



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de
l'Université Claude Bernard Lyon 1
Université de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
Site de formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

MOTIVATIONS DES FEMMES A CHOISIR UN ACCOUCHEMENT A DOMICILE

Etude qualitative auprès de primipares en France métropolitaine

Marie OBLETTE
Née le 24/07/1999

Mémoire soutenu en mai 2023

LE DU Maï, sage-femme chercheure en sciences sociales, Brest

Directrice de mémoire

SEVELLE Bérangère, sage-femme enseignante, site de formation Maïeutique de BeB

Guidante

Remerciements

A ma directrice de mémoire, Maï, pour avoir accepté de m'encadrer, pour sa disponibilité, sa bienveillance et son aide si précieuse tout au long de la réalisation de ce travail.

A ma guidante de mémoire, Bérangère, pour m'avoir également accompagnée dans la réalisation de ce travail et avoir eu la patience de répondre à mes innombrables questions.

Aux femmes ayant participé à cette étude, pour leurs témoignages qui ont permis d'apporter une grande richesse à ce travail.

A l'équipe pédagogique et aux intervenants professionnels qui ont contribué à ma formation et m'ont fourni les outils nécessaires à la réussite de mes études.

A ma famille, qui ont toujours été là dans les bons comme dans les mauvais moments, pour leur soutien et leurs encouragements au cours de ces six années d'études.

A mes amis, pour leur soutien moral et tous les moments géniaux que l'on a partagé pendant ces années d'études qui resteront gravés dans ma mémoire.

Table des matières

Abréviations	1
Avant-propos.....	2
Introduction.....	3
1. Matériel et méthode	5
1.1 Qualification de la recherche	5
1.2 Population étudiée	5
1.3 Mode de recrutement	5
1.4 Réalisation des entretiens.....	6
2. Résultats	7
2.1 Aux origines du projet d'accouchement à domicile	7
2.2 Projections et attentes	8
2.3 Eléments recherchés dans le projet d'accouchement à domicile.....	9
2.4 Craintes ressenties	10
2.5 L'entourage relationnel face au projet d'accouchement à domicile	11
2.6 Implication du conjoint	13
2.7 La sage-femme	14
3. Discussion	16
3.1 Forces et faiblesses de l'étude	16
3.1.1 Faiblesses de l'étude.....	16
3.1.2 Forces de l'étude	16
3.2 Des aspirations plutôt qu'un refus de l'hôpital.....	17
3.3 Une aventure de couple	20
3.4 La sage-femme, partenaire privilégiée	22
Conclusion.....	24
Bibliographie	26
Annexes.....	28
Annexe 1 : Synopsis.....	28

Annexe 2 : Lettre d'information aux patientes.....	30
Annexe 3 : Information préalable au traitement des données	31
Annexe 4 : Trame d'entretien.....	33

Abréviations

AAD = Accouchement Accompagné à Domicile

ANA = Accouchement Non Accompagné

ANSFL = Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

APAAD = Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile

APD = Analgésie Périderale

CNGOF = Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

HAS = Haute Autorité de Santé

IFOP = Institut Français d'Opinion Publique

Avant-propos

Lors d'un stage dans un cabinet de sages-femmes libérales réalisé en juillet 2021, je me suis rendue compte qu'un certain nombre de femmes souhaitaient accoucher à domicile. Jusqu'alors, je ne me rendais pas compte de l'ampleur de la demande. Les sages-femmes qui m'ont accueillie lors de ce stage m'ont fait part de leur constatation que de plus en plus de femmes les sollicitaient pour ce mode d'accouchement.

Je me représentais jusqu'alors l'accouchement à domicile comme une pratique marginale, méconnue et souvent perçue négativement par une grande partie de la profession exerçant en institution. Lors de mes études, peu d'informations m'ont été données au sujet de cette pratique qui concerne environ 0,2% des femmes en France¹. La seule intervention dont j'ai bénéficié de la part d'une sage-femme pratiquant l'accouchement à domicile portait sur l'accompagnement de l'accouchement physiologique par la sage-femme, intervention ayant eu lieu en troisième année.

Je me suis donc interrogée au sujet des motivations de ces femmes à souhaiter un accouchement à domicile.

¹ D'après les données de l'Insee, 740 000 bébés sont nés en France en 2020 (1).

Introduction

En France, l'accouchement est progressivement passé de la sphère privée à la sphère publique par le biais de l'avènement de la science médicale. Avant 1951, la majorité des femmes accouchaient à domicile, accompagnées par une sage-femme indépendante ou un médecin de famille. La migration de la pratique de l'accouchement du domicile vers l'institution de soin s'est produite au milieu du XXe siècle lors d'un mouvement historiquement nommé « le grand déménagement » (2). La centralisation des accouchements dans les maternités a raréfié le fait d'accoucher chez soi.

Les pratiques autour de l'accouchement sont influencées par de nombreux facteurs comme la culture, la démographie, les avancées médicales, sociologiques et technologiques, mais aussi par la place des femmes dans la société. Au cours du XXe siècle, en France, c'est l'influence des sciences médicales et les progrès techniques qui ont dominé et guidé les choix de la société en termes de santé périnatale, aboutissant aux politiques de santé publique et aux plans de périnatalité successifs (3). L'exigence de plus en plus marquée en équipement des plateaux techniques a rendu impossible le maintien en activité des nombreux et modestes établissements souvent dirigés par des sages-femmes indépendantes. Ces sages-femmes sont donc souvent devenues salariées d'hôpitaux ou cliniques plus grands, dotés du matériel technique de pointe où les femmes sont venues accoucher (4).

C'est dans ce contexte politique et économique que l'accouchement à domicile s'est raréfié jusqu'à devenir très marginal en France à partir des décennies 1960 et 1970.

De nos jours, du fait de l'amélioration des indicateurs de santé en périnatalité d'une part et des évolutions des représentations du corps des femmes d'autre part, l'accouchement est devenu un projet réfléchi par les femmes et les couples et par le monde médical. Il associe technologie médicale de pointe, accompagnement professionnel et choix des couples, pour qui il représente un réel projet. Ces visions de la gestion de l'accouchement peuvent être aussi bien complémentaires qu'excluantes demandant pour les uns plus d'accompagnement individuel et humain, sollicitant pour les autres une technicité médicale accrue (5).

D'après un rapport réalisé par l'APAAD (Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile), en 2020, année marquée par la crise sanitaire du Covid-19, 1503 femmes ont été suivies en vue d'un AAD (Accouchement Accompagné à Domicile) en France, soit une augmentation de 16% par rapport à l'année précédente². Parmi ces 1503 femmes, 1239 ont débuté le travail à domicile et 1089 ont accouché chez elles. De nombreuses femmes n'ont pas pu concrétiser leur projet ou encore n'ont pas eu accès à lAAD soit du fait du manque de sages-femmes proposant cet accompagnement

² D'après les données de l'APAAD, 1298 femmes ont été suivies en vue d'un AAD en France en 2019 (6).

soit du fait de demandes trop tardives ou insuffisamment mûries. L'ensemble des professionnels pratiquant lAAD en France est estimé à une centaine et tous les territoires ne sont pas couverts par leur activité (7).

Le sondage IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) de janvier 2021 révèle qu'environ un tiers de la population féminine pourrait choisir lAAD. 17% des femmes interrogées déclarent « tout à fait » souhaiter accoucher à domicile si elles en avaient la possibilité et 19% déclarent « plutôt » le souhaiter. Il semble donc y avoir de manière factuelle une inadéquation entre cette offre de soin et la demande de la population (8).

Si le nombre de praticiens disponibles reste très faible, c'est notamment dû à l'impossibilité pour eux de souscrire à une assurance à un prix abordable. En effet, depuis la loi Kouchner de 2002, les sages-femmes pratiquant lAAD sont dans l'obligation de souscrire à une assurance. Or, le coût de cette assurance serait de l'ordre de 20 000 euros par an, ce qui correspond à environ un an de revenus pour ces professionnels. La quasi-totalité de ces praticiens renoncent donc à s'assurer et s'exposent à des risques de sanctions en cas de procédure judiciaire. Aucun texte n'interdit lAAD en France, pour autant cette pratique ne figure nulle part dans l'offre de soins mise en place par le ministère de la santé.

Par ailleurs, le nombre de couples se tournant vers lANA (Accouchement Non Accompagné) augmente lui aussi considérablement, argumenté la plupart du temps par l'absence de sage-femme disponible pour un AAD. Un questionnaire adressé entre janvier et mi-novembre 2021 par l'APAAD aux 900 femmes confrontées à un refus d'accompagnement pour un AAD faute de praticiennes disponibles a révélé que 22% d'entre elles se disaient prêtes à accoucher sans accompagnement.

Le fait que ces femmes et ces couples déploient tant d'énergie pour mettre en œuvre un tel projet d'accouchement accompagné à domicile, la constatation que certaines d'entre-elles seraient même prêtes à se passer d'accompagnement pour pouvoir réaliser leur projet montre à notre sens que le choix du lieu d'accouchement a une importance majeure pour une partie de la population. C'est ce qui nous a amenées à nous questionner sur leurs motivations dans ce travail de recherche de fin d'études en maïeutique.

1. Matériel et méthode

1.1 Qualification de la recherche

L'objectif de cette étude, dont le synopsis a été validé en février 2022 (Annexe 1), était de comprendre les motivations des futures primipares à choisir un accouchement à domicile, leurs attentes et leurs éventuelles craintes.

Pour répondre à cet objectif, nous avons opté pour une étude qualitative multicentrique, de type descriptive et interprétative. Cette étude est basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de femmes correspondant aux critères d'inclusion. C'est une étude qui relève du champ disciplinaire de la sociologie.

1.2 Population étudiée

L'étude a inclus des femmes enceintes de leur premier enfant et suivies en vue d'un accouchement à domicile en France métropolitaine.

Les femmes multipares et les primipares en post-natal n'ont pas été incluses afin d'éviter de potentiels biais liés au vécu d'un accouchement antérieur influençant ce choix.

Une recherche préalable a été menée auprès de deux sages-femmes réalisant des accouchements à domicile afin de quantifier la proportion de futures primipares parmi les femmes suivies en vue d'un accouchement à domicile dans leur patientèle. Elles nous ont rapporté avoir assuré à elles deux le suivi de 46 futures primipares sur un total de 126 patientes suivies en vue d'un accouchement à domicile sur les années 2020 et 2021, soit 36% de futures primipares parmi cette population. Nous étions donc assurées de la possibilité de recruter notre population.

