

UNIVERSITÉ LILLE

École de sages-femmes CHU de Lille

Le vécu des femmes dans le cadre de leur accouchement inopiné extrahospitalier

Enquête qualitative auprès de quatorze femmes ayant accouché de façon inopinée en
extrahospitalier en France

Mémoire rédigé et soutenu par
Justine DESCAMPS

Sous la direction de Mme Marie THERY

Année 2020-2021
Promotion Anna Roy

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en préambule de ce mémoire,

Mme Marie Thery, psychologue dans le service de médecine et réanimation néonatale de la maternité Jeanne de Flandre de Lille, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils et réflexions autour du sujet, ainsi que pour l'élaboration de la grille d'entretien.

Mme Caroline Degraeve, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes du CHU de Lille, pour la guidance de ce mémoire, sa disponibilité et sa pédagogie, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe pédagogique, sages-femmes enseignantes et secrétaires.

L'ensemble des mamans volontaires qui ont participé à ce travail, pour leur témoignage authentique et leurs messages de soutien pour cette dernière année d'étude.

L'ensemble de ma famille et belle-famille, pour leur soutien durant ces années de dur labeur et leurs nombreuses relectures de ce mémoire. J'ai toujours su pouvoir compter sur vous.

Rémi, pour son aide et sa patience durant ces années, qui ont oscillé entre joie, fierté et doute.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
PREMIÈRE PARTIE : PARTIE THÉORIQUE.....	8
I. L'ACCOUCHEMENT INOPINÉ EXTRAHOSPITALIER	9
1. Historique de l'AIEH	9
2. Connaissances médicales autour de l'AIEH	10
II. VÉCU	16
1. Vécu des équipes de secours	16
2. Vécu des accompagnants	16
DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE	17
I. TYPE D'ÉTUDE.....	18
II. ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE	18
1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	18
2. Outils utilisés pour l'étude.....	19
III. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE.....	19
TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS	20
I. PRÉSENTATION GÉNÉRALE	21
II. LE DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE.....	22
1. Des séances de préparation à la naissance jugées appropriées et basées sur un accouchement en structure adaptée.....	22
2. La rédaction d'un projet de naissance	22
3. L'existence d'une appréhension et de doutes au cours de la grossesse autour de l'accouchement	23
III. A L'APPROCHE DU TERME.....	24
1. La distance domicile-maternité.....	24
2. L'information donnée aux femmes concernant la rapidité du travail obstétrical.....	24
3. Les actions mises en place pour déclencher le travail	24

4.	La consultation aux urgences obstétricales ou auprès des sages-femmes libérales	25
5.	La différente perception des signes évocateurs de la mise en route du travail	25
IV.	LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT	26
1.	Les différentes émotions ressenties lors de l'accouchement	26
2.	La position adoptée	28
3.	La présence des secours	29
4.	La représentation du corps	31
5.	L'implication d'une tierce personne lors de l'accouchement	32
6.	La présence des enfants aînés	35
7.	Une inquiétude majeure concernant les risques possibles chez le nouveau-né	36
8.	Les complications néonatales et maternelles	37
V.	LE SÉJOUR EN MATERNITÉ	38
1.	Une vision différente du séjour en maternité selon les femmes	38
2.	La nécessité de mettre des mots sur l'événement	38
VI.	LE RETOUR AU DOMICILE	40
1.	L'ambivalence entre joie et appréhension	40
2.	L'importance du lieu d'accouchement	41
3.	L'impact sur la relation entre la femme, le nouveau-né et la personne présente	41
VII.	À DISTANCE DE L'ACCOUCHEMENT	43
1.	Vision différente d'elle-même	43
2.	Conséquences sur la vie d'après	43
	QUATRIÈME PARTIE : ANALYSE & DISCUSSION	44
I.	LE RESENTI DE LA FEMME, DE LA PÉRIODE PRÉNATALE AU RETOUR AU DOMICILE	45
1.	Une séparation corporelle et mentale	45
2.	Des émotions diverses et contradictoires ressenties lors de l'accouchement	49
3.	Un sentiment de culpabilité et une préoccupation maternelle notable	50
4.	L'importance du lieu d'accouchement	52

II. L'ACCOMPAGNEMENT.....	53
1. L'accompagnement en anténatal, en libéral ou en hospitalier.....	53
2. L'accompagnement par l'équipe médicale durant le séjour en maternité	54
3. L'importance de la personne accompagnante	56
4. La présence des secours : entre réassurance et contraintes.....	56
III. LES CONSÉQUENCES DE CET ACCOUCHEMENT	57
1. La présence de enfants aînés	58
2. Les difficultés pré, per et post-accouchement rencontrées par l'entourage	58
3. Des relations modifiées ou inchangées	59
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXES	67

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIEH : Accouchement inopiné extrahospitalier

APAAD : Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile

ATCD : Antécédent

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIANE : Collectif inter-associatif autour de la naissance

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNSF : Collège national des sages-femmes de France

ESPT : État de stress post-traumatique

FIV : Fécondation in-vitro

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HPP : Hémorragie du post-partum

IMG : Interruption médicale de grossesse

PMI : Protection maternelle et infantile

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

RGO : Reflux gastro-œsophagien

SA : Semaine d'aménorrhée

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SPIA : Score prédictif de l'imminence de l'accouchement

INTRODUCTION

L'accouchement inopiné extrahospitalier (AIEH) se définit comme un accouchement imprévu en dehors de la maternité. Il représente, en France, 0,5 % des accouchements et est à différencier des accouchements préhospitaliers programmés, des accouchements en plateau technique accompagnés d'une sage-femme et des maisons de naissance (1). Le vécu des femmes lors de ces derniers types d'accouchements est régulièrement prôné par de nombreuses associations, notamment avec cette volonté de démedicalisation qui s'installe depuis plusieurs années et qui est fréquemment notifiée dans les projets de naissance. Cependant, on retrouve peu de littérature concernant le vécu des femmes lors de l'AIEH. Ces accouchements, décrits dans de nombreuses études, ne sont pas sans conséquence pour la mère et son enfant et un profil type de femme ainsi que les facteurs de risque ont été établi à plusieurs reprises.

L'objectif de cette étude est de rendre compte du vécu des femmes au cours de leur accouchement inopiné extrahospitalier. En effet, on retrouve peu d'étude dans la littérature reprenant le ressenti de ces femmes. L'ensemble des études portent sur le ressenti des médecins urgentistes et secouristes comme les sapeurs-pompiers. Cependant, ces études nous ont permis de comprendre l'inquiétude des secours face à un tel événement et d'émettre des propositions afin que chaque individu – femme, conjoint, secouriste – ne se trouve pas en situation de stress.

Nous étudierons donc le vécu de ces femmes au travers de la question « Comment les femmes ont-elles vécu leur accouchement inopiné extrahospitalier ? » et nous verrons au décours de ce travail l'histoire de l'AIEH, les connaissances autour de l'AIEH ainsi que le vécu des urgentistes retrouvé dans la littérature, puis nous citerons la méthode utilisée ainsi que les différents résultats de nos entretiens et enfin nous analyserons le ressenti de la femme de la période prénatale au retour au domicile, l'accompagnement durant cette même période et, pour terminer, les conséquences de cet accouchement.

PREMIÈRE PARTIE : PARTIE
THÉORIQUE

I. L'ACCOUCHEMENT INOPINÉ EXTRAHOSPITALIER

1. Historique de l'AIEH

A. De l'Égypte antique au début du XX^{ème} siècle

De tout temps, l'accouchement a fait l'objet de nombreux récits permettant la description de celui-ci. Il existait, déjà dans l'Égypte antique, des représentations autour de l'accouchement et notamment la position d'accouchement de la mère, accroupie, comme étant la position adoptée et adaptée (2). La femme a souvent été assisté lors de la mise au monde de son enfant. Son environnement lors de son accouchement était composé principalement d'une figure féminine rassurante (3), de l'image maternelle. Dès le Moyen-Âge, les futures mères étaient accompagnées d'une mère ou d'une tante à domicile en milieu rural, et de femmes appelées communément les « matrones », « ventrières » ou « femme qui aide » en ville, permettant l'assistance à la parturiente lors de l'accouchement, et ce jusqu'au début du XVI^{ème} siècle (4). Leurs rôles étaient non seulement d'assister la femme lors de la mise au monde de l'enfant, mais également d'apporter leurs connaissances et leur expérience lors de l'accouchement.

Jusqu'au début du XX^{ème} siècle, l'accouchement en milieu hospitalier était réservé aux femmes pauvres, aux filles-mères sans domicile, aux femmes n'ayant pas la possibilité d'engager un professionnel pour l'accouchement. Seule la bourgeoisie accouchait au domicile familial, avec l'assistance d'un médecin. En l'an 1900, les naissances au domicile familial représentent 92 % des naissances en France (4). Cette volonté d'accoucher au domicile résulte du nombre important de complications en maternité, lié directement à l'absence d'asepsie, et à l'augmentation de la mortalité suite à la propagation de pathologie infectieuse comme la fièvre puerpérale entre les accouchées (infection utérine).

B. Les progrès médicaux entraînent une médicalisation de l'accouchement

Vers la fin du XX^{ème} siècle, et grâce aux découvertes de Pasteur, le risque de contamination infectieuse est en baisse conséquente, et les nombreux progrès médicaux

entraînent une attirance et une volonté des femmes à accoucher à l'hôpital, notamment avec la plus grande facilité de soins des urgences liées à l'accouchement et la diminution très nette de la mortalité. Une date charnière pourrait être celle de 1952 où l'on voit le nombre d'accouchement en milieu hospitalier dépasser le nombre d'accouchement au domicile (4).

C. La volonté de démedicaliser depuis plusieurs années

Le nombre important de progrès médicaux depuis le XX^{ème} siècle a entraîné une plus grande maîtrise de l'ensemble de la grossesse, de l'accouchement, des suites immédiates ainsi qu'une médicalisation conséquente mais parfois nécessaire en milieu hospitalier.

Depuis les années 1975-1980, la volonté des futures mères tend à la démedicalisation de l'accouchement, avec un besoin de retour à la physiologie et à l'accouchement naturel, sans analgésie par exemple. De multiples sages-femmes ont alors proposé des accouchements à domicile, aujourd'hui très peu nombreux en raison de contraintes, plus assurantielles qu'organisationnelles. En 2018, en France, l'APAAD a identifié 88 sages-femmes libérales réalisant des accouchements à domicile. Le taux d'accouchement au domicile, y compris programmé, varie de 0,6 à 16 % selon les pays (5).

L'alternative développée depuis plusieurs années par le système français se révèle être les maisons de naissance, encadrées par la loi du 6 décembre 2013 et reconduites jusqu'en novembre 2021 (6), ainsi que le développement des salles de naissance « nature », pour les mères ne souhaitant pas d'analgésie et désirant être le plus possible libre de leurs mouvements (7). Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, ces mères représentent 14,6 % des femmes et, par conséquent, cela impose la nécessité de répondre à leurs souhaits.

2. Connaissances médicales autour de l'AIEH

A. Principaux facteurs de risques

L'AIEH est, par définition, un accouchement inopiné, imprévu mais pas nécessairement imprévisible. Plusieurs études ont été réalisées sur les facteurs de risque de l'AIEH et un registre national des AIEH est en cours depuis 2011 (8). Ce registre prend en considération certaines caractéristiques de l'AIEH notamment l'identification du SAMU, les données de la régulation, les informations concernant la patiente, son accouchement et sa prise en charge par le SMUR

ainsi que celle du nouveau-né, la délivrance, la surveillance du post-partum, le transport, la destination et le devenir de la patiente (9). Ce registre permet d'établir, en accord avec les différentes études, un profil type de femme, à savoir d'âge moyen, multipare, de bas niveau socio-économique, tabagique, n'ayant pas ou peu de suivi de la grossesse et habitant à moins de vingt minutes de la maternité. Ce profil ne tendrait pas à changer depuis plusieurs années. (1,10)

Multiparité

La sage-femme possède, de par sa formation et son expérience professionnelle, une vision globale du travail obstétrical d'une femme en fonction de sa parité et il est commun de constater que le travail obstétrical d'une patiente multipare se déroule généralement plus rapidement qu'une patiente nullipare. Rappelons que le premier stade du travail obstétrical comprend la phase de latence, qui se définit par les premières contractions régulières et une dilatation cervicale jusqu'à cinq centimètres, et la phase active, qui se définit quant à elle par une dilatation cervicale allant de cinq centimètres à dilatation complète (recommandations du CNSF et du CNGOF). Le deuxième stade du travail comprend la phase de descente du mobile fœtal et la phase d'expulsion. Cette particularité s'observe notamment lors de l'AIEH en France : l'ensemble des femmes accouchant en dehors de la maternité sont multipares. (11) (12–14) Cette notion se note également dans d'autres pays européens, et notamment en Slovénie, où les patientes multipares sont plus nombreuses à accoucher au domicile inopinément.

Par conséquent, alors même qu'il serait raisonné de dire que la nulliparité est un facteur de risque d'AIEH, « l'inexpérience dû à la méconnaissance des signes d'accouchement imminent ne fait pas partie des causes d'AIEH » (15). Il en résulte d'une accélération du déroulement des différentes phases du travail de ces femmes.

Bas niveau socio-économique

Le niveau socio-économique se définit en fonction du niveau d'éducation d'une personne, de son logement et, entre autres, de ses revenus (16). Un bas niveau socio-économique est retrouvé dans différentes études comme facteur de risque d'AIEH (1,14,17,18). La précarité, la barrière de la langue, l'impossibilité de se rendre à la maternité ou un emploi précaire, long et pénible sont autant de difficultés pouvant entraîner un risque d'AIEH.

Distance domicile-maternité

Depuis plusieurs années, les groupements hospitaliers et la nécessité de prise en charge de pathologie obstétricale urgente ont eu raison de la fermeture de nombreuses maternités de niveau I. Le décret de 1998 a entraîné la fermeture des maternités réalisant moins de 300 accouchements par an, et par conséquent a réduit le nombre de maternité de niveau I à 152 maternités (19). Cependant, selon une étude, 81 % des femmes enceintes sont domiciliées à moins de vingt minutes d'une maternité (15). La fermeture de ces maternités n'a pas entraîné une augmentation de la distance domicile-maternité puisque la population générale vit de plus en plus en milieu urbain et les maternités, contraintes de stopper leur activité, se trouvaient dans une zone où l'offre restait suffisante (20).

