

Accoucher hors du système: discuter pour retrouver la sécurité physique et émotionnelle

Dans cet article, Patricia Perrenoud, sage-femme anthropologue, relaie diverses analyses ou dispositifs étrangers visant à prévenir ou sécuriser les accouchements en dehors du système ou non assistés. Ces dispositifs, basés sur le dialogue et la coopération entre sages-femmes, obstétricien·ne·s et femmes, amènent à considérer ces accouchements comme des «événements sentinelles», conduisant les professionnel·le·s à la discussion et au retour sur la pratique.

TEXTE :
PATRICIA PERRENOUD

La médicalisation et technicisation de la naissance, ainsi que la qualité des soins périnataux, sont questionnés à travers plusieurs perspectives telles que le mouvement social autour des violences obstétricales, la mise en évidence d'accouchements traumatiques ou encore la présence d'accouchements en dehors du système (AHS) ou d'accouchements non assistés (ANA). Cet article aborde les AHS/ANA par dépit qui se déroulent en dehors des recommandations pour la pratique, en général en milieu extrahospitalier, lorsque les femmes/personnes¹ et les couples ne voient pas d'autres alternatives (Dahlen *et al.*, 2020). Il s'agit par exemple de naissances à domicile lors d'antécédents de césarienne, de présentations par le siège ou de jumeaux.

Birthing outside the system

Les AHS/ANA concernent un nombre marginal de naissance. Pourtant, ils constituent un thème essentiel pour les professionnel·e·s de la naissance comme le relèvent les auteur·e·s du livre *Birthing outside the system: the canary in the coal mine* («Accoucher en dehors du système: le canari dans la mine de charbon», Ibid). Ces accouchements sont en effet des événements sentinelles. Comme c'est explicité ici, opter pour un AHS/ANA est fréquemment une réaction au vécu ou à la crainte d'une expérience traumatique ou violente de la naissance. Au-delà des rares femmes optant pour un AHS/ANA, existent de nombreuses situations où ces expériences négatives et ces craintes interfèrent avec le déroulement actuel d'une grossesse et de ses suites (Ibid). D'où le lien avec les canaris qui avertissaient les mineurs d'un déficit en oxygène par leur comportement.

Études et motifs

L'intérêt de sages-femmes et obstétricien·ne·s pour l'AHS/ANA a émergé suite à plusieurs décès néonataux survenus lors d'AHS/ANA dans des pays à moyen et haut-

Plutôt que de ne pas avoir d'option en milieu hospitalier, ou de se risquer à subir à nouveau certaines attitudes, certaines femmes ont opté pour un accouchement en dehors du système.

revenu en Europe, aux Amériques et en Océanie (Hollander, 2020; Jackson, 2020). Ces auteur·e·s ont réalisé plusieurs études pour identifier ce qui incite des femmes à opter pour un AHS/ANA. Le plus souvent, l'AHS/ANA est motivé par une crainte vis-à-vis des suivis de la naissance en milieu hospitalier. Pour une proportion importante des femmes concernées, cette crainte est basée sur une première expérience négative de l'accouchement, comprenant des interventions telles que césariennes ou forceps, pratiquées sans consentement et sans délicatesse. Des situations où la douleur et les points de vue des femmes n'ont pas été entendus (Dahlen *et al.*, 2020). Parfois, ce sont également des expériences de «*bait and switch*» (appâter puis changer) consistant pour certain·e·s professionnel·e·s à faire des promesses aux femmes avant la naissance, puis à ne pas respecter celles-ci délibérément au cours de la naissance (Drandic *et al.*, 2020). Wallace relate des situations de «*bait and switch*» en Suisse dans sa thèse de doctorat auprès de femmes expatriées (West Wallace, 2019). Au-delà des interventions, les femmes interviewées relèvent des difficultés de communication avec les professionnel·e·s.

Négociation impossible

Les études qualitatives réalisées dans plusieurs pays rapportent une difficulté voire une impossibilité à négocier les options de la naissance en présence de situations particulières comme les accouchement par voie basse après césarienne (AVAC), les pré-

sentations du siège ou les grossesses gémeillaires (Dahlen *et al.*, 2020). Dans ces études, des femmes soulignent s'être senties dépossédées d'elles-mêmes, devenues des objets que l'on manipule, et plusieurs évoquent des symptômes traumatiques. Plutôt que de ne pas avoir d'option en milieu hospitalier, ou de se risquer à subir à nouveau certaines attitudes, certaines femmes ont opté pour un AHS/ANA (Dahlen *et al.*, 2020). Une situation qui s'est aussi produite en Suisse et qui a été présentée par l'équipe de la maternité de Rennaz, et une femme concernée, lors d'une journée de formation continue récente.

