autre parturiente à s'occuper : elle peut se consacrer totalement à la femme qui accouche, et cela est un élément important pour les couples choisissant l'AAD, comme en témoigne Jeanne : « *Le fait d'avoir quelqu'un en face de soi, ça change tout (...) il y a une personne avec vous non stop* ».

Cette présence totale et dévouée sécurise le couple et constitue un soutien moral fondamental pour la femme qui accouche, la rassurant à chaque instant, lui permettant d'aller au

bout de son projet d'accouchement naturel, sans anesthésie péridurale, en l'aidant à surmonter la douleur: « *Elle m'observait, elle me parlait (...) elle était sur le qui-vive, et elle n'était là que pour moi ! J'étais pas toute seule, dans une salle froide* » se remémore Mariam ; c'est aussi ce qu'a ressenti Claire : « *Elle était là, si elle sentait un changement, elle le voyait immédiatement, elle ne se repointait pas deux heures plus tard, ah mince, maintenant il est trop tard !* ».

Ces femmes déplorent un manque de moyen humain en maternité : « *Je pense que le fait qu'il n'y ait pas de soutien d'une sage-femme qui vous guide, ou d'une doula, c'est un manque à l'hôpital (...) c'est voilà votre chambre, prenez un ballon et débrouillez-vous quoi* » constate Séverine. Ariane, immergée dans le milieu hospitalier de par sa profession, confirme ce regard : « *Les sages-femmes sont trop débordées pour aider les patientes malheureusement* », et celle-ci souligne l'intérêt de cette présence de tous les instants : « *C'est ça le plus important de toute façon, c'est pas le geste technique* ». Pour Valentine, cet accompagnement continu, que ce soit dans le suivi de la grossesse ou le jour de l'accouchement, est pour elle, le plus essentiel : « *Je pense que le plus important pour moi n'était pas forcément d'accoucher à la maison, même si c'est le meilleur nid possible, avec ou sans péridurale, mais surtout d'être suivie par une sage femme du début à la fin* ».

#### 3.3.4. Sérénité

Le calme qui émane de leur sage-femme est aussi une des valeurs essentielles que recherchent les couples interrogés. Il y a une force tranquille qui se dégage de la maïeuticienne et qui enveloppe le couple : « *On sent une force chez elle qui nous emporte, elle nous emmène là-dedans* » raconte Paul, ou Jeanne : « *Tu ne peux pas stresser avec elle* », ou encore Mariam : « *Elle n'a pas de stress* ».

Dans les moments où d'autres soignants perdent leur calme, ou suscitent des sentiments de crainte, leur sage-femme AAD, aguerrie, constitue un pilier sur lequel la femme peut s'appuyer : « *La seule personne calme de la pièce, c'était ma sage-femme (...) donc je me suis raccrochée à son calme* » se souvient Claire, lors du transfert de son domicile à la maternité

(cf. Récits de vie), ou Jeanne : « *Je voyais dans son regard qu'elle n'était pas inquiète* », ou Amandine, effrayée par le discours d'un soignant qui prévoyait que son enfant ne pourrait pas sortir par les voies naturelles sans instrument : « *Il va être coincé dans votre bassin ... quand le médecin m'a dit ça ... Pauline (sa sage-femme AAD) m'a réconfortée... (...) Ton corps a fabriqué un bébé qui pouvait sortir ; (...) elle était tellement sereine* ».

### 3.3.5. Sensibilité

Pour les couples, les maïeuticiennes AAD sont des cliniciennes hors pair, expertes du sensible. Elles ont aiguisé leur cinq sens et s'en servent comme outils cliniques et thérapeutiques, comme en témoigne Paul : « *Elle a une sensibilité géniale ...* » et sa compagne Valentine, en généralisant à toutes les sages-femmes, par rapport aux gynécologues: « *Elles n'ont pas du tout la même manière de toucher une femme, ça n'a rien à voir (...) c'est plus respectueux, c'est une meilleure connaissance du corps de la femme, enfin moi je le ressens comme ça* ».

Chaque geste est teinté de délicatesse, qui ajoute au sentiment de sérénité : « *Elle me massait le dos (...) elle arrivait à me soulager tout de suite rien qu'avec ses mains* » se rappelle Mariam ; la proximité et la chaleur du contact contraste avec la froideur de l'univers hospitalier dont se souvient Amandine : « *Le personnel soignant est ganté, distant* ».

La tendresse est aussi présente lors du suivi gynécologique, comme l'explique Mathilde : « *J'apprécie vraiment beaucoup d'être suivie par elle, elle est douce, on n'a pas les étrières* », ainsi que dans la période du post-partum, où mêmes les instruments sont imprégnés de douceur : « *Elle est venue tous les jours faire la pesée, avec sa petite dynamo, c'est juste trop mignon, ça n'a rien à voir avec la balance en fer* » se ravit Jeanne.

Pour les femmes rencontrées, leurs soignantes ont acquis, par cette sensibilité, une connaissance en profondeur du corps de la femme, c'est à dire une expérience fondée sur une fine observation concrète, ne se limitant pas au seul savoir théorique de littérature. Ce sens clinique

leur permet de limiter leurs examens au minimum : « *Elle me demandait au téléphone comment je me sentais, ce que je faisais, ça lui donnait des indications sur où j'en étais* » se souvient Mathilde ; et Charlotte : « *Je n'ai pas eu un seul toucher vaginal : elle est arrivée, elle m'a dit je sais que t'es en travail, dans une heure t'as accouché, et effectivement, une heure après, j'avais accouché* ».

### 3.3.6. Egalité

Un autre point essentiel dans la posture du soignant AAD est qu'il établit une relation de soin d'égal à égal avec la femme. Celle-ci découle tout d'abord de ce rapport un pour un, évoqué plus haut (cf. Présence). Ici, il y a un soignant pour une patiente, voire un soignant pour deux patients, si on inclut le compagnon, ce qui assure à la femme un respect de sa parole, qui est entendue, et a au moins autant de poids que celui du soignant : « *Si on dit stop à la sage-femme, c'est peut être horrible ce que je vais dire, mais elle est toute seule, on est deux.* » affirme Charlotte. « *Mais de toute façon, il n'y a pas eu besoin parce qu'elle a été tellement respectueuse* » ajoute-t-elle.

Certains gestes systématiques en maternité ne le sont plus au domicile : « *Je ne voulais pas de toucher vaginal, et elle l'a respecté* » commente Louise.

Ensuite, cette posture égalitaire s'instaure aussi grâce au domicile comme lieu de prise en charge : « *Quand elle vient chez toi, (...) elle n'est pas en terrain conquis, (...) ce n'est plus la même relation* » constate Jeanne.

De cette égalité découle une humilité et un respect de la part du soignant, qui, à l'instar du conjoint quand il y est disposé, se met à la disposition de sa patiente, tout en respectant son besoin de retrait, comme se le remémore Paul : « *Elle était à la bonne place, elle était là quand on le lui demandait* » ou Jeanne, enthousiaste : « *Elle m'avait dit, si tu as besoin de moi, je suis là. J'ai trouvé ça génial* », ou encore Charlotte : « *Je savais qu'elle était là, mais elle n'était pas là, elle n'était pas intrusive, à venir toutes les deux minutes* ». Avant le moindre geste que la sage-femme souhaite effectuer, elle s'assure toujours d'avoir préalablement informé sa patiente, que celle-ci a bien compris le sens du geste qu'elle souhaite faire, et qu'elle l'accepte pleinement,

comme le rapporte Claire : « *Elle a fait le strict minimum, en nous demandant ce qu'on en pensait* ».

En comparaison, certaines femmes rencontrées ayant eu une expérience en maternité se remémorent le bras de fer entre les soignants et elles en salle de naissance : « *Je ressentais toutes les contractions dans les reins, du coup, ne serait-ce que ma culotte sur mon dos, c'était trop, et la sage-femme voulait m'attacher sa sangle de monitoring dans le dos, je lui disais non, et elle le faisait quand même ...* » et la violence que cela peut générer : « *Au bout d'un moment, ben, je lui ai donné un coup de pied ...* » relate Claire, qui en garde un souvenir blessé : « *Je n'avais jamais eu ce rapport de domination de la part du monde médical ; et là se sentir à moitié maltraitée parce que j'avais des attentes, ben d'être d'égal à égal quoi ...* ».

Charlotte n'a pas eu son mot à dire en maternité : « *On ne m'a pas demandé si les étudiantes auxiliaires de puer pouvaient être là, je ne me suis pas sentie hyper respectée sur la fin de mon accouchement, parce qu'on ne m'a pas demandé avant de faire la révision utérine (...) ce n'était pas moi qui donnait mon accord* », ou Valentine, en consultation chez le gynécologue : « *Pour moi c'est horrible d'aller chez le gynéco, on est là sur la table, on écarte les jambes...il ne nous demande même pas si on est d'accord, les frottis...c'est comme ça c'est dans sa règle (...) alors que Claudine (sa sage-femme AAD) (...) elle demande toujours l'autorisation avant de faire un geste par exemple* ».

Les soignants hospitaliers subissent aussi, par la hiérarchie institutionnelle, le poids de relations autoritaires avec leurs supérieurs : « *A partir du moment où le chef de service a pris la décision de déclencher, l'équipe ne pouvait plus faire autrement (...) c'est tout un système où les gens à l'intérieur ne sont pas libres quoi* », constate Jeanne. Pour elle, ces injonctions sur son corps l'ont rendue phobique à tout contact : « *Plus personne ne me touche, plus personne ne met ses doigts dans mon vagin, c'est terminé* ».

### 3.3.7. Singularité

Il y a le rapport un pour un, d'un point de vue quantitatif, qui assure une relation réciproque et égalitaire entre soignant et soigné. Mais il y a aussi, d'un point de vue qualitatif, une relation unique : c'est un couple déterminé qui interagit avec un soignant déterminé. Le rapport est singulier, et chaque sujet trouve une place personnelle, et distincte des autres : « *On continue de faire de la médecine, mais la médecine s'adapte à cette personne-là* » explique Jeanne.

La femme n'est plus réduite à une statistique, aux aléas des protocoles ou des soignants, comme Jeanne ajoute : « *Ils me l'ont dit à la mater, si vous n'étiez pas suivie à domicile, jamais on ne vous aurait laissé aller jusqu' à J+13, jamais on ne vous aurait laissé faire 35 heures de travail ; (...) à domicile, il n'y a pas de protocole, la sage-femme, elle fait au cas par cas ; (...) en maternité, c'est toutes les tant de minutes, c'est au bout de tant de temps, c'est des chiffres qui ne représentent pas grand-chose, qui changent d'une femme à une autre ; (...) c'est important que ça continue, pour qu'on sache qu'un bébé peut naître à J+13, sinon personne ne le saura, puisqu'on les déclenche tous* ».

Les soins effectués le sont sur-mesure : « *Il n'y avait rien de systématique, de fait à la chaîne* », se souvient Claire, et s'assurent de respecter le rythme propre de la femme et de son bébé : « *Le respect de notre rythme ; (...) je suis restée là dans mon canapé, avec mon bébé dans les bras* » ajoute-t-elle ; Amandine en témoigne aussi : « *Elle ne voulait pas marcher ma fille à la naissance, elle n'a pas dit : il faut absolument la faire marcher, elle ne l'embête pas* ».

Il y a un besoin de distinction : « *Je me suis rendue compte que j'étais rentrée dans le moule, et qu'en fait ben moi, je rentre pas dans le moule ; (...) ça me donnait le droit d'être exceptionnelle, j'étais différente et on me donnait ce droit-là* », se réjouit Jeanne ; et un besoin d'élection : « *Il faut avoir de la volonté, c'est pas donné à tout le monde* » prévient Ariane ; élection qui donne un statut de privilégié : « *C'est un luxe en fait, d'avoir notre intimité (...) de ne pas être dérangés tous les trois* » se délecte Louise .

La sage-femme bénéficie aussi d'une place de choix : « *Elle passe la journée avec nous, c'est comme si on avait une amie de la famille qui était là* » se réjouit Stéphane ; le soignant est une personne choisie et connue : « *Ce n'est pas une inconnue qui allait venir toutes les deux heures m'enfoncer deux doigts dans le vagin et puis repartir* » s'agace Claire.

L'étape du choix du soignant est un moment important pour ces couples, qui entendent sélectionner le soignant qui va leur correspondre au mieux : « *Le choix de l'accompagnement, c'est pas quelque chose de neutre* » explique Claire. Elle ne souhaite pas prendre le risque de ne pas choisir sa sage-femme : « *En maternité, c'est un peu la loterie finalement* », alors même qu'elle trouve une maternité lui correspondant, craignant de ne pas trouver le répondant attendu le jour J : « *Je savais que c'était la bonne pioche niveau maternité mais c'est trop opérateur dépendant* ». Cette relation singulière est le garant, pour ces couples, d'un accouchement respectueux : « *D'où l'importance d'être avec des gens qui savent ce qu'on veut et vont nous accompagner là dedans* » ajoute Claire.

A l'inverse, les rapports multiples et aléatoires rencontrés en maternité sèment la confusion chez ces femmes, comme le narre Charlotte : « *Parce qu'à 21H10 on vous dit qu'il faut mettre le bébé au sein toutes les heures, à 21h20 on vous dit, non, non, tant qu'elle dort on ne la réveille pas, enfin c'était trop d'infos contradictoires...* » ou Jeanne, qui se retrouve en salle de naissance avec une équipe de nuit différente de l'équipe de jour qui l'a préparée à l'accouchement : « *C'est pas les mêmes donc il n'y a plus le même discours, donc il y a quelque chose qui est cassé quoi, il n'y a plus de relation* », avec un soignant de garde qui oublie les us et coutumes : « *La gynéco (...) elle ne m'a pas adressé la parole, elle ne m'a pas dit bonjour* » ; tandis que Séverine mesure sa chance : « *Je suis peut être tombée sur une super sage-femme ; c'est un coup de poker* ».

### 3.3.8. Confiance

Toutes les qualités évoquées ci-dessus ont pour but d'établir une relation de confiance dans les deux directions : le couple envers le soignant, le soignant envers le couple.

A l'inverse, un relationnel impersonnel entraîne chez ces femmes une crainte et un repli sur elles-mêmes, comme en témoigne Charlotte : « *J'ai fait un énorme baby blues pour ma première fille, je me suis dit j'en parle à personne à la maternité parce qu'ils vont me l'enlever , ils vont la garder, et du coup j'avais peur de tout* », qui s'est sentie stigmatisée du fait de son jeune âge : « *Parce que j'avais 19 ans donc déjà on m'avait proposé assistante sociale, psychologue et en plus de ça je me sentais hyper jugée, je me disais ils vont m'envoyer à la PMI une fois que j'aurais accouché, alors que j'avais juste un petit moment de moins bien, et voilà ça passe quoi* ».

Jeanne et François, tous les deux rhésus négatif, ont aussi été heurtés par l'absence de confiance en maternité : « *On m'a fait faire le test des agglutinines irrégulières tous les mois pour vérifier (...) Non mais... C'est lui le père ! (...) Mais ça veut dire qu'en fait, la confiance elle n'est pas là au début quoi* » ; le sentiment de confiance mutuelle a été retrouvé lors de son AAD : « *Avec ma sage-femme, je lui ai dit voilà c'est lui le père, et elle ne m'a jamais fait faire le test* ».