Absence de suivi de grossesse

L'absence de suivi de la grossesse signifie l'absence de consultation prénatale mensuelle et/ou l'absence de réalisation des trois échographies fœtales recommandées durant la grossesse. Cette absence de suivi peut être la volonté des femmes elles-mêmes ou une incapacité à se rendre à ces consultations, directement lié au niveau socio-économique et aux différentes problématiques que les femmes peuvent rencontrer, ce qui entraîne une impossibilité pour les équipes médicales de promulguer des messages de prévention, notamment en ce qui concerne les signes évocateurs d'un début de travail. L'absence de suivi découle, pour certaines femmes et dans certains cas, d'une méconnaissance de leur état de grossesse. En effet, dans une étude réalisée au CHU de Bordeaux en 2017 portant sur les AIEH, l'auteur notait un taux de déni de grossesse de 7,8 % (12). Ce chiffre augmente jusqu'à 25 % dans d'autres études similaires (1,11).

Tabagisme

Le tabagisme représente un facteur de risque majoritaire de l'AIEH (21). Dans l'incapacité d'expliquer le lien direct entre le tabac et l'AIEH, l'absence de suivi de grossesse reste une hypothèse quant à cette affirmation, entraînant une difficulté de prévention et de proposition de consultation en tabacologie, mise en place par des sages-femmes depuis plusieurs années dans les différentes maternités de France.

B. Risques associés à l'AIEH et mesures de prévention de ces risques

En raison du caractère inopiné de l'accouchement et du lieu lui-même, l'accouchement inopiné extrahospitalier expose les femmes et leur nouveau-né à un risque majoré de complications. Pour ce faire, les équipes de secours ont élaboré des protocoles afin de gérer au mieux cette situation, aussi rare soit elle. Lorsque le centre de régulation du SAMU reçoit un appel pour menace d'accouchement, le médecin régulateur doit rapidement rechercher les critères indiquant l'imminence de l'accouchement grâce à trois scores (le score de Malinas (Annexe 1), le score SPIA (Annexe 2) et le score Premat-SPIA) et doit dépêcher une équipe de SMUR afin de porter assistance à la mère s'il estime que le risque de survenue de l'accouchement est présent et il doit garder l'appelant en communication jusqu'à l'arrivée de l'équipe médicale (22). Les protocoles diffèrent selon les régions d'exercice et s'adaptent aux risques majorés.

La meilleure attitude afin d'éviter ces risques est encore la préparation à la naissance. Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont plus souvent suivies par les primipares. Cependant, la multiparité est un facteur de risque d'AIEH, ce qui entraîne la problématique, comme évoqué précédemment, de la prévention de ces femmes qui n'assistent pas à ces séances. Deux études insistent également sur la nécessité d'informer en systématique ces patientes en anténatal, en consultation par exemple. Il est également possible de proposer un entretien prénatal durant la grossesse afin de faire passer des messages de prévention et d'anticiper les problématiques rencontrées par ces femmes (11,12).

Risques maternels

➤ L'hémorragie de la délivrance :

L'hémorragie de la délivrance est définie comme une perte sanguine supérieure à 500ml lors d'un accouchement par voie basse dans les vingt-quatre premières heures du post-partum et fait partie des hémorragies du post-partum (HPP) (23). Le taux d'HPP lors d'un AIEH s'élève à 10 % au niveau national (24) et se révèle être identique au taux d'HPP en milieu hospitalier. Il est fréquemment retrouvé dans la littérature que les HPP lors d'AIEH ne sont pas plus fréquentes mais sont plus graves lorsqu'elles surviennent (25). Il s'agit de l'une des complications les plus fréquentes du post-partum immédiat et dans un contexte d'accouchement préhospitalier, il est possible que le diagnostic d'HPP ne soit pas posé en raison d'une impossibilité pour les secours de quantifier les pertes sanguines. Afin d'éviter tout

risque d'hémorragie massive, plusieurs recommandations existent afin de prévenir cette complication lors de l'AIEH, même si la réalisation de ces gestes en systématique n'a pas démontré une efficacité certaine (4,20) : le sondage urinaire permettant une meilleure rétraction utérine, une compensation volémique rapide afin d'éviter tout choc hémorragique, le massage utérin au travers de la paroi abdominale. Ces gestes sont à privilégier pour une prise en charge active de l'HPP lorsque le diagnostic a été posé (27). Les différentes études insistent également sur l'importance de la délivrance dirigée, en salle de naissance comme en dehors de la structure hospitalière (réalisée alors par les équipes de secours) (14). L'administration préventive de 5 à 10 unités internationales d'ocytocine en intramusculaire ou en intraveineux après l'accouchement par voie basse, au dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant ou dans les minutes qui suivent l'accouchement, permet de diminuer le risque d'HPP de 50 % (7). Cependant, ces mesures de prévention ne peuvent pas être appliquées dans toutes les situations, notamment lors de l'AIEH qui est une situation d'urgence où la mère se trouve en un lieu inadapté et parfois sans équipe médicale à proximité.

➤ Lésions périnéales :

Dans diverses études, le taux de lésions périnéales environne les 50 %. Dans la majorité des cas, il s'agit de déchirure de 1^{er} degré, c'est-à-dire une lésion du plan cutané et vaginal, sans gravité (8,13). Ce taux peut s'expliquer par l'envie irrésistible de pousser et la non-maîtrise de la tête fœtale lors de l'expulsion. Cependant, ce taux peut être remis en cause par une étude réalisée à Grenoble en 2018 où l'auteur relève un taux de 50 % de périnée intact. Cette absence de lésion périnéale peut s'expliquer par la position que prend la mère au moment de l'accouchement, qui est probablement la plus physiologique (24). La position gynécologique adoptée par les professionnels de santé pour les mères lors de l'accouchement dans de nombreuses maternités n'est pas la plus adaptée pour celles-ci. Il est d'ailleurs recommandé par le CNGOF de laisser libre choix à la mère de la position de l'accouchement (6). Lors de son accouchement inopiné, la mère a la possibilité de se positionner comme elle l'entend, de la façon la plus antalgique possible. Dans l'urgence, les équipes de secours n'ont pas toujours l'avantage de la position et doivent gérer la situation. Une étude de 2016 en rapport avec l'observatoire des AIEH rappelle plusieurs recommandations afin de concilier au mieux la volonté de la femme et la nécessité d'intervention de l'équipe, à savoir privilégier l'axe ombilico-coccygien par exemple. Il est nécessaire également que l'accoucheur soit plus bas que l'accouchée elle-même, que la femme ne soit pas directement au sol mais surélevée, sur un lit par exemple, et de créer une nutation du bassin (28). Une autre étude préconise quant à elle le décubitus latéral quand cela est possible (21) ou encore de débiter les efforts expulsifs

lorsque la tête fœtale est visible à la vulve, afin d'avoir la certitude de la dilatation complète du col utérin (14,22).

➤ Rétention placentaire :

La troisième phase du travail obstétrical commence à partir de la naissance et se termine lors de l'expulsion du placenta. Cette phase est habituellement plus longue en extrahospitalier en raison de l'absence d'injection d'ocytocique dès la naissance et en raison d'une rétention placentaire plus fréquente qui se définit comme une absence d'expulsion du placenta dans l'heure suivant l'accouchement (23). Selon une étude cas-témoin réalisée au CHU de Rouen en 2018, 20 % des patientes accouchant en extrahospitalier avaient une délivrance dirigée complète et 3,1 % avaient une délivrance naturelle complète. Ce taux peut être directement lié aux mesures de prévention non respectées, par manque de temps ou de moyens (pas d'équipe médicale sur place). Rappelons que, selon l'HAS, l'injection d'ocytocine en cas de rétention placentaire n'est pas efficace et que la délivrance artificielle est nécessaire et doit être réalisée lors du transfert de la patiente en cas d'AIEH (23).

Risques fœtaux et néonataux

Dans l'ensemble des études, l'hypothermie néonatale est la complication néonatale la plus retrouvée significativement (1,8,13,21), ce qui peut entraîner chez le nouveau-né une hypoglycémie, une détresse respiratoire, une acidose, une hémorragie intracrânienne ou encore des infections et qui peuvent se révéler gravissime (29). Bien que les conséquences d'une hypothermie néonatale puissent être graves, les mesures de prévention sont généralement peu appliquées (8).

Les recommandations consistent à sécher l'enfant avec un linge chaud et sec, à l'habiller d'un bonnet, à l'installer en peau-à-peau contre sa mère, à éviter les courants d'air dans la pièce où le nouveau-né se trouve. Il est nécessaire de l'installer dans un sac de polyéthylène lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né prématuré (14,18,21,30).

Lutter contre l'hypothermie, promouvoir l'allaitement maternel et favoriser l'interaction avec la mère sont des points primordiaux de l'AIEH (31,32). L'hypoglycémie néonatale peut être prévenue par la mise au sein précoce du nouveau-né, dans toutes les situations, y compris l'AIEH (1,8).

II. VÉCU

1. Vécu des équipes de secours

Les secours, lors d'un appel pour motif obstétrical, peuvent être confrontés à trois situations : la patiente est en travail, l'accouchement est en cours ou l'enfant est né. Selon une étude, deux tiers des enfants sont nés avant l'arrivée du SAMU (14). Dans de nombreux cas, l'interlocuteur, accompagnant la femme enceinte, est « *stressé et anxieux* » ce qui entraîne une difficulté de communication et de compréhension ainsi qu'une deuxième personne à prendre en charge lors de l'arrivée des secours (13).

S'ajoute un manque d'entraînement et de pratique dénoncé par les secouristes eux-mêmes. Dans une étude de 2017 reprenant le ressenti des urgentistes, 79 à 82 % d'entre eux se disent mal à l'aise face à l'accouchement inopiné et, selon une étude réalisée en Suède en 2015, la plupart des femmes ressentirait le désarroi de l'équipe médicale face à cette situation.

2. Vécu des accompagnants

La littérature reste assez pauvre concernant le ressenti de l'entourage présent avec la femme lors de l'accouchement alors qu'ils sont les premiers acteurs dans cette situation. Une étude sur les conséquences maternelles et néonatales retrouve que dans 17 % des cas, l'accompagnant est le conjoint ou un ami de la femme et dans cette même étude, la tierce personne est impressionnée face à cette situation rare mais pas sans risque (1).

Il est possible, pour la femme, de rencontrer un psychologue afin de poser des mots sur l'événement qu'elle a vécu en maternité, mais dans trop peu de cas, cette consultation est proposée à la famille, conjoint et enfants aînés notamment (21), alors même que les secours ressentent l'angoisse chez l'entourage.

DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE

I. TYPE D'ÉTUDE

Notre étude est une analyse qualitative descriptive rétrospective déclarative auprès de seize femmes volontaires de différentes régions françaises. Une déclaration auprès de la CNIL a été réalisée (Annexe 3). Une recherche de mères volontaires a été publiée sur les réseaux sociaux et via le collectif CIANE. Les femmes nous contactaient via l'adresse mail laissée. Un rendez-vous était convenu, en visio ou par contact téléphonique. Un consentement (avec une explication de l'intérêt de l'étude et les modalités de l'entretien) et la roue des émotions de Plutchik étaient remis par mail (Annexe 4). La durée des entretiens s'étend de 17 min 12 sec à 50 min 33 sec, avec une moyenne de 25 min 28sec.

II. ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE

Après publication de la recherche de mères volontaires, nous avons reçu trente-six réponses. Nous avons réalisé seize entretiens dont deux entretiens tests afin d'évaluer la grille d'entretien (Annexe 5). Ces deux tests ne sont pas comptabilisés dans l'analyse de l'étude. Nous avons fait le choix de ces quatorze femmes par année d'accouchement, puis en fonction des précisions données par les femmes elles-mêmes.

Les entretiens semi-directifs ont eu lieu du 4 septembre 2020 au 28 octobre 2020. Deux entretiens ont eu lieu en présentiel, puis treize entretiens ont eu lieu en visio et un entretien par contact téléphonique en raison des conditions sanitaires.

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les femmes recrutées devaient être volontaires, avoir accouché en milieu extrahospitalier de façon inopinée, avec ou sans présence des secours, et elles devaient comprendre et parler correctement le français. Nous considérons que la limite entre le préhospitalier et l'hospitalier se situe sur le parking de la maternité. Un accouchement dans un autre service hospitalier que celui de la maternité ne rentre pas dans nos critères d'inclusion.

Sont exclus, les accouchements préhospitaliers programmés avec une sage-femme et les accouchements en plateau technique.

2. Outils utilisés pour l'étude

Les outils utilisés pour l'étude sont la grille d'entretien réalisée en collaboration avec la directrice de ce mémoire, psychologue à la maternité Jeanne de Flandre de Lille, la roue des émotions de Plutchik (Annexe 4) associé au consentement écrit de la personne. Cette roue des émotions était décrite comme une liste non exhaustive sur laquelle les femmes pouvaient réfléchir aux émotions ressenties lors de l'accouchement, et non à posteriori. Au début de chaque entretien, un rappel sur la nécessité d'enregistrer l'entretien a été réalisé. L'ensemble des entretiens a été enregistré via un dictaphone et retranscrit via le logiciel LibreOffice®. Les retranscriptions ont été réalisées et enregistrées de façon anonyme (Annexe 6). Le logiciel Zotero® a été utilisé pour rédiger la bibliographie de cette étude. Les références ont été recherchées majoritairement via Lillocat, Google Scholar, Cairn et ScienceDirect.

III. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

Au décours de notre étude, nous avons relevé plusieurs biais, diminuant la puissance de notre étude. Pour des raisons organisationnelles, notamment le laps de temps pour réaliser l'étude, nous n'avons pas eu la possibilité d'interroger l'ensemble des femmes volontaires, ce qui nous aurait permis d'avoir potentiellement d'autres vécus et d'autres notions à analyser. Nous notons également un biais de mémorisation, les accouchements ayant eu lieu entre un an et onze ans avant l'entretien, mais également un biais de volontariat. Il est possible de penser que ces femmes volontaires ont bien vécu leur accouchement si elle souhaite en témoigner. Cependant, une femme de notre étude a un mauvais ressenti et nous en fait part. Enfin, notre étude compte seize femmes n'ayant pas le même profil retrouvé dans les différentes études nationales françaises.

Cependant, notre étude compte quatre femmes de profession médicale ou paramédicale, ce qui est une force pour notre étude. Ainsi, nous avons la possibilité de comparer leur ressenti avec les femmes ne faisant pas partie d'une équipe soignante. Notre étude reprend également les vécus de femmes de différentes régions françaises, ce qui ne nous limite pas à une région ou à un type de maternité.