1.3 Mode de recrutement

Le recrutement des femmes s'est fait par le biais de sages-femmes libérales exerçant l'accouchement à domicile, qui transmettaient à leurs patientes concernées une lettre d'information (Annexe 2) expliquant le but et les modalités de l'étude.

Le principe du volontariat a été appliqué : nos coordonnées leur étaient transmises afin que ce soit elles qui nous contactent si elles le souhaitaient.

Une fois informées de l'étude, les participantes nous ont contactées par SMS ou courriel. Un rendez-vous par visio-conférence était alors fixé.

1.4 Réalisation des entretiens

Un document d'information préalable au traitement des données (Annexe 3) leur a été transmis et le consentement oral de chaque participante a été recueilli au début de chaque entretien.

Les entretiens ont été orientés à partir d'une trame d'entretien (Annexe 4) qui aborde le choix de l'accouchement à domicile, la place et l'implication du père, ainsi que les éventuelles difficultés à trouver une sage-femme exerçant cette pratique et la relation entretenue avec celle-ci.

A noter que les entretiens ont tous été réalisés par visio-conférence afin d'assurer l'homogénéité du recueil des données. Cela peut représenter un biais, notamment pour ce qui relève de l'infra-verbal, mais a tout de même permis de garder une certaine richesse relationnelle, ce que des entretiens téléphoniques n'auraient pas permis.

Tous les entretiens ont été réalisés via Google Meet, ont été enregistrés avec un dictaphone puis retranscrits en intégralité à l'aide des logiciels Sonal et Word. Conformément aux obligations dictées par la MR004, ces entretiens ont été pseudonymisés dans la retranscription, et les enregistrements supprimés au terme du travail de recherche.

2. Résultats

Dans le cadre des enquêtes qualitatives, le nombre de personnes à inclure ne vise pas à la représentativité statistique d'une population donnée. C'est l'approfondissement des discours et témoignages des participants à l'étude qui est visé. En regard au temps limité pour effectuer la recherche, nous avons dû opter pour un recrutement modeste afin de pouvoir réaliser les entretiens, leur retranscription et leur analyse individuelle puis transversale, c'est-à-dire thématique.

Au total, sept entretiens d'une durée moyenne de 45 minutes ont été réalisés sur la période de juillet à octobre 2022. Les données socio-démographiques des enquêtées ont été introduites dans le tableau ci-dessous.

Par souci d'anonymisation, nous les nommerons par F (femme) et un chiffre dans la suite de notre travail.

Tableau 1 : Données socio-démographiques des entretiens

	Âge	Profession	Profession conjoint	Lieu de vie	Terme
F1	25 ans	En formation pour être doula	Inconnue	Rhône	6 ^e mois
F2	25 ans	Conseillère en économie sociale et familiale	Inconnue	Rhône	8 ^e mois
F3	39 ans	Enseignante	Intermittent du spectacle	Rhône	6 ^e mois
F4	36 ans	Sans emploi	Inconnue	Puy-de-Dôme	9 ^e mois
F5	33 ans	Sage-femme	Psychomotricien et comédien de théâtre	Maine-et-Loire	8 ^e mois
F6	28 ans	Accompagnante d'élève en situation de handicap	Professeur	Maine-et-Loire	3 ^e mois
F7	29 ans	Enseignante	Inconnue	Ain	3 ^e mois

Lors de ces entretiens, les sept thèmes ci-dessous ont été abordés.

2.1 Aux origines du projet d'accouchement à domicile

Le premier thème traitait de la genèse du projet d'accouchement à domicile. Pour certaines, l'idée est née suite à une information reçue par un média extérieur : une page du réseau social Instagram, un livre, ou encore suite au visionnage d'un film. L'enquêtée F2 nous l'exprime ainsi : « *Je suis tombée un peu par hasard sur une page Instagram d'une doula [...] J'ai changé un peu de regard sur*

l'accouchement ». Quant à F7 : « *J'ai lu le livre « Le chœur des femmes », j'ai une copine qui m'a donné ce livre et du coup ça m'a vraiment fait un petit choc dans la tête. Et puis j'avais des amies qui avaient accouché à domicile* ».

Pour d'autres, par contre, cela paraissait être évident et n'a pas été le fruit d'un long cheminement : « *C'était une évidence dès que l'on a appris la grossesse* » (F1) ; « *Je crois que j'ai un peu toujours eu cette idée [...] Ça m'a toujours paru normal en fait de ne pas accoucher à l'hôpital* » (F4) ; « *Je me suis lancée dans ce projet dès le début, parce que ça faisait sens pour moi, dans ma pratique* » (F5).

Pour F3, c'est son conjoint qui a amené ce projet : « *C'est lui qui m'a parlé en premier de l'accouchement à domicile [...] Sinon je ne l'aurais jamais fait je pense, je n'y aurais pas pensé* ».

La plupart d'entre elles ont cependant effectué un certain nombre de recherches : « *C'est moi qui ai fait les démarches de recherches, parce que ça me passionne dans le pro et tout [...] Je lis pas mal de littérature, notamment les partages de Michel Odent* » (F1) ; « *Je me suis renseignée de plus en plus parce que c'est un sujet qui m'intéressait [...] On s'est beaucoup renseigné ensemble, on a vu des reportages ensemble sur le sujet* » (F2) ; « *J'ai regardé un peu des vidéos, j'ai vu des choses, et en fait plus je me suis informée et plus justement ça m'a sécurisée en fait* » (F3) ; « *Je me suis renseignée petit à petit [...] Plutôt sur ce que je vais appeler l'accouchement classique en fait, à l'hôpital, à la maternité. Et puis une chose en entraînant une autre, je suis arrivée sur les sujets un peu plus naturels, un peu plus physiologiques. Et à la fin de la fin, je suis arrivée sur l'accouchement à domicile* » (F6).

2.2 Projections et attentes

Le deuxième thème traitait de leurs projections et attentes relatives à ce projet. Pour la plupart d'entre elles, la première visualisation concerne l'intimité et elles imaginent l'événement en groupe restreint, comme un moment doux et intime leur permettant d'être dans une bulle ou un cocon. F1 l'exprime ainsi : « *L'idée c'est qu'il y ait notre sage-femme, mon conjoint, et éventuellement une de mes sœurs, dont je suis très proche [...] En groupe restreint et dans le confort et l'intimité de notre salon [...] J'ai envie de me nourrir un truc, visualiser une naissance qui me serait... Que je vivrais comme une expérience positive, un truc doux et tout* ». F2 exprime : « *On sait qu'on va tamiser, il y a des volets etc, donc on va tamiser les lumières. Avec une ambiance un peu douce, des bougies, des choses comme ça* ». F3, quant à elle, témoigne : « *Mon attente c'est ça, c'est de pouvoir être dans notre cocon le plus possible en fait [...] Quelque chose de puissant, d'éprouvant, et en même temps de doux* ». F7 exprime également vouloir : « *Être dans un cocon, être vraiment avec mon compagnon, avec une sage-femme qui m'a suivie, qui me connaît [...] Que ça puisse se faire dans ce cocon, dans un endroit qu'on connaît, sans stress, le plus simplement possible* ».

Un certain nombre d'entre elles tendent à ne pas avoir trop d'attentes. F3 nous dit : « *J'essaie de ne pas avoir trop d'attentes parce que je me dis aussi qu'il faut s'adapter, j'ai envie de pouvoir m'adapter [...] J'ai envie à la fois d'être prête, et en même temps je n'ai pas envie de me faire un scénario* ». De la même façon, F4 exprime : « *J'avoue que je n'ai pas du tout d'attente sur l'accouchement, je ne me suis pas fait d'idées non plus à l'avance, j'avoue que là je ne sais pas du tout comment ça va se passer [...] Je ne veux pas avoir d'attente parce que ça peut aussi ne pas se passer comme... Enfin ça ne se passera certainement pas comme j'aurais prévu* ». F5, quant à elle, affirme : « *Je suis ouverte à toutes les options [...] Mes attentes principales, c'est qu'on fasse notre cheminement, à la mesure de la temporalité que ce sera, et qu'il n'y ait pas de précipitation comme on peut voir dans les services* ». F6 exprime également : « *J'essaye aussi de me dire que cette finalité, celle que l'on a imaginé, ce ne sera pas forcément ça, parce que sinon je vais être très déçue quoi [...] Moi ce qui mimporte c'est surtout qu'à la fin le bébé soit en pleine santé, et moi aussi* ».

Certaines ont rédigé un projet de naissance dans le cas où elles viendraient à accoucher à l'hôpital, comme F2 qui s'exprime quant à ses rendez-vous prévus à la maternité : « *Parce que du coup c'est moi pour les connaître vite fait, pour aussi demander à rédiger le projet de naissance, pour qu'au cas où il y ait un transfert on puisse quand même avoir des choix qui soient respectés* ». F3 nous relate : « *L'attente c'est de pouvoir quand même être à notre écoute, pas s'oublier. Projet de naissance, ouais on va quand même le rédiger* ». F5 nous rapporte : « *J'ai créé un petit projet de naissance dans ce sens, sachant que c'est un projet de naissance très bateau et qu'il n'y aura pas de demande exceptionnelle* ».

2.3 Eléments recherchés dans le projet d'accouchement à domicile

Le troisième thème traitait des éléments spécifiquement recherchés par l'élaboration de ce projet. La plupart des femmes ont exprimé rechercher un sentiment de sécurité, de confiance et d'intimité. Ainsi, F1 nous révèle : « *Ce que je comprenais finalement, c'était que ce qui était le plus facilitant c'est de se sentir en sécurité, avoir un sentiment de sécurité et de confiance, donc je me suis demandé où est-ce que moi potentiellement j'aurais davantage ce sentiment de sécurité, et c'est chez moi* ». F4 exprime : « *Être oui voilà, plus dans l'amour, dans l'intimité, et pas dans un processus médicalisé entre guillemets qui paraît plus dangereux en fait* ».

Un grand nombre d'entre elles déclarent vouloir respecter la physiologie et être actives et actrices de leur accouchement. Elles expriment également vouloir éviter une surmédicalisation. Ainsi, F4 témoigne : « *Ben ce qui me motive le plus, moi, c'est de rester dans un processus plus physiologique et plus naturel, plus respectueux de ce qu'on... Enfin qu'on arrête d'intervenir sur des choses quand il n'y en n'a pas besoin en fait* ». F5 souhaite : « *Rester au centre de la physiologie, du naturel, de ce qu'est une grossesse pour la majorité des femmes, parce que je suis en bonne santé etc, pour éviter la*

médicalisation ». F6, quant à elle, révèle : « *Sans forcément parler de maison, je voulais un accouchement physiologique* ». F7 exprime également : « *Pour mon accouchement je voulais vraiment quelque chose de moins traditionnel, moins médical, dans la mesure du possible. S'il y a le moindre risque je n'hésiterais pas du tout à aller à l'hôpital, je n'ai pas peur de l'hôpital, je n'ai pas... Voilà, mais si je peux faire ça le plus naturellement possible ça me va bien quoi* ».