Droit... et devoir de pratiquer

Aux Pays-Bas, trois AHS impliquant un décès néonatal en présence d'une sage-femme ont initié un processus de réflexion et de création de nouveaux dispositifs de suivi visant à améliorer aussi bien la sécurité maternelle et infantile que l'expérience des femmes (Hollander, 2020; van der Garde *et al.*, 2019). Dans un premier temps, les sages-femmes concernées ont perdu leur droit de pratiquer. Cependant, les débats éthiques et légaux qui ont suivi ont établi, pour les Pays-Bas, qu'il valait mieux qu'une sage-femme ou un·e obstétricien·ne accompagne un AHS plutôt que le couple se retrouve seul dans cette situation. Les sages-femmes concernées ont été réhabilitées et les professionnel·e·s ont même le devoir d'accompagner les femmes et les couples dans toutes les situations (Ibid).

¹ Nous reconnaissons aussi les personnes non-binaires et/ou transgenres et leur expérience. Nous entendons le terme couple dans sa diversité. Pour une question de place, nous dirons femmes dans la suite de l'article.

Consultation dédiée

Toujours aux Pays-Bas, interpellées par les ANH/ANA décidés par dépit, l'obstétricienne Hollander et son équipe ont créé une consultation destinée à introduire plus de choix dans les situations particulières pour prévenir ou sécuriser les AHS/ANA (van der Garde *et al.*, 2019). Les femmes qui ont un projet d'AHS/ANA ou ont des demandes sortant des recommandations sont orientées vers cette consultation. C'est le cas de femmes qui demandent un suivi moins technicisé d'une naissance gémellaire, un recours à des positions libres, verticales et variées lors de siège, ou à l'usage de baignoire pour un AVAC. Les demandes concernent aussi la fréquence des examens vaginaux (sur demande de la femme plutôt que par protocole) et l'utilisation du CTG (Ibid). Ce dispositif est prometteur. Il augmente la satisfaction et la sécurité des femmes et des nouveau-nés lors de situations comportant des tensions sur la conduite à adopter. Il se constitue de trois étapes résumées ci-dessous (Ibid).

Cette consultation spécialisée vise à comprendre la femme dans son expérience et ses demandes, ainsi qu'à créer une alliance véritable en actant la capacité des professionnel-le-s à entendre les femmes.

Ecouter

La première consultation est intégralement utilisée pour écouter la femme et le couple dans leurs expériences et demandes. Cette étape constitue souvent une occasion pour la femme de revenir sur un accouchement précédent et d'explicitier ce qu'elle y a mal vécu et ne veut pas revivre. Lors de cette première étape, les professionnel-le-s n'interrompent pas et ne prodiguent pas de recommandations. Cette consultation vise à comprendre la femme dans son expérience et ses demandes, ainsi qu'à créer une alliance véritable en actant la capacité des professionnel-le-s à entendre les femmes.

Explicitier

La seconde consultation consiste pour les professionnel-le-s à explicitier la manière habituelle de suivre une femme dans la situation présente. Qu'est-ce qui est recommandé pour une naissance de jumeaux, d'un siège ou d'un AVAC dans notre maternité? Durant ces explications, la personne professionnelle distingue les niveaux de preuve sur lesquels se base les recommandations régionales/institutionnelles. En d'autres termes, ces auteures explicitent de manière transparente lorsque leurs recommandations ne reposent pas sur des preuves de haut niveau et relèvent d'habitudes institutionnelles. Cette transparence révèle les attitudes plus aisément négociables. En aparté, il faut noter que les habitudes induisent des limites de compétences et que les changer peut prendre du temps et demander un soutien spécifique (Perrenoud, 2014). Lors

de cette deuxième consultation, l'équipe vise à développer un climat serein. Il s'agit d'informer aussi objectivement que possible, sans effectuer de pression, ni effrayer. L'équipe obstétricale suit les recommandations éthiques du modèle de la décision partagée (Kotaska, 2017; Megregian & Nieuwenhuijze, 2018; Minkoff & Marshall, 2016).

Négocier

La troisième consultation vise à négocier le suivi de la naissance entre recommandations habituelles et ANH/ANA. Les options inhabituelles sont discutées avec l'équipe obstétricale afin qu'elles soient réalisables par celle-ci.

Accouchement réparateur

In fine, la consultation spécialisée a abouti à ce que 38% des femmes optent pour une naissance selon les recommandations, 38% obtiennent une adaptation au protocole habituel et 24% poursuivent dans une démarche d'AHS/ANA à domicile. Les auteures se réjouissent que toutes les femmes et tous les nouveau-nés soient en bonne santé quelles que soient les modalités choisies, soulignant leur posture éthique. Ce processus de négociation en trois étapes permet de réaliser l'option la plus sûre ou celle qui est la plus sûre en second (*the second best option*) (Ibid). Dans l'article, Hollander fait le récit d'une naissance de jumeaux après un antécédent de césarienne traumatique. Pour éviter un AHS/ANA à domicile et après



L'accouchement hors système par dépit constitue un point d'attention pour les professionnel-le-s de la naissance, pointant des améliorations nécessaires, relatives aux pratiques de consentement, de décision et de communication dans les soins périnataux.

consultation de son équipe, elle accepte de suivre cette naissance selon les demandes de la femme – avec une surveillance nettement moindre – mais en maternité hospitalière. La naissance se passe normalement, au plus près des souhaits de la femme, mais est suivie d'une hémorragie post-partum. La confiance établie tout au long du processus permet la mise en place du traitement sans délai (Ibid). A la lecture de l'article, on sent le soulagement de l'équipe, qui en permettant un accouchement hors du système réparateur en maternité, a protégé la santé et la vie d'une femme.