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS

I. PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Madame	Année d'accouchement	Lieu d'accouchement	Âge gestationnel (Terme = 37 à 41 SA)	Parité	ATCD ou remarque
A	2019	Domicile	Terme	3ème	Infirmière
B	2019	Domicile	Terme	2ème	ATCD d'accouchement prématuré
C	2018	Véhicule	Terme	2ème	ATCD d'IMG
D	2019	Domicile	Terme	2ème	/
E	2019	Véhicule	Terme	3ème	ATCD d'accouchement rapide
F	2019	Domicile	Terme	2ème	Sage-femme
G	2020	Domicile (cour)	Terme	2ème	/
H	2016	Domicile	Terme	2ème	Grossesse par FIV
I	2019	Domicile	Terme	2ème	Sage-femme
J	2019	Domicile	Terme	2ème	/
K	2010	Domicile	Environ 35-37 SA	2ème	ATCD d'accouchement rapide
L	2018	Domicile	Terme	2ème	Infirmière
M	2016	Domicile	Terme	4ème	Ambulancière
N	2017	Ambulance	Terme	4ème	Séroconversion toxoplasmose pendant la grossesse

Les quatorze accouchements inopinés ont eu lieu entre 2010 et 2020. Onze ont eu lieu au domicile de la femme, deux ont eu lieu dans le véhicule personnel de la femme et un a eu lieu dans l'ambulance des sapeurs-pompier. Tous les nouveaux nés sont nés à terme, à l'exception d'un, entre 35 et 37 SA selon la femme. L'ensemble des femmes est multipare, de deuxième pare à quatrième pare. Notre étude compte deux femmes sages-femmes de profession, deux femmes infirmières, une femme ambulancière. Chez trois femmes, nous notons un antécédent d'accouchement rapide dont un accouchement prématuré pour l'une d'entre elles.

II. LE DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE

1. Des séances de préparation à la naissance jugées appropriées et basées sur un accouchement en structure adaptée

Notre étude rapporte une participation active en préparation à la naissance et à l'accouchement chez cinq femmes. Madame I explique : « *J'avais fait prépa hypnose [...], un peu de sophro [...] ça m'a aidé pendant le pré-travail* ». Selon madame B, qui avait suivi des « *cours de préparation classique [...] les cours étaient adaptés* ». Madame M « *en garde un très bon souvenir parce que j'ai encore appris des choses [...] c'est l'histoire du pull [...] votre col c'est un pull que votre bébé veut enfiler [...] ça m'a beaucoup aidé* ».

Les séances de préparation étaient variées, on note des préparations classiques, des préparations hypnose et sophrologie, préparations yoga comme l'évoque madame C ou encore des préparations selon la méthode Bonapace suivies par madame B en parallèle des cours classiques.

Cependant, plusieurs femmes évoquent le fait d'être préparées à accoucher sans analgésie péridurale dans une structure adaptée qu'est la salle de naissance. Selon madame B, « *on s'était préparé à ça (à accoucher) sans péridurale [...] on était pas du tout préparé à l'accouchement à domicile* ». Madame F, sage-femme, évoque aujourd'hui le fait de parler de l'accouchement inopiné quand elle réalise des préparations à la naissance auprès de patientes multipares : « *ce que je ne faisais pas avant parce que je sais que ça peut arriver très rapidement, sans prémices* ».

2. La rédaction d'un projet de naissance

Dans notre étude, sept femmes avaient rédigé un projet de naissance.

Cinq d'entre elles évoquent avoir souhaité un accouchement sans analgésie de type péridurale. C'est le cas de madame E qui avait demandé « *à accoucher sur le coté en salle nature [...] sans péridurale* » et de madame L : « *J'avais demandé à être avec mon mari, en salle nature, sans péridurale* ».

Toutefois, madame I plaisante en évoquant que son projet de naissance était de bénéficier d'une analgésie « *péridurale à trois centimètres* ».

Madame A et madame F ont insisté sur le fait d'avoir, en début de grossesse, envisagé un accouchement à domicile programmé avec une sage-femme libérale : « *j'avais envisagé de le faire à la maison, avec des sages-femmes* ». Ce projet a cependant été abandonné au cours de la grossesse pour ces deux femmes pour des raisons organisationnelles notamment : « *le gynéco à l'hôpital, il nous a dit que de toute façon il faudra quand même venir, minimum deux nuits [...] donc faire un suivi en libéral pour au final aller quand même à la maternité, cela faisait beaucoup de choses pour que la finalité soit la même. [...] on avait abandonné l'idée et tout compte fait elle nous a rattrapé* ».

3. L'existence d'une appréhension et de doutes au cours de la grossesse autour de l'accouchement

A. La prise en charge en maternité de la femme et de son nouveau-né

Les souhaits de plusieurs femmes étaient de pouvoir accoucher de façon la plus physiologique possible. Madame C émet cette crainte de ne pas en bénéficier : « *j'avais très peur, je voulais une naissance physiologique, [...] j'avais peur de dépasser le terme et qu'on aille vers un déclenchement* ». De plus, elle évoque le fait d'avoir peur des actes non recommandés à la maternité : « *j'avais étudié les recommandations de l'HAS sur l'accueil du nouveau-né, je savais que l'on fait encore des choses en maternité qui ne sont plus recommandées comme l'aspiration, les antibiotiques dans les yeux* ».

Pour madame J, il s'agit d'une anxiété face à l'accouchement dans sa globalité : « *Je suis une grande angoissée, j'ai peur des accouchements* ».

B. L'idée angoissante d'un accouchement à domicile

Madame H et madame M évoquent quant à elle une angoisse de l'accouchement inopiné à domicile, durant la grossesse : « *Ma hantise était d'accoucher chez moi* », « *j'ai toujours eu peur [...] d'accoucher à la maison* ». Madame M s'interroge sur ce point, puisqu'il s'agit d'une personne de sa famille qui lui a rappelé cette notion après l'accouchement : « *ma mère me l'avait fait remarquer, c'est vrai, j'avais déjà évoqué le fait d'avoir peur d'accoucher à*

la maison. Et effectivement, je me rappelle j'avais dit à mon mari, si j'accouche à la maison, tu prendras les pinces de chez [enseigne commerciale] pour couper le cordon ».

III. A L'APPROCHE DU TERME

1. La distance domicile-maternité

Dans notre étude, cinq femmes évoquent spontanément le fait d'être domiciliées à une distance non négligeable de la maternité. Cela concerne madame C, D, E, L et M et cette distance va de vingt-cinq minutes à quarante-cinq minutes. De plus, plusieurs femmes annoncent avoir la conviction qu'elles n'arriveraient pas à la maternité à temps. C'est le cas de madame E qui évoque le fait d'avoir trois quarts d'heure de route : « *Je savais qu'on n'irait pas au bout* ». Madame C signale avoir appelé sa sage-femme libérale : « *Elle a dit vous n'arriverez pas à la maternité, [...] mais vous essayez quand même d'y aller* ». Rappelons que madame C a accouché dans son véhicule sur le chemin de la maternité.

2. L'information donnée aux femmes concernant la rapidité du travail obstétrical

Dans notre étude, quatre femmes ont reçu l'information par leur gynécologue-obstétricien ou leur sage-femme de la nécessité de ne pas tarder à se rendre à la maternité dès les premiers signes perçus. Madame A le précise : « *On m'avait dit de faire attention, un troisième ça peut aller vite* ». Il en est de même pour madame B, D et L : « *On m'avait expliqué qu'il ne fallait pas que je traîne à aller à la maternité* ». Rappelons que madame B avait un antécédent d'accouchement rapide prématuré. Madame E et madame K, ayant également un antécédent d'accouchement rapide, n'évoquent pas cette notion d'information.

3. Les actions mises en place pour déclencher le travail

La volonté des femmes à être actrices de leur accouchement est perceptible dans notre étude. Madame C annonce « *avoir fait tout ce qu'[elle] pouvait faire pour faire démarrer les*

choses » et c'est également le cas de madame D : « *Ça faisait une semaine que je commençais à m'activer parce que je trouvais le temps long aussi. C'est vrai que j'avais aussi fait pour que ça bouge* ». Plusieurs méthodes avaient été réalisées afin d'augmenter les chances de contracter : madame C a bénéficié d'homéopathie et de d'acupression en fin de grossesse.

4. La consultation aux urgences obstétricales ou auprès des sages-femmes libérales

Plusieurs femmes ont pris la décision de consulter auprès d'une sage-femme les jours ou heures précédant l'accouchement afin de bénéficier d'un toucher vaginal. C'est le cas de madame A « *Je pense qu'aujourd'hui on va aller consulter pour voir un petit peu comment ça se passe* » ou de madame B « *j'avais rendez-vous avec l'acupunctrice, je me suis dit, elle vérifiera* ». Dans plusieurs cas, la patiente souffrait de contractions sans modification cervicale, appelé faux travail. Madame E, F, G et H l'évoquent spontanément : « *quelques jours avant, j'avais fait du faux travail* », « *la nuit, j'avais eu des contractions avec un col qui n'évoluait pas* », « *la semaine où j'ai accouché, j'avais fait trois aller-retours à la maternité* », « *ils m'ont dit que c'était du faux travail* ».

Pour trois femmes, l'équipe médicale a renvoyé la patiente au domicile. Madame L annonce « *j'ai consulté [...] ils m'ont dit au final que tout était calme, que je n'étais qu'à deux centimètres, [...] que je pouvais rentrer à la maison* ». Madame G déclare que la sage-femme des urgences lui a laissé le choix de rentrer au domicile ou d'être hospitalisée en surveillance, en insistant sur le retour au domicile. Madame J quant à elle, regrette le fait d'être rentrée au domicile : « *Les contractions n'étaient pas assez rapprochées et on m'a renvoyée à la maison. Pourtant je lui ai dit que j'avais très mal* ».

5. La différente perception des signes évocateurs de la mise en route du travail

Dans notre étude, huit femmes déclarent avoir ressenti des signes décrits comme différents de leur premier accouchement.

Madame A	<i>« J'ai ressenti pas vraiment une douleur mais une gêne au niveau du ventre »</i>
Madame B	<i>« J'ai trouvé ça bizarre, pas vraiment douloureux mais différent »</i>
Madame C	<i>« Je sentais qu'il y avait des contractions qui n'étaient pas tout à fait pareilles »</i>
Madame F	<i>« C'était le début du travail mais ça allait [...] ça ne me semblait pas imminent »</i>
Madame H	<i>« J'ai mal au ventre »</i>
Madame I	<i>« C'était pas hyper douloureux »</i>
Madame L	<i>« Je sentais les contractions sans avoir mal [...] dans mon lit, je n'étais pas à l'aise »</i>
Madame M	<i>« Je me rappelle [...] avoir du mal à monter les escaliers, me sentir très fatiguée » « On va partir maintenant parce que je ne sais pas » « ça ne va pas le faire »</i>

IV. LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

1. Les différentes émotions ressenties lors de l'accouchement

Rappelons que dans notre étude, l'ensemble des femmes avait reçu, avant l'entretien, la roue des émotions de Plutchik (Annexe 4) afin de réfléchir aux différentes émotions ressenties lors de l'accouchement. Cette liste avait été décrite comme non-exhaustive.

contractée
 peur^{dégoûtée} panique
 joie^{énervée} panique^{angoisse} amour
 déterminée^{débordée} contente^{terrorisée} expérience
 acceptation^{urgence} peur crainte
 sérénité bizarre
 soulagement

Madame A	« J'étais contente parce que ça s'est vraiment passé naturellement » « il y a eu de la peur [...] et du stress »
Madame B	« Il y avait un peu de surprise » « On était pas totalement prêts »
Madame C	« On avait des peurs qui étaient assez vives » « C'était un mélange de panique [...] et en même temps c'était une panique cadrée » « Sentie assez vite débordée »
Madame D	« C'est difficile à définir [...] c'était bizarre » « C'est même pas de la peur, ce n'est pas de l'anxiété [...] je n'arrivais pas à trouver le terme qui convenait » « On passe par différentes phases »
Madame E	« Essentiellement de la peur [...] pour bébé »
Madame F	« J'étais très contractée. J'avais pas forcément peur [...] je n'arrivais pas à lâcher prise » « C'était plus de la surprise » « Très bonne expérience »
Madame G	« J'ai eu de la peur parce que je ne savais pas où me mettre, comment ça allait se passer » « J'ai eu de la crainte [...] qu'on ne sache pas comment faire » « J'ai eu l'acceptation [...] je n'avais pas le choix » « Ensuite le soulagement dans le sens où ils sont arrivés (les secours) [...] après c'était de la joie parce que tout allait bien » « Il y a eu de la sérénité [...] je savais qu'ils étaient en train de la nettoyer dans la maison » « Et puis enfin l'amour »
Madame H	« J'avais extrêmement peur[...] qu'il arrive quelque chose et qu'on ne puisse pas sauver le bébé »
Madame I	« J'ai pas eu de stress [...] j'ai pas eu le temps de stresser » « L'émotion ressentie c'était plus de l'urgence »
Madame J	« Je n'ai même pas eu peur [...] je n'ai pas eu le temps d'avoir peur je pense. J'étais déterminée à la sortir » « Très énervée »

Madame K	« <i>J'ai eu peur [...] que le bébé ait le cordon</i> » « <i>Dégoûtée parce qu'il y avait du sang partout [...] ça fait vraiment scène de crime</i> »
Madame L	« <i>C'était la panique à bord</i> » « <i>J'étais terrorisée</i> » « <i>Angoisse totale</i> »
Madame M	« <i>Je me suis dit ça craint</i> » « <i>Pas le temps de penser</i> » « <i>J'ai eu peur qu'elle soit tombée</i> »
Madame N	« <i>Panique totale</i> » « <i>Du stress, de l'angoisse et forcément de la joie parce que j'étais pressée de le rencontrer</i> »

2. La position adoptée

Dans notre étude, neuf femmes ont évoqué spontanément leur position d'accouchement. Les positions diffèrent selon la volonté des femmes et le lieu de l'accouchement.

Madame A, C, I et K déclarent avoir accouché à quatre pattes : « *Je me suis mise à quatre pattes* » « *Elles (les contractions) m'ont foutues à quatre pattes* ». De plus, madame A insiste sur le fait qu'elle ne souhaitait absolument pas accoucher à quatre pattes à la maternité : « *Alors que c'est la position physiologique pour accoucher, c'était pas super élégant [...] j'avais dit surtout pas à quatre pattes* » « *Ce que j'ai refait tout de suite en fait* ».

Madame E admet quant à elle ne pas pouvoir se positionner comme elle le souhaitait. Rappelons qu'elle a accouché dans son véhicule : « *Les pieds sur le tableau de bord, ça laisse peu de place* ».

Madame G et J annoncent avoir accouché de façon allongée : « *J'ai eu un instinct je me suis allongée par terre* ».

Madame M évoque le fait d'avoir accouché à genoux : « *J'ai accouché dans la position que je souhaitais [...] c'est venu instinctivement de me mettre à genoux* ».