F4 parle de projet de couple : « *Être plus dans l'intimité pour faire ça en équipe, faire naître tous les deux notre enfant [...] Être dans un projet de couple peut-être un peu plus fort que si on déléguaît à d'autres* ».

Le fait de connaître la sage-femme qui sera présente le jour de la naissance est également un critère qui est très présent chez la majorité des femmes, à l'instar de F4 : « *Moi je sais que ça me fait peur de ne pas savoir sur qui je vais tomber le jour où j'accouche [...] On sait avec qui on va être et on est déjà dans une intimité avec un professionnel de santé et ça ne va pas être la loterie du jour où j'arrive* », de F5 : « *Et puis tu sais... Ouais, tu sais vers qui... Qui tu vas avoir, tu sais qui tu vas appeler, tu sais qui... C'est quand même autre chose* », de F6 : « *On est trois, on est les mêmes personnes, on se connaît, on s'est identifié. C'est ça aussi que je vois, je me dis cette intimité quoi* », ou de F7 : « *Il y a tellement de possibilités pour que ce ne soit pas la personne qui suit la grossesse qui vous accouche [...] C'est vrai que ça enlève encore un truc qu'il y a en plus dans l'accouchement à domicile* ».

2.4 Craintes ressenties

Le quatrième thème traitait de leurs éventuelles appréhensions. Une des craintes principales concerne le risque conscient d'idéalisatoin de l'accouchement dans le cadre de leur projet, comme l'exprime F1 : « *J'essaye de pas mal réfléchir à ça, parfois je redoute un peu d'avoir peut-être... D'en attendre trop* ».

Une autre crainte exprimée concerne l'accueil des sensations à venir et notamment de la douleur : « *Ma seule appréhension, et qui n'est pas de moindres finalement, c'est la façon dont je vais accueillir les sensations, ma gestion de la douleur [...] Il y a cette petite appréhension de me dire finalement est-ce que je serais en capacité, en mesure de lâcher prise et de traverser le truc et d'aller au bout quoi* » (F1) ; « *Je chemine sur ce que représente la douleur de la contraction, sur ce que représente le passage dans le bassin* » (F5) ; « *La douleur, parce que c'est mon premier et donc je n'ai aucune idée de ce que c'est, je ne sais pas* » (F7).

A l'inverse, pour F2, l'accueil des sensations à venir et de la douleur n'est pas source d'angoisse. Elle s'exprime quant aux contractions : « *Il faut les prendre comme des alliés plutôt que d'essayer de lutter et de les voir comme quelque chose d'horrible qui nous fait atrocement mal [...] Il y a une différence aussi très importante entre la douleur et la souffrance* ». Elle explique également : « *Je me dis qu'il*

existe pas mal de solutions pour essayer de les accompagner [...] Je me dis que c'est quelque chose qui ne dure qu'un temps [...] Il y a une fin ».

F6 craint quant à elle qu'on puisse lui imposer une péridurale dans le cas où elle en viendrait à accoucher à l'hôpital : « *Moi ce qui me fait peur c'est l'arrivée à la maternité, et de me dire ben en fait pour le bien de tout le monde on va me demander de prendre la péridurale, pas pour mon bien-être, pour le bien de tout le monde [...] Ça je trouve ça dur aussi, de se dire qu'on n'est plus maître de ce que l'on veut une fois qu'on franchit le seuil de l'hôpital* ».

A L'inverse, F7 exprime l'appréhension de la douleur à sa manière : « *Le fait que je n'ai pas de possibilité de péridurale, c'est peut-être le seul hic à la méthode, on verra. C'est pareil, je me laisse la porte ouverte si jamais je sens que je ne tiendrais pas, je pense qu'on partira à l'hôpital et puis voilà* ».

L'appréhension d'éventuelles complications - concernant notamment la délivrance - est parfois verbalisée au travers de la peur de l'hémorragie de la délivrance ou de la révision utérine. Pour F2 : « *Je dirais la seule crainte que je pourrais avoir, mais du coup ce n'est pas... Enfin ce n'est pas un truc qui prend le dessus par rapport au reste hein, c'est par rapport à la délivrance après... Concernant l'hémorragie de la délivrance etc, éventuellement une révision utérine, c'est peut-être le seul truc qui pourrait me faire flipper* ». Pour F3 : « *Je pense qu'il y a quand même une petite partie de moi qui peut avoir peur de complications [...] Ça peut être angoissant pour moi de me retrouver avec de grosses complications, d'avoir une hémorragie par exemple* ».

Certaines craignent également que leur conjoint puisse ne pas être présent, ou encore que la sage-femme ne soit pas disponible. F3 l'exprime ainsi : « *Une crainte ce serait quand même d'être sans [le conjoint] [...] Enfin je ne veux pas accoucher sans lui quoi. Donc voilà, ça ça pourrait être ma crainte, accoucher sans [le conjoint]. Ouais, je pense que c'est peut-être ça d'ailleurs ma crainte, ouais* ». Elle exprime également : « *C'est que ben [la sage-femme] elle ait deux accouchements le même jour en fait* ». Pour F4 : « *Là j'avoue que je suis contente qu'elle soit revenue de vacances, parce que je n'avais pas très envie de devoir aller à l'hôpital et de commencer le travail à l'hôpital et tout ça* ».

2.5 L'entourage relationnel face au projet d'accouchement à domicile

Le cinquième thème traitait des réactions de l'entourage. La plupart des femmes expriment que leur choix a été plutôt bien été accueilli et témoignent d'un sentiment de respect : « *Parmi nos amis personne n'a jamais questionné cette décision [...] Ça a été plutôt bien accueilli, et je pense que c'est en partie parce que mes proches savent que ce n'est pas... Que c'est très réfléchi comme décision* » (F1) ; « *La mère de mon conjoint elle pour le coup nous a vachement accompagné là-dedans* » (F2) ; « *Je me suis sentie respectée, parce que et ben il n'y a pas eu de commentaires désobligeants, il n'y a pas eu de*

moqueries, voilà [...] Il y a eu beaucoup de respect » (F3) ; « Je n'ai pas eu de grosse opposition de mes proches ou de mes amis, non, pas vraiment de remarques, sur ce côté-là je crois que chacun respecte quand même mes choix et voilà » (F4) ; « On est quand même plutôt bien entouré, on avait quand même plutôt des gens bienveillants » (F6).

La plupart ont cependant dû faire face aux craintes et inquiétudes de leurs parents. Pour F1 : « *Dans ma famille il y a eu des petites inquiétudes [...] Ma maman a des petites appréhensions etc, enfin elle n'est pas à 100% sereine avec ma décision et tout* ». Pour F2 : « *Du côté de sa famille ça s'est plutôt bien passé [...] De mon côté ça a été un peu moins bien perçu on va dire, parce que pour le coup j'ai plus une famille qui est très dans le médical de base [...] Ça ne fait pas l'unanimité quoi* ». F3 relate : « *En fait j'ai eu une seule réaction, qui n'est pas négative hein, mais que je sais un peu dubitative, c'est celle de la dernière personne à qui je l'ai dit là justement, c'est ma mère, parce qu'elle est très très inquiète* ». F4 rapporte également : « *Le fait que ma mère ait accouché sans périnatalogie, bien qu'elle ait accouché à l'hôpital, et elle elle trouvait ça très rassurant d'accoucher à l'hôpital, donc elle n'est pas forcément... Elle ne me suis pas forcément sur ce choix d'accoucher à la maison* ». Selon F6 : « *Ma mère c'est un peu l'inquiète* ».

A l'inverse, cela n'a pas été un soucis pour F7 qui dit : « *Après sur mes parents etc, non ils l'accueillent normalement, il n'y a pas de réaction particulière* ».

Les grands-mères de F1 et de F4 ont exprimé leur incompréhension face à ce projet : « *La seule personne qui s'est vraiment un peu opposée au truc c'est ma grand-mère, une de mes grands-mères. Un peu violemment, mais ça ne me fait pas du tout chavirer dans ma décision, enfin voilà. C'était juste un peu révélateur finalement, une sorte de gap générationnel aussi, enfin voilà. Elle m'a dit que c'était dangereux, que c'était une décision archaïque, enfin voilà* » (F1) ; « *Elle a accouché à la maison, et je pense que du coup il y a cette différence-là de génération qui fait que c'était mieux d'accoucher à l'hôpital à l'époque, et qu'effectivement il y avait plein d'accidents à la maison aussi* » (F4).

A l'inverse, F5 rapporte : « *Il y a la génération hyper enthousiaste, c'est celle des grands-parents, où là c'était légion à l'époque. J'ai ma grand-mère maternelle qui a eu cinq enfants dont trois qui sont nés à la maison, ben elle elle est contente, elle est même contente de ma pratique tout court* ».

L'opposition la plus fréquemment retrouvée provient de professionnels tels que gynécologue, assistante sociale ou pharmacien, comme le souligne F1 : « *J'ai été confrontée à ça c'est avec une gynéco, une fois [...] Et ça m'est arrivé une deuxième fois avec une professionnelle qui n'a rien à voir avec la périnatalité, avec une assistante sociale* ». F2 rapporte les remarques essuyées par des pharmaciens : « *Quand les pharmaciens me demandent « pourquoi vous avez besoin de ça pour un accouchement ? » et que je leur dis que c'est à domicile ils sont là « mais vous êtes folle, mais pourquoi*

vous faites ça ? » etc. C'est comme ça. Après de toute façon on le sait hein quand on accouche à domicile, on sait qu'on va se prendre des réflexions, mais ce n'est pas grave, l'important c'est de juste en avoir conscience et de laisser couler quoi ». Quant à F7 : « Il y a ma gynéco qui m'a clairement dit « il ne faut pas le faire », mais comme je savais qu'elle me dirait ça ben ça n'a pas été une surprise du tout ».

