

L'accouchement à domicile, mythes et réalités

Par Henci Goer

Mythe : L'accouchement à domicile est si dangereux qu'il devrait être considéré comme de la maltraitance infantile.

Réalité : Aucune donnée scientifique ne confirme la thèse selon laquelle le choix le plus sûr pour toute femme serait d'accoucher à l'hôpital [...] Par contre, des études montrent [...] que la morbidité est plus élevée parmi les mères et les bébés nés et suivis dans une institution en général, [...] et tout particulièrement dans les services obstétricaux.

Campbell et Macfarlane, 1986

Pendant des années, le Collège Américain des Obstétriciens et Gynécologues s'est officiellement opposé à l'accouchement à domicile sur la base de la sécurité (ACOG 1979). Si l'argument en faveur d'une hospitalisation systématique de l'accouchement est qu'il est plus sécuritaire, il paraît raisonnable de demander : "Est-ce que le fait de transférer à l'hôpital la pratique des accouchements a diminué les risques ?" Avant de répondre à cette question, toutefois, nous devons prendre en considération que les médecins surévaluent les dangers liés à l'accouchement, et que leurs propres gestes médicaux sont à l'origine de certaines des complications qu'ils observent.

L'accouchement n'est pas aussi dangereux que les médecins veulent nous le faire croire. Ils tendent à organiser leur travail sur la base du "pire cas", envisageant chaque accouchement comme si un désastre pouvait survenir à tout moment (Brody & Thompson, 1981). Selon cette perspective, les inquiétudes liées aux accouchements à hauts risques se propagent et influencent la manière de voir tous les accouchements, sans distinction du niveau de risque. Par exemple, un centre de naissance en milieu hospitalier qui admettait uniquement des femmes sans risques de complications a transféré à l'unité de maternité standard 10 femmes en travail à cause d'une anxiété non explicitée de la part des médecins (Santana et al. 1983). La majorité des adolescentes ont de même été transférées à cause de l'anxiété du médecin résident ou de garde qui "considéraient peut-être l'adolescence comme un facteur de risque durant la grossesse". Dix autres mères ont été transférées à cause d'un travail "précipité", ce qui signifie qu'elles ont été disqualifiées à cause d'un travail rapide et d'un accouchement imminent, ce qui est insensé. En définitive, seulement 41% des 390 femmes qui étaient éligibles pour accoucher au centre de naissance au troisième trimestre y ont accouché. Comparons cela avec la donnée brute de 80%, rapportée par les centres de naissance autonomes et les accouchements à domicile (AAD), où les croyances à propos du risque intrinsèque propre aux accouchements diffèrent.

De plus, comme l'expliquent Mold et Stein (1986), l'anxiété diffuse du médecin au sujet du travail peut conduire à un effet de cascade, une suite apparemment inévitable d'interventions protocolaires, catalysée par une caractéristique du système. Par exemple, l'inquiétude par rapport au fait que le foetus puisse développer une détresse aigüe durant le travail mène à l'utilisation du monitoring foetal électronique chez des femmes normales et en bonne santé. Le monitoring confine les femmes au lit, ce qui peut ralentir le travail. L'amniotomie et l'ocytocine peuvent alors être utilisées pour

accélérer le processus. Des douleurs plus intenses en résultent, ce qui peut mener à une péridurale. La péridurale peut à son tour retarder la progression du travail, tandis que l'ocytocine et l'amniotomie peuvent être à l'origine des tracés anormaux des cardiogrammes. Le travail se termine ainsi en césarienne pour dystocie ou détresse foetale. Selon Mold et Stein, une cascade médicale de ce type peut être déclenchée par la tentation de "faire quelque chose - n'importe quoi - de décisionnel pour diminuer l'anxiété du médecin", par des tentatives destinées à se sentir en contrôle en contrôlant le patient, ainsi que par des protocoles qui traitent tout le monde de la même manière et ne permettent pas d'exercer un soutien médical individualisé. Le personnel médical reconnaît rarement qu'il est la source de cette cascade. A titre d'exemple, Saldana et al. (1983), se prononçant contre l'accouchement à domicile, soulignent les nombreuses complications survenues dans leur groupe à faible risque, complications qu'ils attribuent toutes au risque inhérent au processus naturel. Ils ne voient rien d'anormal à ce qu'autant de femmes en pleine santé subissent des césariennes (10%), des forceps (13%) ou l'usage d'ocytocines (+ de 20%). [Ces chiffres ne cessent d'augmenter. Au sujet de la césarienne, lire notamment un [quelques chiffres du MIDIRS](#), NDT) Pendant ce temps, les centres de naissance autonomes et les accouchements à domicile rapportent des taux de moitié moins élevés (ou d'avantage) avec des résultats égaux et même meilleurs. (Voir par exemple, pour ce qui concerne les Pays Bas, [l'étude de Wiegers et al.](#) publiée en 1996, NDT)