À contrario, madame B déclare « *on ne se prépare pas à la position la plus adéquate* ».

3. La présence des secours

A. Information sur la présence des secours

Pour sept femmes, les secours, représentés par l'équipe médicale du SMUR et/ou les sapeurs-pompiers, étaient présents. C'est le cas pour madame B, C, D, G, H, J, N.

Pour sept femmes, les secours n'étaient pas présents au moment de l'accouchement et sont arrivés après. C'est le cas pour madame A, E, F, I, K, L, M.

B. Un appel tardif des secours

Dans notre étude, madame A, C, H et I avouent avoir appelé les secours que bien plus tard.

Le conjoint de madame C a contacté les secours alors que l'accouchement n'avait pas eu lieu : « *On a mis un moment avant de tilter qu'il fallait appeler les pompiers* ».

Pour madame H, c'est sa fille aînée qui a d'abord appelé sa grand-mère qui elle-même a appelé des proches : « *Ma fille a appelé ma maman [...] elle a appelé mon petit frère* » « *Il a harcelé mon papa d'appels* ».

Pour madame I, les secours ont été contactés une fois l'enfant né : « *On a appelé les pompiers qu'après l'accouchement en fait* ».

La belle mère de madame A a quant à elle souhaité appeler le beau-frère habitant à proximité et c'est madame A qui a insisté pour qu'elle appelle les secours : « *Je lui ai dit il faut appeler les pompiers* ».

C. Les consignes données et la prévention par la régulation et par les secours sur place

Les consignes données aux femmes lors de l'appel des secours ou lors de l'arrivée des sapeurs-pompiers sont approximativement les mêmes. Il y a une volonté dans la plupart des cas d'attendre l'équipe médicale du SMUR afin qu'elle réalise l'accouchement. Madame B avait « *pour consigne de ne pas pousser et de ne pas bouger pour diminuer le travail* ». Une personne de la régulation a dit à madame D de « *serrez les fesses, attendez que les pompiers*

arrivent ». Il en est de même pour madame H et J : « *Il faut attendre le médecin du SAMU [...] le pompier me serrait les cuisses* » « *Ils m'avaient dit qu'il ne fallait pas que je pousse et que je me repose un maximum* ».

Madame C et madame E rapportent le fait que des mesures de prévention ont été prises ou expliquées par la sage-femme libérale par contact téléphonique et par les secours respectivement. La sage-femme de madame C a expliqué au conjoint de prendre des linges pour couvrir le nouveau-né : « *si le bébé arrive avant les pompiers, tu le mets contre elle dans des couvertures* ». Pour madame E, la mise au sein précoce a été réalisée au domicile : « *Ils m'ont proposé la mise au sein comme à la maternité* ».

Quant à madame L, elle a réalisé elle-même la mise au sein précocement dans sa salle de bains, après l'accouchement : « *Je l'ai allaité dans ma salle de bains directement parce qu'il hurlait tellement. J'ai fait ma mise au sein pendant que les pompiers s'occupaient de nous* ».

D. Ressenti de la femme face à cette présence/absence

Le ressenti face à la présence ou non de l'équipe des secours diffère selon les femmes.

Plusieurs femmes évoquent le fait d'avoir été rassurées par la présence des secours, avec notamment un besoin de les remercier. C'est le cas de madame D, E, G, H, L, M et N : « *Le fait de voir les pompiers, c'est très rassurant* », « *Ils m'ont bien accompagné* », « *Ils l'ont fait participer (le papa) au nettoyage (du bébé)* », « *J'ai mis à peu près un mois à aller les voir pour les remercier* », « *beaucoup de reconnaissance* », « *on a mis les trois prénoms des pompiers en deuxième et troisième prénom [...] ils ont vraiment assuré* ».

Tandis que certaines femmes déclarent avoir été mises en sécurité par l'arrivée des secours, madame F évoque le fait de ne pas regretter leur absence lors de l'accouchement : « *J'étais contente que ça aille vite pour pas qu'il y ait le SAMU [...] je ne voulais pas être contrainte dans mes positions et dans ma façon de pousser* ».

De plus, madame M indique ne pas avoir été très à l'aise dans l'ambulance des pompiers lors de son transfert en maternité : « *J'avais les jambes écartées avec les trois pompiers devant [...] c'est pas le moment que j'ai le plus apprécié* ».

E. Une inquiétude des secours perçue par la femme et ses proches

À plusieurs reprises, les femmes ont indiqué qu'elle et leurs proches avaient ressenti une inquiétude de la part des secours face aux différentes complications ou à la non maîtrise de l'accouchement. Le conjoint de madame D « a essayé de détendre les pompiers, on voyait bien qu'ils étaient stressés, qu'ils ne savaient pas trop ce qu'il fallait faire » selon madame.

Madame E évoque le fait que la délivrance « c'était le plus gros stress du médecin ». Il en est de même pour madame J, L et M : « On m'a massé l'utérus, on m'a demandé de garder les yeux ouverts, je voyais les pompiers parlaient entre eux par rapport au sang », « Quand j'ai vu les pompiers s'inquiétaient et dire que je perdais beaucoup de sang », « Je la sentais (médecin) un peu inquiète ».

Madame H déclare que les pompiers « ont poussé sur le ventre » et ensuite « ils se sont excusés ».

De plus, madame N informe sur la volonté des secours à ne pas inquiéter la femme : « Il ne me l'ont pas dit tout de suite [...] je ne voulais pas te le dire tout de suite pour ne pas te faire peur ».

4. La représentation du corps

Dans notre étude, la notion de dissociation entre corps et psyché revient fréquemment avec la notification du terme d'expulsion du nouveau-né et de la déconnexion d'avec le corps. De plus, la notion d'intimité revient à plusieurs reprises et peut être en lien avec cette dissociation, comme si le fait d'être déconnecté du corps a fait expulser le nouveau-né.

Madame B	« J'avais l'envie d'expulser le bébé »
Madame C	« Comme si mon corps m'offrait le contexte pour ne pas avoir le stress de l'équipe médicale » « En terme d'intimité j'étais à un niveau extrêmement bas » « J'étais dans ma bulle » « Mon corps m'a permis d'avoir la naissance que je souhaitais »
Madame D	« J'avais qu'une envie c'était de pousser » « Mon corps qui prend le dessus » « Il faut suivre ce que notre corps dit »
Madame H	« J'étais vide de corps et d'esprit » « On n'est plus soi, on passe dans une autre dimension » « Je suis pudique mais c'est vrai qu'on en prend un coup »

Madame J	<i>« Je voulais juste accoucher donc j'ai poussé » « J'avais qu'une envie c'était de pousser »</i>
Madame K	<i>« J'ai tout expulsé »</i>
Madame L	<i>« J'ai vraiment rien fait, il est sorti tout seul » « Il a été expulsé tout seul » « J'ai juste écouté mon corps »</i>
Madame M	<i>« J'ai vraiment occulté [...] je ne me rappelle pas »</i>
Madame N	<i>« J'ai même pas poussé une fois, il est arrivé comme ça »</i>

5. L'implication d'une tierce personne lors de l'accouchement

A. Relation entre la personne accompagnante et la femme

Dans notre étude, aucune femme n'a accouché seule. Madame M a accouché en présence des secours, sans proche. Pour onze femmes, il s'agissait du conjoint. Pour quatre femmes, il s'agissait d'une personne de la famille. Pour deux femmes, la présence d'un ami et/ou d'un étranger est à notifier. Dans quatre cas, le proche était de profession médicale ou paramédicale : le conjoint de madame E est sapeur-pompier, le conjoint de madame F est sage-femme, le conjoint de madame I est sapeur-pompier, et l'ami de madame M est médecin généraliste.

Madame A	Belle-mère	Madame H	Mère (+ secours)
Madame B	Conjoint + belle-mère (+ secours)	Madame I	Conjoint
Madame C	Conjoint (+ secours)	Madame J	Conjoint (+ secours)
Madame D	Conjoint (+ secours)	Madame K	Conjoint
Madame E	Conjoint	Madame L	Conjoint
Madame F	Conjoint + femme de ménage	Madame M	Conjoint + ami
Madame G	Conjoint + beaux-parents (+ secours)	Madame N	Pas de proche Secours présents

B. Des ressentis différents face à la présence de cet accompagnant

Madame A	« C'est ma belle-mère [...], je n'aurais pas pu ouvrir la porte »
Madame B	« Je me sentais épaulée » « J'essaie de me concentrer pour que mon mari n'ait pas à tout faire »
Madame C	« Il m'a protégé » « Comme le garant de mes souhaits »
Madame D	« Sa présence [...] indispensable » « Mon mari a bien réagi [...] il a pris la petite fille (fille aînée) tout de suite pour la mettre dans la maison »
Madame E	« Je me remettait complètement entre ses mains »
Madame F	« Je ne voulais pas que ça mette en difficulté mon conjoint » « hyper rassurant »
Madame G	« Je n'ai pas ressenti sa présence, j'étais dans mon truc »
Madame I	« Grande aide » « ça m'a rassuré »
Madame J	« Mon mari j'ai l'impression qu'il n'était pas là [...] je n'ai pas vu mon mari »
Madame K	« J'ai ressenti qu'il était stressé et sa peur »
Madame M	« Mon conjoint, je ne me rappelle pas où il était [...] il me dit j'étais juste en face de toi » « je peux me sentir mal, c'est bon, il est là (ami) »

Dans notre étude, les femmes ont des ressentis différents face à la présence d'une personne proche : parfois gênées, parfois rassurées par la présence du conjoint, parfois même elles ne se sont pas rendues compte qu'une personne les soutenait. La notion de femmes autocentrées sur le ressenti et les douleurs physiques est à relever.

Madame B évoque le terme de « foire » : elle estime qu'il y avait beaucoup de personnes dans la pièce au moment de l'accouchement.

C. Le vécu et les difficultés rencontrées par la personne présente, selon la femme

Madame A	« Gérer les enfants [...] et le côté SAMU [...] compliqué » « Elle a totalement paniqué » « On va appeler [le] beau-frère » puis « elle a appelé les pompiers mais elle avait la sensation qu'ils ne l'écoutaient pas donc elle a raccroché »
----------	---

	« Très peur » puis « soulagée »
Madame B	« Mon mari a dit dépêchez vous s'il vous plaît (aux secours) » « Mon mari a eu très peur [...] il a mis quinze jours à s'en remettre. Il dormait beaucoup il ne faisait rien d'autre » « il s'est vu m'accoucher tout seul et du coup potentiellement des conséquences sur la vie de la maman et du bébé » « (Belle-mère) a repensé à son propre accouchement »
Madame C	« Il a été exclu » « Il aurait bien voulu accueillir le bébé » « Il a mis sous tapis ses émotions »
Madame D	« Tiens, on devrait dessiner un bébé là (lieu d'accouchement) »
Madame E	« Pas traumatisé » « Ce qui l'inquiétait c'était le côté cordon » « Il est rentré dans son rôle de pompier et moi j'étais la victime »
Madame F	« (la femme de ménage) n'a pas été paniquée » « Elle n'était pas inquiète, elle sait qu'on est SF » « J'ai vu qu'il était rassuré »
Madame G	« Assez choqué [...] en stress » « J'ai dit d'appeler les pompiers [...] il ne me croyait pas » « Il était plus dans l'observation » « Il a mis du temps à s'en remettre, il n'a pas réalisé tout de suite »
Madame H	« Il avait très peur » « très inquiet » « (Conjoint) s'en voulait de ne pas avoir réussi à être là »
Madame I	« Il ne savait plus donner mon nom, mon prénom, il était sous le choc » « Il était un peu mis de côté »
Madame J	« Il a été fort pour nous deux »
Madame K	« C'est lui qui a dû rester ici pour tout nettoyer, il était dégoûté » « Je suis tombée enceinte du troisième avec le stérilet, on était pas prêts tous les deux. Surtout mon mari » « Il a dû appeler sa mère avant de partir à la maternité tellement il n'était pas bien »
Madame L	« Il était très en colère puis il s'est calmé » « Il a eu tellement peur » « C'est le sentiment d'impuissance » « Il a expliqué que ce serait bien que les papas ou les mamans, on ait aussi

	<p><i>une préparation là dessus [...] quoi faire si ça arrive à la maison [...] on trouve que ce serait super utile »</i></p> <p><i>« Ce qui l'a plus gêné c'est de nettoyer la salle de bains »</i></p>
Madame M	<p><i>« Il était très inquiet »</i></p> <p><i>« On était assez fier de nous »</i></p> <p><i>« (Fille aînée) a trouvé ça trop bien »</i></p>

L'ensemble des personnes présentes est décrit comme marqué par cet événement. Madame B précise *« Pour l'entourage c'est plus compliqué et on ne pense pas à eux en fait »* en expliquant que son conjoint et sa belle-mère avaient dû en reparler à posteriori.

À plusieurs reprises, les femmes évoquent une difficulté à comprendre l'imminence de l'accouchement (*« J'ai dit d'appeler les pompiers [...] il ne me croyait pas »*), une difficulté lors du nettoyage du lieu de l'accouchement et au moment même de l'accouchement. Le conjoint de madame L avait insisté auprès de leur sage-femme sur la nécessité d'une information en préparation à la naissance.

6. La présence des enfants aînés

Dans huit situations, les enfants aînés de la femme étaient présents. Aucune femme ne rapporte de difficulté particulière à posteriori. Elles estiment cependant que leurs enfants ont compris ce qu'il se passait au moment de l'accouchement. Madame A précise *« il s'est dit si moi je rentre dans les toilettes, je ressorts avec un bébé »* et *« il pensait que la petite allait me tuer »*. Madame D ajoute que sa fille aînée racontait à l'école que sa sœur était née au domicile, et que l'ensemble de l'équipe pédagogique la reprenait, ne sachant pas que, réellement l'accouchement avait eu lieu au domicile. Madame H évoque le fait que sa fille ne souhaitait pas rentrer au domicile sans elle après l'accouchement : *« Elle était en panique totale »*.

Madame G déclare quant à elle qu'elle ne souhaitait pas que sa fille *« assiste à ça »*. C'est le cas de madame F également qui a rencontré, dans la rue, son fils aîné avec l'équipe pédagogique de l'école alors qu'elle rentrait au domicile et qui a fait en sorte qu'il ne la voit pas : *« On a essayé de se cacher pour pas qu'il nous voit, on ne voulait pas qu'il me voit comme ça »*.