2.6 Implication du conjoint

Le sixième thème traitait de l'implication du conjoint dans le projet. Toutes ont rapporté des compagnons très présents, impliqués et motivés : « *Il a fait jusqu'à maintenant tous les rendez-vous. Et voilà, du coup il les connaît toutes les deux [...] Et voilà, ils apprennent aussi tous les deux à se connaître, il est hyper à l'aise, enfin il les apprécie vraiment toutes les deux [...] Il est toujours là, il est à fond* » (F1) ; « *Il participe à tous les rendez-vous [...] Il a envie d'avoir les mêmes informations que moi [...] Il est très impliqué* » (F2) ; « *Il est venu à toutes les préparations [...] Il est très présent [...] Il a vraiment envie de participer* » (F3) ; « *Il est super motivé [...] Il a été super présent* » (F4) ; « *Il est très impliqué, il est très au fait des discussions qu'on a pu avoir* » (F5) ; « *Il était là à chaque fois. Ben la question ne s'est pas posée, il est là à chaque fois* » (F6) ; « *Il essaie d'être le plus présent possible à tous les rendez-vous* » (F7).

Elles soulignent l'importance du sentiment de confiance qui règne autour du projet : « *Je pense qu'il a une grande confiance en moi* » (F1) ; « *Il est serein dans le sens où il a confiance dans le projet, il a confiance en moi, il a confiance dans les sages-femmes, et je le sens assez prêt à prendre sa juste place* » (F5).

Les termes d'équipe et de duo sont également employés : « *Petit à petit on se projette dans ce truc de on va faire équipe et ça va être très très fort* » (F1) ; « *Ça fait une bonne équipe* » (F4).

Pour certaines, la présence de leur conjoint est une condition indispensable à la réalisation de l'accouchement à domicile. F2 exprime : « *Je pense que honnêtement, quand on décide de faire un accouchement à domicile, il faut forcément que le papa soit impliqué [...] Je pense que ça ne peut pas se faire sans* ».

La plupart des femmes projettent un rôle d'accompagnement pour leur compagnon : « *Son job en gros ça va être de protéger ma bulle, mon espace, et puis de me soutenir à travers les contractions quoi, notamment [...] Il sait qu'il aura ce rôle un peu d'encouragement et de... Et voilà, de me dire des mots qui me reconfortent, qui m'encouragent* » (F1) ; « *J'ai préparé [le conjoint] à deux/trois trucs pour ramener les choses dans une normalité, qu'il fasse un peu mon garde-fou, notamment pour la naissance* » (F5) ; « *Je pense que ce sera surtout un soutien, parce que finalement je pense qu'avec les*

douleurs et le fait de gérer les douleurs en fait, je pense que déjà on doit être un peu dans une sorte de bulle. Je pense que lui il est là aussi ben pour observer, je pense pour sécuriser, et puis pour s'il y a un soucis quoi » (F6) ; « J'imagine qu'il sera aux petits soins, parce qu'il l'est toujours, ça c'est une constante. Donc je pense que voilà, il sera dans l'organisation, placer les choses où il faut, mettre de la musique. Mais c'est voilà, de me créer une ambiance le plus cool et décontracté possible, me faire couler un bain » (F7).

F4 rapporte également la crainte de son conjoint vis-à-vis des responsabilités qu'un tel accouchement engendre : « *Il est un peu en panique en ce moment sur l'accouchement [...] Lui du coup a plus de responsabilités je pense que s'il était à l'hôpital [...] Je crois que c'est ça qui est le plus dur pour lui, c'est de me voir pas bien et d'être impuissant face à ça* ».

2.7 La sage-femme

Le septième thème traitait du suivi par la sage-femme. Toutes s'estiment chanceuses de pouvoir bénéficier de ce suivi : « *Par chance elles avaient de la place et de la dispo par rapport au terme. Et en plus on les trouve géniales. Enfin il y a aussi ça quoi, ça aurait pu qu'elles soient dispo mais que ça ne matche pas. Vraiment je sais que l'on a énormément de chance qu'en fait ce soit possible grâce à ça* » (F1) ; « *J'ai eu de la chance parce que je m'y suis prise assez tôt pour prendre cette décision d'accouchement à domicile* » (F2).

Certaines relèvent notamment le faible nombre de praticiennes disponibles : « *Je sais qu'il y a énormément de femmes qui veulent accoucher à domicile en France et qui ne peuvent pas par manque de sages-femmes qui pratiquent cet accouchement* » (F2) ; « *J'ai cet avantage-là que la recherche a été facilitée par mon réseau, chose qui n'a pas été le cas pour toutes les femmes que j'ai dû refuser pour la période où je ne suis pas dispo* » (F5) ; « *On n'a pas le choix du tout de la personne et c'est vrai que je pense que si on ne se sent pas en confiance ce n'est juste pas possible* » (F7).

Certaines ont évoqué l'ANA en affirmant l'importance qu'elles portaient à être accompagnées par une sage-femme : « *S'il n'y avait pas de sage-femme il n'y avait pas de sage-femme, je n'aurais pas cherché plus loin. Et d'ailleurs, quand je parlais de mon sentiment de sécurité etc, il est là et il est créé aussi parce que je sais qu'il y a une sage-femme, et l'ANA par exemple ce n'était pas une option pour moi* » (F1) ; « *La question c'était aussi de me dire est-ce que je vais être à l'aise avec cette personne, si je ne l'avais pas été je pense que j'aurais accouché à l'hôpital* » (F7).

A l'inverse, F2 exprime son refus de l'hôpital : « *J'avais dit à ma sage-femme que j'avais dans ma ville que même si je ne trouvais pas de sages-femmes, parce qu'il n'y avait plus de place ou quoi, j'accoucherai à domicile, je refusais d'accoucher à l'hôpital* ».

La plupart expriment l'importance de la relation entretenue avec cette sage-femme et abordent les notions de confiance et d'intimité : « *J'avais besoin qu'il y ait quelqu'un avec qui je me sens bien, avec qui ça matche* » (F1) ; « *C'est une relation qui est... Ouais qui reste professionnelle, mais qui a plus de douceur qu'une relation professionnelle classique, et puis qui n'est pas amicale non plus mais voilà on sent quand même qu'on partageait avec elles des choses quand même... Il y a de l'intimité* » (F3) ; « *Comme je le dis souvent aux couples que j'accompagne, c'est beaucoup beaucoup en lien avec une relation de confiance* » (F5).

Elles mettent également en avant la rigueur dont font preuve leurs sages-femmes : « *Je sens que ce sont d'excellentes professionnelles en fait. Je le vois déjà, et je le sens. Et du coup moi ça me... Ben ça me donne confiance* » (F3) ; « *J'ai confiance, je sais qu'elle est carrée, qu'elle connaît son boulot, qu'elle va bien faire les choses, qu'elle n'hésitera pas* » (F4) ; « *Par exemple il faut absolument s'inscrire dans une maternité, moi j'attendais aussi ça de la sage-femme, que quand même elle se rende compte des dangers, et donc là ben c'est parfait quoi* » (F6).

Certaines, quant à elles, n'avaient pas d'attentes particulières concernant cette relation : « *J'avais tellement confiance en mon projet, en notre projet, que je ne me suis même pas posé la question de si ça pouvait passer ou pas* » (F3) ; « *J'ai une sage-femme que j'aime bien mais je ne m'attendais pas à avoir un super feeling non plus, enfin je veux dire ça reste un professionnel de santé, je ne veux pas que ce soit une amie quoi, enfin voilà. Après j'ai confiance en elle, et ça c'est le plus important* » (F4).

3. Discussion

Après avoir exposé les forces et les faiblesses de notre étude, nous discuterons trois axes transversaux issus de l'enquête de terrain qui nous ont semblé important à discuter. Dans un premier temps, il s'agit de mettre en avant une modalité de choix de lAAD versus l'hôpital, nous aborderons ensuite l'accent mis par ces femmes sur l'intégration du conjoint dans le parcours, puis nous terminerons sur la place particulière accordée à la relation de soin avec la sage-femme.

3.1 Forces et faiblesses de l'étude

3.1.1 Faiblesses de l'étude

Cette étude est limitée aux retours de futures primipares et n'a pas inclus de multipares. Cette décision avait pour objectif d'éviter de potentiels biais liés au vécu d'un accouchement antérieur influençant ce choix. Il serait cependant intéressant d'explorer parallèlement les motivations des multipares afin de mettre en lumière d'autres motivations.

Les données socio-démographiques de notre population renseignées lors des entretiens ne sont pas complètes. En effet, différencier la domiciliation urbaine ou rurale et connaître le niveau d'étude aurait été intéressant et aurait permis de rendre l'analyse plus fine, tout comme la profession des conjoints qui n'a pas toujours été renseignée.

Le nombre d'entretiens réalisés peut sembler assez faible. Cependant, les futures primipares étant suivies en vue d'un accouchement à domicile ne représentent qu'un faible pourcentage de la population générale, rendant le recrutement quelque peu difficile.

3.1.2 Forces de l'étude

Le respect du processus physiologique de l'accouchement est un sujet d'actualité. En effet, la littérature montre un accroissement de la demande des couples sur les dernières décennies. La création des secteurs physiologiques dans les hôpitaux puis l'expérimentation - suivie de l'autorisation - des maisons de naissance en témoignent.

Malgré le faible nombre d'entretiens réalisés, ceux-ci ont été extrêmement riches et beaucoup de notions ont pu être abordées.

De plus, ces entretiens ont été réalisés auprès de personnes de différents âges, de professions variées, domiciliées dans plusieurs régions de France et à des termes variés.

3.2 Des aspirations plutôt qu'un refus de l'hôpital

Les discours médiatisés évoquent souvent un choix d'AAD motivé par un refus d'avoir recours aux institutions de soins. Ces femmes et ces couples expriment une représentation négative de l'accompagnement obstétrical protocolisé des hôpitaux. Cette contestation de la manière de prendre en charge les grossesses et les accouchements existe en France depuis les années 1970, portée au début par des médecins rejetant la doxa de leur époque (9). Depuis le milieu des années 2000, avec la dénonciation des « violences obstétricales », ces discours, remettant en question le bienfondé de la rationalisation des soins obstétricaux et l'utilisation systématique de la technologie, sont sortis de la marginalité et ont investi des champs entiers de la recherche scientifique, surtout en sciences sociales (10,11). Lors des entretiens menés pour notre recherche, nous avons rapidement découvert un discours différent, révélant plutôt des choix motivés par des « désirs » que par des « oppositions ».