### 3.3.9. Relativité

Le dernier point caractéristique d'une sage-femme AAD est sa prise de recul face aux dogmes, aux protocoles, aux recommandations et aux conduites à tenir. L'accompagnement global, qui permet de tisser une relation unique et de confiance avec la femme et le couple, octroie un assouplissement du cadre par rapport au modèle institutionnel. La médecine fondée sur les preuves, *l'evidence based medicine*, qui constitue le socle décisionnel, n'oublie pas de s'adapter à la singularité de la personne, à son état de santé, et à sa volonté. Certaines femmes rencontrées ont une grossesse considérée comme pathologique, ou tout du moins, à risque, en maternité, alors qu'elle est considérée comme encore physiologique avec une sage-femme AAD. C'est ainsi que Séverine, âgée de 39 ans lors de sa première grossesse, se voit prédire un accouchement à risque par sa gynécologue : « *Ma gynéco (...) elle m'a dit c'est quand même risqué quand on commence à avancer dans l'âge, à 39 ans* » quand sa sage-femme la rassure : « *J'en ai parlé avec ma sage-femme qui m'a dit, ben non, ça veut rien dire* » ; il en va de même par rapport à la taille de son bébé : « *Puis votre bébé, il a l'air d'être gros (...) donc là aussi c'est*

*pas facile ; alors que la sage-femme m'a dit ben non, plus ils sont gros, plus facile c'est ! ».*

Un diabète gestationnel a été diagnostiqué chez Jeanne pendant sa première grossesse : Jeanne ne désirait pas faire le test de dépistage d'hyperglycémie provoquée (HGPO) lors de sa deuxième grossesse, car il avait signé l'entrée dans une spirale traumatique pour elle. Sa sage-femme AAD lui a proposé un régime alimentaire adapté tout au long de la grossesse avec une surveillance des glycémies à jeun, sans faire l'HGPO.

### 3.3.10. Tableau

Nous venons de retracer les principales qualités recherchées par les couples dans cette quête du bien naître. Voici présenté sous forme de tableau les unités minimales de sens (UMS) du bien naître selon ces couples que nous avons extrait de ces entretiens.

<b>Naissance</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Soignant</b>
<p>Nature</p> <p>Intimité</p> <p>Convivialité</p> <p>Liberté</p> <p>Initiation</p> <p>Solitude entourée</p>	<p>Sécurité</p> <p>Compréhension</p> <p>Union</p> <p>Partage</p> <p>Liberté</p> <p>Validation</p>	<p>Globalité</p> <p>Temps</p> <p>Présence</p> <p>Sérénité</p> <p>Sensibilité</p> <p>Egalité</p> <p>Singularité</p> <p>Confiance</p> <p>Relativité</p>

Tableau 4. Les déterminants de la quête: les unités minimales de sens (UMS) de la naissance, de la place du conjoint, du soignant.

Cette quête de bien naître est un cheminement ; parfois parsemé de doutes, de remise en cause ; il peut être aussi, au contraire, un parcours clair et serein ; parfois, il est les deux à la fois. Ce sont ces observations que nous allons vous présenter dans la quatrième partie des résultats.

## 4. AAD et engagement

### 4.1. Doutes

Avoir le projet d'accoucher à domicile n'est pas un processus linéaire. Ce projet peut être remis en cause à tout moment par les deux protagonistes, couple et soignant. Les femmes rencontrées ont un enthousiasme initial à l'idée de faire aboutir leur projet, mais elles avancent par tâtonnement, comme le relate Mathilde : « *Quand on a su que j'étais enceinte, tout de suite on s'est dit ben on va rencontrer ces thérapeutes... Ces sages-femmes qui travaillent comme ça, euh... Sans se dire coûte que coûte, c'est comme ça que ça va se passer* ». Elles sont d'emblée conscientes que certaines conditions peuvent annuler leur projet : « *Si le bébé est en siège, je sais que l'accouchement à domicile, ce n'est plus une option* » explique Louise.

Il en va de même pour leur sage-femme, qui procède aussi par étape : « *C'était marrant parce qu'en fait elle ne m'a jamais dit ok ; (...) progressivement, on était en confiance, ça se passait bien* » se souvient Jeanne.

Pendant l'accouchement, la plupart des femmes expriment des regrets, lorsqu'elles sont face à une douleur insoutenable : « *J'ai dû crier : c'est le dernier qu'on fait, je te préviens ! C'est le dernier !* » se souvient Mathilde; de même pour Mariam : « *Il n'y a pas idée de faire des choses comme ça !* » ou Séverine : « *Mais comment on peut en vouloir un deuxième ?* » et

Charlotte qui se sent à bout de force : « *J'ai dit que j'allais mourir* ».

Pourtant, ces expressions ne les détournent pas de leur but : « *Jamais je ne leur ai dit allez, on va à la maternité ; (...) j'assumais jusqu'au bout, j'avais envie de vivre ça à mille pour cent* » raconte Mariam ; la délivrance, entendue ici comme la phase d'expulsion, n'étant pas loin : « *Je crois que c'est vraiment propre à la phase de désespérance* », observe Charlotte.

Pour Mathilde, c'est lorsqu'elle a voulu faire un deuxième AAD que des doutes ont émergé, suite aux mises en garde de son entourage : « *Je me suis dit, ben ils ont peut-être raison (...) j'ai peut-être eu beaucoup de chance ! (...) Il y a toujours un risque, qui est important, à l'hôpital, comme à la maison. (...) Ce risque qu'on porte, de peut être y passer, ou le bébé, on sait pas, bon, ben pour la première, j'étais pas maman, alors que là, j'avais une petite fille, il n'était pas question qu'on prenne le moindre risque* ». Pourtant, malgré la peur, elle réitère l'expérience, au côté de son compagnon, qui se sent plus en sécurité : « *ça s'est très bien passé une fois, y a pas de raison que ça se passe pas bien la deuxième... (...) J'étais plutôt serein* ».

Paul se souvient de moments délicats : « *Il avait le cordon autour du cou, ça a compliqué un petit peu... Oui je me souviens, il y a eu des moments de...ouais de petit stress quand même mais, mais...(...) ça s'est pas traduit par mais dans quoi on s'est embarqué... Parce que Claudine* » (leur sage-femme AAD) ; le soignant accompagnant constituant un pilier de réassurance.

#### 4.2. Recherche d'alternatives

Certains couples, dans la phase initiale de tâtonnement, ont tenté de trouver une alternative à l'AAD. Leur motivation est de trouver un espace qui va pouvoir répondre à leurs attentes tout en restant dans une structure officielle: « *On s'est dit tiens, on trouverait peut être un intermédiaire entre l'hôpital et la maison qui rassurerait tout le monde* », explique Arthur.

Pourtant, leurs demandes reçoivent difficilement un écho (cf. Récits de vie). C'est ainsi

qu'Arthur et Mathilde ont renoncé à accoucher en maison de naissance : « *Ils nous garantissaient pas non plus que le jour de l'accouchement, on puisse bénéficier de la chambre en fait* ». C'est aussi le cas pour Louise, dont l'inscription dans deux maisons de naissance est refusée, l'une parce qu'elle habite à plus de 40 minutes de la structure, l'autre parce que la structure refuse les primipares : « *J'aurais pu l'envisager comme voie du milieu* ». Séverine aussi aurait pu envisager une alternative, mais l'offre fait défaut : « *Si j'avais pu avoir l'option d'accoucher en plateau technique, je l'aurais fait, mais il n'y en a pas dans la région* ».

Pour Jeanne, accoucher en maison de naissance n'est pas une option équivalente au domicile : « *C'est pas tout le temps un pour un, mais un avec plusieurs* ». Louise évoque sa crainte de ne pas être prise en compte : « *Si j'avais l'assurance qu'à l'hôpital mes souhaits auraient vraiment été entendus, que l'environnement était plus serein, j'en serais peut être pas arrivée à cet extrême on va dire* » ; ou Jeanne qui a peur de se sentir prisonnière : « *J'avais bien senti que dès que je mettais un pied en milieu hospitalier, il y avait tout cet engrenage qui se mettait en route, et je ne voulais surtout pas de cet engrenage* ».

#### 4.3. Réassurance

Pour ces femmes, l'éventail d'alternatives à l'AAD est donc maigre. Elles tentent alors de se sécuriser au maximum, en concevant la possibilité d'un transfert : « *Au pire des cas, on prend la voiture et on va à l'hôpital, on est à 20 minutes* » se rassure Louise ; en parcourant la littérature scientifique sur le sujet : « *Les chiffres des études médicales étaient rassurants, c'était quand même une morbidité qui était inférieure à l'hôpital, des transferts qui s'organisaient, et encore une fois, on a la chance d'être en Ile de France, à 10-15 minutes d'une maternité en camion de pompiers* », explique Claire ; ou en se conditionnant mentalement : « *J'ai fait un gros travail sur moi, on ne part pas sans filet* », raconte Mariam. Mathilde et Arthur sont rassurés par la proximité d'un hôpital depuis leur domicile : « *On habite en face d'un hôpital ; (...) on n'avait pas le sentiment de prendre des risques* ». Jeanne craint d'accoucher dans la voiture en cas de transfert : « *Si on n'a pas le temps de faire les 40 minutes de route ?* » et sa sage-femme de la rassurer : « *Elle m'a dit ben c'est que ça se passe super bien* ».

Pour ces femmes, l'assentiment de leur maïeuticienne à les accompagner dans ce projet est l'élément central de leur réassurance, le soignant étant à même de discerner celle qui peut poursuivre le projet, de celle qui ne le peut pas : « *Si on va jusque-là, que la sage-femme est ok, c'est qu'on rentre dans certains critères* », observe Louise.

#### 4.4. Affirmation

Il arrive un stade où la femme est déterminée à faire aboutir son projet. Ce stade, où le doute n'a plus sa place, peut se retrouver dès le début ou avant même la première grossesse, comme se le remémore Séverine : « *J'étais hyper sereine, je n'avais pas peur de l'accouchement, j'étais bien avec moi-même, et j'étais bien avec mon choix ; pour moi, c'était évident ! (...) C'est ça que je veux, ce sont ces souvenirs là que je veux* ».

Cette évidence peut aussi se construire au fil du temps et des expériences : « *Pour moi aller en maternité, c'était 100 % de risque de refaire une dépression* » déplore Jeanne, qui aurait pu renoncer à avoir un deuxième enfant : « *Si j'avais su que ce n'était pas possible de faire un accouchement à domicile, je n'aurais pas conçu le deuxième* ». Pour Claire, une expérience douloureuse en maternité et deux expériences positives à la maison l'ont convaincue : « *Si un quatrième enfant arrive, ce sera maison !* ».

Ces femmes affirment leur personnalité : « *Je suis assez déterminée (...) ça fait partie de mon tempérament* » dit Mariam ; Stéphane décrit sa compagne Amandine : « *On va dire que quand elle veut un truc, elle fonce tout le temps* ».

Cette conviction peut les amener à refuser toute alternative, parfois quitte à mener l'expérience sans aucun accompagnement, comme le raconte Charlotte, alors qu'elle peine à trouver une sage-femme pratiquant l'AAD : « *Je pensais faire un accouchement non assisté pour le prochain, accoucher seule* », ou à défier tout discours tentant de les détourner du projet, comme pour Mathilde, lorsqu'elle se voit critiquer par un obstétricien pour son choix : « *De toute façon, tu lui avais même dit, je préfère courir le risque, que d'être dépossédée...* », explique

Arthur, son conjoint. Pour Amandine aussi, l'idée de ne pas accoucher à la maison semble difficile à accepter : « *Si elle nous avait dit non, ça aurait été très compliqué, je me demande si je n'aurais pas fui, enfin essayer de provoquer l'accouchement à la maison quoi (...) après, je ne sais pas* ». Pour Séverine, le discours pessimiste de sa gynécologue au sujet de son projet n'a pas réussi à l'ébranler : « *Elle ne m'a pas fait peur, j'étais tellement convaincue* ». Louise ne s'épanche pas en explication et résume : « *Je n'ai juste pas envie d'accueillir mon bébé à l'hôpital* ».

#### 4.5. Militantisme

Du récit de ces couples ressort une vraie passion, un réel élan pour ce dessein qui a été réalisé ou qui s'apprête à l'être. Pour ces femmes, contribuer à améliorer la prise en charge de la femme enceinte et de son enfant en veillant à faire respecter leurs droits en tant que femmes et patientes devient un intérêt important de leur vie, comme le démontre Charlotte : « *Je suis modératrice sur le groupe dont je vous ai parlé, je suis membre d'un comité de défense de l'accouchement à domicile, et j'en parle partout* » ; Jeanne : « *J'ai suivi une formation sur les recours, et notamment, je suis représentante des usagers d'une maternité* » ou Séverine, qui, en cours de reconversion professionnelle au moment de notre entretien, se destine à être doula<sup>77</sup> : « *J'ai envie d'informer les gens sur leurs droits, de ce qu'ils peuvent faire, pas faire* ».

Pour Mathilde et Arthur, ils sont disposés à faire part de leur expérience à toute personne intéressée par l'AAD, tout en rappelant que c'est avant tout un choix personnel : « *Ça reste une expérience individuelle, on ne veut pas convaincre les gens de faire ça, mais encourager ceux qui s'y intéressent, parce que c'est vraiment une belle chose* ». Valentine souligne aussi le caractère individuel de cette démarche : « *Pour moi ce choix est de l'ordre de l'intime, c'est pourquoi j'ai du mal à militer. Et puis c'est une décision qui doit appartenir à chaque femme* » ; elle regrette néanmoins le tabou autour de cette façon de concevoir la naissance, comme nous allons l'aborder ci-dessous : « *C'est juste dommage d'avoir si peu d'information à ce sujet. Cela permettrait à*

---

<sup>77</sup> La doula est une femme qui assure un accompagnement non médical de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

*chacune de faire un vrai choix. »*

Ces couples mènent, chacun à leur manière, un combat individuel ou collectif pour faire respecter leur vision de l'accouchement et de la périnatalité. Ce point de vue, nous dirons même, cet idéal, ne laisse personne indifférent et suscite bien des réactions : tantôt admiration et curiosité, tantôt rejet et incompréhension, qui ne sont pas sans conséquences, comme nous allons le voir maintenant.

## 5. AAD : société et stigmatisme

### 5.1. Projection et représentation sociale du risque

La pratique de l'AAD suscite des vagues d'engouement et d'enthousiasme comme de crainte et de rejet. Mathilde et Arthur en ont fait les frais ; la seule évocation de leur projet auprès de leur entourage, proche ou moins proche, a suffi à ouvrir la boîte de Pandore au sujet de l'accouchement et de toutes les peurs qui y sont associées : « *Sans demander, les gens déversaient leurs pires horreurs !* » s'exclame Mathilde ; « *Ils racontent leur histoire à eux quoi !* » s'offusque Arthur. Entre autre, le renoncement à l'analgésie péridurale suscite l'incompréhension : « *Pourquoi t'infliger ça? On a la chance de pouvoir profiter de notre accouchement sans douleur !* » tonne l'entourage de Séverine.

Les recommandations de part et d'autre pleuvent : « *Moi, je ne prendrais pas ce risque si j'étais toi !* » ajoute Séverine ; « *Un accouchement à la maternité on dit ben c'est mieux pour vous parce que vous aurez tout sous la main (...), mais qu'est ce que vous en savez de ce qui est mieux pour nous ?* » questionne Stéphane.

De la part du monde médical, le discours est menaçant : « *T'as quand même risqué ta vie et celle de ton bébé !* », raconte Mariam, rapportant les propos d'un ami obstétricien de son entourage. Mathilde se souvient des propos tenus par une pédiatre : « *Vous êtes inconscients ! Vous ne savez pas à côté de quoi vous êtes passés !* » et Arthur évoque la projection du vécu personnel de ce médecin sur leur couple : « *Elle nous a parlé de son accouchement à elle* ». Pour Ariane, ces craintes empêchent cette philosophie du bien naître de trouver une place dans la société française : « *Les gens ont peur ! (...) On n'a pas l'esprit en France* », regrette-t-elle.

## 5.2. Stigmatisation

L'incompréhension et la peur de l'entourage constituent le socle du rejet de cette pratique. Les couples doivent faire face à une simplification de leur personnalité et de leurs aspirations par leurs proches, comme l'évoque Arthur : « *On est passé pour des hippies dans la famille* » ; Mariam l'a vécu dans son propre couple : « *Yacine partait du principe que c'était un délire de bobo régressif marginal* » ; elle s'en défend non sans humour : « *J'allais pas voir ma sage-femme tous les mois pour fumer des pétards !* ». Amandine a dû endurer le même type de commentaire de la part de sa belle-famille : « *Elle est du genre à dire que j'aurais dû vivre dans les années 70, à étendre mes couches lavables, l'illuminée...* » Quant à Séverine, elle est renvoyée aux temps préhistoriques : « *Tu repars à l'âge de pierre !* ».