De plus, dans certains cas, les femmes ont contenu leur douleur lors de l'accouchement afin de protéger leurs enfants aînés présents à proximité. Madame I l'évoque : « *Il n'a rien entendu* », « *J'ai essayé de ne pas faire de bruit* » « *J'ai même pas crié pendant l'accouchement [...] j'ai eu mal mais je me suis contenue par rapport à [bébé] qui dormait à côté* ». Madame J déclare quant à elle attendre que son fils aîné soit sorti de la pièce avant d'accoucher « *Quand j'ai su que le petit était parti, j'ai dit c'est bon je vais la sortir* ».

Dans le cas de madame N, les secours ont confié son fils aîné aux voisins, que madame ne connaissait que très peu et évoque, au début, une difficulté d'adaptation : « *Au début, il a voulu refaire le petit, il ne portait plus de couches et il a voulu remettre des couches, il voulait reprendre le biberon* ». Cependant, elle n'évoque pas de complication par la suite. Cette régression des compétences des enfants est un phénomène physiologique et un mécanisme d'adaptation et n'est pas à corrélérer systématiquement à l'accouchement inopiné extrahospitalier.

7. Une inquiétude majeure concernant les risques possibles chez le nouveau-né

Dans notre étude, six femmes évoquent spontanément la peur d'un cirkulaire. C'est le cas pour madame E, H, K, L et N : « *j'avais peur qu'il y ait un cordon autour du cou* », « *Mon premier avait le cordon autour du cou, je me suis dit si son frère me fait la même chose qu'est-ce que je fais ?* », « *Il avait trois fois le cordon autour du cou [...] si c'était arrivé à la maison, je ne sais même pas les gestes* ».

Madame A, ayant un antécédent de macrosomie fœtale, évoque quant à elle une peur face à une dystocie des épaules : « *ma peur c'était de ne pas réussir à passer l'épaule* ».

Plusieurs mères déclarent avoir eu peur pour leur nouveau-né au moment de l'accouchement, et très peu pour elles : « *On est directement concentré sur [...] les soins du bébé, [...] la maman n'a pas d'autres préoccupations corporelles* » affirme madame B, « *J'avais plus peur pour le bébé que pour moi* » déclare madame H. Il en est de même pour madame E et madame D, qui elles-mêmes affirment « *Je voulais la garder pour moi [...] être sûre qu'elle soit en bonne santé* » en évoquant le peau-à-peau réalisé précocement.

De plus, dans certaines situations, l'état de santé du nouveau-né à la naissance a inquiété la femme : le nouveau-né de madame K n'a pas respiré de suite, « *Le bébé n'a pas respiré tout de suite [...] j'ai cru qu'il était mort* » provoquant une angoisse surajoutée.

8. Les complications néonatales et maternelles

A. Les complications néonatales

Immédiates

Dans notre étude, à plusieurs reprises la notion d'hypothermie néonatale est citée. Pour les quatre nouveau-nés concernés, le peau-à-peau a permis de résoudre cette hypothermie et n'a pas engagé de complications par la suite. On note également une cyanose importante chez le nouveau-né de madame I, une fente labio-palatine chez le nouveau-né de madame K et une séroconversion de la toxoplasmose durant la grossesse chez le nouveau-né de madame N.

À moyen terme

On note une perte importante durant le séjour en maternité chez le nouveau-né de madame K et de madame N et un reflux gastro-œsophagien sévère chez le nouveau-né de madame L. À l'exception de l'hypothermie, ces complications néonatales n'étaient pas immédiates et ne semblent pas avoir de lien avec l'accouchement inopiné lui-même.

B. Les complications maternelles

Les principales complications citées par les femmes dans notre étude sont l'absence de délivrance placentaire et l'hémorragie du post-partum. Cela concerne cinq femmes : selon madame E « *ça ne s'est pas passé naturellement [...] c'était le gros stress du médecin* », il en est de même pour madame I et M : « *La délivrance qui a été le plus compliqué* », « *petite crainte, c'est la délivrance* ». Pour madame J et K, il s'agissait plutôt de l'abondance des pertes sanguines : « *je pense que j'ai fait une petite hémorragie* », « *j'avais perdu beaucoup de sang* ». Il est à noter qu'aucune femme n'a eu de complication sévère dans le post-partum.

V. LE SÉJOUR EN MATERNITÉ

1. Une vision différente du séjour en maternité selon les femmes

À plusieurs reprises, les femmes ont spécifié qu'elles ne ressentaient pas le besoin d'être transférées en maternité : « *C'est bizarre d'aller à la maternité parce que tout allait bien* » selon madame F, « *Deux heures après j'étais debout comme si rien ne s'était passé* » selon madame L.

Cependant, la plupart rapporte que le séjour en maternité leur a permis de prendre conscience de l'événement qui avait eu lieu : « *elle m'a proposé une sortie précoce mais ça ne m'arrangeait pas* » « *le séjour en maternité ça permettait une petite pause, c'était pas mal de faire un aller-retour à la maternité de quelques jours* » déclare madame F. Il en est de même pour madame H : « *j'avais besoin d'un temps* ».

De plus, deux femmes, qui avaient été renvoyées au domicile pour faux travail, évoquent un sentiment de contrariété face à la situation. Madame G l'évoque en précisant « *On en a un petit peu voulu à l'hôpital* » mais « *ils nous ont laissés le choix (de repartir)* ». Pour madame J, ce sentiment est d'autant plus fort qu'elle estime que l'équipe médicale n'a pas entendu son souhait de rester en surveillance et qu'aucun professionnel de santé n'est venu lui en reparler après l'accouchement, en chambre : « *Je pleurais, je pleurais, je m'excusais de pleurer* » « *vous n'êtes même pas comptée dans nos effectifs* » « *elle n'a pas su entendre ma douleur [...] elle aurait pu me proposer (une salle physiologique)* ». Madame J en a parlé durant l'entretien comme « *le gros problème* » de sa prise en charge et est aujourd'hui suivie par un thérapeute dans le cadre d'un choc post-traumatique. Elle était suivie lors de l'entretien et elle annonce aller mieux depuis le début de cette thérapie.

2. La nécessité de mettre des mots sur l'événement

Dans notre étude, seule madame A a bénéficié d'une consultation obligatoire avec une psychologue durant le séjour en maternité. Elle précise que cette consultation a eu lieu en l'absence du conjoint et des aînés, mais que la psychologue était disponible pour eux s'ils en ressentaient le besoin.

Notons qu'aucune séparation mère-enfant n'a eu lieu, de l'accouchement jusqu'au retour au domicile.

	Échange avec l'équipe obstétricale	Proposition de consultation psychologique	Justifications
Madame A	Oui	Obligatoire	<i>« J'en ai bénéficié et c'est vrai que ça fait du bien parce que ça remet à plat, elle nous rassure énormément »</i>
Madame B	Non	Non proposée	<i>« J'en ai pas ressenti le besoin »</i>
Madame C	Non	Non proposée	<i>« Je suis accompagnée par un psychologue donc je n'ai pas eu ce besoin là »</i>
Madame D	Oui	Proposée	<i>« La nuit d'après, à la maternité, je me suis fait un film » « Je ne vais pas dire que ça m'a traumatisé mais ça m'a fait réfléchir » « Avec le recul, [...] d'en discuter avec quelqu'un [...] ça pourrait être intéressant »</i>
Madame E	Oui	Non proposée	<i>« J'en ai pas éprouvé le besoin » « c'était la relève des sages-femmes, on me demandait de reparler de mon accouchement » « si j'avais eu le besoin, j'aurais eu de l'aide »</i>
Madame F	Oui	Non proposée	<i>« J'en ai pas ressenti le besoin » « c'est bien de se poser la question parce que [...] ça peut être traumatisant [...] pour le conjoint et pour la femme qui accouche »</i>
Madame G	Non	Non proposée	<i>« Pas vraiment (ressenti le besoin) »</i>
Madame H	Oui	Non proposée	<i>« J'en ai reparlé avec ma SF lors des séances de rééducation »</i>
Madame I	Oui	Non proposée	<i>« J'en ai parlé avec toutes mes collègues sages-femmes » « ce serait une bonne idée (proposer systématiquement) » « Je pense que des mamans qui connaissent rien au domaine médical et de l'urgence, ça peut être vécu comme un traumatisme » « et pour les</i>

			<i>papas aussi » « moi je n'ai pas ressenti le besoin »</i>
Madame J	Non	Non proposée	<i>« Non justement, ça a été mon gros problème » « plus personne n'est venu me voir [...] je n'ai eu la visite de personne » « Personne n'est venu me parler de mon accouchement »</i>
Madame K	Non	Non proposée	<i>« Personne n'est venu me le demander, même pas proposé » « j'ai pas ressenti le besoin » « Je pense plus que c'est mon mari qui aurait dû avoir un soutien peut être psychologique à ce moment là »</i>
Madame L	Non	Non proposée	<i>« Avec le recul j'ai le sentiment de ne pas avoir accouché »</i>
Madame M	Non	Non proposée	<i>« Non, j'aurais aimé » « Je me rappelle avoir eu le besoin de pleurer »</i>
Madame N	Oui	Non proposée	<i>« Franchement non (pas souhaité) »</i>

VI. LE RETOUR AU DOMICILE

1. L'ambivalence entre joie et appréhension

Pour cinq femmes, le retour au domicile a été particulier : elles rapportent le fait de ne pas avoir été rassurées face au retour sur le lieu de l'accouchement. Selon madame H, qui se remémorait l'accouchement, *« il m'a fallu deux trois jours pour me réapproprier le logement [...] mon compagnon avait nettoyé mais il en restait un peu »*. Madame J bénéficie toujours d'une thérapie actuellement pour un choc post-traumatique qui s'est déclaré quelques temps après le retour au domicile. Madame N avoue que *« c'était un peu angoissant », « je n'étais pas très rassurée »*.

Madame C évoque le fait d'avoir été mal accompagnée sur l'allaitement maternel, par la sage-femme à domicile : *« J'ai été très mal accompagnée à ce moment-là par la sage-femme qui était censée venir me voir »*.

Cependant, pour quatre autres femmes, ce retour au domicile n'avait rien de perturbant : « *Ça fait plaisir mais en même temps ça fait bizarre [...] ce n'est pas traumatisant* » pour madame G. Madame I, L et M n'évoque pas de difficultés non plus : « *Ça ne me faisait pas peur de rentrer* », « *Ça ne m'a rien fait de particulier* », « *j'étais contente de rentrer chez moi* ». Néanmoins, madame L précise être « *sortie très vite* » de la maternité.

2. L'importance du lieu d'accouchement

Dans notre étude, neuf femmes ont évoqué spontanément le fait que le lieu de l'accouchement les a marqués.

Madame A	<i>« La maison elle ne sera jamais vendue [...] c'est le symbole de la naissance »</i>
Madame B	<i>« La première chose que l'on regarde c'est le lit »</i>
Madame D	<i>« J'ai une petite pensée (quand elle passe dans le garage) »</i>
Madame E	<i>« On rigole à chaque fois qu'on passe devant le relais » « On ne peut pas y passer sans avoir une petite pensée »</i>
Madame H	<i>« Dans toutes les pièces où j'allais je pleurais » « Je me voyais dans la baignoire en train de hurler »</i>
Madame I	<i>« J'ai vu mon couloir, je me suis mise à pleurer » « Ma maison n'a plus la même signification qu'avant »</i>
Madame J	<i>« Je suis allée dans ma chambre, j'ai pleuré »</i>
Madame K	<i>« On voulait déménager mais finalement non, c'est le lieu qui nous a marqué pour notre fille »</i>
Madame L	<i>« J'ai été voir ma salle de bains dans quel état elle était j'avoue »</i>

3. L'impact sur la relation entre la femme, le nouveau-né et la personne présente

A. Impact sur la relation entre la femme et son nouveau-né

Dans notre étude, le terme de relation fusionnelle revient à plusieurs reprises. C'est le cas de madame A, B, E, L et N : « *plus fusionnel* », « *plus à la protéger* », « *le lien va être plus fusionnel dans le sens où il est né le même jour que moi* », « *relation plus fusionnelle* », « *on*

est vraiment fusionnel ». Trois d'entre elles émettent toutefois une interrogation sur cette relation : « *Après, il y a le fait que je puisse l'allaiter plus longtemps [...] il y a plein de choses qui rentrent en compte* », « *Je ne sais pas si c'est le fait du dernier ou si c'est ce qui s'est passé ou les problèmes durant la grossesse mais j'ai l'impression que j'ai plus d'affinité* », « *Je ne sais pas si c'est lié à l'accouchement ou si c'est le fait qu'il était fort malade* ».

D'autres femmes estiment, comme madame C « *avoir une forme de complicité d'avoir vécu ça ensemble* » ou madame F « *ça lui fait une histoire particulière* ». Madame G estime quant à elle « *laisser plus de place au père* ».

Cependant, pour certaines femmes, l'accouchement inopiné en lui-même n'a pas changé la relation qu'elle espérait avoir avec cet enfant. Madame I déclare « *le lien n'est pas plus fort, c'est juste que la naissance est plus impressionnante* ».

Quant à madame J, elle a émis la crainte d'en vouloir à sa fille après l'accouchement mais annonce que ce n'est pas le cas.

B. Impact sur la relation entre la femme et la personne présente

Concernant la relation entre la femme et la personne présente au moment de l'accouchement, il y a deux types de ressenti : soit la relation est inchangée, soit la relation est renforcée.

Madame C, E, F, G et M déclarent : « *ça nous a rapproché* », « *c'est un moment unique qu'on a partagé ensemble* », « *belle expérience de couple [...] ça a consolidé notre rôle de parents [...] tout paraissait plus facile* », « *ça a renforcé notre lien* ».

Toutefois, madame H, I, K et L ne pensent pas que cet accouchement ait modifié la relation qu'elles avaient avec la personne : « *Je ne pense pas* », « *Le lien est pareil [...] mais c'est mon homme qui a mis mon bébé au monde, c'est un truc très fort* », « *non c'est pareil* », « *non [...] ça n'a rien changé* ».

C. Impact sur la relation entre le nouveau-né et la personne présente

Madame A, B, F et K évoquent spontanément que la relation entre le nouveau-né et la personne présente est d'autant plus forte par le fait de l'accouchement. Madame A parle de « *plus de complicité* » entre sa belle-mère et sa fille, madame B précise que « *cette relation*

sera différente » entre sa belle-mère et le bébé. Madame F explique que *« ce sont les conditions de naissance [qui] ont créé un lien particulier »* entre son conjoint et son enfant. Quant à madame K, elle annonce qu' *« il y a plus un lien avec cette fille là justement (entre son conjoint et l'enfant) [...] beaucoup plus fusionnels [...] peut être avec les problèmes de santé aussi »*. Rappelons que le nouveau-né de madame K avait une fente labio-palatine.