Il est apparu que dans leur immense majorité, les femmes de notre corpus exprimaient des aspirations à un vécu de douceur et d'intimité au sein de leur domicile. Elles souhaitent créer une bulle, un cocon, vivre cet événement en groupe restreint. Elles évoquent leur domicile comme un lieu qui leur procure un sentiment de sécurité et de confiance. En effet, dans notre société actuelle, le discours qui prévaut dans le domaine de la périnatalité est celui de la sécurité. Cependant, ici, la sécurité exclusivement matérielle semble ne pas leur être suffisante et cette sécurité émotionnelle va venir renforcer la sécurité médicale (12).

Même si l'expression de souhaits domine sur la démarche de refus de l'institution, certaines expriment des craintes spécifiques à l'accouchement à l'hôpital tel qu'elles l'imaginent : perte de contrôle, univers plus stressant, etc. Par exemple, F7 exprime souhaiter éviter : « *Des choses un peu brutales et qui ne sont peut-être pas toujours obligatoires mais qu'on nous fait en hôpital parce que peur du risque [...] Il faut se rapprocher du risque zéro et ça devient peut-être un petit peu extrême dans certains cas* ». La médecine n'a cessé d'apporter des solutions techniques de plus en plus performantes. Cependant, il s'avère que celles-ci peuvent parfois devenir envahissantes.

La littérature scientifique prouve que le stress augmente significativement la douleur physique (13). Ces femmes, généralement très documentées, le traduisent par l'idée que le meilleur lieu pour accoucher pour une femme devrait donc être celui dans lequel elle se sent à l'aise car de cette manière le stress sera moindre (14). Ce lieu va alors différer d'une femme à l'autre. C'est quelque chose que F1 fait bien ressortir dans son discours : « *Ce que je comprenais finalement, c'était que ce qui était le plus facilitant c'est de se sentir en sécurité, avoir un sentiment de sécurité et de confiance, donc je me suis demandé où est-ce que moi potentiellement j'aurais davantage ce sentiment de sécurité, et c'est chez moi [...] Donc je me suis dit que ce qui probablement serait le plus facilitant dans le processus de*

naissance, donc hormonal et tout, pour moi, ce serait d'être chez moi ». Elle relativise toutefois ses propos en précisant ne pas vouloir généraliser ce qui concerne son bien-être : « *Je ne pense surtout pas que c'est mieux de donner naissance chez soi, c'est mieux a priori pour moi, mais voilà* ».

Ce sont des femmes qui ont confiance en leurs capacités et en leurs corps. Elles désirent avoir la liberté de se mouvoir, la possibilité de sentir le bébé descendre et la capacité de l'accompagner jusqu'à la naissance, c'est-à-dire d'être actives et surtout actrices de leur accouchement, à l'instar de F3 qui exprime : « *Être dans une position où je me sens plus active en fait [...] Que je puisse sentir, que je puisse doser* ». En effet, une étude réalisée en 2012 en région toulousaine traitant des motivations des femmes pour accoucher avec ou sans APD (Analgésie Périderale) avait mis en avant que les motivations de celles qui n'en souhaitaient pas étaient relatives à leurs attentes par rapport à l'accouchement : il s'agissait du fait que la future mère se sente prête à accoucher et veuille ressentir et participer activement à la naissance (15).

En effet, l'APD est la technique la plus répandue pour palier à la douleur de l'accouchement. Elle permet de rendre indolore le travail et d'atténuer les sensations douloureuses liées à l'expulsion. Bien qu'elle n'interfère pas avec la progression et l'issue du travail, cette dernière peut cependant placer la femme dans une position inconfortable et limiter ses mouvements. Les femmes ne souhaitant pas d'APD semblent donc avoir moins peur de l'accouchement, un sentiment de contrôle plus important et expriment le souhait de participer activement à l'accouchement.

Les femmes de notre corpus ont également des connaissances du déterminisme hormonal de l'accouchement et s'appuient sur ces arguments. Comme par exemple F2 qui déclare : « *Il vaut mieux réunir toutes les conditions pour que ça se passe bien, et que ça se passe de manière naturelle, justement pour accélérer le travail, pour aider à la sécrétion des hormones etc* », ou encore F6 qui exprime : « *En fait tu te rends compte que si tu veux un accouchement qui se passe bien et que toutes les hormones viennent au bon moment et ben en fait tu as besoin d'une lumière tamisée avec des personnes de confiance* ». Il s'avère qu'un environnement trop médicalisé peut empêcher la sécrétion de certaines hormones naturellement produites par l'organisme et nécessaires à l'accouchement, comme par exemple l'ocytocine. En effet, le stress engendre une sécrétion de cortisol qui va inhiber la production d'ocytocine (16).

Ces femmes sont à la recherche du respect de la physiologie et du naturel et on relève un souhait de ne pas trop médicaliser le suivi de la grossesse. Pour autant, elles ne sont pas forcément dans un refus du monde médical et des techniques actuelles. La plupart d'entre elles n'hésiteront d'ailleurs pas à se rediriger vers l'hôpital au besoin. Pour illustration, F4 et F5 disent : « *Je suis vraiment rassurée qu'il y ait l'hôpital à côté et de pouvoir y aller, et je n'hésiterais pas à y aller au moindre petit soucis, et si*

j'avais eu le moindre petit soucis pendant la grossesse [...] Il n'y a pas de soucis, j'abandonne le projet d'accoucher à la maison » (F4) ; « Ce n'est pas du tout une porte que j'ai fermée, loin de là » (F5).

La protocolisation systématisée en structure hospitalière voire la pathologisation de l'accouchement peuvent cependant entraîner une certaine passivité de la femme, c'est pourquoi la plupart rapportent avoir rédigé un projet de naissance dans le cas où cela devrait se faire à l'hôpital. En effet, le projet de naissance, rédigé par les futurs parents, permet d'exprimer les souhaits du couple sur le déroulement du travail et de l'accouchement. Il s'inscrit dans la volonté de rendre la prise en charge périnatale plus humaine. C'est dans cet objectif que le plan périnatalité 2005-2007 a instauré un entretien individuel, dans le courant du premier trimestre de la grossesse, destiné à permettre aux futurs parents d'exprimer leurs attentes et leurs besoins (17).

En effet, qui dit accouchement à domicile, dit absence de pérnidurale. Les femmes souhaitant accoucher à domicile sont donc préparées à cela, notamment grâce aux séances de préparation à la naissance auxquelles elles assistent. La pérnidurale peut parfois même être vue comme un outil qui permet de faire taire la femme et qui permet à la sage-femme de gérer le service plutôt que d'accompagner la femme (18). Lors de notre entretien, F6 rapporte justement sa crainte qu'à la maternité on puisse lui demander de prendre la pérnidurale du fait que les sages-femmes n'auront pas le temps d'être avec elle : « *C'est un confort pour tout le monde* », dit-elle. Concernant la pérnidurale, F4 rapporte également : « *Je n'ai pas un rejet non plus et quelques fois c'est nécessaire et c'est très bien que ça existe, mais que ce soit systématique c'est plus ce qui me pose un problème en fait* ». Elles souhaitent rester dans un processus plus physiologique, plus naturel, plus respectueux, et que l'on arrête d'intervenir lorsqu'il n'y en a pas besoin. C'est bien une représentation du « corps physiologiquement compétent » qui domine chez ces femmes.

Pour certaines, la gestion de la douleur semble tout de même représenter une crainte. D'autres, quant à elles, décrivent cette douleur comme un guide et non comme un élément à supprimer. Là encore, la valorisation du processus physiologique est présent et le symptôme douleur est justifié dans les discours.

3.3 Une aventure de couple

L'accouchement était une expérience strictement féminine jusqu'aux années 1960/1970. Elle a ensuite été partagée avec les conjoints. Désormais, beaucoup de pères souhaitent effectivement s'impliquer davantage dans cet événement. Nombreux sont ceux qui expriment le besoin d'être présents et impliqués et ce dès le début de la grossesse. En effet, les conjoints sont de plus en plus impliqués dans le parcours procréatif : grossesse, accouchement, post-partum. On remarque une légère répartition des charges, avec une plus grande égalité dans le couple, même si l'asymétrie reste importante et semble stagner (19). Aujourd'hui, la présence du père semble donc quasiment incontournable, notamment lors de la naissance (20).

Dans lAAD, les conjoints sont perçus comme des figures actives et non pas comme de simples accompagnateurs. Ils participent pleinement à la naissance de leur enfant et ont donc le sentiment d'être utiles lors de l'accouchement. Il s'agit d'un « travail d'équipe ». Ils peuvent être à la fois d'un soutien physique, notamment en aidant à la recherche d'une position adéquate ou en servant de support auquel elles peuvent s'agripper, et à la fois psychologique, avec tout ce qui relève du verbal mais aussi du non-verbal.

Les conjoints sont ici perçus comme une condition pour la réalisation de lAAD. D'après l'anthropologue C. Quagliariello : « La présence des conjoints fait partie des « ingrédients » de l'accouchement naturel » (21). En effet, certaines femmes interrogées affirment que si leur conjoint n'avait pas souhaité un tel suivi, elles y auraient renoncé. Il apparaît donc que pour ces femmes le fait d'accoucher à domicile favorise la participation du conjoint et est même une condition pour mener à bien ce projet. Ces femmes incluent cette présence au bon déroulement du processus physiologique. Cette notion, décrite dans la littérature, est bien retrouvée dans notre recherche.

Les neuf mois de grossesse représentent une période de crise identitaire chez les futurs pères, ce qui peut entraîner des émotions ambivalentes, parfois mêmes contradictoires. En effet, ils vont acquérir un nouveau statut, avec de nouvelles responsabilités. C'est un rôle qui est essentiel pour le développement de l'enfant. Cependant, ils peuvent avoir l'impression de vivre la situation de l'extérieur, de se sentir distants et à l'écart, la grossesse se passant dans le corps de leur conjointe. Cela peut donc être peu concret pour eux au départ.

Ce sont les échographies, le ventre qui grossit, le bébé qui bouge puis les cours de préparation à la naissance qui vont venir aider à la concrétisation de cette grossesse. C'est ce sentiment de concréitude qui va entre autres permettre aux futurs pères de s'attacher émotionnellement à leur futur bébé. C'est une notion que F7 exprime : « *Pour l'instant comme j'en suis quand même au début ça reste un peu abstrait, j'ai un petit bidou qui commence à arriver mais ce n'est pas très concret pour lui [...] J'ai hâte*

aussi qu'il puisse le sentir bouger ou des choses comme ça, pour que lui ça puisse être un peu plus concret aussi [...] Heureusement qu'il y a les échos ».