La culpabilisation et le rejet font suite à l'enfermement dans un stigmat : « *Mais t'es irresponsable !* », « *Oh mais ça va pas !* » sont des phrases que Mathilde et Arthur ont dû supporter tout au long de la grossesse et dans les suites de l'accouchement. Valentine rapporte le même genre de commentaire : « *Mais t'es complètement folle, tu vas avoir mal !* », ou encore Séverine : « *Mais t'es folle !* ». Charlotte ne recueille pas un discours plus tendre de la part de son médecin traitant, qu'elle connaît depuis l'enfance : « *Tu feras toujours tes trucs bizarres !* », nous rapporte-t-elle.

Ces « folies » n'ont pas été sans conséquence pour la carrière d'Ariane : alors qu'elle présente sa thèse de gynécologue-obstétricienne en posant un regard favorable sur l'AAD, elle

s'est vue fermer des portes : *« Je suis allée en Hollande et j'ai demandé à un agrégé hollandais de venir au jury de thèse, pour ne pas me faire laminer. (...) Je n'ai pas eu de réaction, mais en même temps, je n'ai pas eu de poste de chef derrière donc... ».*

Les sages-femmes pratiquant l'AAD subissent aussi le poids de ce rejet. Fixer le prix de leur assurance professionnelle à l'équivalent de leur salaire annuel constitue une mise au ban tacite de leur mode d'exercice, les marginalisant davantage: *«Ce n'est pas facile de trouver une sage-femme qui pratique l'AAD, parce qu'elles ont beaucoup de contraintes au niveau des assurances »*, commente Séverine.

### 5.3. Silence

La peur suscitée par cette pratique, les stigmates qu'elle entraîne, forcent ces couples à se taire : *« J'avais super peur du regard des autres, je n'avais dit à personne que j'allais faire un accouchement à domicile »* relate Jeanne.

La peur d'être jugé s'étend au monde médical et renforce la loi du silence : *« Je n'osais plus parler aux médecins en fait »* se désole Mathilde ; Claire adopte la même attitude : *« Je ne voulais pas être découragée »* ou Louise, qui se garde bien de partager son projet lors de son inscription, obligatoire dans tout projet d'AAD, en maternité : *« Je n'ai pas envie que mon dossier soit rayé ou avec un gros truc en rouge : attention, danger ».*

Les soignants se retrouvent aussi enlisés dans ce caractère indicible: *« Notre sage-femme nous avait bien demandé de ne pas évoquer le fait qu'on avait un projet d'AAD à l'hôpital. Leur attitude vis-à-vis de vous peut changer, nous avait-t-elle dit »* se rappelle Séverine.

Pour Claire et Vincent, c'est en restreignant leur cercle : *« On n'en avait pas parlé à tout le monde »*, qu'ils se protègent: *« On ne voulait pas entendre de choses négatives, recevoir l'inquiétude des gens, on ne voulait pas entendre qu'on était taré et qu'on mettait notre bébé en danger, parce qu'on avait déjà traité ces questions-là au sein de notre couple.*

#### 5.4. Rupture

Les réactions de culpabilisation, de jugement et d'intimidation de la part de l'entourage et du corps médical ne sont pas sans conséquence pour ces couples. La rupture n'est pas loin : Charlotte a décidé de couper les liens d'avec son médecin traitant, qu'elle connaissait depuis l'enfance. Elle explique: « *J'ai décidé de ne plus aller la voir, parce que je ne me sens pas à l'aise, même si ce n'est pas un jugement méchant, il y a quand même un jugement* ».

De même, Mathilde évite toute confrontation : « *Il y a les médecins pour et les médecins contre et j'en ai marre, je vais aller voir les médecins pour ; parce que les médecins contre en fait, c'est juste qu'ils ne connaissent pas* ». Quant à Mariam, blessée d'être marginalisée, elle exprime sa colère, en parlant à son ami gynécologue, lorsqu'il appuie sur le caractère risqué de sa démarche : « *T'as rien compris, sors de ton hosto, j'en sais rien ; (...) t'as appris ton métier dans la pathologie, restes-y !* ».

Pour Amandine, ces propos sont plus ambivalents : « *J'ai toujours foi en la médecine mais ce qui m'énerve ce sont les protocoles et la systématisation ; (...) je ne suis pas très médecin.* »

## 6. AAD : acceptation et normalisation

A l'inverse des réactions de rejet, les femmes rapportent aussi des réactions d'ouverture et d'acceptation de leur projet. C'est ainsi que Mathilde raconte avec contentement l'attitude de son médecin traitant lorsqu'elle lui a fait part de son désir : « *Elle l'a accueilli (...), vous avez trouvé quelqu'un pour vous suivre ? (...) Si vous avez besoin...* ». De même, Séverine s'est sentie à l'aise avec sa gynécologue, malgré la réticence de la professionnelle de santé face à son projet : *Elle n'était pas agressive dans sa façon de me le dire, elle disait moi je ne vous le conseille pas (...) elle faisait son job d'information et de conseil* ».

Claire se souvient du comportement de l'équipe soignante d'une maternité voisine de son domicile, dans laquelle elle s'était inscrite en cas de nécessité de transfert le jour de son accouchement : « *On ne les sentait pas très à l'aise mais il n'y a eu aucune parole blessante, ils ont pris le temps de lire notre projet de naissance, il n'y a pas eu de jugement, je me suis vraiment sentie respectée* ». Elle évoque aussi sa rencontre avec l'équipe d'un autre hôpital : « *Ils étaient à l'aise tant au niveau de l'accouchement à domicile, que de l'utérus cicatriciel* ». Séverine s'est aussi sentie écoutée à la maternité, alors qu'elle brise le silence : « *Quand je suis arrivée à l'hôpital le jour de l'accouchement, je leur ai tout de suite dit. Du coup, je n'ai pas senti de rejet, les gens comprenaient mon envie de partir* ». Quant à Mariam, la confiance de son projet à une gynécologue d'une maternité a aussi reçu un accueil favorable : « *Je lui ai expliqué ce projet-là et (...) elle m'a dit ben j'espère ne pas vous revoir alors* ». Cet accueil permet d'établir une relation saine entre les soignants AAD et ceux de la maternité : « *Ils ont une relation de confiance assez évoluée parce que quand des femmes ont été transférées, c'était à bon escient* », ajoute-t-elle. Charlotte évoque aussi le réseau de soin qui s'est créé entre une équipe hospitalière et sa sage-femme à domicile : « *Ma sage-femme travaille en partenariat avec la maternité (...) donc j'étais aussi inscrite là-bas* ».

Du côté d'Ariane, elle travaille en lien avec une sage-femme AAD qui lui adresse des patientes lorsque celles-ci ne peuvent voir leur projet d'AAD aboutir pour une raison médicale.

## 7. Attentes des couples vis à vis du médecin généraliste

Après avoir détaillé les raisons qui motivent ces couples à accoucher chez eux, et en avoir éprouvé les tenants et les aboutissants, nous allons présenter les attentes que ces femmes ont vis-à-vis du médecin généraliste.

Mariam attend une absence de jugement, un échange, un partage : « *J'attends juste un respect, et pas qu'on nous catalogue de bobo-néo-marginaux, de tarés... Qu'il y ait un respect, une écoute. Un pourquoi, pourquoi tu as désiré ça ? Une curiosité, une ouverture !* ». Charlotte parle d'un besoin similaire, qui rétablirait son lien avec la médecine : « *Un suivi sans jugement (...), elle nous donne une information, et on prend la décision en fonction de ce qu'on a envie de faire ou pas* ». Elle regrette que son médecin traitant, qui consulte certains patients à leur domicile, ait refusé de venir chez elle examiner son bébé après la naissance, pour ne pas engager sa responsabilité : « *J'aurais vraiment aimé qu'elle vienne le huitième jour, et même avant* ». Ce n'est pas le cas de Louise, qui a bénéficié d'un accompagnement en haptonomie<sup>78</sup> de la part d'un médecin généraliste : « *C'est elle qui va faire la visite du bébé après la naissance, ça nous a permis de créer un lien de confiance avec un médecin de la région qui accepte notre projet. Elle se réjouit du lien de qualité qui s'est créé : Je sais que je ne vais pas être jugée, que je ne vais pas avoir à me justifier, elle connaît notre parcours, elle a compris un peu qui on était* ».

Claire attend un soutien, qu'elle a trouvé auprès de son médecin traitant. Par un simple courrier, il lui a permis de consulter un gynécologue susceptible de l'aider à faire aboutir son projet d'AAD : « *J'ai demandé la complicité de mon médecin traitant, pour qu'il m'adresse, et du coup, lui, il était assez open* ». Elle espère aussi trouver en son médecin une posture humble et honnête : « *Reconnaître ses limites, dire ben moi je suis un médecin pour les maladies, ton bébé va bien (...) faut que tu te tournes vers quelqu'un d'autre parce que moi je ne sais pas* ».

A contrario, certaines femmes n'attendent rien de spécifique de la part de leur médecin

---

<sup>78</sup> Haptonomie : science de l'affectivité, du toucher, dont le but en périnatalité est de renforcer le lien affectif entre l'enfant et ses parents dès le début de la grossesse. Selon l'haptonomie, la vie affective est ce qui fait le pont entre tous les mouvements du corps, qu'ils soient psychiques, cognitifs, musculaires, ligamentaires, hormonaux, viscéraux. Développer le sentiment de sécurité affective entre les parents et leur bébé est un facteur d'humanisation et de renforcement des liens de confiance.

généraliste. C'est le cas de Valentine, qui ne souhaite pas de soutien particulier : « *Je suis responsable de ma santé et de mes choix en matière de santé* », sauf si celui-ci se propose de l'accompagner : « *Je ne vois pas en quoi cela concerne le médecin sauf s'il fait des accouchements à domicile ou s'il propose des visites à domicile ou un accompagnement spécifique et que je viens pour cela?* » questionne-t-elle.

C'est d'ailleurs, pour Jeanne, l'AAD qui lui a permis de savoir qu'un médecin généraliste pouvait être un acteur central de la périnatalité : « *Avec l'AAD, j'ai découvert qu'un médecin généraliste pouvait faire un suivi de grossesse, ce que personne ne sait* ».

Les unités minimales de sens (UMS) retenues en ce qui concerne les attentes de ces femmes vis-à-vis de leur médecin traitant sont: un non jugement, un partage, du respect, une aide, de l'humilité, ou aucune attente particulière si le médecin généraliste n'est pas directement impliqué dans le projet.

# DISCUSSION

Les résultats de notre étude montrent que la raison principale qui pousse ces femmes et ces couples à privilégier le domicile pour la naissance de leur enfant est le fruit de véritables convictions dans ce que représente pour elles/eux le bien naître. C'est une quête de sens profonde et globale dans leur rapport à la vie, à la mort, au corps, à la santé, au couple, et aux enfants qui naissent de leur union. Dans cette étude, qui a recherché les points communs à ces 10 couples et femmes, il ne s'agit pas de constituer un modèle unique et figé. Ces caractéristiques présentées sont une proposition, mais ne veulent en aucun cas faire figure d'absolu.

## 1. En quête de bien naître

### 1.1. Mouvement du « faire-corps » : la culture de la nature

Accoucher à domicile demande à la femme d'aller dans le sens de la nature ; elle se laisse submerger par ses sensations et fait corps avec elles, dans le sens où sa conscience est pleinement présente à elles. La femme n'est alors guidée que par elle-même, dans un état qui peut être comparé à une transe, car elle contacte des ressources sensorielles qu'elle n'utilise pas dans son quotidien. Reste à la sage-femme et à son compagnon de veiller paisiblement sur elle, de rester disponible et à l'écoute, pour la soutenir dans cette sortie du quant-à-soi social<sup>79</sup>, du masque de la quotidienneté, qui cantonne à une personnalité répondant à des codes et à une mise en scène<sup>80</sup>. La grossesse et l'accouchement sont l'occasion d'une transparence psychique<sup>81</sup>, rendant la femme extrêmement vulnérable, étant non pas une faiblesse, mais la possibilité d'un contact étroit avec les méandres de son être, son inconscient, qui contient son aptitude à faire naître<sup>82</sup>. Ce réaménagement identitaire peut nécessiter la présence de soutien, la sage-femme faisant alors office de point d'ancrage<sup>83</sup>. Le compagnon peut aussi prendre pleinement part à ce processus : en ayant construit ce projet à ses côtés et en faisant corps avec sa partenaire, il devient enceint lui-

---

<sup>79</sup> Expression utilisée par J. Lavillonière, sage-femme AAD, dans l'émission : *Accoucher autrement, le débat*, le 06.04.2014 sur Public Sénat, suite à la parution du documentaire de C. Darmayan : *Entre leurs mains* en 2013.

<sup>80</sup> E. Goffman : *La mise en scène de la vie quotidienne ; tome 1 : La présentation de soi* ; Les éditions de minuit ; 1973

<sup>81</sup> M. Bydlowski : *La transparence psychique de la grossesse* ; Etudes freudiennes, 1991, 32, 2-9

<sup>82</sup> JM. Delassus : *Le corps du désir : psychanalyse de la grossesse* ; Dunod ; 2010

<sup>83</sup> G. Reach : *Une théorie du soin ; souci et amour face à la maladie* ; Médecine et sciences humaines ; 2010

même, réparant sa blessure de castration gestationnelle dont il a été question en introduction. Les deux membres du couple, dans ce processus à la fois de fusion et d'individuation, accouchent d'eux-mêmes en même temps qu'ils accouchent de leur enfant. Une inversion dans les représentations usuelles des genres a lieu : c'est la femme qui est active, qui accouche, et c'est son conjoint qui, s'il le souhaite, en se fondant à ses côtés, la soutient.

Si la femme ressent du stress, de l'inquiétude, de la gêne, alors elle résiste et son corps se ferme ; la production naturelle d'endorphines pour soulager ses douleurs et d'ocytocine, hormone de l'amour et de l'attachement (quand bien même on ne saurait résumer ces sentiments à une production hormonale), se bloque. Il en va de même lors du rapport intime qui est à l'origine de cet accouchement et qui sécrète les mêmes hormones : si pendant qu'un couple fait l'amour, des individus en blouse blanche allument une forte lumière, puis piquent, perfusent, enregistrent les battements cardiaques du couple pendant l'acte, et les restreignent dans leurs mouvements, il y a fort à parier que cet état d'exaltation qu'est l'orgasme sera plus difficilement accessible<sup>84</sup>. Ce parallèle a d'ailleurs été mis en scène dans un court métrage italien, qui représente un couple subissant les dommages d'une médicalisation à outrance de leur sexualité, comme ceux observés lors d'une surmédicalisation de la naissance<sup>85</sup>. A ce propos, pour Marie Hélène Lahaye, juriste, ne pas tenir compte de la composante éminemment sexuelle de l'accouchement, en effaçant le caractère sexuel du vagin, est la porte d'entrée aux violences gynécologiques<sup>86</sup>. Car même si un médecin peut objectiver le corps dans un intérêt de soin, il doit aussi se rappeler, qu'en face, la subjectivité et la sensibilité de la patiente lui demandent de la délicatesse. De même, elle remarque que de contraindre la femme à la position allongée pendant qu'elle donne naissance, est le témoin d'un relent de misogynie, reléguant la femme à l'image d'éternelle passivité d'essence du genre féminin. En 2016, 95% des femmes accouchaient sur le dos<sup>87</sup>. Il est temps aujourd'hui de respecter et de tenir compte de ce besoin d'intimité, de liberté et de subjectivité pendant

---

<sup>84</sup> P. Chaumette : *Parents et sage femme, l'accompagnement global. Rencontres sur le chemin de la naissance* ; Yves Michel éditions ; 2005

<sup>85</sup> AA. Durand : *Si le sexe était aussi médicalisé que l'accouchement, ce serait beaucoup moins drôle* ; dans le Monde, le 16.05.2016, citant le court métrage de l'association Freedom for Birth, Rome action group : *La Prestazione*, court métrage disponible en ligne ; 2014

<sup>86</sup> MH. Lahaye : *Accouchement, les femmes méritent mieux* ; Michalon ; 2018