Il n'y a rien de nouveau dans le fait que les obstétriciens nient être à l'origine de ces complications. Cette étude de Saldana et al. ne fait que refléter le comportement des médecins de l'époque de Semmelweis qui affirmaient que les infections post-partum étaient dues à la faible constitution des mères pauvres (dans tous les sens du terme) qu'ils accouchaient, plutôt qu'à leur propre négligence à se laver les mains, en plus des plaies ouvertes causées par les forceps et les épisiotomies.(1)

Sur la question de savoir si le fait de transporter les accouchements à l'hôpital a rendu l'accouchement plus sécuritaire, sans équivoque la réponse est non. L'argument des médecins est que le fait que les taux de mortalité et de morbidité ont baissé lorsque l'accouchement s'est déplacé vers l'hôpital prouve que l'hôpital est un lieu plus sûr (Philipp 1984, Adamson & Gare 1980). Même si cet énoncé était vrai, il n'impliquerait pas pour autant que l'accouchement en centre hospitalier soit à l'origine de ce déclin, mais de toute manière il est faux. Dans les années 1920, les femmes de la classe moyenne ont commencé à avoir leurs bébés à l'hôpital, en partie pour des raisons de sécurité. Vers le milieu de cette décennie, la moitié des naissances en milieu urbain avaient lieu à l'hôpital et, vers 1939, la moitié de toutes les femmes et 75% de celles du milieu urbain accouchaient à l'hôpital. En dépit de ce changement, la mortalité maternelle n'a pas baissé pas en dessous des taux de 1915, avec 63 morts maternelles pour 10000 naissances jusqu'à la fin des années 1930, époque à laquelle les sulfamides et les antibiotiques ont été introduits pour traiter les infections, ainsi que des contrôles plus rigoureux quant aux pratiques obstétricales. Durant cette même période, le taux urbain de mortalité maternelle, où les hospitalisations étaient les plus fréquentes, était considérablement plus haut que tous les taux confondus: 74 morts par 10000 naissances (Dye, 1986). De plus, la mortalité infantile pour blessures subies à la naissance a augmenté de 40 à 50% entre 1915 et 1929 (Wertz & Wertz, 1977).(2)

Les techniques modernes et la technologie n'ont toujours pas réussi à rendre la naissance à l'hôpital plus sûre que l'accouchement à domicile. Les défenseurs contemporains du confinement universel à l'hôpital nous présentent des statistiques montrant une mortalité périnatale plus élevée pour les accouchements hors hôpital (Brown 1987, Philipp 1984, Adamson & Gare 1980), mais ce sont des données brutes, incluant des accouchements à domicile non-planifiés, et des accouchements avec des assistants non-entraînés. Aucune étude n'a jamais démontré que l'accouchement à domicile planifié, avec une personne qualifiée pour accompagner, prenant toutes les précautions d'usage, augmentait l'incidence de mauvais résultats pour les accouchements à faible risque, comparativement aux accouchements à faible risque en centre hospitalier.