Une étude réalisée par A. Kopff-Landas et al. en 2008 concernant le vécu de l'accouchement des couples primipares révèle que les pères peuvent parfois être insatisfaits du soutien qu'ils apportent et pensent que celui-ci peut ne pas convenir aux besoins de leur femme. Ils décrivent également un sentiment d'inutilité et d'impuissance (22). Cette plus grande implication que peut entraîner lAAD est quelque chose qui peut venir questionner ces futurs pères. Cependant, pour ces femmes, la seule présence de leur conjoint semble constituer un soutien. Elles semblent également confiantes quant au rôle que leur conjoint prendra le moment venu.

Cette implication dépend également de la place que les femmes laissent à leurs conjoints et de la place que les professionnels leur laissent. Lors de notre entretien, F3 a justement exprimé : « *Il y a comme une fusion à un moment donné qui va bouger [...] La place c'est à nous de décider de la faire* ». La plupart des conjoints des femmes interrogées ont participé au choix de lAAD. Ils ont participé activement au suivi de la grossesse, en étant présents à la plupart des consultations. Ils semblent également avoir trouvé leur place dans les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ainsi, il apparaît que le suivi global permet d'aider les futurs pères à trouver leur place et à se préparer au rôle d'accompagnant qu'ils vont jouer lors de la naissance.

De plus en plus d'efforts sont faits par les services hospitaliers pour impliquer les pères, cependant tout n'est pas toujours adapté. La salle d'accouchement représente une expérience parfois vécue difficilement par les pères qui peuvent parfois se sentir spectateurs et impuissants. En effet, bien que les cours de préparation à la naissance les aident sur la manière dont ils peuvent s'impliquer et soutenir leur conjointe, ils restent souvent plus axés sur les problématiques maternelles que paternelles. La mise en place de dispositifs adaptés pourrait donc être nécessaire afin de les intégrer comme il se doit : ateliers de préparation à la paternité et groupes de paroles dédiés (23). Lors de notre entretien, F6 s'est notamment exprimée par rapport au fait que son conjoint ne serait pas autorisé à rester dormir à la maternité si elle accouchait à l'hôpital : « *Après on leur demande d'être investis, de prendre leur congé etc, alors qu'on les exclue, on les exclue pour tout* ».

3.4 La sage-femme, partenaire privilégiée

LAAD représente un confort pour le couple mais aussi pour la sage-femme qui n'a à veiller que sur une naissance à la fois. En effet, en structure hospitalière l'accompagnement de la patiente est difficilement personnalisable car la sage-femme a sous sa responsabilité 2 voire 3 femmes en travail à la fois. De plus, les femmes n'ont aucune idée de qui va se présenter à elles lorsqu'elles vont se rendre en salle de naissance et n'auront pas d'autre choix que de s'en remettre au professionnel de garde dans ce moment crucial de leur vie.

Le pédiatre et psychanalyste D. Winnicott a souligné l'importance de la relation soignante-soignée même au sein d'une institution : « Un hôpital qui ne permet pas à une femme de savoir à l'avance quel médecin ou quelle sage-femme l'accouchera n'est pas un bon hôpital, même s'il s'agit du service le plus moderne, le mieux équipé, le plus stérile et le plus rutilant qui soit [...] Je mets l'accent sur un point essentiel : la mère, le médecin et la sage-femme doivent apprendre à se connaître et rester en contact pendant toute la grossesse si possible » (24).

L'accompagnement global consiste en la construction d'une relation de confiance avec une unique personne qui sera là du début de la grossesse jusqu'après la naissance. Cette modalité de suivi est proposée uniquement par lAAD, l'accouchement en maison de naissance et l'accouchement en plateau technique. Ceci est par contre difficilement réalisable en structure hospitalière classique. Il reste éventuellement la possibilité d'être suivie par un obstétricien qui sera présent le jour de l'accouchement dans certaines structures privées, mais même dans cette configuration, ce dernier est rarement présent tout au long du travail. Cette relation de confiance qui s'est créée entre ces femmes et leur sage-femme a pour les femmes interrogées une très grande importance : « *On est trois, on est les mêmes personnes, on se connaît, on s'est identifié* » (F7).

La HAS (Haute Autorité de Santé) recommande que le « suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne » (25). Dans le cadre du suivi global, un nombre limité de professionnels suit le couple, ce qui peut laisser place à un accompagnement individuel et personnalisé. Le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) préconise également depuis 2012 la mise en place du suivi global effectué par un professionnel de la périnatalité, médecin ou sage-femme, pour les grossesses à bas risque (26). La HAS a ainsi établi une liste des situations à risque pendant la grossesse et l'accouchement, notamment en fonction des différents facteurs de risques. Le niveau de risque permet d'attribuer un type de suivi et donc d'orienter vers un lieu d'accouchement adapté à chaque grossesse (27).

On relève une certaine attente de la part de ces femmes quant à la relation entretenue avec leur sage-femme : « *Je me dis que c'est quand même un moment qui est très intime et qui est très important [...]*

J'avais besoin qu'il y ait quelqu'un avec qui je me sens bien, avec qui ça matche » (F1). F5, qui est elle-même sage-femme, qualifie également le relationnel de très important : « *Comme je le dis souvent aux couples que j'accompagne, c'est beaucoup en lien avec une relation de confiance* ». C'est même une attente qui est réciproque. F6, qui attendait elle aussi un certain « *feeling* » avec sa sage-femme, décrit la nécessité de la réciprocité : « *Elle l'a très bien dit, que si même elle de son côté ça ne passait pas, elle ne fait pas de suivi, parce que c'était déjà arrivé une fois et que c'était inconfortable pour elle comme pour la famille* ». Cependant, parfois, c'est la confiance dans la capacité professionnelle qui prime sur l'attente de proximité relationnelle et sur le lieu d'accouchement.

Certaines vont préférer privilégier l'intimité du couple. A l'inverse, pour d'autres, le fait que la sage-femme ne puisse pas être présente à l'accouchement représente plutôt une crainte. Pour autant, même si elles envisagent la possibilité de ne pas pouvoir accoucher à la maison au final, elles voient toutes le suivi dont elles bénéficient comme quelque chose de privilégié et ont toutes exprimé ce sentiment : « *Même si je n'ai pas la finalité de l'accouchement à domicile [...] Ça m'a quand même ouvert les yeux sur plein de choses et j'ai l'opportunité d'avoir un parcours quand même vraiment sympathique* » (F6) ; « *Avoir cette liberté de discussion avec des professionnels suffisamment ouverts et pas trop flippés et pas tout le temps sur le prisme du risque* » (F5).

Ces femmes valorisent le fait qu'il y a des conditions pour bénéficier de ce type de suivi et l'ANSFL (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales) a publié la charte de lAAD (28). Les femmes ont dû justifier le sérieux du suivi auprès de leur entourage, cette annonce pouvant susciter des réactions de doute ou de crainte : « *A chaque fois je dis « mais attention, je me prépare aussi, on va s'inscrire au CHU », enfin je leur montre aussi qu'on ne fait pas ça n'importe comment et que c'est ça un accouchement à domicile [...] Que c'est hyper restrictif, au moindre écart on va au CHU* » (F6).

La recherche a donc mis en évidence les attentes diverses des femmes quant à la relation soignante-soignée avec la sage-femme. Si certaines sont à la recherche d'une relation d'intimité allant au-delà de la stricte relation de soin, toutes mettent en avant le sentiment de sécurité qu'elles ressentent grâce à la grande compétence professionnelle de leur sage-femme. Même pour l'interrogée disant préférer l'accouchement à domicile quoiqu'il arrive, la notion de compétence est évoquée comme sécurisant. Pour certaines femmes, la présence de la sage-femme est exprimée comme fondamentale au bon déroulement de l'accouchement à domicile, le fait de sa présence attentive et compétente étant considérée comme un élément sécurisant. On remarque à nouveau que dans la conception de l'accouchement pour ces femmes, la sécurité recherchée est avant tout émotionnelle.

Conclusion

Bien que marginal au regard du nombre d'accouchements annuels en France, lAAD est cependant un choix réfléchi fait par des femmes et des couples sur le territoire national. Cette alternative à l'accouchement en institution suscite bien des interrogations, des craintes, des jugements même de la part des professionnels de santé et du monde social dans son ensemble. En effet, la représentation de l'accouchement dans notre société est surtout marquée par les risques de complications. La nécessité d'une prise en charge technique pour accéder à la sécurité est donc la pensée la plus courante.

Ce travail de recherche avait pour objectif d'explorer les motivations des femmes à choisir un accouchement à domicile dans ce contexte, ainsi que leur expérience du suivi de leur grossesse en vue de ce projet. Sept entretiens semi-directifs ont été réalisés chez des femmes enceintes de leur premier enfant et suivies en vue d'un accouchement à domicile.

Le premier argument du choix de lAAD dans notre échantillon de femmes est la recherche d'un sentiment de sécurité, de confiance et d'intimité. Pour ces femmes, c'est la sécurité émotionnelle qui prime sur la sécurité technologique. Dans cette logique, elles souhaitent un accouchement qui se déroule dans le respect de la physiologie, avec une moindre médicalisation, les interventions étant jugées plus iatrogènes que protectrices dans leur conception de la naissance. Les pratiques hospitalières semblent ici perçues comme protocolaires, peu personnalisées et donc peu adaptées à leurs besoins. Ce qui est intéressant dans les témoignages recueillis, c'est que la critique de l'accouchement en hôpital tel que les femmes se le représentent vient secondairement à l'expression des désirs. Ce n'est pas le rejet de l'institution mais bien le désir de l'intimité du domicile qui est ici généralement exprimé.

Le choix de lAAD fait la part belle à la possibilité d'impliquer d'avantage le futur père et de lui laisser une réelle place et ce dès le début de la grossesse. Le projet est d'ailleurs souvent élaboré en couple et interroge souvent l'entourage qui est toutefois généralement respectueux du choix. Il apparaît dans les témoignages que les mères des femmes enceintes expriment parfois de l'inquiétude, tandis que les grands-mères sont les plus critiques, sans doute du fait qu'elles ont vécu les avancées techniques apportées par l'hospitalisation à leur époque.

Les femmes apportent une grande importance à ce que la sage-femme présente lors de l'accouchement soit connue et qu'une relation de confiance ait été créée avec celle-ci. En effet, les femmes développent une importante relation de confiance avec les sages-femmes qui vont les accompagner dans cette expérience. La parole semble plus libre, et le suivi semble plus personnalisé et adapté aux besoins des couples. Les femmes interrogées semblent toutes très satisfaites de ce suivi.