<sup>87</sup> Enquête nationale périnatale ; INSERM, DREES ; Octobre 2017

l'accouchement, qui n'est ni plus ni moins l'événement en droite ligne de ce moment d'amour. Il serait aussi bon de rappeler qu'un accouchement à domicile programmé avec une sage-femme n'est pas un acte démedicalisé, les sages-femmes étant des professionnelles du corps médical à champ de compétences définies<sup>88</sup>. Elles peuvent donc prescrire des médicaments en lien avec la maternité, réaliser des échographies, des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses, poser une perfusion d'ocytociques pendant l'accouchement en cas de nécessité et effectuer les premiers gestes de réanimation néonatale si besoin. Ainsi, comme les femmes ont obtenu le droit de vote tardivement dans l'histoire de l'Humanité, il serait peut être temps que chaque femme ait pleinement son mot à dire en ce qui concerne sa conception du bien naître, et qu'aucune ne soit dévaluée par rapport à l'autre, mais analysée avec respect. La maternité, où la sécurité technique, assurée par des machines, qui ne risquent pas d'être en arrêt maladie pour épuisement professionnel, palliant difficilement la réassurance d'un soignant attentif et présent, est-elle devenue le passeport obligatoire pour l'entrée dans ce monde ? Une femme, un couple, faisant ce choix d'AAD n'ont ils pas envie comme tout le monde de donner la vie à leur enfant dans les meilleures conditions possibles ? N'y a-t'il pas aujourd'hui un rationalisme illusoire, poussé à l'extrême, tentant de nous faire croire que chaque acte que pose la médecine, comme toute acte dans la vie, n'a pas sa part d'incertitude et de pari ? La médecine n'est pas absolue, elle peut aussi échouer, et comporte aussi sa part de risque, en ce sens, elle ne peut être l'objet d'une représentation sacrée, au risque justement, de pouvoir en être déçu, comme cela a été le cas pour Claire, Jeanne, et Amandine. Le philosophe Jean Paul Thomas souligne à ce sujet : « *La médecine ne peut soigner en confisquant le risque de vivre, elle qui ne soigne qu'en prenant le risque d'échouer* »<sup>89</sup>, et l'historienne Nathalie Sage Pranchère : « *On est entré dans une rhétorique du risque, qui minore la parole féminine sur le corps féminin lui-même*<sup>90</sup> », rappelant : « *La médecine occidentale a du mal à se défaire d'une vision ancienne selon laquelle les femmes seraient moins raisonnables dans leur rapport au corps que les hommes et donc incapables de prendre des décisions dans des moments intenses tels que l'accouchement. C'est un regard de genre pour une partie de la profession* »<sup>91</sup>. Aussi, la notion de risque répond aussi à une

---

<sup>88</sup> Article L4151-1 du code de la santé publique

<sup>89</sup> JP. Thomas ; Op.cit, 2013

<sup>90</sup> N. Sage Pranchère, dans le journal Libération du 16 août 2017

<sup>91</sup> Ibid.

hiérarchie genrée : prendre des risques pour une femme, sensée répondre à l'agressivité potentielle des hommes en restreignant sa liberté, n'est pas valorisée. Il est plus convenable pour elle de ne pas faire de vagues et de se soumettre à la protection de ce même ordre patriarcal<sup>92</sup>.

## 1.2. Mouvement de « l'anti-corps » : la culture du contrôle

Les femmes ayant un projet d'AAD veulent donc faire avec les ressources naturelles de leur corps. Elles craignent que l'intrusion du corps médical puisse les mettre dans une démarche pathologisante : par des protocoles rigides, standardisés, elles ont peur de se retrouver réduites à leur utérus. La tendance anthropophage des grandes institutions de la naissance et les origines sexistes de la gynécologie obstétricale ne les rassure pas quant à leurs besoins d'intimité et de respect. Cependant, il serait bien illusoire de penser que toute médecine est inutile. Ces femmes en ont conscience et ne souhaitent pas abolir toute conception médicale dans leur démarche. C'est la raison pour laquelle elles se renseignent, posent des questions, s'inscrivent dans une maternité si besoin, font suivre leur grossesse et sont dans une relation mesurée avec leur sage-femme, toute demande d'AAD étant sans cesse évaluée au cours de la grossesse et pendant l'accouchement. Claire, Louise, Ariane, Jeanne, Séverine et Charlotte n'ont pas hésité à renoncer à leur projet lorsque cela a été nécessaire ; Claire, Jeanne et Charlotte se réjouissent d'avoir au moins pu vivre la période du travail dans l'intimité de leur foyer, quand Séverine regrette de ne pas l'avoir fait. Ces femmes acceptent que leur corps ne peut pas tout et qu'elles peuvent avoir besoin d'une aide de la part d'une structure médicale, mais de manière pondérée, à bon escient. Il est d'ailleurs faux de penser que les femmes accouchant à domicile, donc n'ayant pas recours à la péridurale, sont dans une démarche doloriste : au contraire, ces femmes ne recherchent pas la douleur, mais ont pesé le pour et le contre de l'usage de la péridurale, qui signe un risque plus grand d'entrée dans une médicalisation en cascade de la naissance<sup>93</sup>. De plus, comme le souligne

---

<sup>92</sup>MH. Lahaye : *Accouchement, les femmes méritent mieux* ; Michalon ; 2018

<sup>93</sup> Une étude montre que la péridurale, si elle est le plus efficace traitement de la douleur lors de l'accouchement, augmente significativement le nombre d'extraction instrumentale, ralentit le travail, nécessite l'injection d'oxytocine pour stimuler les contractions, augmente le risque de césarienne pour souffrance fœtale, fait chuter la tension artérielle, empêche les mouvements une fois l'accouchement terminé et entraîne une rétention aiguë d'urines : AM. Somuah, RMD. Smyth, L. Jones: *Analgesie péridurale pour le soulagement de la douleur lors de l'accouchement* ; Cochrane, 7 décembre 2011

la sociologue M. Vuille<sup>94</sup> : « *En soi, la douleur ne serait pas un problème, si elle n'était pas intimement liée à une tonalité émotionnelle et affective. C'est seulement lorsqu'elle est vécue à titre d'expérience psychique que la douleur est ressentie comme incommodante* ». C'est ainsi que l'on peut distinguer la douleur de la souffrance. Quand la douleur n'est plus tolérable et devient une souffrance malgré les efforts non médicamenteux pour essayer de la soulager, on peut la traiter médicalement : c'est ainsi que Claire et Jeanne ont souhaité un transfert de leur domicile à une maternité pour être soulagées. Ici, nous ne critiquons pas les femmes qui souhaitent la péridurale d'emblée, et nous saluons le combat des féministes qui a œuvré pour que ce traitement de la douleur soit disponible pour toute femme le désirant. Mais il s'agit, justement, de rester dans une logique de respect de la volonté de chacune, pour faire un choix libre, éclairé et non figé dans le temps.

### 1.3. Unité dans la pluralité des représentations du corps

Il est dommage que ces visions paradoxales du « faire-corps » et d'« anti-corps » ne soient pas plus unies, comme ont pu le constater ces couples qui ont eu le stigmate AAD sur le front. Pourquoi une femme voulant accoucher sans péridurale aujourd'hui ne bénéficie-t-elle pas d'un accompagnement humain de qualité ? Pourquoi cette décision apparaît-elle comme marginale, comme le souligne avec humour Vincent, lorsque sa femme et lui n'ont pas été compris par l'équipe hospitalière dans leur demande d'accouchement naturel, sans péridurale : « *On ne demandait pourtant pas d'accoucher avec des dauphins !* ». Dans la suite logique de ce paradigme techniciste, il va être plus rémunérateur pour un établissement de proposer cette analgésie, quand la présence humaine d'un accouchement pour accompagner sans médication la douleur n'est pas proposée, les sages-femmes étant débordées. En 2016, le taux de péridurale en France est de 82% pour les accouchements par voie basse<sup>95</sup>. Pour le quart des femmes ne souhaitant pas la péridurale, 50% d'entre elles finissent par la demander, notamment du fait d'une surcharge de travail des soignants qui les empêchent de les accompagner<sup>96</sup>. Dans la même idée, une maternité est rémunérée lorsqu'il y a un échec d'allaitement, en revanche, un soignant qui va passer plusieurs heures à soutenir une mère pour qu'elle le maintienne n'est pas un acte

---

<sup>94</sup> M. Vuille : *Accouchement et douleur. Une étude sociologique* - LAUSANNE éditions Antipodes -1998

<sup>95</sup> Enquête nationale périnatale ; INSERM, DREES ; Octobre 2017

<sup>96</sup> INSERM : *En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitaient accoucher sans* ; 24 août 2015

rémunérateur pour une structure hospitalière<sup>97</sup>. On peut aussi se demander si les conditions de la maternité favorisent la détente des femmes pour qu'elles soient les plus à même à donner la vie dans la confiance. Le cadre fonctionnel et structurel d'un lieu de naissance devrait permettre aux femmes de se sentir dans un état de sécurité et de confort émotionnel, sans lequel la physiologie d'un corps qui demande à s'ouvrir se referme aussitôt.

La physiologie du corps, le « faire-corps » en nourrissant la vie en lui est aujourd'hui insuffisamment valorisé et pris en compte par rapport au soin de la pathologie : « *Le temps consacré à une patiente n'est pas perçu comme rentable*<sup>98</sup> ». Les médecins sont obligés de suivre la grossesse d'une femme, ils sont tenus d'être là quand ça ne va pas bien, physiquement, *a contrario*, ils ne sont pas tenus de la soutenir dans son vécu<sup>99</sup>, ou d'être là aussi quand ça va bien : l'objectif l'emporte sur le subjectif, sur ce qui se prouve plutôt que sur ce qui s'éprouve. Cela a sûrement un lien avec l'histoire de la gynécologie comme vu en introduction, qui a été créée, à l'origine, pour gérer la fécondité des femmes, et non pour prendre soin d'elles<sup>100</sup> ; L'AAD vient alors remettre en cause la monoculture pathologisante de la naissance et demande un assouplissement nécessaire autour de ce sujet. Mais, attention, il ne s'agirait pas de faire de ce mode d'accouchement un modèle absolu, et de nier la possibilité de pathologie : chaque femme, chaque couple, de concert avec leur soignant avec qui une relation de confiance s'est tissée, peuvent s'en inspirer librement, prendre ce qui leur correspond et ne pas tenir compte du reste.

Pour ce qui est du protocole propre à chaque structure, il n'est là que pour sécuriser les procédures de soin, mettant en jeu des acteurs dont la fonction n'échappe pas au symbolique. A ce titre on peut parler d'un rituel. A charge pour les soignants de ne pas accentuer délibérément cette dimension, au risque d'un abus de position dominante, dans une forme d'érotisme communautaire d'un entre soi de soignants. Le jargon, les apartés, l'usage du « on », du « il », du « elle » sont là pour souligner ce rapport hiérarchisé en dehors de toute légitimité quant au soin.

---

<sup>97</sup> C. Klapisch : *Pour le bien naître* ; court métrage ; 2012

<sup>98</sup> N. Sage Pranchère, dans le journal Libération du 16 août 2017

<sup>99</sup> Voir à ce sujet, le livre de M. Winckler : *Le Chœur des femmes* ; paru chez Gallimard en 2011, qui retrace l'évolution d'une jeune interne en gynécologie, passant d'une approche mécanique du corps des femmes, à une approche plus globale et humaniste.

<sup>100</sup> L. Négiré et B. Cascales : *L'accouchement est politique : fécondité, femmes en travail et institutions* ; éditions l'Instant Présent ; 2016

Aussi, si une naissance a lieu dans une structure, laisser une possibilité de mise en symbole de la naissance pour les parents, par des éléments non médicaux, tels que, mettre de la musique, des senteurs, des images pour personnaliser la chambre, permettre la venue de proches choisis, concevoir une place pour le conjoint en post-partum...Autant d'actions symboliques que le couple aura choisies pour pouvoir s'approprier pleinement ce qu'il est en train de vivre<sup>101</sup>.

Nous allons maintenant discuter des forces et des faiblesses de ce travail.

## 2. Validité du travail de recherche

### 2.1. Validité interne

#### 2.1.1. Forces de ce travail de recherche

##### 2.1.1.1. Donner la parole aux femmes/couples dans une situation singulière

Une des forces de ce travail est sa démarche narrative par le recueil des récits de vie. Ces entretiens, approfondis, en face à face, sans interruption, ont permis à ces femmes et à ces couples de s'exprimer le plus librement et le plus largement possible sur leurs motivations, leurs craintes et leurs désirs, et d'en rendre compte au monde médical. Le chercheur s'est efforcé de garder une posture neutre au cours des entretiens, ne révélant, dans la mesure du possible, son opinion personnelle qu'à la fin des entrevues. Il s'est mis dans une posture de passeur d'un message commun, quand bien même chacun aurait une histoire singulière, dans une volonté de démocratisation de l'espace public<sup>102</sup>, et notamment, ici, de l'espace médical.

---

<sup>101</sup> C. Lévi Strauss, dans *l'Efficacité Symbolique* (1949), évoque la cure chamanistique d'un accouchement difficile par un chant, dans la tribu des Cuna au Panama. Ce conte chanté, en donnant du sens aux douleurs et aux difficultés de la parturiente, l'apaise et permet l'expulsion. Dans notre société, où il n'y a plus de place pour le temps mythique qu'en nous-mêmes, il est important d'écouter et de ne pas étouffer cette mise en symbole d'un vécu par un rationalisme médical radical, au risque de créer une résistance aux soins médicaux.

<sup>102</sup> JC. Kaufman : *L'entretien compréhensif*; Armand Colin ; 4<sup>ème</sup> édition ; 2016

### 2.1.1.2. Faire connaître cette pratique

Aborder le thème de l'AAD dans une thèse de médecine générale n'était ni aisé, ni évident. Les réactions ont parfois été vives. Je me souviens que lorsque j'ai proposé mon sujet en commission de thèse, une médecin s'était écriée que c'était une pratique extrêmement dangereuse, et que les taux de mortalité infantile des Pays-Bas, qui comprend 25 à 30% de ces accouchements au domicile, étaient les mêmes qu'en Afrique<sup>103</sup>. Sentant que la confrontation n'allait rien apporter devant ces propos péremptaires, je n'ai rien dit, espérant que cette personne aurait la curiosité de vérifier ses dires. Certains soignants, médecins ou non, à qui je parlais de ce projet, s'exclamaient : « Quelle connerie ! », « quelle folie ! ». Pour autant, cela m'a d'autant plus motivée à sortir ce sujet de l'AAD de l'ombre, pour mettre en lumière les faits, et permettre aux médecins généralistes de connaître un peu mieux le sujet, celui-ci intervenant régulièrement dans la santé de la femme : en 2010, 21,7% des 15-30 ans consultent un médecin généraliste pour des raisons gynécologiques plutôt qu'un gynécologue<sup>104</sup>, quand 19,3% des femmes enceintes ont consulté au moins une fois un médecin généraliste dans le cadre de leur surveillance prénatale en 2016 contre 15% en 2003<sup>105</sup>. Enfin, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit le médecin généraliste comme un acteur compétent du suivi de grossesse physiologique, jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois<sup>106</sup>.

### 2.1.1.3. Rétablir le dialogue entre les patientes et leurs soignants

On peut imaginer que la lecture de cette thèse de médecine générale pourra ouvrir la population à cette pratique méconnue en France. Une meilleure connaissance de ce mode d'accouchement, qui concerne 5000 naissances en France chaque année<sup>107</sup>, permettra sûrement de rompre le silence, de déconstruire certains préjugés, et d'initier un dialogue. Par cet exercice de médecine narrative<sup>108</sup>, nous espérons faire émerger l'empathie que suscite la confiance d'une histoire de vie d'un sujet libre et digne, que nous souhaitons mettre à l'honneur

---

<sup>103</sup>Selon l'Institut National des Etudes démographiques (INED), en 2015, la mortalité infantile est de 3,3 pour mille naissances aux Pays-Bas, de 3,7 pour mille naissances en France et de 48,9 pour mille naissances en Afrique en 2017.

