

## L'accouchement à domicile devrait avoir sa place dans l'organisation officielle des réseaux de périnatalité en France

Sophie Gamelin-Lavois

### La visite pré-anesthésique : enjeu du dossier médical hospitalier

Vers la fin du huitième mois de grossesse, ou début du neuvième, les futures mamans sont systématiquement encouragées à consulter un anesthésiste. Cette visite n'est pas obligatoire<sup>1</sup>, juste réglementaire, mais, en pratique, de nombreuses femmes en bénéficient. Elle est utile à plusieurs niveaux. En effet, la maman peut souhaiter : avoir recours à une péridurale ; ne pas y avoir recours sans toutefois exclure cette possibilité ; accoucher à domicile (donc sans péridurale) mais sans exclure la possibilité d'accoucher à l'hôpital pour raison médicale ou de confort.

Le fait d'envisager toutes les éventualités et choisir de faire cette visite n'engage contractuellement personne : une femme peut changer d'avis à tout moment quel que soit son projet de départ, ou sa santé ne plus permettre la pose d'une péridurale, par exemple. La plupart du temps, la sage-femme libérale qui suit une femme en projet d'accouchement à domicile lui demande de faire cette visite, et ainsi de faire ouvrir un dossier dans la structure médicale la plus proche, pour le cas où un transfert serait nécessaire. L'aspect sécuritaire est évident : la future mère n'est pas inconnue du service où elle est accueillie.

Certains praticiens (et parfois plusieurs structures !), ayant connaissance du projet d'accouchement à domicile d'une future maman, lui refusent cette visite. Une sage-femme libérale, face à un tel refus, a écrit à la structure : « Je vous adresse Mme X afin de préparer un éventuel transfert. L'établissement de son dossier est un plus dans cette configuration, particulièrement si le transfert doit se faire en urgence. Vous ne pouvez renvoyer la patiente dans ce cas (non-assistance à personne en danger<sup>2</sup>), et vous serez dans de moins bonnes conditions pour travailler. » Et elle a eu gain de cause, précise Françoise Bardes, elle-même sage-femme libérale.

Mais s'il n'est pas possible de passer par une porte, essayez-en une autre ! Quand l'auteur du suivi de grossesse est une sage-femme libérale, un médecin généraliste ou un gynécologue « de ville », comment la future maman peut-elle faire ouvrir un dossier dans la structure locale ? Les alternatives à la visite pré-anesthésie sont d'y effectuer : une consultation avec un obstétricien ou une sage-femme en cours de grossesse, la visite du 4<sup>e</sup> mois, la ou les échographies plutôt que dans un cabinet privé ou un centre de radiologie...

« Quand ils refusent de collaborer pour organiser un éventuel transfert dans de bonnes conditions, c'est l'attitude des personnels hospitaliers qui rend l'accouchement à domicile moins sûr. » (Catherine Chaumont, Internet, mars 2010). Le bénéfice de la visite pré-anesthésie ne peut ni faire l'objet d'un

---

<sup>1</sup> Article D6124-91 du CSP : « Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou locorégionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, assurent les garanties suivantes : 1° Une consultation pré-anesthésique, **lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée** (...). »

<sup>2</sup> Dès lors qu'un médecin a connaissance de l'existence d'une urgence il ne peut se soustraire à l'obligation d'assistance. Article R4127-9 du CSP : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. » Voir aussi l'article 9 commenté du Code de déontologie médicale : [lien](#).

chantage ni être tributaire du choix du lieu de naissance. Elle est un droit non soumis à des conditions fantaisistes, sans compter que si la maman n'exclut pas complètement la périnatalité, alors l'obligation de la visite pré-anesthésie est bien réelle ! (voir référence de bas de page n°1)

### **Les filières de soins : entre enjeux de santé publique et choix réels**

Dès 1994, le « Plan périnatal 1994-2000 » prévoit d'améliorer les filières de prise en charge de la grossesse et de restructurer les maternités. Page 125 : « *Dans chaque département, il devrait exister au moins une maternité de niveau II. Dans chaque région, il devrait exister au moins une maternité de niveau III. Des conventions de complémentarité lieraient de même les maternités de niveaux II et III. Dans le même esprit, la mise en œuvre des réseaux, etc. (...)* »

Les décrets de périnatalité de 1998 permettent la mise en place progressive de filières (orientation selon le niveau de risque obstétrical) et d'établissements de soins organisés en trois niveaux. C'est le début de la fermeture des petites maternités, mais aussi de la constitution d'un véritable maillage sanitaire (complémentarité, regroupement...).

Plus récemment, le « Plan périnatal 2005-2007 » a pour ambition de « *moderniser l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement, pour plus de sécurité dans la prise en charge des mères et des nouveau-nés* ». Parmi les points clés :

**plus d'humanité au sein des réseaux de périnatalité** : « *Les futurs parents ont besoin de savoir à qui s'adresser, au sein du système de soins, pour obtenir des éléments sur le choix d'une maternité et des réponses sur toutes les questions que l'on se pose en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant. Les réseaux de santé en périnatalité regroupent l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance, hospitaliers, libéraux, du champ sanitaire et médico-social. Parmi les missions de ces réseaux figure l'information des parents tout au long de la grossesse.* » (p.7) ; **plus de proximité** : développement des réseaux ; **plus de sécurité** : mise en place d'un schéma régional d'organisation des soins (SROS) ; **plus de qualité** : « *Le réseau doit permettre de vérifier que les recommandations cliniques fondées sur un niveau de preuve suffisant, sont appliquées. (...)* Dans les domaines où les doutes persistent, le réseau peut être le lieu de recherche clinique pertinent pour établir de nouvelles recommandations et en prouver scientifiquement la justesse. » (p.29) ; « **mieux reconnaître les professionnels de la naissance** » : « *réaffirmer la place et le rôle essentiel des sages-femmes dans l'organisation des soins périnataux* » (p.32).