En fait, les hôpitaux peuvent même ne pas toujours être le meilleur endroit pour une femme avec

des facteurs de risque. Tew (1985, résumé ci-dessous) a découvert que les taux de mortalité périnatale étaient plus bas pour les accouchements à domicile, quelle que soit le niveau de risque anticipé, exception faite des accouchements à très haut risque. Tew affirme que les interventions des médecins en hôpital augmentent les risques, ou que, dans l'environnement plus détendu et encourageant de l'accouchement à domicile, avec une personne accompagnante qui croit en la normalité de l'accouchement, les problèmes ne se produisent pas ou se résolvent de manière non-interventionniste.

Ce livre entier confirme que Marjorie Tew a raison pour ce qui est du premier point [le rôle néfaste des interventions en hôpital], et même si peu ou pas de recherche directe n'a été conduite sur les effets adverses d'un environnement stressant ou sur l'efficacité des mesures de soutien aux mères, elle est aussi presque certainement dans le vrai sur le deuxième point. Examinons l'effet sur n'importe quel processus physiologique s'il était traité de la même manière que le travail de l'accouchement. Prenons par exemple la digestion. Dans les années 1950, une croyance similaire à celle qui considère que le travail doit progresser d'une certaine façon et que toute déviation est pathologique, fit en sorte que de nombreuses personnes croyaient qu'un individu en santé devrait aller à la selle chaque jour et que tout écart par rapport à cette norme nécessitait un traitement. Pour résultat, le mauvais usage des laxatifs et des lavements dégrada les mécanismes physiologiques normaux, provoquant des problèmes de constipation là où jamais auparavant il n'y avait eu l'ombre d'un problème.

Dans le pire des cas, la croyance médicale la plus en vogue actuellement dénie le vécu psychologique de la mère en le considérant comme hors de propos, voire même antagoniste aux objectifs d'une mère et d'un bébé en bonne santé (Adamson & Gare, 1980). Dans le meilleur cas, les médecins affirment que les réticences des femmes à accoucher dans le milieu hospitalier peuvent être prises en compte en créant au sein de l'hôpital un environnement "comme à la maison" (Home, Hospital or Birthroom ? 1986; Adamson & Gare 1980). Mais la naissance "comme à la maison" en hôpital est un non-sens. Les hôpitaux sont des institutions intrinsèquement bureaucratiques, fortement hiérarchisées, où les politiques sont conçues pour satisfaire en priorité les besoins des hôpitaux, les femmes et leurs familles étant des préoccupations lointaines. Seules des améliorations cosmétiques sont envisageables à l'intérieur d'un hôpital, à moins que sa nature fondamentale ne subisse un changement radical. En dépit de l'admission des pères dans les années 1970, de l'atmosphère tamisée dans les années 1980 et des chambres privées en maternité dans les années 1990, le personnel hospitalier d'aujourd'hui s'attend encore, dans la majorité des cas, à ce que les femmes restent passives et s'accommodent du mieux qu'elles le peuvent des interruptions, intrusions et autres nuisances.

Le protocole de gestion active du travail (active management)(3) en est un exemple typique. Son principal bénéfice est de faciliter la planification des horaires du personnel d'accompagnement (voir chapitre 5). Par contraste, dans son propre domicile, la femme établit les règles, ses besoins sont le point de convergence de toute l'attention, et toute personne ne faisant pas partie de la maisonnée, y compris celle qui l'assiste dans son accouchement, n'est présente que parce qu'elle a été explicitement invitée par la mère.

En définitive, la question de l'accouchement à domicile ne peut pas être tranchée par des travaux de recherche. De même que la recherche n'a pas réussi à prouver que l'accouchement à domicile est dangereux, elle ne peut pas non plus prouver qu'il est sécuritaire. On en revient donc à une question de choix personnel.(4)

La véritable question à propos de la sécurité n'est pas: *"Voulez-vous un accouchement agréable à la maison ou sécuritaire à l'hôpital ?"*, mais plutôt: *"Voulez-vous accoucher à la maison en tenant compte du risque infime d'une urgence qui pourrait être (mais ne serait pas nécessairement) mieux traitée à l'hôpital, ou préférez-vous accoucher à l'hôpital et courir le risque considérablement augmenté d'une infection, la certitude d'un stress additionnel, et la certitude presque totale de subir des interventions inutiles (potentiellement sources de risques) ?"*