<sup>104</sup> Source INPES : *Les comportements de santé des jeunes ; analyse du baromètre santé ; 2010*

<sup>105</sup> Sources ENP, INSERM, DREES de 2011 à 2016

<sup>106</sup> HAS : *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ; mai 2016*

<sup>107</sup> V. Bellamy; division Enquêtes et études démographiques; INSEE; 2017

<sup>108</sup> La médecine narrative est une discipline développée dans les années 90 aux Etats-Unis, notamment par le Dr Rita Charon à l'Université de Columbia, qui invite à l'écoute de l'histoire des patients, et met en lumière la capacité du médecin à interpréter, à être ému, et à donner du sens à ce que vit une personne, en se mettant à sa place, en partant de son point de vue. Voir à ce sujet le film *The Doctor* de Randa Haines, 1991.

dans notre étude. Suite à l'appel à témoignage lancé sur les réseaux sociaux pour notre sujet de recherche, nous avons reçu 24 réponses en quelques heures, et nous en avons reçu d'autres plusieurs semaines et mois après cet appel, lorsque le recueil de témoignage était clos. Cet engouement met en évidence une volonté réelle de ces femmes à partager leurs expériences avec le corps médical. Il ne nous reste plus qu'à nous, médecins, de tendre l'oreille, et d'écouter les femmes et les couples dans leur expérience de la naissance, qui demandent, chacun.e à leur manière, dans le balancier permanent entre le normal et le pathologique, à se maintenir autant que possible dans la physiologie, à être considérés dans leur sensibilité et à ne pas être réduits à une norme. Etre normal, sans être normé. Le développement des réseaux sociaux crée de véritables sororités, où les femmes sont solidaires dans leur cheminement. Il ne tient qu'à nous, soignants, de respecter cette richesse relationnelle et d'aussi soutenir ces femmes avec la même bienveillance.

## 2.1.2. Faiblesses de ce travail

### 2.1.2.1. Biais de sélection

Une des limites de ce travail de recherche est un biais dans la sélection des femmes. D'un point de vue géographique, notre étude ne s'est pas étendue à toute la France, ce qui réduit la diversité de notre échantillon. Aussi, d'un point de vue socio-professionnel, la majorité est soit des cadres, soit des professionnelles du monde de l'enfance ou de la périnatalité. Elles vivent toutes en couple. De plus, l'appel à témoignage ayant été fait principalement sur les réseaux sociaux, cela limite aussi aux personnes ayant accès et utilisant ces réseaux.

### 2.1.2.2. Biais de confirmation

Dans le positionnement favorable à l'AAD du chercheur, il est certain que nos entretiens ne se sont pas attardés sur les questions de la peur et du risque. Il aurait été intéressant de mener des entretiens avec un chercheur qui avait au départ un positionnement en défaveur de l'AAD pour nuancer l'approche dans les thèmes abordés. De même, le recrutement d'un couple ayant eu une mauvaise expérience de l'AAD aurait permis de nuancer les résultats.

### 2.1.2.3. Biais de désirabilité

Il est probable, que, dans une démarche plus ou moins consciente de la part des femmes et des couples, ils et elles ont souhaité ne pas insister sur des points plus sombres de leur vécu, comme la peur, les doutes, les difficultés, une personne souhaitant donner de la cohérence à ses actions dans un système de valeurs données<sup>109</sup>. On observe d'ailleurs l'absence de Yacine, le conjoint de Mariam, qui n'était pas pour ce projet même s'il ne s'y est pas clairement opposé. L'opposition est absente et les craintes n'ont peut être pas toutes été dites.

A ce sujet, Claire signale : « *C'était très dur de rester ouvert à une naissance en structure ; il y avait la conscience que, avec nos enfants, on ne fait pas toujours comme on veut. Il y a l'idéal et la réalité, et parfois la rencontre n'est pas évidente. Autour de l'accouchement à domicile, il peut y avoir un discours cuicui les petits oiseaux, parce que, même à la maison, ça fait vachement mal ! (...) Il y a beaucoup de témoignages, du bébé qui naît dans le silence, dans une piscine de pétales de rose... Ben, la réalité c'est que...J'ai aussi fait caca dans la piscine !* ». Voilà des propos qui sont loin d'une image d'Épinal. De même, la douleur a été ressentie par la majorité des femmes rencontrées. Aucune n'ont qualifié la naissance « d'orgasmique », même si certaines parlent d'un état proche de l'extase, comme Amandine, et que toutes en tirent une grande satisfaction, malgré la douleur. D'autres femmes témoignent que ce sentiment d'ivresse peut devenir une réalité<sup>110</sup> ;<sup>111</sup>. L'état « animal » dont font part certaines femmes pendant les entretiens contreviennent aux représentations coutumières féminines d'injonction sociale à la beauté et à la décence<sup>112</sup> : il est possible que les femmes interrogées n'aient pas insisté sur ces points là.

---

<sup>109</sup> JP. Huisman : *Les clefs du changement* ; éditions scientifiques L&C ; 2009

<sup>110</sup> E. Marian Davis, DP. Bonaro : *La naissance orgasmique : guide pour vivre une naissance sûre, satisfaisante et agréable* ; éditions de l'Hêtre ; 2010

<sup>111</sup> DP. Bonaro : *Orgasmic Birth, the best kept secret* ; DVD ; 2008

<sup>112</sup> D. Le Breton : *Anthropologie du corps et modernité : chapitre 8 : L'obsolescence du corps féminin*, page 230 ; Puf ; 2013

## 2.2. Validité externe

Nous allons aborder maintenant les éléments extérieurs à notre étude qui valident nos résultats.

### 2.2.1. Validation par les instances nationales de santé

Le serment d'Hippocrate enjoint tout médecin à respecter le choix des patients : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions ».

Nous n'avons pas trouvé de recommandations en ce qui concerne l'AAD par le collège national des gynécologues obstétriciens (CNGOF) ni par le collège national des sages-femmes (CNSF), et la Haute Autorité de Santé (HAS), qui a produit en 2017 des recommandations concernant la prise en charge de l'accouchement physiologique, ne se prononce pas sur l'AAD<sup>113</sup>, même si elle estime qu'environ 80% des grossesses se déroulent sans complication majeure<sup>114</sup>. L'association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) pose les conditions de sa pratique dans sa charte de l'accouchement à domicile : elle ne prend en charge que les grossesses physiologiques, (les grossesses pathologiques ou à risque de complication comme la position en siège ou la gémellité ne peuvent être pris en charge) et entend se limiter aux bébés naissant dans la 37<sup>ème</sup> et la 42<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée, en présentation céphalique<sup>115</sup>. L'Académie Nationale de Médecine a émis en septembre 2018 un rapport sur les violences obstétricales<sup>116</sup>, observant une augmentation du taux de césarienne de 16% en 1995 à 20,4% en 2016, avec une forte disparité d'un établissement à l'autre, allant de 14,5% à 28,9% pour les maternités du réseau AURORE. Les déclenchements représentent 22% des accouchements en

---

<sup>113</sup> HAS : *Recommandation de bonne pratique : accouchement normal : accompagnement de la physiologie et intervention médicale* ; page 9 ; décembre 2017

<sup>114</sup> HAS : *Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement* ; page 27 ; décembre 2009

<sup>115</sup> ANSFL : *Charte de l'accouchement à domicile* : [ansfl.org/document/charte-add/](http://ansfl.org/document/charte-add/)

<sup>116</sup> Académie Nationale de Médecine : *De la bienveillance en obstétrique ; réalité du fonctionnement des maternités* ; 18 septembre 2018

2016 avec aussi de grandes disparités, de 9,4 à 25,5% toujours pour ce réseau de maternités, « *qu'aucun argument médical ne peut suffire à expliquer* »<sup>117</sup>. Le taux d'injection d'oxytocine pour renforcer les contractions a diminué de 57,6% en 2010 à 44,3% en 2016, à la suite d'une sensibilisation autour de cette pratique, à l'excès d'usage sans argument médical, comportant de surcroît un risque de majoration d'hémorragie de la délivrance<sup>118</sup>. Le taux d'extraction instrumentale est de 12,2% en 2016, avec des variations allant de 12 à 26% dans le réseau des maternités AURORE. Le taux d'épisiotomie est de 20% en 2016 et de 34,9% pour les primipares, toujours avec de grandes disparités (7,4 à 33,5% pour ce même réseau de maternités) et son efficacité pour la prévention des déchirures périnéales de 3<sup>ème</sup> et de 4<sup>ème</sup> degré n'est pas prouvée. L'Académie de médecine préconise aussi la relation un pour un : une femme, une sage-femme. Elle souligne que les principales doléances des femmes en ce qui concerne la naissance sont le manque d'accompagnement humain, des actes inappropriés comme l'expression abdominale, des paroles ou des postures déplacées, le défaut de coordination avec les praticiens de ville et les sages-femmes à domicile. Elle signale que ce défaut qualitatif dans la prise en charge, « *techniquement irréprochable, mais humainement défailant* », peut avoir un impact analogue à un état de stress post-traumatique dans 5% des cas, ce qui concerne 40 000 femmes chaque année en France, entraînant certaines à renoncer à une grossesse ultérieure. Pour autant, l'Académie de médecine ne reconnaît pas en l'AAD une alternative sûre pour la femme et son enfant, sans en dire plus sur le sujet. Le dernier plan de périnatalité 2005-2007<sup>119</sup> a conclu à la nécessité de faire plus et mieux dans les situations à haut risque et de faire moins et mieux dans les situations à bas risque, en mettant l'accent sur le caractère physiologique de la plupart des naissances. Il demande aussi une humanisation des pratiques, notamment par la participation des usagers à la définition et à l'évaluation de la politique périnatale, d'améliorer le transport des mères à la maternité et d'assurer un renforcement des réseaux ville/PMI/hôpital en construisant un dialogue entre les différents acteurs. Il demande aussi de renforcer la confiance des parents dans leur pouvoir de donner la vie, de favoriser l'autonomie des sages-femmes, d'inclure le médecin traitant dans le réseau de soin périnatal et d'augmenter les moyens des gynécologues-obstétriciens. Une revue de

---

<sup>117</sup> Ibid.

<sup>118</sup> J. Belghiti et al : *Oxytocin during labour risk of severe post partum haemorrhage : a population-based, cohort-nested case-control study* » ; BMJ Open, 2011

<sup>119</sup> F. Puech : *L'organisation autour de la grossesse et de la naissance – plan périnatalité 2005-2007*

la littérature française publiée en 2013<sup>120</sup>, recueillant 8 études de cohorte réalisées entre 1996 et 2011 dans des pays développés (Canada, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Suède et France), qui comparent la morbi-mortalité entre des accouchements hospitaliers et planifiés au domicile, pendant au moins un an, pour des grossesses à bas risque chez des femmes entre 25 et 34 ans, ayant obtenu au minimum le baccalauréat, la proportion de primipares étant de moins de 50% et ne fumant pas à 80% : elle conclut à une absence de différence dans la mortalité périnatale et maternelle entre le domicile et l'hôpital, et à une morbidité moindre pour la mère et l'enfant au domicile. Les auteurs ajoutent une mise en garde : aucune étude de grande ampleur n'a été réalisée en France, et demande à établir une recherche d'envergure depuis le contexte du territoire français.

A l'étranger, des instances de santé reconnaissent l'AAD comme un des modes d'accouchement possible. Le National Institute of Health Care Excellence (NICE) au Royaume-Uni a émis en 2014 des recommandations<sup>121</sup> pour les accouchements à terme chez les femmes en bonne santé, suite à l'étude de cohorte Birthplace réalisé en 2011, qui compare les accouchements à domicile, en maison de naissance ou à l'hôpital. A la lumière de ces résultats, il demande aux soignants de rassurer ces patientes accouchant à terme sur le caractère non dangereux de la naissance. Il recommande aussi de soutenir, pour ces grossesses, le choix de la patiente, qu'elle soit nullipare ou multipare, quant au lieu d'accouchement : à la maison, en maison de naissance accolée ou non à une maternité ou dans un service d'obstétrique. Il précise qu'il y a une morbidité moindre dans les maisons de naissance ou à la maison avec un moindre risque d'interventions (épisiotomie, extraction instrumentale, césarienne). Pour les femmes multipares, il précise qu'accoucher en maison de naissance ou à la maison ne comporte pas plus de risque pour le bébé que celui d'accoucher en maternité. Pour les femmes nullipares, accoucher en maison de naissance, accolée ou non à une maternité, ne comporte pas non plus un risque accru pour le bébé par rapport à la maternité, par contre, le NICE demande d'informer ces patientes quant à un risque un peu plus élevé (0,4%) dans la survenue d'un problème médical pour le bébé en cas d'accouchement à domicile chez une nullipare (syndrome d'aspiration méconiale et encéphalopathie néonatale dans 75% des cas, mortalité néonatale précoce dans 13%

---

<sup>120</sup> C. Faucon, T. Brillac : *Accouchement à domicile ou à l'hôpital : comparaison des risques à travers une revue de la littérature internationale* ; Gynécologie, Obstétrique & Fertilité 41 ; pages 388-393 ; 2013

<sup>121</sup> National Institute of Health Care excellence : *Intrapartum care for healthy women and babies* ; 2014.

des cas), mais soutient pour autant l'AAD même dans ce cas, si c'est le souhait éclairé de la patiente.

Aux Pays-Bas, la politique gouvernementale assure la promotion de l'AAD pour les grossesses à bas risque obstétrical : 25 à 30% des accouchements sont réalisés au domicile<sup>122</sup>. Les chiffres des mortalités maternelles et infantiles sont parlants : entre 2010 et 2015, la mortalité maternelle est de 5,1 pour 100 000 naissances, quand celle de la France est de 6,4 pour 100 000 naissances<sup>123</sup> et le taux de mortalité infantile est en 2015 de 3,3 pour 1000 naissances aux Pays-Bas contre 3,7 pour 1000 naissances en France<sup>124</sup>, quand la mortalité néonatale est sensiblement la même : 2,1 pour 1000 naissances en France, contre 2 pour 1000 aux Pays-Bas<sup>125</sup>. L'interprétation de ces résultats pourrait être discutée, la population de femmes accouchant en France n'étant pas la même que celle des Pays-Bas (âge, tabagisme), mais cela ferait le cadre d'une nouvelle étude. Chez nos confrères néerlandais, la liste V.I.L (Verloskundige Indicatie) établit une gradation du risque pour chaque grossesse, en fonction de l'état de santé de la femme et de son bébé, indiquant le lieu d'accouchement et le professionnel médical apte à suivre la patiente : sage-femme ou médecin généraliste avec accouchement à la maison ou en polyclinique (l'équivalent des maisons de naissance) si la grossesse est à bas risque, hôpital avec suivi par un gynécologue si la grossesse est à moyen risque et hôpital comprenant une unité de néonatalogie et suivi par un gynécologue si la grossesse est à haut risque, sachant que ce risque est sans cesse réévalué tout au long de la grossesse. Le revers de la médaille de cette organisation est qu'une femme avec une grossesse à bas risque ne peut pas choisir un accouchement avec une péridurale et/ou d'être suivie par un gynécologue, ou elle devra le prendre en charge financièrement. Aussi, si les femmes de notre étude avaient été suivies aux Pays-Bas, elles n'auraient peut-être pas toutes pu accoucher à domicile (d'après la liste V.I.L, l'âge>35 ans, l'utérus cicatriciel, la localisation du domicile à plus de 30 minutes d'une maternité, sont, entre autres, des facteurs qui ne sont pas favorables à l'AAD).

---

<sup>122</sup> M. Akrich : *Accouchement à domicile : comparaison France/ Pays-Bas* ; Inpes 391 ; pages 45 à 47 ; 2007

<sup>123</sup> Européristat : *Rapport européen sur la santé périnatale* ; 26 novembre 2018

<sup>124</sup> Institut national des études démographiques : *Natalité, mortalité, mortalité infantile* ; 2015

<sup>125</sup> Européristat : *Rapport européen sur la santé périnatale* ; 26 novembre 2018

Au Danemark, l'accouchement à domicile fait aussi partie de la culture du pays<sup>126</sup>. Une méta-analyse danoise<sup>127</sup> portant sur des études observationnelles et une seule étude randomisée comparant AAD et accouchement à l'hôpital, (qui malgré sa qualité, ne comprend que 11 femmes, et est donc trop petite pour tirer des conclusions fermes), constate néanmoins à l'absence de preuve à favoriser un mode d'accouchement plutôt qu'un autre pour des femmes à bas risque obstétrical, et qu'on ne peut donc pas légitimement empêcher un AAD pour celles-ci, avec l'assistance d'un professionnel de santé qui travaille en lien avec une maternité. Elle recommande la mise en place d'étude randomisée à une large échelle pour les grossesses physiologiques, mais la randomisation entre le domicile et l'hôpital n'est pas aisée à réaliser : accoucher soit à la maison soit à l'hôpital n'est pas un choix pris à la légère pour une femme, comme nous l'avons vu tout au long de ce travail.