Dernièrement, un rapport préconisant de fermer les petites maternités qui réalisent moins de 1000 accouchements par an a été remis à l'Académie Nationale de Médecine (29). La politique périnatale actuelle tend donc à vouloir regrouper les naissances dans de plus grands centres réalisant beaucoup de naissances et ayant un plateau technique très développé. Cependant, cela pose question quant aux couples pour qui la sécurité émotionnelle prime sur la sécurité technologique. Que va-t-il advenir des couples souhaitant un accouchement avec une moindre médicalisation ? Les politiques de santé devront prendre en compte ces demandes alternatives à l'accouchement en maternité hospitalière pour éviter que ces femmes et ces couples échappent à tout suivi médical et encourent des risques évitables.

Dans ce contexte, le développement des maisons de naissance et des accès aux plateaux techniques pour les sages-femmes libérales semble être une alternative de choix, permettant un transfert simplifié en cas de difficultés mais aussi de limiter la fuite des couples se tournant vers l'ANA. Cependant, ces solutions sont encore peu répandues. En effet, il n'existe que huit maisons de naissance en France actuellement et les accès aux plateaux techniques sont encore difficiles pour les sages-femmes libérales.

Ce travail a permis de mettre la lumière sur une pratique marginale de la périnatalité en France et d'en comprendre mieux les arguments. En effet, bien que plus développé dans certains pays, en France, lAAD est peu pratiqué. Le nombre de praticiens le proposant reste très faible et la quasi-totalité doit renoncer à souscrire à une assurance, ce qui est répréhensible.

Cette recherche a montré que la majorité des femmes et les couples qui font le projet dAAD le font après avoir mûri leur choix et ne sont pas en refus absolu de la médicalisation : ils sont en effet très attachés à la compétence de la sage-femme qui est à leurs yeux la « gardienne de l'eutocie » (30).

Bibliographie

1. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2020. Insee Prem [Internet]. 19 janv 2021;(1834). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724>
2. Knibiehler Y. La révolution maternelle depuis 1945. Femmes, maternité, citoyenneté. Perrin. Paris; 1997.
3. Jacques B. Les politiques de périnatalité et leurs effets depuis 1972. In: Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui [Internet]. Toulouse: Érès; 2013 [cité 13 mars 2023]. p. 341-58. (1001 bébés). Disponible sur: <https://www.cairn.info/accueillir-le-nouveau-ne-d-hier-a-aujourd-hui--9782749239118-p-341.htm>
4. Cesbron P, Knibiehler Y. La naissance en Occident. Albin Michel. Paris; 2004. 368 p.
5. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. Devenir. 2018;30(4):399-417.
6. APAAD. Etat des lieux AAD 2019 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2020/11/RAPPORT-2020-CONSOLIDE.pdf>
7. APAAD. Accouchements accompagnés à domicile en 2020 en France : évolution et clés pour la pratique [Internet]. 2021. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1KD1K4dOzWBNXtNi32C0MnPXlml9NkaGY/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
8. IFOP. Rapport IFOP AAD janvier 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1JWsFTatGtMlxD-gI8E7X2KVII5oyPMN/view?usp=embed_facebook
9. Le Dû M. Toucher pour soigner. Le toucheur, le médecin et l'ostéopathe : un nourrisson entre de bonnes mains. Érès. Toulouse; 2022. 232 p.
10. Topçu S. Obstétrique, (non)violence et féminisme. Un regard sociohistorique. Cah Genre. 2021;71(2):81-106.
11. Azcué M, Tardif J. L'engendrement vu du don. Ce qu'accoucher dans un monde biomédicalisé veut dire. Rev MAUSS. 2012;39(1):163-79.
12. Lavillonnière J. Douceurs du naître chez soi. Spirale. 2010;54(2):77-86.
13. Radat F. Stress et douleur. Ann Méd-Psychol. 9 avr 2014;172(2):108-10.
14. Dessureault AM. La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. Devenir. 2015;27(1):53-68.
15. Séjourné N, Callahan S. Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. févr 2013;42(1):56-63.
16. St-Pierre J. Effet du stress prénatal maternel engendré par une catastrophe naturelle sur l'axe mère-placenta-foetus : impact du moment de l'exposition et du sexe du foetus [Internet]. [Québec]:

Université du Québec, Institut national de la recherche scientifique; 2017. Disponible sur: <https://espace.inrs.ca/id/eprint/7421/>

17. Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2004.
18. Guilloux R. L'accouchement physiologique, un espace de contre-pouvoir pour les femmes ? Périnatalité. 2021;13(4):216-30.
19. Le partage des tâches domestiques et familiales ne progresse pas [Internet]. Observatoire des inégalités. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Le-partage-des-taches-domestiques-et-familiales-ne-progresse-pas>
20. Échène A. La participation du père à la naissance..., regard dans l'après-coup de la séparation. Dialogue. 2010;190(4):147-58.
21. Quagliariello C. « Ces hommes qui accouchent avec nous ». La pratique de l'accouchement naturel à l'aune du genre. Nouv Quest Féministes. 2017;36(1):82-97.
22. Kopff-Landas A, Moreau A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. Gynécologie Obstétrique Fertil. 19 nov 2008;36(11):1101-4.
23. Boiteau C, Apter G, Devouche E. À l'aube de la paternité... Une revue du vécu des pères pendant la période périnatale. Devenir. 2019;31(3):249-64.
24. Yapaudjian S. Une maternité à la Winnicott, ou le droit de rêver.... Spirale. 2021;98(2):38-46.
25. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. mai 2016; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
26. Puech F, Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de « l'accouchement physiologique ». 5 déc 2012; Disponible sur: http://www.cngof.fr/images/cngof/presse/position_acc_physio_121205.pdf
27. HAS. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. déc 2017;47.
28. ANSFL. La charte de l'accouchement à domicile [Internet]. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/charter-add/>
29. Ville Y, Rudigoz R, Hascoët J. Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence [Internet]. Académie nationale de médecine. 2023. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/planification-dune-politique-en-matiere-de-perinatalite-en-france-organiser-la-continuite-des-soins-est-une-necessite-et-une-urgence/>
30. Thomas C. Sage-femme, gardienne de l'eutocie [Internet]. Érès; 2022. 360 p. (Trames). Disponible sur: <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/sage-femme-gardienne-de-l-eutocie-9782749273440.htm>

Annexes

Annexe 1 : Synopsis

 PROTOCOLE DE RECHERCHE Résultat de l'enquête exploratoire Diplôme d'Etat de Sage-Femme Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux Site Bourg en Bresse 
<p>Auteur : Marie Oblette Date de ce synopsis : 21/03/2023</p> <p>Directeur de recherche : Maï Le Dû (sage-femme chercheure en sciences sociales) <input type="checkbox"/> envisagé <input checked="" type="checkbox"/> confirmé</p> <p>Titre provisoire : Motivations des femmes à choisir un accouchement à domicile.</p>
<p>Constat / Justification / Contexte : Lors d'un stage dans un cabinet de sages-femmes libérales réalisé en juillet 2021, je me suis rendue compte qu'un certain nombre de femmes souhaitaient accoucher à domicile. Jusqu'alors, je ne me rendais pas compte de l'ampleur de la demande. Les sages-femmes qui m'ont accueillie lors de ce stage m'ont fait part de leur constatation que de plus en plus de femmes les sollicitaient pour ce mode d'accouchement.</p>
<p>Cadre conceptuel, données de la littérature : <input type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Sociologique <input type="checkbox"/> Autre : ...</p> <p>En 2020, année marquée par la crise sanitaire du Covid-19, 1503 femmes ont été suivies en vue d'un AAD en France, soit une augmentation de 16% par rapport à l'année précédente. Parmi ces 1503 femmes, 1239 ont débuté le travail à domicile et 1089 ont accouché chez elles. De nombreuses femmes n'ont pas pu concrétiser leur projet ou encore n'ont pas eu accès à lAAD soit du fait du manque de sages-femmes proposant cet accompagnement soit du fait de demandes trop tardives ou insuffisamment mûries. L'ensemble des professionnels pratiquant lAAD en France est estimé à une centaine et tous les territoires ne sont pas couverts par leur activité.</p>
<p>Objectif(s) de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none">- Comprendre les motivations des femmes à choisir un accouchement à domicile, leurs attentes et leurs éventuelles craintes.
<p>Méthodologie / Schéma de la recherche :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Qualitatif <input type="checkbox"/> Quantitatif : ...</p>
<p>Trame d'entretien si recherche qualitative :</p> <ul style="list-style-type: none">- Comment est né ce souhait d'accoucher à domicile ? Est-ce un choix que vous avez fait seule ou bien à deux ?- Pourquoi avoir pris la décision d'accoucher à domicile ? Qu'est-ce qui vous attire/motive dans le fait d'accoucher à domicile ?- Quelles sont vos attentes pour cet accouchement ? Avez-vous des craintes particulières ?- Quel retour avez-vous eu de votre entourage ? Quelle a été leur réaction ?
<p>Hypothèse nulle ou alternative si recherche quantitative :</p>
<p>Critères de jugement si recherche quantitative :</p>
<p>Population cible et modalités de recrutement : Femmes enceintes de leur premier enfant et suivies en vue d'un accouchement domicile en France métropolitaine. Recrutement par le biais de sages-femmes libérales exerçant l'accouchement à domicile, qui transmettront à leurs patientes concernées une lettre d'information expliquant le but et les modalités de l'étude. Cela se fera sur le principe du volontariat : mes coordonnées leur seront transmises afin que ce soit elles qui me contactent si elles le souhaitent. Les entretiens se feront par visioconférence.</p>
<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none">- Femmes enceintes de leur premier enfant et suivies en vue d'un accouchement à domicile en France