VII. À DISTANCE DE L'ACCOUCHEMENT

1. Vision différente d'elle-même

Il est à noter que trois femmes précisent le fait d'avoir une vision différente d'elle-même. Madame A évoque le fait d'avoir peur du regard des autres : *« On va me prendre pour quoi [...] elle n'a pas fait attention »*. Madame B quant à elle évoque le fait d'être embarrassée face à des femmes qui ont eu un travail obstétrical long : *« Je ne m'étend pas sur le sujet », « un peu gênée [...] comparé à des femmes qui accouchent pendant vingt-quatre heures »*. Madame L évoque le fait qu'elle n'a rien fait, que son nouveau-né est né seul, qu'elle ne ressent *« pas vraiment de la fierté »*.

2. Conséquences sur la vie d'après

Madame J évoque le fait d'avoir fait une hémorragie de la délivrance et déplore le fait que cela ne lui a pas été indiqué : *« C'est écrit nulle part, on ne m'a parlé de rien » « comme s'il fallait cacher le truc »*.

Madame K, pour qui l'accouchement inopiné a concerné son deuxième enfant, avoue *« j'ai pleuré à la troisième (troisième accouchement) parce que je me suis sentie nulle d'avoir dû mettre la péridurale »*.

Madame M insiste sur le fait que participer à l'étude *« ça fait du bien d'en parler »*.

Madame N indique repenser souvent à cet accouchement.

QUATRIÈME PARTIE : ANALYSE & DISCUSSION

Une étude a été réalisée en Suède en 2015 sur le vécu des femmes dans le cadre de leur accouchement inopiné extrahospitalier. Nous verrons, dans cette partie, qu'il existe une similarité en plusieurs points entre cette étude et la nôtre (33).

I. LE RESENTI DE LA FEMME, DE LA PÉRIODE PRÉNATALE AU RETOUR AU DOMICILE

1. Une séparation corporelle et mentale

A. Des douleurs décrites comme différentes

Dans notre étude, à plusieurs reprises les femmes évoquent un état corporel décrit comme inhabituel, sans citer réellement le terme de contraction. La notion de gêne pelvienne est reprise et certaines femmes ne savent pas mettre de mots sur la douleur ressentie. Maud Arnal suggère, dans son article Soulager les douleurs de femme lors de l'accouchement (34), cette idée où les femmes ne désignent pas complètement la pénibilité des douleurs durant l'accouchement : « *La présence des douleurs lors de l'accouchement est assumée comme évidente pour l'ensemble des femmes interviewées. Cependant, les douleurs ne sont pas considérées comme pénibles d'emblée. L'incertitude de ce qu'elles peuvent ressentir lors de l'accouchement conduit les femmes à envisager ces douleurs comme potentiellement acceptables.* ». Il est tout à fait envisageable que la perception de ces douleurs soit directement en lien avec le nombre important de préparation à la naissance suivies par les femmes de notre étude et les nombreux projets de naissance – sans analgésie péridurale notamment – qui impliqueraient donc une meilleure gestion des changements corporels et des contractions utérines, sans que les femmes nous l'affirment spontanément. Il est intéressant de se questionner sur la probable augmentation du seuil de la douleur par rapport à cette volonté du « sans-péri ». De plus, comme madame F nous l'a annoncé, « *si [elle] arrive à une dilatation avancée, c'est pas très grave* ». Il y aurait donc une certaine décontraction face à la gestion des douleurs et l'importance du rôle d'actrice lors de leur accouchement. De plus, il est à noter qu'il existe une part importante de subjectivité de la douleur ainsi qu'une notion d'individualité qui rentre en compte dans notre étude.

Il est important également à noter que deux femmes avaient un projet d'accouchement à domicile au début de la grossesse, deux fois abandonné pour des raisons organisationnelles notamment. Rappelons que madame A a préféré l'idée d'accoucher en maternité en raison du séjour obligatoire en maternité et que madame F a préféré cette même idée en raison d'une inquiétude exprimée par son conjoint, sage-femme de profession, face à un accouchement à domicile. En raison de la grande capacité du corps humain à s'adapter au psychisme, il est possible que ces douleurs aient été mises sous silence afin que les femmes puissent accéder

à leur premier projet, celui d'accouchement hors maternité. Notons que madame A est infirmière et madame F est sage-femme de profession. Alors même qu'elles sont multipares et de profession paramédicale et médicale respectivement, il est opportun de penser qu'elles avaient notion des signes précurseurs d'un début de travail. N'ont-elles pas entendu ces signes ? Cette même idée pourrait convenir également à madame C, qui nous évoque le fait d'être angoissée face aux actes perçus comme invasifs pour elle en maternité. Ses douleurs n'auraient-elles pas été sous-évaluées afin de bénéficier d'un accouchement le plus naturel possible, comme elle le désirait ? Dans son ouvrage La douleur chronique et la relation médecin-malade (35), Dominique Bouckenaere affirme cette notion : « [...] chez les patients communicants, la transmission de la douleur peut être entravée par des facteurs psychologiques et culturels tels que le défaitisme, le stoïcisme ou une crainte des réactions du médecin (hospitalisation, prescription d'examen ou d'actes techniques) ». Notons que la douleur est définie par l'association internationale d'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en ces termes par le patient ».

Enfin, madame N, dont la grossesse a été marquée par une séroconversion de la toxoplasmose et par conséquent de nombreuses échographies fœtales, précise le fait d'avoir été angoissée en raison des malformations possibles chez son enfant. Son corps a-t-il mis sous silence les signes d'imminence de l'accouchement en raison d'une peur de constater des malformations fœtales ?

B. Profession sage-femme

Dans notre étude, deux sages-femmes de profession ont accouché à domicile de façon inopinée. Ces deux mêmes femmes expliquent avoir pensé à « s'installer » comme elles l'auraient fait pour une patiente qu'elles auraient accouché en salle de naissance pour se réassurer. Cette réaction spontanée pourrait être un mécanisme de défense afin d'affronter la réalité de l'accouchement. Henri Chabrol, dans son ouvrage Les mécanismes de défense (36), fait une distinction entre mécanisme de défense et coping, deux mécanismes nous permettant de faire face aux angoisses : « Notre capacité à faire face aux tensions, aux conflits, aux dangers perçus à l'intérieur de nous ou dans le monde extérieur, mobilise deux types d'opérations mentales, les mécanismes de défense et les processus de coping. Les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux

percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement. Au contraire, les processus de coping, mot traduit en français par stratégies d'adaptation ou processus de maîtrise, sont des opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisi délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe. ». Cette volonté de penser au déroulement d'un accouchement qu'elles maîtrisent en maternité peut engendrer une réassurance face à leur propre accouchement inopiné, un stress diminué et une meilleure gestion de la situation. Il peut également s'agir d'une volonté de réassurer leur conjoint, présent à ce moment, comme l'évoque madame I : « *Je sais quand même comment se passe un accouchement. Mais quand j'ai compris que j'allais accoucher là chez moi, je me suis dit vite il faut qu'on s'installe, comme pour un accouchement à l'hôpital. Il faut qu'on s'installe parce que là la tête est à la vulve, il faut se préparer. [...] l'émotion ressentie c'était plus de l'urgence de s'installer* ». La notion de mécanisme de défense peut se percevoir dans la régression des compétences des enfants aînés avec la stratégie d'adaptation, précédemment évoqué.

C. La notion de « bulle »

Dans notre étude, plusieurs femmes expliquent avoir été dans « leur bulle », sans réellement préciser à quoi correspondait ce terme. S'agit-il de la gestion de la douleur ? S'agit-il d'une séparation d'avec l'environnement comme protection ? Michel Odent, gynécologue-obstétricien français, dans son ouvrage Le bébé est un mammifère évoque cette notion de besoin d'intimité pour la femme lors de son accouchement, en se protégeant des autres personnes et en s'isolant dans un endroit obscur et sécurisé. En d'autres termes, la notion de « bulle » pourrait correspondre, sans certitude aucune, à la mise en place, lors de la prise de conscience de l'imminence de l'accouchement, d'un environnement – temps matériel qu'humain – rassurant pour la femme et permettant de donner naissance à son enfant de façon la plus naturelle possible.

De plus, madame H évoque « être dans une autre dimension » lors de son accouchement. Odent explique que « *la plupart des futures mères donnent l'impression de se couper du monde et de partir sur une autre planète* », notamment en écoutant leur corps. Il en est de même dans une étude réalisée en Suède en 2015 sur l'AIEH, qui explique que l'environnement de la femme a cessé d'exister dès que celle-ci s'est focalisé sur la naissance de son enfant : « *Everything else ceased to exist when each mother became able to focus entirely on giving birth, on taking care of the baby.* » (33)

Une étude, réalisée en 2020 sur le trouble du stress post-traumatique chez les pères au décours d'un accouchement (37), définit le terme de dépersonnalisation comme « une

expérience persistante ou récurrente de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps. ». Dans notre étude, cette notion est perceptible puisque de nombreuses femmes expliquent la nécessité d'écouter leur corps lors de l'accouchement et de faire confiance en ses propres sensations. Il est à noter l'importance du debriefing en maternité avec l'équipe obstétricale afin de se recentrer sur son ressenti et sur l'événement que la femme a vécu.

D. Le terme d' « expulsion »

Dans cette idée d'écouter davantage les sensations corporelles, Michel Odent parle du réflexe d'éjection du fœtus, décrit par Niles Newton et énoncé par plusieurs femmes de notre étude (38). C'est le cas de madame A (« *J'avais l'envie d'expulser le bébé* ») et madame K (« *J'ai tout expulsé* »). À plusieurs reprises, elles parlent d'expulsion plutôt que d'accouchement pour décrire la naissance de leur enfant, comme s'il s'agissait d'un retour à l'état primaire, mammifère et animal. Le sentiment de peur entraînerait une montée d'adrénaline et permettrait la naissance par réflexe d'éjection lié aux différentes hormones selon Odent (The Fetus Ejection Reflex). Il explique également que ce réflexe n'est pas constamment lié à une angoisse vive, mais parfois à une fin de travail, précédant de quelques minutes l'accouchement : « *Suddenly her voice and attitude become different. The mother-to-be says a word or makes a gesture which means, "Help, urgently!" Or else she says some frightening words to do with death, or suddenly behaves as if she is angry (e.g., kicking a wall). From that time there is a point of no return [if the mother feels free to shout]. Nothing can interrupt a fetus ejection reflex [...]* ». Lors de l'entretien avec madame C, celle-ci nous a évoqué cette notion : « *Quand mon compagnon l'a appelé [sage-femme], elle lui a demandé qu'est-ce qu'elle fait pendant les contractions et il lui a dit elle chante, elle ne parle plus et elle a tout de suite compris, elle a dit vous n'arriverez pas à la maternité* ».

De plus, ce réflexe d'éjection a importuné madame A qui a expliqué que sa fille n'avait pas été accueillie comme elle aurait dû l'être mais expulsé. Il est possible de percevoir la notion du culturel, très présent autour de la grossesse et de l'accouchement.

E. Instinct et position

Comme le réflexe d'éjection du fœtus précédemment cité, plusieurs femmes évoquent leur position au moment de l'accouchement comme une position prise instinctivement, en

estimant que leur corps savait dans quelle position elles devaient accoucher. Selon le dictionnaire Le Robert, l'instinct se définit comme « *une tendance innée à des actes déterminés, exécutés parfaitement sans expérience préalable* ». Alors même que la plupart des femmes accouchent en décubitus dorsal en salle de naissance, plusieurs femmes de notre étude ont accouché de façon accroupie, à genoux ou en quatre pattes, en précisant parfois qu'elles savaient que la position du décubitus dorsal n'était pas à favoriser et qu'il s'agissait de leur corps, le véritable acteur et garant de la physiologie de l'accouchement. Racinet, dans son article Positions maternelles pour l'accouchement (39), explique par ailleurs les positions les plus adéquates pour un accouchement physiologique : « *la position idéale, mais malheureusement difficile à supporter dans notre culture occidentale, est la position accroupie dont le maintien est favorisé par des appuis en suspension, favorisant l'étirement du rachis. [...] Parallèlement à cette posture accroupie se sont développées des postures en décubitus latéral et à quatre pattes, permettant ainsi un choix qui sera guidé par le confort de la patiente.* ». Par conséquent, l'ensemble des femmes de notre étude aurait pris une position « *instinctivement* » physiologique. Cette référence date cependant de 2005, il est à noter que des études comparant les différentes positions se contredisent parfois et il est à retenir que la meilleure position pour une femme lors de son accouchement est la plus antalgique possible et, par-dessus tout, celle qu'elle désire.

2. Des émotions diverses et contradictoires ressenties lors de l'accouchement

Selon Michel Dugnat, dans son ouvrage Émotions en périnatalité (40), l'émotion se définit comme « *dérivé du mot « motion » (mouvement en ancien français), [qui] désigne à la fois l'action d'émouvoir et le résultat de cette action, si l'on en croit le Dictionnaire culturel de la langue française. Cette première valeur du terme qui renvoie au mouvement du corps ou d'un corps, donc à la motion, est évidemment à mettre en lien avec sa deuxième acception, plus récente, celle d'un mouvement affectant un individu et provoquant un trouble psychique ou physiologique.* ». Plusieurs auteurs, notamment Goleman, psychologue américain, évoque le fait que le terme d'émotion ne possède pas une définition propre (41).

Dans notre étude, on note un contraste entre les différentes émotions décrites par les femmes, allant de la joie à l'angoisse, du stress à la sérénité. Notons également que madame C a annoncé « *ça s'est super bien passé* » et quelques minutes plus tard « *Je ne sais pas comment on peut avoir envie de revivre ça* » et qu'il existe donc une ambivalence entre satisfaction personnelle et fierté d'avoir donné naissance en extrahospitalier, et moment

désagréable de panique, autant pour elle que pour son bébé, comme madame A qui évoque le non-accueil de sa fille. L'une des femmes évoque même avoir eu, finalement, un accouchement le plus physiologique possible mais que cette part de stress conséquente ne lui a pas permis de profiter pleinement de ce moment privilégié.

De plus, à plusieurs reprises revient la notion de « *délivrance compliquée* » et de suture périnéale douloureuse en hospitalier. Rappelons que l'absence de délivrance placentaire et la présence de lésions périnéales sont des risques de complications de l'AIEH. Madame I en parle spontanément : « *C'était plus la délivrance le mauvais souvenir de mon accouchement* ». Alors même que ces femmes rapportent leur joie d'avoir eu la possibilité d'accoucher à domicile, elles rappellent la douloureuse expérience des complications obstétricales et de l'absence d'analgésie en maternité lorsque des actes médicaux étaient nécessaires. Il est impératif que l'ensemble de la prise en charge soit adéquate et que la douleur de la patiente soit entendue afin de la soulager, pour éviter que cette naissance, aussi rapide soit elle, ne soit vécue comme un échec.