En Belgique, où environ 3% des naissances ont lieu en maison de naissance ou à domicile<sup>128</sup>, le centre fédéral d'expertise en soins de santé (KCE), estime que 96,2% des accouchements en Belgique sont simples<sup>129</sup>, c'est-à-dire physiologiques, ne nécessitant pas d'intervention médicale particulière, hormis une surveillance simple.

En Australie, l'Austrian College of Midwives est favorable à l'AAD pour les grossesses à bas risque. Aux Etats-Unis et au Canada, l'American College of Nurse-Midwives et le Canadian American Midwives émettent le même avis. Pourtant, les collèges obstétricaux de ces mêmes pays, se référant aux mêmes études que leurs consœurs sages-femmes, ne se positionnent pas, ou sont défavorables à l'AAD : cette différence de point de vue au regard des mêmes résultats s'expliquerait par des biais de confirmation et d'interprétation<sup>130</sup>, l'analyse de données scientifiques étant toujours soumises au spectre de la subjectivité et des valeurs de chacun. Les partisans de l'AAD mettent l'accent sur la sécurité affective, l'importance de l'expérience de la naissance, et se basent sur les études qui montrent une moindre morbidité pour la mère et l'enfant à la maison pour les grossesses à bas risque à taux de mortalité périnatale et

---

<sup>126</sup> Ambassade de France à Copenhague : [dk.ambafrance.org/La-maternite-au-Danemark](http://dk.ambafrance.org/La-maternite-au-Danemark) ; consulté le 29.01.2019

<sup>127</sup> O. Olsen, J. Clausen : *Planned hospital birth versus planned home birth* ; Cochrane Database ; septembre 2012

<sup>128</sup> A. Bellen Hernandez, S. Alexander : *Les maisons de naissance* ; 2013

<sup>129</sup> KCE : *Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque* ; 2010

<sup>130</sup> S. Roome et.al : *Why such a differing stances ? A review of position statements on homebirth from professional colleges* ; BJOG ; 4 septembre 2015

maternelle égaux. Ceux ne se positionnant pas ou n'y étant pas favorables mettent l'accent sur la sécurité physique, ne les amenant pas à critiquer la méthodologie d'une méta-analyse en défaveur de l'AAD<sup>131</sup>. Cette étude conclue que l'AAD permet une moindre morbidité pour la mère et l'enfant dont un nombre moindre de bébés prématurés ou de faible poids, à une mortalité périnatale identique, mais à une mortalité néonatale 3 fois supérieure dans le cadre d'un accouchement à domicile. Cette étude a été largement critiquée pour ces biais de confusion et son manque de puissance quant à ses conclusions sur la mortalité néonatale<sup>132</sup>: elle regroupe des études ayant comparé des accouchements à la maison de ceux hospitaliers, sans exclure les études qui ne distinguent pas les grossesses à haut risque de celles à bas risque, sans exclure les études qui ne permettent pas la distinction entre les AAD avec l'assistance d'un professionnel qualifié de ceux sans assistance, et en omettant une étude qui ne montre pas de différence significative dans la mortalité néonatale avec une iatrogénie moindre au domicile<sup>133</sup>. De plus, elle cite 32 décès sur 16 500 naissances planifiées à domicile et 32 décès sur 33 302 naissances planifiées à l'hôpital, alors que le NICE recommande entre 200 et 400 évènements pour que la puissance statistique de l'étude soit suffisante, permettant une interprétation fiable des chiffres.

## 2.2.2. Validation par les instances internationales de santé

La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a émis des recommandations en 2012<sup>134</sup>: elle demande à tout professionnel de santé de respecter le choix d'une patiente qui souhaiterait accoucher à domicile, en lui donnant toutes les informations dont elle a besoin pour faire un choix éclairé, et en prévoyant un potentiel transfert en maternité si besoin. Elle demande aussi une étroite collaboration entre les sages-femmes qui accouchent à domicile et les équipes de maternité. Elle demande aux instances nationales de chaque pays de mettre en place la possibilité pour chaque femme de choisir ces conditions d'accouchement, en n'empêchant pas les soignants qui accouchent à domicile d'exercer. Ne pas respecter ce choix en empêchant directement ou indirectement les soignants de les assister dans leur demande est une

---

<sup>131</sup> JR. Wax et al : *Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital birth : a metaanalysis* ; AMJOG ; 2 juillet 2010

<sup>132</sup> G. Gyte, J. Sandall, S. Bewley : *Findings on meta-analysis cannot be relied on* ; BMJ ; 27 juillet 2010

<sup>133</sup> KC. Johnson, BA. Davis : *Outcomes with planned home birth with certified professional midwives : large prospective study in North America* ; BMJ ; 2005

<sup>134</sup> FIGO Committee for the study of ethical aspects of Human's Reproduction and Woman's health : *Ethical issues in obstetric and gynecology* ; page 106 ; octobre 2012

violation des droits humains de la femme d'après l'article 8 émis par la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH).

En 2018, l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) a aussi émis des recommandations<sup>135</sup> : elle rappelle le caractère physiologique de la plupart des grossesses, et reconnaît l'expérience positive de l'accouchement comme une finalité importante, et non comme, selon l'expression utilisée par le collège des gynécologues obstétriciens d'Australie et de Nouvelle Zélande, d'un « appel esthétique »<sup>136</sup> (et cette quête personnelle du beau, dans le sens d'un sentiment de plénitude dans le cadre d'une vie harmonieuse, n'est-elle pas essentielle aux êtres humains ?), le mauvais vécu subjectif de l'accouchement étant un facteur de risque de syndrome post-traumatique<sup>137</sup>. En Ile de France, seules 5 des 73 maternités ont un taux de satisfaction supérieur à 75%<sup>138</sup>, et 6% des femmes se déclarent « pas du tout » ou « plutôt pas » satisfaites de leur suivi de grossesse et de leur accouchement, ce qui représente 50 000 femmes en 2016<sup>139</sup>. Pour l'OMS, ces recommandations regroupent le fait de favoriser la physiologie, de laisser une autonomie à la femme, avec une participation à la prise de décision, et d'assurer une continuité dans les soins en demandant qu'une sage-femme ou qu'un petit groupe de sages-femmes proposent un accompagnement global à la femme et au couple. Il assouplit aussi les actes de routine : la progression du travail dans la phase active du travail, souvent défini à 1cm/h, est décrite comme peu réaliste pour certaines femmes, et demande un monitoring intermittent du rythme cardiaque du bébé, et non en continu, pour une femme en bonne santé avec travail spontané. Elle recommande aussi aux femmes de pouvoir bouger, manger et boire librement, et de choisir la position qu'elles désirent au moment de l'expulsion.

---

<sup>135</sup> OMS recommandations : *Sur le soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* ; 2018

<sup>136</sup> S. Roome et.al : *Why such a differing stances ? A review of position statements on homebirth from professional colleges* ; BJOG ; 4 septembre 2015

<sup>137</sup> H. Montmasson et.al : *Facteurs prédictifs d'état de stress post-traumatique chez la primipare* ; Journal de Gynécologie Obstétrique et de la Reproduction ; volume 41 n°6 ; pages 553-560 ; octobre 2012

<sup>138</sup> Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme : *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux*, page 20 ; 22 mai 2018

<sup>139</sup> D. Bousquet, G. Couraud, M. Collet : *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical* ; Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes ; juin 2018

### 3. Conclusion

La rédaction de cette thèse prend fin au moment du mouvement social des gilets jaunes, dont une des revendications est la remise en cause des institutions, des services publics, notamment des établissements de santé, qui tendent à être gérés comme des entreprises rentables, au lieu d'être des organismes au service de la population. L'institution hospitalière est aussi touchée par cette logique comptable asphyxiante pour l'humain. Rappelons-nous que notre métier de soignant est avant tout une fonction avant d'être un titre, et qu'on ne peut faire l'économie d'une réflexion de concert avec les patients pour nous réinventer chaque jour. Soignants et patients doivent avancer ensemble : il ne s'agirait en aucun cas de dénoncer les uns ou les autres, mais de prendre le temps de considérer chaque point de vue, la maltraitance étant « *avant tout le fait d'un système et non d'un individu*<sup>140</sup> ». Le problème de la violence institutionnelle ne se limite pas aux violences gynécologiques et obstétricales : c'est un trouble qui s'étend au système médical et à la société en général. Il est temps d'ouvrir une réflexion profonde car : « *Dans le lieu même où le soin et l'humain doivent être au cœur de la pratique, l'hôpital devrait être exemplaire sur la question de la santé et du bien-être au travail*<sup>141</sup> ».

Comme tout patient, ces femmes sont le témoin d'un désir de bienveillance, de douceur et de respect. Elles sont prêtes à renoncer ou à défier nos institutions si elles n'y trouvent pas leur place. Les culpabiliser, les sermonner, les stigmatiser ne sera d'aucune utilité et ne fera que renforcer leurs résistances. Il en va de même pour les soignants qui les accompagnent : si leurs conditions de travail ne sont pas améliorées, que l'on ne les reconnaît pas en les assurant<sup>142</sup>, leur nombre pourrait décroître, et les femmes, se retrouvant démunies, pourraient partir accoucher à

---

<sup>140</sup> C. Compagnon, V. Ghadi : *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé* ; HAS ; 2009

<sup>141</sup> Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme : *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* ; page 35 ; 22 mai 2018

<sup>142</sup> A ce jour et depuis la loi dite du 4 mars 2002, tout professionnel de santé est tenu de souscrire à un contrat d'assurances pour sa pratique professionnelle. Les sages-femmes AAD se voient proposer des assurances à des prix identiques à ceux des gynécologues-obstétriciens, c'est-à-dire d'un montant de 20 000 euros par an en moyenne, qui correspond à peu près à leurs revenus annuels pour la plupart. Elles sont donc le plus souvent obligées de renoncer à cette assurance pour ne pas pratiquer des dépassements d'honoraires trop importants et continuer d'être accessibles à tous les budgets. Malgré des demandes répétées d'adapter ce montant à leur revenu, comme dans d'autres pays, un statut-quo perdure en France, qui renforce la marginalisation insidieuse de ce mode d'exercice.

l'étranger pour les plus aisées, accoucheraient sans assistance pour les plus modestes, renonceraient à une grossesse pour d'autres, ou encore partiraient à contre-cœur à la maternité.

En tant que soignant, ce n'est pas ce que nous souhaitons pour l'avenir. Il serait préférable de mener un dialogue sain et constructif avec tous les acteurs de soins et les patientes. L'expérimentation des maisons de naissance, l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales, et l'émergence des salles nature dans les maternités sont un premier pas, mais sont encore insuffisantes en nombre et ne correspondent pas à toutes. Il serait sûrement utile de tendre à décroiser l'hospitalo-centrisme, en tissant ensemble des mailles sanitaires, sociales et culturelles souples, diversifiées, et respectueuses de chacun. Il serait aussi intéressant de faire une étude de cohorte prospective, recensant les 4000 AAD planifiés avec l'assistance d'un professionnel de la naissance chaque année en France, avec des critères d'exclusion et d'inclusion bien définis, pour pouvoir tirer des conclusions éclairées.

## Bibliographie

1. G. Kaplan : *Espérance de vie, rappel historique* ; Contrepoints ; 2012
2. Ibid.
3. MF. Morel : *Histoire de la naissance en France, XVIIème-XXème siècle* ; Adsp n°61/62 ; décembre 2007- mars 2008
4. Européristat : *Rapport européen sur la santé périnatale* ; 26 novembre 2018
5. Chiffres INSEE ; 2017
6. Genèse, Chapitre 3, Verset 16 : « *J'aggraverai tes labeurs et ta grossesse ; tu enfanteras avec douleur* ».
7. P. Gaudin: *L'énigme de la naissance, entre philosophie et monothéisme* ; dans : R. Frydman et M. Szejer ; *La naissance, histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui* ; Albin Michel; 2010
8. D. Le Breton: *Anthropologie du corps et modernité*; PUF; 2008
9. JP. Thomas: *La médecine, nouvelle religion*; F. Bourin; 2013
10. Enquête nationale périnatale: rapport 2016; INSERM, DREES; Octobre 2017
11. Académie nationale de médecine: *De la bienveillance en obstétrique; réalité du fonctionnement des maternités*; 18 septembre 2018
12. O. Montazeau: *L'industrialisation de la naissance*; Spirale n°54, Lieux de naissance ; Erès; 2010
13. V. Bellamy; division Enquêtes et études démographiques; INSEE; 2017
14. D. Bousquet, G. Couraud, Margaux Collet: *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*; Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes; 26 juin 2018
15. O. Dupuis et.al : *Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000*; Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2002 ; 30 : 677-83
16. T. Wu : *The tyranny of convenience* ; New York Times ; 16 février 2018
17. Enquête nationale périnatale: rapport 2016; INSERM, DREES; Octobre 2017
18. J. Belghiti et.al : *Oxytocin during labour risk of severe post partum haemorrhage : a population-based, cohort-nested case-control study* » ; BMJ Open, 2011
19. Organisation mondiale de la Santé : *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* ; 2018

20. Voir à ce propos l'interview d'Albert Jacquard ; émission Nom des Dieux, 1994 ; et le film de Thomas Lilti, *Première année*, 2018
21. Le Dr P. Adams, en créant une médecine par le rire, a œuvré en ce sens : Dr P. Adams ; *Quand l'humour se fait médecin* ; Stanké ; 2000.
22. H. Rosa : *Accélération, une critique sociale du temps* ; La Découverte ; 2010
23. Dr V. Auslender : *Omerta à l'hôpital : le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en Santé* ; Michalon ; 2017
24. Commission Nationale Consultative des droits de l'Homme : *Agir contre maltraitances du système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* ; 22 mai 2018
25. E. Naulleau : *L'accouchement à domicile* ; Economie et statistique n°148 ; 1982
26. J. Schlumbohm : *Comment l'obstétrique est devenue une science ; la maternité de l'université de Göttingen 1751-1830* ; dans *Médecins, patients et politiques de santé* ; Actes de la recherche en sciences sociales ; 2002
27. I. Loudon : *Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today* ; The American Journal of Clinical Nutrition, Volume 72 ; Juillet 2000
28. A. Moreau : *Démédicaliser l'accouchement : utopie ou hérésie?* ; Thèse de docteur en médecine ; faculté de Limoges ; 2008
29. F. Cahen : *Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970)* ; Revue d'Histoire de la Protection sociale ; 2014
30. M. Langlais : *Evolution de la mortalité maternelle au XXème siècle en France* ; mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme ; Université de Caen ; 2016
31. MH. Bouvier-Colle, E. Szego : *La mortalité maternelle en France depuis 1945* ; La population de la France, Tome II, 2005
32. S. Papon : *La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse* ; division enquêtes et études démographiques ; Insee ; 2018
33. E. Naulleau : *L'accouchement à domicile* ; Economie et statistique n°148 ; 1982
34. P. Cesbron : *La médicalisation de la naissance* ; dans M. Vidard : *La tête au carré* ; France Inter ; 13 octobre 2017 ; audio
35. C. Lemay : *L'accouchement à la maison au Québec, les voix du dedans* ; Université de Montréal, Département d'Anthropologie ; 1997