métropolitaine.	
Critères de non-inclusion :	
<ul style="list-style-type: none"> - Multipares. - Primipares en post-natal. 	
Critères de sortie d'étude : Refus de poursuivre.	
Nombre de sujets nécessaires : une dizaine (jusqu'à saturation des données).	
Durée de l'étude et calendrier prévisionnel : Été 2022 – Automne 2022.	
Lieu de la recherche :	
<input type="checkbox"/> Monocentrique : <input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique : Plusieurs sages-femmes libérales exerçant l'accouchement à domicile.	
Justifiez de ce choix : Question de faisabilité et de nombre, les futures primipares étant suivies en vue d'un accouchement à domicile ne représentant qu'un faible pourcentage de la population générale. Recherche préalable auprès d'un cabinet de 2 sages-femmes libérales pratiquant l'accouchement à domicile : en 2020 et 2021, 46 futures primipares sur un total de 126 patientes suivies en vue d'un accouchement à domicile, soit 36% de futures primipares parmi cette population.	
Retombées attendues : Avoir une meilleure vision de ce que les femmes recherchent pour leur accouchement et ainsi s'adapter au mieux à leurs désirs, notamment dans la pratique hospitalière, afin d'accueillir au mieux les patientes qui avaient pour projet d'accoucher à domicile et qui se retrouvent à accoucher à l'hôpital.	
Aspects éthiques et réglementaires : <input type="checkbox"/> RIPH3 (MR-003) <input checked="" type="checkbox"/> Recherche n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Interne <input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique (MR-004) <input checked="" type="checkbox"/> Fiche information préalable <input checked="" type="checkbox"/> Renseigner registre de traitement des données <input checked="" type="checkbox"/> Signature engagement confidentialité Autres informations :	Promoteur : <input checked="" type="checkbox"/> CHB <input type="checkbox"/> Autre : ...
	Autres accords : <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Chef de service <input type="checkbox"/> DIM
Références bibliographiques : <ul style="list-style-type: none"> - ANSFL. La charte de l'accouchement à domicile [Internet]. Disponible sur: https://ansfl.org/document/charter-add/ - APAAD. Accouchements accompagnés à domicile en 2020 en France : évolution et clés pour la pratique [Internet]. Google Docs. 2021. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1KD1K4dOzWBNXtNi32COMnPXIml9NkaGY/view?usp=sharing&usp=embed_facebook - Darmayan C. Entre leurs mains. Kien Productions & Cinétik; 2013. - Ducasse S, Taranto Jr F. L'art d'accoucher. FotoVertical; 2019. - Morel M-F. Naître à la maison : d'hier à aujourd'hui. 2016. 400 p. (1001bb). - Pineau F. Accoucher à domicile : la recherche d'un idéal? [Internet]. Université de Nantes; 2012. Disponible sur: http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=f8d8a576-a758-439d-8419-1f9fbef41409 - Pruvost G. Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile. Genre, sexualité & société [Internet]. 20 déc 2016;(16). Disponible sur: https://journals.openedition.org/gss/3849 	
Mots clés : accouchement à domicile, suivi global, physiologie, surmédicalisation, relation de confiance.	

Annexe 2 : Lettre d'information aux patientes

MOTIVATIONS DES FEMMES A CHOISIR UN ACCOUCHEMENT A DOMICILE

Bonjour, je m'appelle Marie Oblette.

Je suis étudiante sage-femme à l'école de Bourg-en-Bresse en dernière année.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études et en vue de l'obtention de mon diplôme d'état, je réalise une étude sur les patientes qui ont pour projet d'accoucher à domicile.

Au cours de mes études, j'ai rarement eu l'occasion d'échanger avec des femmes ayant choisi ce type d'accouchement. Il me paraît pourtant indispensable pour pouvoir accompagner au mieux chaque patiente de comprendre les attentes de chacune afin de m'adapter dans ma pratique future.

Je souhaite échanger avec vous lors d'un entretien individuel réalisé en visioconférence.

Je m'engage bien évidemment à un total respect de l'anonymat et aucune donnée personnelle ne sera divulguée.

Si vous souhaitez participer à cette étude, ou pour tout autre renseignement ou information, n'hésitez pas à me contacter via mon adresse mail : marie.oblette@etu.univ-lyon1.fr ou par téléphone au 06.38.38.21.90

Votre coopération m'est indispensable pour la bonne réalisation de cette étude et je vous remercie par avance pour l'attention que vous porterez à ma demande.

Marie Oblette

Annexe 3 : Information préalable au traitement des données



Information préalable au traitement

À remettre à la personne concernée

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude sur la motivation des femmes à choisir un accouchement à domicile, nous vous informons que vos données feront l'objet d'un traitement aux fins de la recherche.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse accorde une importance toute particulière à la protection de vos données personnelles et de vos droits, dans le respect du cadre légal posé par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et par la Loi Informatique et Libertés (Loi n°78-17).

I. Objet du traitement de données personnelles

Les données à caractère personnel traitées par le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en qualité de Responsable de traitement (promoteur de la recherche), serviront à renseigner l'ensemble des documents nécessaires à la validation de la recherche par les autorités compétentes. À ce titre, elles seront traitées par l'équipe de recherche et pourront être communiquées à différents organismes (CNIL, Comité de Protection des Personnes, Commission Nationale des Recherches Impliquant la Personne Humaine, CEREEES).

Finalité du traitement :

- Comprendre les motivations des femmes à choisir un accouchement à domicile, leurs attentes et leurs éventuelles craintes.

Base légale du traitement :

La base juridique de ce traitement est l'exécution de la mission d'intérêt de santé publique prévue par l'article 6, alinéa 1, e du RGPD.

II. Données personnelles traitées

Catégories de données personnelles traitées :

- Identification : âge, etc.
- Vie personnelle : situation familiale, etc.
- Vie professionnelle : catégorie socioéconomique, etc.

Source des données personnelles :

- Patientes prises en charge par des sages-femmes libérales.

III. Durée de conservation des données personnelles

Les données recueillies dans le cadre de la recherche seront supprimées à l'issue de celle-ci.

IV. Destinataires des données personnelles

Catégories de destinataires :

Vos données sont réservées aux seules personnes ayant besoin d'en prendre connaissance dans le cadre de cette étude. Ils sont tous soumis dans l'exercice de leurs fonctions au secret professionnel.

V. Mesures de sécurité appliquées au traitement

Les informations seront conservées de façon dématérialisée et sous format papier afin d'effectuer les démarches nécessaires à cette recherche jusqu'à la publication de la recherche. Dans le cadre de la recherche entreprise, vos données pourront être analysées, croisées et publiées sous la forme de statistiques anonymes.

Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, CS90401, 01012 BOURG-EN-BRESSE CEDEX



VI. Vos droits sur les données vous concernant

Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ou une opposition et/ou effacement, pour des raisons justifiées par votre situation particulière, ou une limitation du traitement relatif à votre personne en écrivant au Délégué à la Protection des données (DPO) du Groupement Hospitalier de Territoire Bresse-Haut-Bugey. Vous pouvez le contacter par voie électronique à l'adresse suivante : dpo@ght01.fr ou par courrier postal à l'adresse suivante : *Délégué à la protection des données, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, CS90401, 01012 BOURG-EN-BRESSE CEDEX*. Il pourra aussi répondre à toutes vos questions concernant la protection des données personnelles.

Si vous estimatez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez vous rapprocher de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles et introduire une réclamation, directement sur leur site internet : <https://www.cnil.fr/>

Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, CS90401, 01012 BOURG-EN-BRESSE CEDEX

Annexe 4 : Trame d'entretien

TRAME D'ENTRETIEN

Présentation :

« Présentez-vous »

- Quel âge avez-vous ?
- Que faites-vous dans la vie ?
- A quel terme de la grossesse êtes-vous ?

Choix de l'accouchement à domicile :

« Vous avez choisi un accouchement à domicile, racontez-moi »

- Comment est né ce souhait d'accoucher à domicile ? Est-ce un choix que vous avez fait seule ou bien à deux ?
- Pourquoi avoir pris la décision d'accoucher à domicile ? Qu'est-ce qui vous attire/motive dans le fait d'accoucher à domicile ?
- Quelles sont vos attentes pour cet accouchement ? Avez-vous des craintes particulières ?
- Quel retour avez-vous eu de votre entourage ? Quelle a été leur réaction ?

Place et implication du père :

« Et le papa dans tout ça ? »

- Est-ce que votre conjoint connaît la sage-femme qui vous suit ?
- Est-il présent lors des rendez-vous ?
- Quelle est sa place, son implication ?
- Quel sera son rôle au moment de l'accouchement ?

Suivi :

« Et par rapport à votre sage-femme ? »

- Avez-vous eu du mal à trouver une sage-femme ?
- La relation était-elle celle attendue ?

Auteur : OBLETTE Marie	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Titre : Motivations des femmes à choisir un accouchement à domicile	
Résumé	
<p><u>Introduction</u> : De plus en plus de femmes souhaitent accoucher à domicile et certaines d'entre-elles seraient même prêtes à se passer d'accompagnement pour pouvoir réaliser leur projet. Le choix du lieu d'accouchement semble donc être d'une importance majeure pour une partie de la population.</p>	
<p><u>Objectif</u> : Comprendre les motivations des futures primipares à choisir un accouchement à domicile, leurs attentes et leurs éventuelles craintes.</p>	
<p><u>Méthode</u> : Il s'agit d'une étude qualitative, multicentrique, de type descriptive et interprétative, relevant du champ disciplinaire de la sociologie. Sept entretiens semi-directifs ont été réalisés chez des femmes enceintes de leur premier enfant et suivies en vue d'un accouchement à domicile en France métropolitaine.</p>	
<p><u>Résultats</u> : Leur domicile semble être un lieu qui leur procure des sentiments de sécurité, de confiance et d'intimité qui sont recherchés pour la naissance. Il s'agit de respecter la physiologie mais également d'éviter une surmédicalisation. La possibilité d'impliquer le père différemment est également recherchée. La présence d'un professionnel connu lors de l'accouchement et avec qui une relation de confiance s'est créée se révèle également essentielle.</p>	
<p><u>Conclusion</u> : La diversification des lieux de naissance semble nécessaire pour répondre aux différentes demandes des couples.</p>	
<p><u>Mots clés</u> : accouchement à domicile, suivi global, physiologie, surmédicalisation, relation de confiance</p>	

Title: Women's motivations to choose home delivery
Abstract
<p><u>Introduction</u>: More and more women want to give birth at home and some of them would even be ready to do it without any accompaniment to realize their project. The choice of the place of birth seems to have a major importance for a part of the population.</p>
<p><u>Objective</u>: To understand the motivations of future primiparous women to choose a home birth, their expectations, and their possible fears.</p>
<p><u>Method</u>: This is a qualitative, multicentric, descriptive, and interpretative study in the disciplinary domain of sociology. Seven semi-structured interviews were conducted with women pregnant with their first child and followed up for a home birth in metropolitan France.</p>
<p><u>Results</u>: Their home seems to be a place that provides them feelings of security, trust and intimacy that are researched for birth. It is a matter of respecting physiology but also avoiding over-medicalization. The possibility of involving the father in a different way is also researched. The presence of a professional known during the birth and with whom a relationship of trust has been created is also essential.</p>
<p><u>Conclusion</u>: Diversification of birth places seems necessary to respond the different demands of couples.</p>
<p><u>Key words</u>: home birth, global follow-up, physiology, over-medicalization, relationship of trust</p>