Résumé des points essentiels

Pour lire les résumés indiqués, veuillez vous rendre sur [cette page](#)

- Les données brutes, comme par exemple les certificats de naissance, donnent une image imprécise des risques des AAD (accouchements à domicile) parce qu'elles incluent une large proportion d'AAD non-planifiés et de naissances sans accompagnateur/trice qualifié(e), deux situations présentant des risques extrêmement élevés. (Résumés 2, 4, 7 à 10)
- Aucune étude sur les AAD planifiés sur une population sélectionnée de femmes, avec un accompagnateur/trice entraîné prenant les précautions nécessaires, n'a démontré un risque excessif. (Résumés 1 à 23)
- Dans la mesure où des problèmes inattendus surviennent malgré le suivi médical des parturientes, ces accouchements à domicile planifiés devraient être organisés en prévoyant une possibilité de transfert vers un obstétricien et un hôpital. Les accompagnateurs/trices d'une naissance à domicile devraient être assez entraînés pour surveiller le travail et l'état du bébé, et devraient disposer de l'équipement, des médicaments et des compétences pour gérer ou stabiliser les urgences telles qu'un bébé qui ne respire pas spontanément, ou une mère qui fait une hémorragie après l'accouchement (Résumés 3, 8, 14, 16 à 18, 20, 22)
- L'accouchement à domicile devient dangereux seulement lorsque les médecins ou l'hôpital n'assurent pas le service du transfert. (De sorte que leur négligence rend réel un risque imaginé.) (Résumés 3, 14)
- D'excellents résultats, avec des taux d'intervention bien plus faibles, sont atteints dans les AAD. Ce qui peut être expliqué par le fait que la pratique abusive d'interventions à l'hôpital est en elle-même source de risques, ou que l'environnement familial du domicile favorise un déroulement du travail sans problème. (Résumés 2, 5 à 6, 11 à 13, 15 à 19, 21 à 23)
- Une échographie pourrait être recommandée en fin de grossesse pour dépister les jumeaux ou les présentations par le siège ou confirmer l'emplacement du placenta. (Résumés 16 à 17, 20 et 21)
- Pour éviter les transferts post-partum inutiles, les assistants de naissance devraient être capables de réparer les déchirures du périnée et d'accomplir et recoudre une épisiotomie. (Résumé 20)

Notes des traducteurs

- (1) Dans les années 1850, Ignaz P. Semmelweis, médecin autrichien, a montré que, dans les salles de travail que les médecins et leurs étudiants visitaient immédiatement après leurs travaux d'anatomie, le pourcentage de mortalité des parturientes chutait de 20% à 2% si ces praticiens acceptaient de se laver les mains avec du savon et du jus de citron. Pour toute réponse, Semmelweis a été évincé de l'hôpital, tourné en ridicule par l'académie de médecine et contraint de s'exiler en Hongrie. L'épidémiologue F. Berrino, qui salue en Semmelweis le premier expérimentaliste clinicien, commente: "*Malheureusement, la plus grande évidence empirique ne peut vaincre l'inertie du paradigme dominant si elle n'est pas épaulée par des manoeuvres publicitaires efficaces.*" (Berrino, F. L'histoire de l'épidémiologie et de la relation de cette discipline avec la clinique et la prévention. In J. Carpentier & C. Mangin-Lazarus, eds. Retrouver la médecine. Paris: Delagange/Synthélabo, collection Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1996, p. 75-80.)
- (2) Pour une étude plus complète, voir Marjorie Tew, Safer Childbirth, A Critical History of Maternity Care. London: Free Association Books, 1998, notamment le chapitre 1.
- (3) Le protocole de gestion active (active management) a été défini au National Maternity Hospital de Dublin dans les années 1970. Il comprend entre autres:
 - Le diagnostic de début de travail est établi sur la base de l'observation, soit de contractions douloureuses associées à une dilatation complète, soit de la rupture

spontanée des membranes. Les contractions douloureuses à elles seules ne constituent pas un critère suffisant. Tant que les femmes ne sont pas en travail (selon ces critères) elles ne sont pas admises en salle de travail.