36. O. Olsen, J. Clausen : *Planned hospital birth versus planned home birth* ; Cochrane Database ; septembre 2012
37. MF. Morel : *Histoire de la naissance en France, XVIIème-XXème siècle* ; Adsp n°61/62 ; décembre 2007- mars 2008
38. P. Cesbron, Y. Knibiehler : *La Naissance en Occident* ; Albin Michel ; 2004
39. Ibid.
40. MF. Morel : *Histoire de la naissance en France, XVIIème-XXème siècle* ; Adsp n°61/62 ; décembre 2007- mars 2008
41. Y. Knibielher, Catherine Fouquet : *La femme et les médecins* ; Hachette ; 1983
42. P. Cesbron, Y. Knibiehler : *La Naissance en Occident* ; Albin Michel ; 2004
43. Ibid.
44. Ibid.
45. Y. Knibielher, Catherine Fouquet : *La femme et les médecins* ; Hachette ; 1983
46. J. Schlumbohm : *Comment l'obstétrique est devenue une science ; la maternité de l'université de Göttingen 1751-1830* ; dans *Médecins, patients et politiques de santé* ; Actes de la recherche en sciences sociales ; 2002
47. MH. Lahaye : *Accouchement, les femmes méritent mieux* ; Michalon ; 2018
48. JP Le Chanois : *Le Cas du docteur Laurent* ; 1956 ; LCJ Editions et Productions ; DVD
49. M. Caron-Leulliez, J. George : *L'accouchement sans douleur ; Histoire d'une révolution oubliée* ; Editions de l'Atelier ; 2004
50. Enquête nationale périnatale: rapport 2016; INSERM, DREES; Octobre 2017
51. B. Martino : *Le bébé est une personne* ; TF1Video ; 1984 ; Vidéo cassette
52. F. Leboyer : *Pour une naissance sans violence* ; Seuil ; 1975
53. F. Héritier : *Masculin, Féminin ; La pensée de la différence* ; Odile Jacob ; 1995
54. JM. Delassus : *Le corps du désir ; Psychanalyse de la grossesse* ; Dunod ; 2010
55. Ibid.
56. Eschyle : *L'Orestie* ; 458 av-JC
57. D. Jacquart : *Alchimie et Philosophie à la Renaissance* ; Paris ; 1993 ; page 119
58. P. Cesbron, Y. Knibiehler : *La Naissance en Occident* ; Albin Michel ; 2004
59. R.P. Maines : *Technologies de l'orgasme, le vibromasseur, l'hystérie et la satisfaction sexuelle des femmes* ; Payot ; 2009

60. JM. Delassus : *Le corps du désir ; Psychanalyse de la grossesse* ; Dunod ; 2010
61. P. Cesbron, Y. Knibiehler : *La Naissance en Occident* ; Albin Michel ; 2004
62. L. Cuvelier : *Les chemins de la souffrance, une juste punition ?* ; Spiritualité et Santé, cahier n°39; janvier 2007
63. F. Gaspard : *Les enjeux internationaux de la parité* ; Politique étrangère n°1 ; 2000 ; pages 197-211
64. C. Bienaimé : *Un podcast à soi, n°6; Le gynécologue et la sorcière ; Pouvoir médical et corps des femmes* ; Arte ; 7 mars 2018 ; émission audio
65. D. Berteaux : *Le récit de vie* ; Armand Colin ; 4<sup>ème</sup> édition ; 2016
66. RA. Foley : *L'observation* ; dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, M. Winance : *Les recherches qualitatives en santé* ; Dunod ; 2016 ; chapitre 6
67. B. Lombard : *De la cécité empathique transitoire à la prudence dans les soins ; au sujet de la contention lors des soins en pédiatrie* ; Thèse de Doctorat en Philosophie pratique ; soutenue le 02.02.2016 à l'Université de Paris-Est Créteil
68. M. Balint *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 2009 : 419p. (p. 9-45).
69. JC. Kaufman : *L'entretien compréhensif* ; Armand Colin, 4<sup>ème</sup> édition ; 2016
70. G. de Maistre : *Le Premier Cri ; Notre Histoire à Tous* ; 2007 ; DVD
71. Loi 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance accolées à un service de gynécologie-obstétrique
72. Reiki : méthode de soins non conventionnelle japonaise par imposition des mains
73. Eyes Movement Desensitization and Reprocessing : technique de traitement des vécus traumatiques par des mouvements oculaires
74. C. Darmayan : *Entre leurs mains* ; 2013 ; DVD
75. Voir la charte de l'accouchement à domicile sur le site de l'ANSFL (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales) : <https://ansfl.org/document/charte-add/>; consulté le 17.01.19
76. 48 sages-femmes pratiquant l'AAD en France sont répertoriées sur le site de l'association nationale des sages-femmes libérales, 1 médecin généraliste est répertorié sur le site de Sophie Gamelin, consultante en périnatalité (<http://projetdenaissance.com/repertoire-sages-femmes-pour-accompagnement-aad-et-pt/>); consulté le 17.01.2019
77. La doula est une femme qui assure un accompagnement non médical de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

78. Haptonomie : science de l'affectivité, du toucher, dont le but en périnatalité est de renforcer le lien affectif entre l'enfant et ses parents dès le début grossesse. Selon l'haptonomie, la vie affective est ce qui fait le pont entre tous les mouvements du corps, qu'ils soient psychiques, cognitifs, musculaires, ligamentaires, hormonaux, viscéraux. Développer le sentiment de sécurité affective entre les parents et leur bébé est un facteur d'humanisation et de renforcement des liens de confiance.
79. Expression utilisée par J. Lavillonière, sage-femme AAD, dans l'émission : *Accoucher autrement, le débat*, le 06.04.2014 sur Public Sénat, suite à la parution du documentaire de C. Darmayan : *Entre leurs mains* en 2013.
80. E. Goffman : *La mise en scène de la vie quotidienne ; tome 1 : La présentation de soi* ; Les éditions de minuit ; 1973
81. M. Bydlowski : *La transparence psychique de la grossesse* ; Etudes freudiennes, 1991, 32, 2-9
82. JM. Delassus : *Le corps du désir : psychanalyse de la grossesse* ; Dunod ; 2010
83. G. Reach : *Une théorie du soin ; souci et amour face à la maladie* ; Médecine et sciences humaines ; 2010
84. P. Chaumette : *Parents et sage femme, l'accompagnement global. Rencontres sur le chemin de la naissance* ; Yves Michel éditions ; 2005
85. AA. Durand: *Si le sexe était aussi médicalisé que l'accouchement, ce serait beaucoup moins drôle* ; dans le Monde, le 16.05.2016, citant le court métrage de l'association Freedom for Birth, Rome action group : *La Prestazione*, court métrage disponible en ligne ; 2014
86. MH. Lahaye : *Accouchement, les femmes méritent mieux* ; Michalon ; 2018
87. Enquête nationale périnatale ; INSERM, DREES ; Octobre 2017
88. Article L4151-1 du code de la santé publique
89. JP. Thomas ; Op.cit, 2013
90. N. Sage Pranchère, dans le journal Libération du 16 août 2017
91. Ibid.
92. MH. Lahaye : *Accouchement, les femmes méritent mieux* ; Michalon ; 2018
93. Une étude montre que la péridurale, si elle est le plus efficace traitement de la douleur lors de l'accouchement, augmente significativement le nombre d'extraction instrumentale, ralentit le travail, nécessite l'injection d'oxytocine pour stimuler les contractions, augmente le risque de

césarienne pour souffrance fœtale, fait chuter la tension artérielle, empêche les mouvements une fois l'accouchement terminé et entraîne une rétention aiguë d'urines : AM. Somuah, RMD. Smyth, L. Jones: *Analgesie péridurale pour le soulagement de la douleur lors de l'accouchement* ; Cochrane, 7 décembre 2011

94. M. Vuille : *Accouchement et douleur. Une étude sociologique* - LAUSANNE éditions Antipodes -1998

95. Enquête nationale périnatale ; INSERM, DREES ; Octobre 2017

96. INSERM : *En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans* ; 24 août 2015

97. C. Klapisch : *Pour le bien naître* ; court métrage ; 2012

98. N. Sage Pranchère, dans le journal Libération du 16 août 2017

99. Voir à ce sujet, le livre de M. Winckler : *Le Chœur des femmes* ; paru chez Gallimard en 2011, qui retrace l'évolution d'une jeune interne en gynécologie, passant d'une approche mécanique du corps des femmes, à une approche plus globale et humaniste.

100. L. Négiré et B. Cascales : *L'accouchement est politique : fécondité, femmes en travail et institutions* ; éditions l'Instant Présent ; 2016

101. C. Lévi Strauss, dans *l'Efficacité Symbolique* (1949), évoque la cure chamanistique d'un accouchement difficile par un chant, dans la tribu des Cuna au Panama. Ce conte chanté, en donnant du sens aux douleurs et aux difficultés de la parturiente, l'apaise et permet l'expulsion. Dans notre société, où il n'y a plus de place pour le temps mythique qu'en nous-mêmes, il est important d'écouter et de ne pas étouffer cette mise en symbole d'un vécu par un rationalisme médical radical, au risque de créer une résistance aux soins médicaux.

102. JC. Kaufman : *L'entretien compréhensif* ; Armand Colin ; 4<sup>ème</sup> édition ; 2016

103. Selon l'Institut National des Etudes démographiques (INED), en 2015, la mortalité infantile est de 3,3 pour mille naissances aux Pays-Bas, de 3,7 pour mille naissances en France et de 48,9 pour mille naissances en Afrique en 2017.

104. Source INPES : *Les comportements de santé des jeunes ; analyse du baromètre santé* ; 2010

105. Sources ENP, INSERM, DREES de 2011 à 2016

106. HAS : *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* ; mai 2016

107. V. Bellamy; division Enquêtes et études démographiques; INSEE; 2017

108. La médecine narrative est une discipline développée dans les années 90 aux Etats-Unis, notamment par le Dr Rita Charon à l'Université de Columbia, qui invite à l'écoute de l'histoire des patients, et met en lumière la capacité du médecin à interpréter, à être ému, et à donner du sens à ce que vit une personne, en se mettant à sa place, en partant de son point de vue. Voir à ce sujet le film *The Doctor* de Randa Haines, 1991.
109. JP. Huisman : *Les clefs du changement* ; éditions scientifiques L&C ; 2009
110. E. Marian Davis, DP. Bonaro : *La naissance orgasmique : guide pour vivre une naissance sûre, satisfaisante et agréable* ; éditions de l'Hêtre ; 2010
111. DP. Bonaro : *Orgasmic Birth, the best kept secret* ; DVD ; 2008
112. D. Le Breton : *Anthropologie du corps et modernité : chapitre 8 : L'obsolescence du corps féminin*, page 230 ; Puf ; 2013
113. HAS : *Recommandation de bonne pratique : accouchement normal : accompagnement de la physiologie et intervention médicale* ; page 9 ; décembre 2017
114. HAS : *Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement* ; page 27 ; décembre 2009
115. ANSFL : *Charte de l'accouchement à domicile* : [ansfl.org/document/charte-add/](http://ansfl.org/document/charte-add/)
116. Académie Nationale de Médecine : *De la bienveillance en obstétrique ; réalité du fonctionnement des maternités* ; 18 septembre 2018
117. Ibid.
118. J. Belghiti et.al : *Oxytocin during labour risk of severe post partum haemorrhage : a population-based, cohort-nested case-control study* » ; BMJ Open, 2011
119. F. Puech : *L'organisation autour de la grossesse et de la naissance – plan périnatalité 2005-2007*
120. C. Faucon, T. Brillac : *Accouchement à domicile ou à l'hôpital : comparaison des risques à travers une revue de la littérature internationale* ; Gynécologie, Obstétrique & Fertilité 41 ; pages 388-393 ; 2013
121. National Institute of Health Care excellence : *Intrapartum care for healthy women and babies* ; 2014.
122. M. Akrich : *Accouchement à domicile : comparaison France/ Pays-Bas* ; Inpes 391 ; pages 45 à 47 ; 2007
123. Europeristat : *Rapport européen sur la santé périnatale* ; 26 novembre 2018

124. Institut national des études démographiques : *Natalité, mortalité, mortalité infantile* ; 2015
125. Europeristat : *Rapport européen sur la santé périnatale* ; 26 novembre 2018
126. Ambassade de France à Copenhague : [dk.ambafrance.org/La-maternite-au-Danemark](http://dk.ambafrance.org/La-maternite-au-Danemark) ; consulté le 29.01.2019
127. O. Olsen, J. Clausen : *Planned hospital birth versus planned home birth* ; Cochrane Database ; septembre 2012
128. A. Bellen Hernandez, S. Alexander : *Les maisons de naissance* ; 2013
129. KCE : *Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque* ; 2010
130. S. Roome et.al : *Why such a differing stances ? A review of position statements on homebirth from professional colleges* ; BJOG ; 4 septembre 2015
131. JR. Wax et.al : *Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital birth : a metaanalysis* ; AMJOG ; 2 juillet 2010
132. G. Gyte, J. Sandall, S. Bewley : *Findings on meta-analysis cannot be relied on* ; BMJ ; 27 juillet 2010
133. KC. Johnson, BA. Davis : *Outcomes with planned home birth with certified professional midwives : large prospective study in North America* ; BMJ ; 2005
134. FIGO Committee for the study of ethical aspects of Human's Reproduction and Woman's health : *Ethical issues in obstetric and gynecology* ; page 106 ; octobre 2012
135. OMS recommandations : *Sur le soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* ; 2018
136. S. Roome et.al : *Why such a differing stances ? A review of position statements on homebirth from professional colleges* ; BJOG ; 4 septembre 2015
137. H. Montmasson et.al : *Facteurs prédictifs d'état de stress post-traumatique chez la primipare* ; Journal de Gynécologie Obstétrique et de la Reproduction ; volume 41 n°6 ; pages 553-560 ; octobre 2012
138. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme : *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux*, page 20 ; 22 mai 2018
139. D. Bousquet, G. Couraud, M. Collet : *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical* ; Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes ; juin 2018

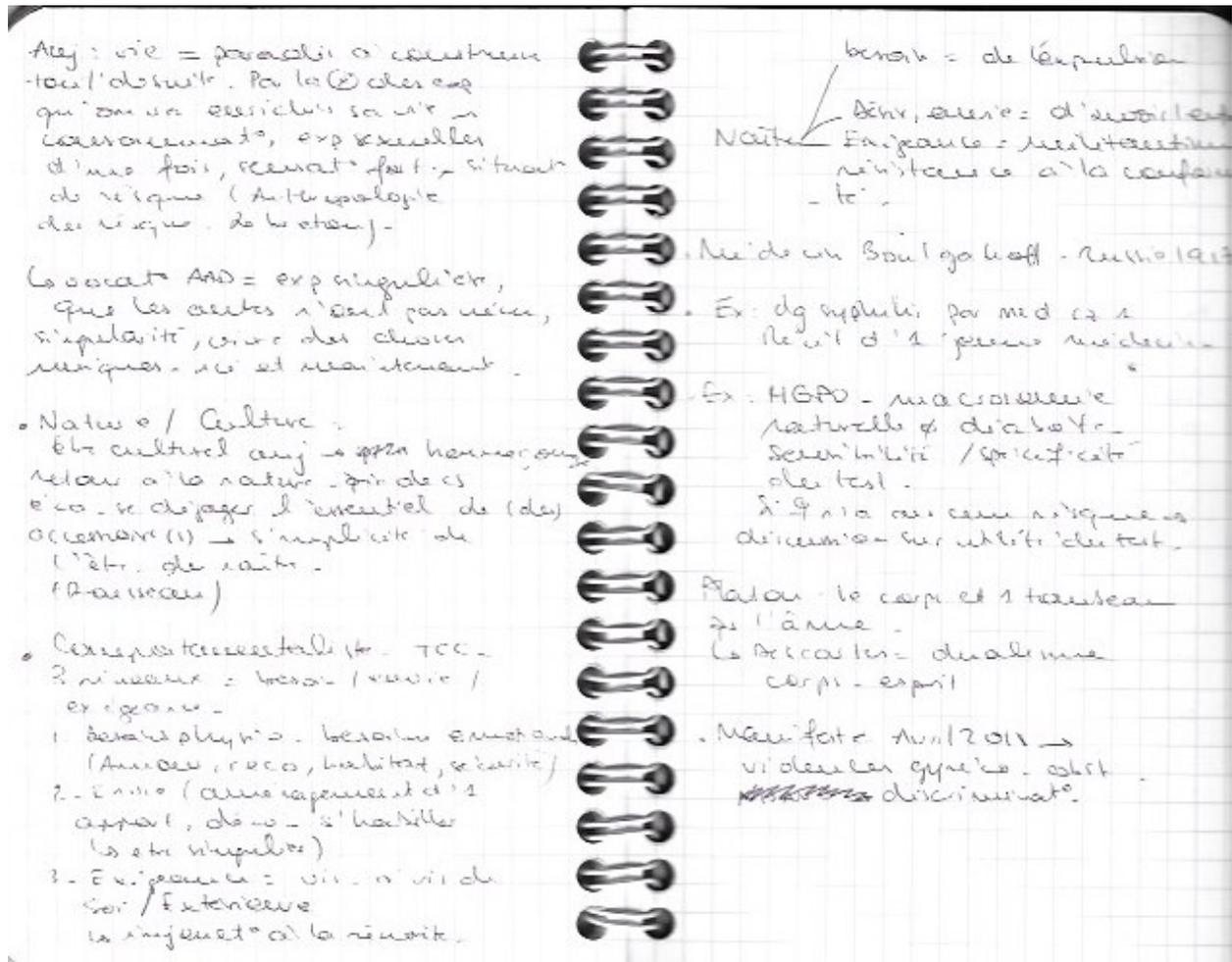
140. C. Compagnon, V. Ghadi : *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé* ; HAS ; 2009

141. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme : *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* ; page 35 ; 22 mai 2018

142. À ce jour et depuis la loi dite du 4 mars 2002, tout professionnel de santé est tenu de souscrire à un contrat d'assurances pour sa pratique professionnelle. Les sages-femmes AAD se voient proposer des assurances à des prix identiques à ceux des gynécologues-obstétriciens, c'est-à-dire d'un montant de 20 000 euros par an en moyenne, qui correspond à peu près à leurs revenus annuels pour la plupart. Elles sont donc le plus souvent obligées de renoncer à cette assurance pour ne pas pratiquer des dépassements d'honoraires trop importants et continuer d'être accessibles à tous les budgets. Malgré des demandes répétées d'adapter ce montant à leur revenu, comme dans d'autres pays, un statut-quo perdure en France, qui renforce la marginalisation insidieuse de ce mode d'exercice.