Prérogatives pour dérogéer aux recommandations

Les initiatives prises pour limiter les situations d'AHS/ANA par dépit impliquent une collaboration entre les obstétricien-ne-s, les sages-femmes et les femmes. Plusieurs initiatives ont été initiées par des obstétricien-ne-s qui ont les prérogatives pour déroger aux recommandations régionales ou institutionnelles, comme c'est le cas dans la situation néerlandaise. En Australie, un système analogue a été créé pour les projets de naissances comportant des demandes inhabituelles (Jenkinson & Fox, 2020). Ces projets sont discutés puis – si possible – avalisés par un-e obstétricien-ne chef-fe de service. Cette démarche soulage les équipes de sages-femmes et médecins assistant-e-s qui adhèrent plus facilement au projet, sans crainte de répercussions. Une continuité dans les soins – du point de vue sage-femme et obstétricien-ne quand cela est indiqué – permet d'éviter de réinterroger les projets sortant des recommandations et d'améliorer l'expérience des femmes concernées (Ibid).

Événements sentinelles

L'AHS/ANA par dépit constitue un point d'attention pour les professionnel-le-s de la naissance, pointant des améliorations nécessaires, relatives aux pratiques de consentement, de décision et de communication dans les soins périnataux. L'intérêt international suscité par ce sujet est porteur d'espoir, car il repose sur des collaborations fructueuses entre les professionnel-le-s et avec les femmes, personnes et couples concernés. L'AHS/ANA par dépit concerne toutes les régions du monde y compris les pays à moyen ou bas revenu. ☉

AUTEURE



Patricia Perrenoud

est sage-femme et anthropologue, enseignante et chercheuse à la Haute Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale. Elle fait aussi partie du conseil consultatif rédactionnel d'*Obstetrica*.
patricia.perrenoud@hesav.ch

Références

- Dahlen, H., Kumar-Hazard, B. & Schmied, V. (Eds.) (2020)** Birthing outside the system: the canary in the coal mine. Routledge.
- Drandic, D., Rubashkin, N., Sadavaya, T. & Illarionova, S. (2020)** Birth choices in Eastern Europe and Russia. In Dahlen, H., Kumar-Hazard, B. & Schmied, V. (Eds.) Birthing outside the system: the canary in the coal mine. Routledge.
- Hollander, M. (2020)** Birthing "outside the system" in the Netherlands. In Dahlen, H., Kumar-Hazard, B. & Schmied, V. (Eds.) Birthing outside the system: the canary in the coal mine. Routledge.
- Jackson, M. (2020)** Giving birth outside the system in Australia: freebirth and high-risk homebirth. In Dahlen, H., Kumar-Hazard, B. & Schmied, V. (Eds.) Birthing outside the system: the canary in the coal mine. Routledge.
- Jenkinson, B. & Fox, D. (2020)** Keeping the canary singing: maternity care plans and respectful homebirth transfer. Dahlen, H., Kumar-Hazard, B. & Schmied, V. (Eds.), *Birthing outside the system: the canary in the coal mine*. Routledge.
- Kotaska, A. (2017)** Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide. *Birth*, 44(3), 195-199. <https://doi.org/10.1111/birt.12281>
- Megregian, M. & Nieuwenhuijze, M. (2018)** Choosing to Decline: Finding Common Ground through the Perspective of Shared Decision Making. *J Midwifery Womens Health*; 63(3), 340-346. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12747>
- Minkoff, H. & Marshall, M. F. (2016)** Fetal Risks, Relative Risks, and Relatives' Risks. *Am J Bioeth*; 16(2), 3-11. <https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1120791>
- Perrenoud, P. (2014)** Naissance et évolution des pratiques: entre Evidence Based Medicine, expérience et intuition. In I. Maffi, I., Burton-Jeangros, C. & Hammer, R. (Eds.) *Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande*. BSN Press.
- van der Garde, M., Hollander, M., Olthuis, G., Vandenbussche, F. & van Dillen, J. (2019)** Women desiring less care than recommended during childbirth: Three years of dedicated clinic. *Birth*; 46(2), 262-269. <https://doi.org/10.1111/birt.12419>
- West Wallace, L. M. W. (2019)** *Here and away: motherhood and belonging among expat women in Geneva, Switzerland*. Chapel Hill.