3. Un sentiment de culpabilité et une préoccupation maternelle notable

A. Le sentiment de culpabilité

Plusieurs femmes de notre étude rapportent l'idée d'avoir culpabilisées après l'accouchement de leur enfant en extrahospitalier et c'est pourquoi il est important de rappeler que la décision de l'équipe médicale est primordiale dans notre cas, notamment pour les femmes qui avaient consulté pour faux-travail et pour qui le travail a finalement été excessivement rapide, une fois rentrée au domicile. Madame J regrette que l'équipe n'ait pas entendu sa douleur et son souhait de rester en surveillance à la maternité, ce qui a entraîné chez elle une culpabilité accrue.

De plus, deux femmes évoquent le fait d'avoir peur d'être jugées. Madame A estime que cet accouchement rapide aurait pu faire d'elle, aux yeux des autres, une femme irresponsable. Madame B explique quant à elle ne pas discuter longuement de son accouchement en estimant qu'elle est chanceuse de ne pas avoir eu un travail long, à contrario des déclenchements. L'étude précédemment citée, de Suède en 2015, rapporte cette même idée : « *Feelings of vulnerability and guilt of being irresponsible giving unplanned out-of-hospital birth overwhelmed the women* » (33). Il est important de rappeler à ces femmes en

maternité qu'elles ont le droit d'exprimer leurs sentiments et de raconter leur accouchement, décrit par certaines comme atypique.

Il est également à noter la volonté pour certaines femmes de réaliser du peau-à-peau avec leur enfant immédiatement après l'accouchement, comme sentiment de culpabilité et de préoccupation maternelle. L'une des femmes nous annonce avoir voulu faire du peau-à-peau pour « *la garder pour [elle]* » alors qu'elle n'avait pas souhaité en réaliser pour son premier enfant, dont l'accouchement s'était déroulé en maternité sans complication. Il est intéressant de se poser la question, y'a-t-il un lien entre l'accouchement inopiné en un endroit inadapté et une préoccupation maternelle importante ?

B. La préoccupation maternelle

Dans notre étude, l'ensemble des femmes rapportent une inquiétude importante concernant l'état de santé de leur enfant au moment de l'accouchement, avec cette angoisse particulière autour de l'accident funiculaire, notamment le circulaire. Madame A, quant à elle, évoque une peur face à une possible dystocie des épaules (rappelons qu'elle a deux antécédents de déclenchements en raison de macrosomie fœtale). Le terme de préoccupation maternelle primaire a été décrit par Winnicott et se définit comme une période suivant l'accouchement où la mère est en capacité de s'adapter et de répondre aux besoins primaires de son nouveau-né. Il s'agit d'un état d'hypervigilance physiologique. Winnicott en parle comme « *l'état très spécifique qui se développe graduellement chez les femmes enceintes pour atteindre un degré de sensibilité accrue à la fin de la grossesse et dure encore quelques semaines après la naissance de leur enfant. Cette préoccupation maternelle primaire fournit un setting, un cadre dans lequel le potentiel inné de l'infans pourra se développer ; en effet la sensibilité de la mère lui permet de répondre aux besoins du moi de son bébé.* » et « *la mère normalement dévouée* » (42). L'une des femmes nous en parle spontanément de cette préoccupation car « *la maman n'a pas d'autres préoccupations corporelles* ». En d'autres termes, elle n'a que son nouveau-né à penser.

De plus, certaines femmes évoquent le fait de vouloir protéger leur conjoint et leurs enfants au moment de l'accouchement. A plusieurs reprises, elles expliquent « *quand j'ai vu qu'il était rassuré, j'étais rassurée* » et ne pas avoir crié pour ne pas réveiller leurs aînés. Il est à noter que cette préoccupation concerne également le conjoint ou la personne accompagnante. Madame C explique que son conjoint a lui-même « *mis sous tapis ses émotions* », n'a pas rapporté les propos de la sage-femme afin de contenir la panique de la

maman. De plus, à plusieurs reprises, les conjoints ont tenté de protéger l'intimité de la femme de toute personne étrangère, comme les secours. En effet, madame B nous indique avoir considéré sa chambre, lieu de l'accouchement, comme « *la foire* » en raison du nombre important de personnes présentes – conjoint, sapeurs-pompiers, secours – et madame affirme que « *la pudeur en prend un coup* ». Cette notion reviendra un peu plus tard dans notre analyse.

Malgré une angoisse vive au moment de l'accouchement, on note que, autant la femme que son conjoint, la panique a été cadrée et que chaque acteur a souhaité protéger l'autre.

4. L'importance du lieu d'accouchement

Dans notre étude, la plupart des femmes reste agréablement marquée par le lieu d'accouchement, comme « *symbole de la naissance* » de leur enfant. Cependant, il est à noter que madame G a accouché en dehors de son domicile, sur le parvis de son logement afin de protéger, selon elle, ses beaux-parents et sa fille présents à ce moment-là. Pourquoi n'a-t-elle pas souhaité faire sortir les personnes présentes et accoucher en son domicile, lieu plus sûr et à l'abri des regards indiscrets des voisins ? Fallait-il que cet enfant naisse en dehors de cette maison ? En raison du temps imparti, il ne nous a pas été possible d'explorer cet axe de questionnement. Cependant, il serait opportun de s'intéresser aux conséquences liées à l'endroit de la naissance.

De plus, à plusieurs reprises, les femmes indiquent un retour au domicile particulièrement important selon elles. Elles parlent de « *pleurs* », de « *bizarre* » ou encore de « *besoin de se réapproprier le logement* » après le séjour en maternité, avec parfois une nécessité d'un séjour prolongé en hospitalier afin de prendre conscience cette expérience inhabituelle. Il n'est donc pas à négliger le fait que le lieu de l'accouchement reste le lieu dans lequel elles vivent ou lequel elles sont habituées à rencontrer, et où elles peuvent, sans cesse, se remémorer cet instant particulier qui nécessite un accompagnement adéquat.

II. L'ACCOMPAGNEMENT

1. L'accompagnement en anténatal, en libéral ou en hospitalier

Dans notre étude, la plupart des femmes avait réalisé de la préparation à la naissance, auprès d'une sage-femme libérale ou en centre hospitalier. La préparation à la naissance et à la parentalité a été créée par le docteur Lamaze dans les années 1950 afin, de prime abord, que les femmes puissent gérer les douleurs liées aux contractions utérines et à la descente du fœtus pendant le travail obstétrical (43). Ce premier axe proposé a, à plusieurs reprises, été contesté. Aujourd'hui, le terme de PNP est bien défini et l'HAS présente des recommandations précises qui sont les suivantes : « *Il est recommandé de présenter les séances de PNP au cours de l'entretien individuel sous la forme d'un programme comportant les objectifs, le contenu, les techniques de travail corporel, les techniques éducatives, la fréquence, la durée et le déroulement des séances, les modalités d'évaluation afin : de présenter les possibilités locales de PNP au sein du réseau périnatal ou des ressources de proximité (maternité des établissements de santé, secteur libéral, PMI) ; de permettre à la femme ou au couple de choisir le programme qui satisfera le mieux leurs besoins (première grossesse, multiparité, grossesse précoce) et leurs aspirations ; de planifier individuellement les séances en fonction des besoins de prévention et d'éducation de chaque femme ou couple ; d'adapter dans la mesure du possible leur contenu à chaque femme enceinte ou couple » . En revenant sur les deux derniers objectifs, nous notons qu'il est important, dans notre étude, d'adapter les informations et conseils donnés en PNP aux antécédents, facteurs de risque et souhait de la patiente et du couple, comme insister sur la nécessité de ne pas tarder à se rendre à la maternité en raison d'une distance domicile-maternité importante ou encore en raison d'antécédent d'accouchement rapide. Cependant, il est à mentionner que l'ensemble de nos patientes aurait probablement accouché avant d'arriver à la maternité en raison de l'extrême rapidité du travail et de la distance domicile-maternité importante dans notre étude. Il est également intéressant de s'interroger sur le discours de la sage-femme libérale de madame C : elle a annoncé au conjoint de madame qu'il était nécessaire de se rendre à la maternité en sachant qu'ils n'y arriveraient pas avant la naissance de l'enfant. Pourquoi n'a-t-elle pas incité les futurs parents à rester au domicile et à contacter les secours ? Cependant, il ne nous a pas été possible d'explorer cet axe de recherche en raison du temps imparti.*

De plus, le conjoint de madame L, qui a eu la possibilité de rediscuter de cet accouchement avec la sage-femme libérale qui suivait le couple, a librement abordé le souhait d'une PNP pour les pères avec l'idée d'expliquer des gestes à réaliser en cas d'AIEH, afin

qu'ils ne se trouvent pas en situation de stress et qu'ils puissent accompagner du mieux possible la future maman. Il est tout à fait intéressant d'ajuster les informations en anténatal et de donner des conseils autour de l'AIEH, qui reste rare mais pas inexistant.

2. L'accompagnement par l'équipe médicale durant le séjour en maternité

Le séjour en maternité est un moment important et nécessaire pour les femmes. Plusieurs d'entre elles nous informent sur la volonté de ne pas rentrer au domicile en « Prado », afin de « *faire une pause* » entre l'accouchement et le retour au domicile. Rappelons que le Prado maternité est un « *service [qui] est aujourd'hui proposé en priorité aux mères quittant la maternité dans le cadre d'une sortie précoce (dans les 24 à 72 heures après un accouchement par voie basse ou dans les 96 heures après une césarienne)* » afin « *de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients ; d'accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital ; de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant ; d'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin* » (Ameli).

À contrario, plusieurs femmes souhaitaient ne pas être transférées en maternité, n'en comprenant pas le bénéfice. Il est intéressant de se questionner sur la proposition d'une hospitalisation à domicile (HAD) pour ces femmes, en s'assurant d'un suivi et d'un accompagnement, tant médical que psychologique, tout en gardant en priorité le souhait de la femme elle-même.

Il est à noter que madame J a rencontré des difficultés d'accompagnement lors de son séjour en maternité. Celle-ci estime ne pas avoir été accompagnée durant son séjour, c'est pourquoi il est primordial de s'assurer des besoins de la femme en maternité, même lorsqu'elle ne les exprime pas clairement. Un article provenant de la revue de médecine périnatale informe sur le « *rôle important de l'ensemble de l'équipe et des membres de la famille* » en expliquant que le suivi et l'accompagnement auraient un « *effet protecteur* » sur le risque de syndrome de stress post-traumatique auprès des mères. « *Les femmes présentant des symptômes évocateurs d'ESPT semblent en effet avoir bénéficié d'un soutien moindre en suites de couches que les patientes asymptomatiques* » (44). L'étude réalisée en Suède en 2015 (33), reprend cette même idée où les femmes avaient un sentiment d'ambivalence entre la fierté d'avoir accompli un tel accouchement et l'absence d'empathie du personnel médical à reconnaître et à valoriser ce qu'elles avaient réalisé. Madame J explique également qu'un

membre de l'équipe lui a signalé qu'elle et son bébé ne comptaient pas dans les effectifs de l'hôpital. Rappelons que financièrement, un accouchement dans un centre hospitalier ou clinique est davantage côté qu'un rapprochement mère-enfant. Rappelons également que madame J était suivie au moment de l'entretien par un thérapeute, qu'elle s'est portée volontaire pour participer à l'étude et que cet entretien s'est réalisé sous cloche de sécurité thérapeutique. Il est important à noter que la notion financière ne doit pas, dans la mesure du possible, intervenir dans l'accompagnement de la femme et de son nouveau-né car il pourrait susciter davantage de culpabilité. Un article rédigé dans la revue de médecine périnatale, sur le regard de l'association Maman Blues, rappelle cette notion : « *Une écoute et un accompagnement bienveillants et non normatifs sont essentiels. Un effort particulier doit être fait au niveau des propos tenus par les différentes équipes sur les soins à apporter au bébé : un discours homogène (en particulier sur l'allaitement) mais non dogmatique est absolument nécessaire afin de soutenir la confiance des nouvelles mères dans leurs capacités maternelles et leur estime de soi ; cette attitude vise aussi à permettre aux mères de s'exprimer sur leur vécu de l'accouchement, et de laisser apparaître des signes de souffrance éventuelle. Les équipes doivent être formées à l'identification de ces signes, parfois discrets, et à la manière la plus adaptée d'intervenir* ». (45)

En maternité, il est important que l'équipe perçoive les signes d'alerte ou les besoins de la maman et qu'elle puisse proposer des prises en charge adéquate. L'une d'entre elles est la consultation auprès d'un psychologue du centre. Une femme de notre étude a bénéficié d'une consultation obligatoire auprès d'un psychologue de maternité et l'estime nécessaire, douze femmes n'ont pas bénéficié de cette consultation car non proposée. Certaines d'entre elles auraient préféré en bénéficier car elles estiment que cela permet de « *déculpabiliser* », que cet accouchement « *fait réfléchir* ». Cependant, il nous semble important de ne pas rendre cette consultation obligatoire mais de le proposer systématiquement. L'article de la revue de médecine périnatale rappelle cette notion : « *Dans le contexte de la naissance, le sens de l'intervention psy doit être pensé à partir de la question « Qu'est-ce que l'intervention du psy, à ce moment-là de la vie, a comme impact dans le psychisme des parents, si elle n'est pas reliée aux professionnels du champ somatique (ceux auxquels le couple s'adresse initialement) ? » »* » (46). C'est à l'équipe médicale d'alerter sur les signes et de proposer une consultation psychologique. De plus, madame M avoue « *ça fait du bien d'en parler [pour l'étude]* ». On note clairement un besoin de mettre des mots sur l'événement passé et d'une écoute attentive, dont elle n'a peut-être pas bénéficié en maternité, possiblement par manque de temps de la part de l'équipe médicale. Cette consultation pourrait également rappeler à la femme qu'elle a été l'actrice principale de son accouchement et non la spectatrice, en raison

de la citation souvent répétée « *Je n'ai même pas poussé une fois* » ou « *Avec le recul, j'ai le ressenti de ne pas avoir accouché* ».