- Une heure après l'admission en salle de travail, on évalue la progression et on procède à une amniotomie (rupture artificielle des membranes).
- Par la suite, la dilatation cervicale doit progresser d'au moins 1cm par heure. Si tel n'est pas le cas, et sous condition que le liquide amniotique soit propre et le bébé bien positionné, on administre de l'ocytocine par voie intraveineuse en augmentant le nombre de gouttes par minutes jusqu'à ce que la mère ait 5 à 7 contractions toutes les 15 minutes.
- La durée maximale du travail est de 12 heures (10 heures pour la dilatation à 10cm et 2 heures pour la poussée finale), mais la césarienne n'est pas obligatoire en cas de dépassement.
- Une sage-femme est présente auprès de la parturiente pendant tout l'accouchement pour vérifier la progression et encourager la mère.
- Les sages-femmes assurent le suivi du travail; le personnel hautement qualifié reste disponible pour une consultation; le personnel résident ne prend pas de décision.
- Le déclenchement du travail est rare. Il se fait par amniotomie. S'il ne démarre pas spontanément dans les 24 heures qui suivent l'amniotomie, on administre de l'ocytocine et on gère le travail comme ci-dessus.
- Les antidouleurs sont disponibles mais pas recommandés. (Les médecins ont décidé que les femmes pouvaient supporter la douleur dans la mesure où elles savaient que la durée du travail serait limitée.)

D'après le chapitre 5 de l'ouvrage d'Henci Goer, *Obstetric Myths versus Research Realities*, p. 83-84, NDT

- Voir à ce sujet le rapport EUR/ICP/MCH 126 publié par l'OMS en 1991: [Naissance à domicile programmée dans les pays industrialisés](#) (fichier PDF de 460K)

Références

- ACOG. Déclaration sur l'accouchement à domicile, 1979. (Statement on Home Delivery.)
- Adamson GD. & Gare DJ. Accouchements à la maison ou à l'hôpital? (Home or hospital births?) JAMA 1980 ; 243 (17): 1732-1736.
- Brody H. & Thompson JR. La stratégie maximin en obstétrique moderne. (The maximin strategy in modern obstetric.) J Fam Practice 1981; 12 (6):977-986 (résumé au chapitre 15).
- Brown RA. La pratique sage-femme et l'accouchement à domicile: une vision alternative. (Midwifery and home birth: an alternative view.) Can Med Ass J 1987 ; 137 (10): 875-877.
- Dye NS. La médicalisation de l'accouchement. (The medicalization of birth.) The American way of birth. Eakins P, ed. Philadelphie: Temple University Press, 1986.
- Home, hospital or birthroom? (A domicile, à l'hôpital ou en chambre de naissance?) Lancet 1986; 2 (8505):494-496.
- Mold JW. & Stein HF. L'effet cascade dans les soins cliniques des patients. (The cascade effect in the clinical care of patients.) New Engl J Med 1986; 314 (8):512-514.
- Philipp E. Les accouchements planifiés et non-planifiés à domicile. (Planned and unplanned deliveries at home.) Br Med J 1984 ; 288:1996-1997.
- Saldana LR. et al. L'accouchement à domicile: l'implication négative issue d'une chambre de naissance en centre hospitalier (Home birth: negative implication derived from a hospital-based birthing suite.) South Med J 1983; 76 (2):170-173.
- Tew M. Nous avons la technologie. (We have the technology.)
- Nursing Times 1985; 81 (47): 22-24.
- Tew M. & Damstra-Wijmenga SMI. Les assistants de naissance les plus sécuritaires: évidences récentes des Pays-Bas. (Safest birth attendants: recent Dutch evidence.)

Midwifery 1991; 7: 55-63.

- Torres A. & Reich MR. Le déplacement de la naissance de la maison vers l'institution: une étude comparative au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. (The shift from home to institutional childbirth: a comparative study of the United Kingdom and the Netherlands.) Int J Health Serv 1989; 19 (3): 405-414.
- Wertz RW. & Wertz DC. L'accouchement: Une histoire de l'enfantement en Amérique. (Lying-in: A history of childbirth in America.) New-York: Schocken Books, 1977.