# Annexes

## Extrait du journal de bord :



## Extrait d'entretiens :

(I : interviewer)

### Mathilde et Arthur :

I: Est-ce que vous pouvez me raconter, votre première grossesse ayant eu lieu il y a 7 ans,

comment ça s'est passé, est-ce que vous aviez déjà l'idée avant d'avoir un enfant, d'avoir ce projet d'accoucher à domicile, comment est-ce que c'est venu ? »

M : Alors, on était déjà intéressé, on avait été sensibilisé à cette possibilité, on avait rencontré, un ami, des amis en fait, brésiliens, tu m'arrêtes si c'est pas dans l'ordre... »

A : Mmh, mmh »

M : Des amis brésiliens qui, euh, qui avaient donc eu un bébé chez eux, et qui avaient des étoiles dans les yeux quand ils nous parlaient de l'accouchement, et moi ça m'avait euh, interpellée parce ça me faisait assez peur, euh, l'accouchement en soi, cet acte là d'accoucher, euh, ma maman était un peu traumatisée par son accouchement,

I : D'accord »

M : Elle s'était sentie assez dépossédée de, de , de son accouchement, euh.. »

I : C'était en quelle année du coup ? »

M : C'était en 78, voilà donc elle était enceinte très jeune »

I. De vous ? »

M. Oui. Elle était très jeune elle avait 21 ans, ou 22 ans, non ? 23 ans.

I. D'accord

M. Et voilà elle avait eu une épisiotomie, euh recousue à vif, enfin c'était une expérience assez difficile, elle a eu qu'un enfant d'ailleurs.

I. A cause de ça ou... ?

M. Ben, c'est, euh, mauvaise expérience, qu'elle n'a pas eue spécialement envie de renouveler, et bon enfin en tout cas, je ne sais pas si c'est que ça, mais en tout cas ça a beaucoup compté quand même.

## **Valentine et Paul**

I. Vous avez gardé un contact avec Claudine ?

V. Euh un peu

P. Pendant plusieurs années on lui a envoyé des nouvelles avec des photos etc mais bon euh...C'est vrai que...Moi j'aurais envie de la voir tout le temps après parce qu'il y a un tel attachement à la personne qui nous a accompagné dans un tel moment mais bon on sent qu'elle

maintient un peu des distances parce que comme elle doit engager ce type de lien fort avec toutes les familles où elle a fait des accouchements, au bout d'un moment elle peut pas gérer tous ces liens affectifs...(rires)

I. Bien sûr ! (rires)

V. (rires)

P. On peut le comprendre...mais moi j'ai régulièrement envie, ça me ferait vachement plaisir de la revoir puis...

V. Oui quand on a...on a quelques photos d'elle, c'est vrai que c'est comme si c'était un peu un membre de la famille

P. Elle fait partie de l'album de famille, ce qu'on aurait pas fait avec un médecin ou un gynéco (rires)

V. Après c'est vrai que ça dépend, parce que je pense aussi qu'il y a des gynécos qui sont supers et des médecins aussi mais euh...Mais elle y a un vrai engagement ...Et dans tout le groupe naissance...

P. Et la personne, la sage femme qui nous a fait le suivi haptonomie, elle aussi elle fait partie de l'album (rires)

V. Mais bon c'est pas le même type de lien quand même

P. Ah non non non, et puis, enfin elle était très rassurante mais elle ne dégagait pas la même force.

## **Mariam et Yacine**

M. Moi je pense que j'aime tellement être enceinte, j'aime tellement cette symbiose avec l'enfant, j'adore mon corps quand je suis enceinte, et j'ai des grossesses qui se passent très bien... Inconsciemment je flippais énormément de l'après... Et pour mon deuxième je savais à quoi m'attendre et j'avais pas envie... Et avec lui tout s'est mieux passé, c'est le deuxième donc c'est l'expérience de maman, et puis je pense que c'est lié à la naissance mais c'est une crème de bébé quoi...Je lui mets la tétine le soir, je lui dit bonne nuit mon bébé, ben il s'endort tout seul...

I. Tu penses que c'est lié la naissance au domicile ?

M. Ouais, ouais...

### **Claire et Vincent**

C. Et puis après il a fallu convaincre Vincent

V. Mmh, mmh !

C. Ca, ça a pas été facile ! (rires)

V. C'est sûr ; on s'imagine toujours les risques qu'il peut y avoir et surtout le fait d'avoir personne, enfin vraiment, enfin certains gestes ne peuvent pas être pratiqués à la maison, c'est vrai que ça a un petit côté inquiétant, étant du côté médical, je dirais que je calcule les risques aussi donc euh...

C. J'ai eu l'impression que pour toi rencontrer la sage-femme euh...

V. Oui parce que je sentais qu'elle était pas complètement...on peut imaginer que dans ce genre de médecine alternative parce qu'on peut appeler ça comme ça, pas le côté péjoratif de la chose, mais est-ce qu'on va pas tomber sur quelqu'un de complètement euh...

M. Allumé !

V....allumé ouais voilà, et finalement de se rendre compte que la personne était pas justement si enthousiaste que ça, et pesait un peu le pour et le contre, en disant ben, faisons pas de fausse promesse, c'est tout bête mais...Parfois je pense qu'avec les fausses promesses on peut être plus déçu que ça, ben de se dire, ben oui elle allait pas nous conduire dans le mur, et de se dire que...Je pense qu'elle prendrait les bonnes décisions au bon moment.

### **Louise et Amar**

I. Donc Louise, peux tu m'expliquer comment c'est arrivé ?

L. Alors euh...

A. Je vais découvrir peut-être des trucs alors (rires) !

L. Euh...Moi je suis beaucoup branchée développement personnel...Donc j'ai fait beaucoup de choses autour du féminin, ce genre de choses. J'ai aussi dans mon entourage des personnes qui sont dans cette recherche-là. J'ai une amie proche qui a accouché à domicile, qui a semé ses petites graines ; après c'est vrai qu'avant d'être enceinte...J'ai fait une fausse-couche l'année dernière, et pour cette fausse-couche je m'étais renseignée à Cergy, parce qu'il y a des maisons

de naissance , ça aurait pu être un entre-deux.

### **Ariane et Gégore**

I. Donc ça fait pas mal de temps que vous avez eu vos enfants...vous étiez déjà gynéco quand vous avez accouché à domicile ?

A. J'étais à la fin de mon internat, puisque moi j'ai passé ma thèse en 98, voilà quand j'ai accouché à la maison, et j'ai fait ma thèse à 35 semaines d'aménorrhée et j'ai accouché à la maison cinq semaines plus tard ;

I. D'accord, et pour le premier il y avait déjà un projet d'AAD c'était en cours d'internat en fait... ?

A. Ouais c'était en milieu d'internat, lui, le premier, et l'autre c'était fin d'internat.

I. Ok et du coup, qu'est ce qui vous a amené à faire ce choix ?

A. Euh...y a plusieurs choses...moi je voulais que tout se fasse naturellement absolument...en fait moi je voulais pas qu'on me touche. Je pense que quand on met pas de synton, qu'on fait rien, la nature elle fait bien les choses. Moi j'ai un très grand mari qui mesure 1,86m et moi je mesure 1,56m donc voilà...C'était vraiment...Je voulais pas de péridurale, je voulais rien quoi. Je voulais le respect le plus possible, et euh...Qu'est ce que je voulais vous dire d'autre...Aussi la dimension que ce soit chez soi, pour le petit, dans le calme, à la maison...Enfin j'ai des souvenirs du deuxième, c'était génial quoi ! On a fini avec le petit-déjeuner, il est né à 06h du matin, on a tous pris le petit-déjeuner avec la sage-femme, c'était tranquille, c'est pas du tout la même ambiance...donc c'est pour toutes ces raisons-là...

### **Jeanne et Eric**

I. Mais on t'a déclenché du coup ou à J+13... ?

J. Non, à J+13 c'est arrivé !

I. Incroyable !

J. Mais c'est vrai qu'il y a des moments où je me suis dit mais ça n'arrivera donc jamais ; et là c'est la confiance en soi, mon corps se déclenche pas...

Après ma sage-femme ne m'a jamais rien dit, elle a peut être eu des doutes, mais tant que Dr M. ne mettait pas la pression, elle suivait.

Donc il s'est déclenché tout seul, vers 06h du mat, je lui envoie un petit texto, puis ça s'est arrêté, elle est venue, elle m'a examinée, on a été au parc, au marché, on a déjeuné...Elle m'avait dit, si ça se déclenche pas, tu pourras donner la tétée en général ça re-déclenche, et puis ma fille a tété et à 14h c'est reparti quoi et après ça a duré 14h. Elle m'a dit, tu m'appelles quand tu as besoin de moi, et j'ai trouvé ça génial, parce qu'en fait, en maternité, c'est toutes les tant de minutes, c'est au bout de tant de temps, c'est des chiffres qui représentent pas grand-chose, qui changent d'une femme à une autre, et là c'est toi qui juges, et puis le deuxième sens c'est si t'as besoin de moi je suis là quoi, et ça je trouve ça extraordinaire.

Donc je l'ai appelé vers 19h quoi, elle est arrivée vers 20h30...

### **Séverine et William**

I. D'accord ; là actuellement vous n'avez pas de médecin traitant par exemple ?

S. Si mais je le vois jamais, je ne suis jamais malade (rires), tant mieux hein, je touche du bois, mais non je vois pas de médecin traitant quoi...Donc moi le projet d'AAD je l'avais déjà depuis, pfff, depuis très très très longtemps, donc c'était pas une idée qui m'ait tombée sur la tête, une lubie, oh je suis enceinte je vais faire un AAD, non, non,

(...)

I. et vous avez accouché accroupie ?

S. non, alors elle m'a dit qu'en salle d'accouchement malheureusement... J'ai dit que je voulais absolument pas les étrières, que si je pouvais, je préférerais accoucher debout, alors elle m'a dit « je suis désolée mais dans nos protocoles on peut pas accoucher debout, par contre ce que je peux vous proposer c'est de vous mettre très bas sur la table d'accouchement, vous mettez vos pieds sur la barre métallique, et comme vous serez très bas, on profitera un peu de la gravité...

### **Amandine et Stéphane**

A. J'arrêtais pas de demander à ma sage-femme : « Qu'est-ce que je dois faire ? », « Comment je

sais que? », et elle m'a dit « Tais-toi, mets toi dans ta bulle et ça va venir, laisse venir les choses », et après j'ai compris, et donc du coup, pour ma troisième je savais beaucoup plus à quoi m'attendre.

I. D'accord ; et comment ça s'est passé du côté du papa ?

S. Moi j'avais pas de...d'idée préconçue par rapport à...maternité ou domicile. Moi je...bon j'avais jamais vécu de maternité...

A. Ca fait pas longtemps qu'on est ensemble, ça fait trois ans et demi. Donc déjà, moi je suis déjà arrivée avec mon bagage...

### **Charlotte et Tidiane**

I. C'est parti ! Donc je suis médecin généraliste et j'ai choisi de faire ma thèse sur ce thème de l'accouchement à domicile...

C. C'est super ! C'est...pas courant !

I. oui, tout à fait...Donc j'aimerais étudier les raisons qui vous ont amené à faire ce choix, à comprendre un peu votre parcours...

C. Alors moi, pour ma première fille, déjà je voulais accoucher à la maison, mais on habitait chez ma belle-mère, donc logistiquement parlant c'était pas possible, enfin, ça aurait été possible mais j'avais pas envie d'avoir la pression de la belle-mère, donc j'ai accouché à Nanterre, donc...ça s'est bien passé...

### Liste des associations sollicitées dans le cadre de notre recherche :

**CIANE** : Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance

**AFAR** : Alliance Francophone pour l'Accouchement respecté

**CDAAD** : Collectif de défense de l'Accouchement A Domicile

## Résumé

La médecine du siècle dernier a réalisé des progrès immenses en terme de réduction des risques fœto-maternels. Cette médicalisation salubre de la grossesse a progressivement modifié le lieu de prise en charge de l'accouchement du domicile vers l'hôpital. Pourtant, on assiste à une demande d'un retour au domicile pour la mise au monde de leur enfant chez certains parents. Nous avons choisi d'aller à la rencontre de ces couples et de ces femmes pour comprendre leur cheminement et leurs motivations à privilégier ce mode d'accouchement et de savoir s'ils ont des attentes particulières vis-à-vis du médecin généraliste dans cette démarche. Par le biais d'associations soutenant l'accouchement à domicile (AAD), nous avons rencontré dix couples ayant eu ce projet, l'ayant réalisé ou non, ou l'ayant pour l'avenir. A l'issue de ces entretiens en face à face, une analyse qualitative a été réalisée, faisant émerger les traits communs entre ces couples. Ils soulignent le caractère naturel, intime et convivial d'une naissance, qui devient un événement initiatique et porteur de liberté. Le conjoint de la femme enceinte devient un acteur du processus, en le soutenant, en le sécurisant et en y participant pleinement s'il le souhaite. Les qualités du soignant les accompagnant dans cette démarche sont aussi un moteur dans cette quête de bien naître : ils mettent l'accent sur une prise en charge globale dans un espace temporel large, une qualité de présence chez un soignant dont la sensibilité aiguisée dégage de la sérénité, un cadre de relation soignant-soigné égalitaire et singulier, instaurant un climat de confiance et de souplesse dans les protocoles de soins institués. Ces couples attendent de la part du médecin généraliste un non jugement, un partage, du respect, une aide, de l'humilité, ou aucune attente particulière si le médecin généraliste n'est pas directement impliqué dans le projet. Comme tout patient, ces femmes et ces couples sont le témoin d'un désir de bienveillance, de douceur et de respect. Ce choix d'AAD bouleverse les représentations usuelles de la naissance et invite à la réflexion. Il serait intéressant de faire une étude de cohorte prospective, recensant les 4000 AAD planifiés avec l'assistance d'un professionnel de la naissance chaque année en France, avec des critères d'exclusion et d'inclusion bien définis, pour pouvoir tirer des conclusions éclairées.

**Mots clés :** Médecine générale, accouchement à domicile, étude qualitative, réseaux de soins, relation médecin-patient

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.