Malgré un projet de réorganisation sanitaire sur l'ensemble du territoire, l'accouchement à domicile n'a jamais été intégré dans l'éventail des choix possibles et il reste peu connu du grand public. Une mère qui choisit dès le début de sa grossesse un suivi avec une sage-femme libérale, et ayant pour projet d'accoucher à domicile, se trouve dans une filière de soins spécifique où aucun « pont » n'est prévu dans le respect du choix de départ (en dehors de quelques exceptions). Cette maman peut ainsi avoir des difficultés à intégrer (même pour une fois) la filière plus classique, en particulier pour une visite ponctuelle, comme la visite pré-anesthésie en milieu hospitalier dans le but de faire ouvrir un dossier, comme on vient de le voir.

Une question se pose : faut-il évoquer son projet d'accouchement à domicile, que ce soit lors de la prise de rendez-vous ou lors de la rencontre avec l'anesthésiste ? Oui si l'on considère important d'assumer ses choix et important que ce choix en soit un comme un autre (une manière aussi de se

poser en défense des sages-femmes qui accompagnent les naissances à domicile), non si l'on souhaite se protéger d'éventuels conflits... Quoiqu'il en soit, toute femme qui envisage d'accoucher à domicile devrait pouvoir se sentir libre de changer d'avis si elle souhaite finalement accoucher en milieu médical. Elle devrait aussi pouvoir envisager sereinement tous les possibles, quels qu'ils soient, sans subir aucune pression.

### **Quelle place pour l'accompagnement global au sein des réseaux ?**

De nombreux professionnels de santé estiment la visite pré-anesthésie indispensable lorsqu'une femme va accoucher à l'hôpital mais, paradoxalement, peuvent la refuser à une femme ayant le projet d'accoucher à domicile. Cela est incompréhensible quand on pense à son utilité en cas de transfert, que ce soit pour une urgence ou pas, puisqu'elle permet d'assurer la sécurité d'une éventuelle anesthésie. Alors que cette prise en charge est justement de leur compétence (toute sage-femme se réfère à un obstétricien en cas de problème<sup>3</sup>) il est curieux que cette situation soit aussi mal perçue à l'heure des réseaux et des coordinations entre les différents services de santé comme l'attestent les références juridiques suivantes.

Article L1434-7 du CSP : « Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. (...) »

Article L6321-1 du CSP : « Les réseaux de santé<sup>4</sup> ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. (...) Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. (...) »

Article D6321-3 du CSP : « Le réseau garantit à l'utilisateur le libre choix d'accepter de bénéficier du réseau ou de s'en retirer. Il garantit également à l'utilisateur le libre choix des professionnels de santé intervenant dans le réseau. Le réseau remet un document d'information aux usagers qui précise le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'utilisateur à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité. »

Si un professionnel de santé libéral ne fait pas partie d'un réseau, il n'en reste pas moins que le choix

---

<sup>3</sup> Article L4151-3 du CSP : « En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. » Cela est confirmé par l'article R4127-325 du CSP : « (...), la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige. »

<sup>4</sup> Réseaux de périnatalité : historique, actualité et enjeux. Journée DES, Rouen, le 08 mars 2006, *Aurélien BENOIT & Guillaume ACHER*. [Lien](#) (diaporama).

de la prise en charge revient à celui qui en bénéficie<sup>5</sup>. C'est pourquoi une femme ayant librement choisi l'accouchement à domicile dans le cadre d'un accompagnement global doit pouvoir accéder aux services d'urgence au même titre qu'une femme ayant fait un choix différent ! La femme, les parents, et encore moins la naissance, ne doivent être l'enjeu de prises de pouvoir paternalistes ou de querelles corporatistes. La question que je soulève va bien au-delà de la position « pour » ou « contre » la naissance à domicile ou du jugement : il s'agit de respecter le choix du lieu de naissance et que chacun prenne les responsabilités inhérentes à sa fonction médicale, le tout dans un climat serein ou tout du moins sans tensions iatrogènes. Il n'est plus seulement question de plans périnataux ou de textes juridiques mais de bonne volonté et de bon sens : l'accouchement à domicile devrait avoir sa place dans l'organisation officielle des réseaux de périnatalité en France.

Quand l'usage du carnet de grossesse<sup>6</sup>, dit « carnet de santé maternité » sera usuel, on peut penser que les « ponts » entre filières de soins seront plus évidents qu'aujourd'hui. En effet, la mère aura son dossier médical en main et centralisera les informations (notamment médicales) au gré des rencontres avec les interlocuteurs de sa grossesse. Responsabilisée et responsable, elle n'aura plus à « rendre des comptes » sur ses choix.

---

<sup>5</sup> Article L1110-8 du CSP : « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. »

<sup>6</sup> Article L2122-2 CSP : « Toute femme enceinte est pourvue gratuitement, lors du premier examen prénatal, d'un carnet de grossesse. (...) Le carnet appartient à la future mère. Celle-ci doit être informée que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel. »