3. L'importance de la personne accompagnante

Dans une étude de Pruvost Qui accouche qui ? (47), « *Sur les 128 pères présents à l'accouchement, seulement 8 sont considérés comme intrusifs et 89 sont présentés comme de véritables auxiliaires disposant d'une expertise et inspirant la confiance. Les récits abondent en paroles de reconnaissance à l'égard du conjoint qui se démultiplie en officiant en tant que masseur, point d'appui auquel se suspendre, coach, évaluateur de la bonne progression du travail, accoucheur dans le cas des accouchements non assistés volontaires et involontaires.* ». Nous retrouvons dans notre étude cette notion où, dans la plupart des cas, la personne accompagnante est une figure connue qui rassure avec parfois un sentiment de dépendance totale, de fragilité protégée : « *Je me remettait complètement entre ses mains* ». Le conjoint, généralement très investi, a permis la protection de la femme et de son enfant et ce parentage commence très tôt, et davantage dans les cas d'AIEH (48). Cependant, il est à préciser que pour certaines femmes il ne s'agissait pas du conjoint, mais d'un membre de la famille ou d'un étranger, rendant ainsi la situation plus compliquée et embarrassante pour la femme. De plus, parfois, l'accompagnant n'avait pas toujours conscience du caractère inopiné et urgent de la situation, en rendant la femme complètement actrice de son accouchement, tant dans l'enfantement lui-même que dans l'appel des secours. Nous pouvons également nous interroger sur l'appel tardif des secours dans certaines situations : n'ont-ils pas eu le temps nécessaire pour prévenir les secours ? La panique, aussi intense soit-elle, a-t-elle inconsciemment entraîné un mécanisme de défense chez la personne accompagnante afin de ne pas voir le caractère inopiné ?

4. La présence des secours : entre réassurance et contraintes

Dans notre étude, la plupart des femmes bénéficiant du soutien des secours au moment de l'accouchement relève une réassurance et une reconnaissance accrue du fait d'une prise en charge purement médicale adaptée. Cependant, certaines contraintes ont été relevées comme une inquiétude ressentie par le couple concernant les saignements et l'absence de délivrance placentaire, entraînant une culpabilité majorée pour ces femmes. Plusieurs études expliquent le manque d'entraînement de l'ensemble des secours face à la

grossesse et l'accouchement et, malgré les différents scores mis en place afin de diagnostiquer l'imminence de l'accouchement, ils sont souvent confrontés à des situations qu'ils n'ont jamais rencontrées, engendrant ainsi un stress et une prise en charge peu adéquate. Nous pouvons rappeler que le réflexe d'éjection du fœtus est un phénomène incontrôlable et qu'il est nécessaire de laisser la femme débiter des efforts expulsifs si elle en ressent le besoin. Une femme de notre étude a évoqué le fait que les secours, présents au moment de l'accouchement, n'étaient pas intervenus, laissant la femme accoucher comme elle le souhaitait. A contrario, l'une d'entre elles explique avoir voulu accoucher vite afin de ne pas être contrainte dans ses positions. Même si l'AIEH reste rare, les situations où les secours sont amenés à prendre en charge des femmes en travail ne le sont pas et c'est pourquoi il est nécessaire qu'ils aient des formations adaptées. Les secours eux-mêmes ont conscience de leur manque d'entraînement et de formation et l'une des équipes s'était excusée auprès d'une femme.

De plus, il est important de laisser libre place au père, s'il est présent. Une étude sur le trouble du stress post-traumatique chez les pères rapporte que le manque d'informations et le sentiment de solitude accentue le mauvais vécu en tant que père (37). Nous retrouvons auprès des femmes de notre étude cette même idée où plusieurs conjoints ressentaient un sentiment, qu'il est possible de qualifier comme d'impuissance, en raison d'un manque d'information ou en raison d'une exclusion du lieu d'accouchement, alors qu'ils souhaitaient être au cœur de la naissance. Il est possible de se questionner sur la volonté de délivrer les informations dans l'immédiat : s'agit-il d'une forme de protection pour les parents afin de ne pas les apeurer ou s'agit-il d'un défaut d'information ?

Par ailleurs, il est nécessaire également de reconstruire un environnement sécurisé autour de la femme pour permettre un bon vécu de la situation, en respectant dans la mesure du possible l'intimité de la femme. Il est important de noter que l'ensemble de l'équipe médicale a une certaine habitude de la nudité et du corps, cependant les secours peuvent être perçus comme une intrusion au sein du domicile et du couple (49). A plusieurs reprises dans notre étude, les femmes parlent de « foire » et de protection du conjoint envers les secours.

III. LES CONSÉQUENCES DE CET ACCOUCHEMENT

Il est important de noter que les femmes volontaires qui ont été interrogées pour notre étude ne correspondent pas au profil type décrit dans de nombreuses études nationales sur l'AIEH. Il est opportun par conséquent de se questionner sur leur volonté à y participer : s'agit-

il d'une volonté par sympathie ou reconnaissance envers la profession de sage-femme, aujourd'hui trop peu reconnue ? S'agit-il de valoriser les accouchements à domicile ainsi que les maisons de naissance, qui ont récemment été reconduites par les autorités ? Ou s'agit-il encore d'un besoin personnel de décrire leur accouchement en raison de conséquences indéniables ?

1. La présence de enfants aînés

Dans notre étude, à de nombreuses reprises, les enfants aînés de la femme étaient présents au moment de l'accouchement. Aucune complication grave n'a été relevé par les femmes. Cependant, la plupart des enfants a compris la gravité de la situation et il a été nécessaire, pour les parents, de reposer les notions et représentations autour de la naissance et de la maternité. Deux femmes de notre étude expliquent que, lorsque leurs enfants avaient raconté que leur frère/sœur était né au domicile, l'équipe pédagogique de l'école les avait repris, comme si chaque naissance devait avoir lieu en maternité. L'une des femmes a également expliqué « *Ce n'est pas quelque chose de normal [l'AIEH]* ». Nous pouvons donc nous questionner sur la représentation de la grossesse et de l'accouchement dans notre civilisation, alors même que diverses alternatives à l'accouchement en centre hospitalier se développent aujourd'hui.

2. Les difficultés pré, per et post-accouchement rencontrées par l'entourage

L'AIEH n'est pas une situation anodine, surtout pour l'entourage de la femme présent. L'assistance auprès de la mère, l'appel des secours, les explications données aux secours et la gestion des enfants aînés rendent directement la personne accompagnante actrice et potentiellement responsable en cas de complications, ce qui peut engendrer un stress ingérable. De plus, ils sont fréquemment confrontés au nettoyage et au rangement du lieu de l'accouchement, principalement le domicile de la femme dans notre étude. Cette dernière notion peut tout à fait être choquante pour la personne, madame K qualifie même le lieu de l'accouchement comme une « scène de crime ». À plusieurs reprises, les secours ont porté assistance tant à la femme accouchée qu'aux proches et ils ont conscience de l'importance du vécu de cette personne. Nous rappelons par cette notion qu'il est fondamental d'accompagner les mères, mais également les pères et les enfants aînés en post-natal, durant

le séjour en maternité notamment. L'article La place du père en salle de naissance (50) rapporte cette même idée : « *Accompagner les pères et créer un espace de discussion avec eux en postnatal pour qu'ils racontent ce qu'ils ont vécu (Guittier et coll., 2014). On retrouve cette idée dans une étude affirmant qu'une stratégie pour diminuer les craintes paternelles lors de l'accouchement serait d'inclure des « débriefings » dans le post-partum pour que les pères expriment leurs sentiments (Hanson et coll., 2009).* ».

Dans les différentes difficultés, nous retrouvons également le besoin pour deux conjoints présents à l'accouchement de contacter leur mère afin de trouver une réassurance auprès d'elle. Ce besoin laisse supposer que leur mère est leur figure maternelle et qu'il a été nécessaire de poser des mots sur l'événement que les conjoints avaient vécu.

Il est à noter également une amnésie partielle et transitoire. Il nous est rapporté notamment l'oubli de l'identité de la femme, de sa date de naissance, des prénoms donnés au nouveau-né. Plusieurs femmes de notre étude rapportent, pour leur conjoint, un sentiment d'impuissance et une nécessité d'informations des secours, comme précédemment évoqué, avec par conséquent une mauvaise interprétation. L'article Le trouble du stress post-traumatique chez les pères au décours d'un accouchement (37) rapporte l'idée que les pères se sentent inutiles et exclus : « *Certains pères ont estimé qu'ils n'avaient jamais eu le contrôle ou celui-ci leur a été retiré. Ils ne se sentaient pas impliqués. [...] Les pères souhaitent dans l'ensemble être informés et impliqués pour se sentir plus utile [...] Ils décrivent un sentiment d'incompréhension par manque d'information et de préparation. À cela s'ajoute un manque de soutien perçu de la part des équipes et un manque de communication qui semblent accentuer le sentiment de solitude.* ». Nous noterons que dans la plupart des cas, la personne accompagnant la femme reste marquée par cette naissance atypique et ne souhaite pas l'omettre : « *On devrait dessiner un bébé là [sur le lieu de l'accouchement]* » a déclaré le conjoint de madame D.

3. Des relations modifiées ou inchangées

A. Entre la mère et son enfant

Il est important, de prime abord, de noter que la question posée aux femmes concernant la relation entre elle et son enfant était « *Pensez-vous que le lien entre votre bébé et vous est différent par rapport à ce que vous aviez imaginé pendant la grossesse, suite à cet accouchement ?* » et que l'ensemble des femmes a reformulé cette phrase en réalisant une

comparaison entre la relation qu'elles ont avec leurs aînés et la relation avec cet enfant. Nous pouvons nous questionner sur cet énoncé : s'agit-il seulement d'une mauvaise compréhension de la question ou s'agit-il d'un souhait de ne pas voir, inconsciemment, que la relation est différente ?

De plus, les avis divergent autour de cette question. Pour certaines femmes, la relation est inchangée, pour d'autres elle est plus fusionnelle. Lorsqu'elles évoquent cette deuxième idée, elles évoquent notamment un souhait de réaliser plus de peau-à-peau avec leur enfant, l'allaitement maternel a davantage été réalisé. Il y a, au travers de cette relation, une notion également de culpabilité. Madame A nous l'explique par le fait de ne pas avoir accueillie sa fille comme elle devait l'être, comme si, aujourd'hui, elle voulait s'en excuser.

Enfin, madame J nous explique une angoisse face à l'idée d'en vouloir à son enfant, de lui avoir infligé un stress et des douleurs. Elle note cependant que cela n'a pas été le cas. Nous nous interrogeons sur cette affirmation. Il s'agit d'une forme de représentation, comme précédemment cité, autour de l'accouchement, comme si l'enfant idéal devait naître à la maternité et ce bébé réel l'a mise en difficulté et potentiellement en danger. Il est important d'accompagner ces femmes en raison d'un risque de baby-blues surajouté et de difficultés de mise en place du lien mère-enfant. Selon l'article Parentalisation : du désir d'enfant à l'attachement (51), « *les conditions de l'accouchement peuvent marquer une sorte d'empreinte sur la représentation qu'aura la mère de son enfant* ».

Nous pouvons noter que lorsque la relation est citée comme différente par la femme, il nous est impossible de distinguer si c'est en raison de l'accouchement lui-même, en raison du fait que ce soit le dernier enfant, en raison de complications fœtales ou néonatales ou alors même par la simple suggestion de notre question.

B. Entre la mère et l'accompagnant

Une nouvelle fois dans notre étude, les avis divergent autour de la relation entre la femme et la personne présente au moment de l'accouchement. Pour la plupart d'entre elles, la relation est inchangée. Certaines femmes nous décrivent même le fait de ne pas avoir vu la personne qui l'assistait, concentrée sur la gestion des douleurs et les efforts expulsifs. Lorsqu'il s'agit du conjoint, pour certaines femmes, l'AIEH a renforcé leur lien, notamment lors rôle de parents, comme l'évoque madame F. À plusieurs reprises, elles évoquent la notion

d'expérience de couple qui renforce leur relation, sans que celle-ci soit perçue comme différente, aujourd'hui.

C. Entre l'accompagnant et l'enfant

Il est à noter dans notre étude que l'ensemble des femmes évoquent une relation plus fusionnelle entre la personne accompagnante et l'enfant, qu'il s'agisse du père ou d'un proche de la famille. Elles évoquent une plus grande surveillance de cet enfant. Dans l'article La participation du père à la naissance (48), cette idée est évoquée : « *L'échange des regards comme fondateur d'une relation fusionnelle, la contemplation, la prise dans les bras, tous ces actes jadis inconnus des pères créent entre eux et l'enfant des liens d'une puissance considérable, ces liens qui ont jusqu'alors caractérisé le lien mère-enfant, lui donnant une force incontestée.* ». L'attachement entre les parents et l'enfant se fait dès les premières minutes après la naissance et il est possible de le percevoir d'autant plus lors d'un AIEH où la personne est directement impliquée et gère l'arrivée de cet enfant.

CONCLUSION

Pour conclure, nous pouvons affirmer que cette étude nous a permis de rendre compte du vécu des femmes mais également du ressenti de leurs proches.

Il est nécessaire de rappeler l'importance de la prévention, tant en PNP qu'en consultation prénatale sur les signes évocateurs du début du travail, sur les facteurs de risque d'AIEH et d'informer sur les gestes à réaliser en cas d'AIEH, tout en prenant en compte la bonne compréhension du couple et sans éveiller d'angoisse autour de l'AIEH.

Il est également fondamental d'accompagner au mieux la femme dans ses souhaits en per-partum et en post-partum, de ne pas négliger les modifications corporelles qu'elle ressent et d'entendre et de pouvoir soulager la douleur du mieux possible. Un AIEH peut être vécu de différente façon et il est primordial d'accompagner le couple durant le séjour en maternité, en repérant les signes de détresse, tant chez la mère que chez l'accompagnant et les enfants aînés et ainsi de confier le couple à une équipe de psychologie afin qu'il existe une complémentarité entre les professionnels de première ligne – à savoir les sages-femmes, les puéricultrices et auxiliaires de puériculture – et les psychologues.

Enfin, le retour au domicile ainsi que le lien mère-enfant doivent être encadrés en valorisant les compétences du couple et en mettant en valeur l'AIEH et la bonne réaction de l'entourage. Finalement, il est important de prévenir, d'accompagner du mieux possible chaque triade mère-père-enfant ou mère-accompagnant-enfant et de proposer des prises en charge qui puisse leur convenir sans être imposées.

Dans notre étude, l'ensemble des femmes garde un bon souvenir de leur accouchement et n'a pas présenté de difficultés au long cours. Cependant il s'agissait de femmes volontaires et les entretiens étaient réalisés à distance de l'accouchement. Il serait intéressant de réaliser cette même étude auprès de femmes encore hospitalisées en maternité afin de comparer également leur dossier médical, en prenant en compte tous les facteurs de risque et complications, mais également les informations plus délicates comme les dénis de grossesse ou les grossesses cachées et/ou non souhaitées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nguyen M-L, Lefèvre P, Dreyfus M. Conséquences maternelles et néonatales des accouchements inopinés extrahospitaliers. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* janv 2016;45(1):86-91.
2. Christophe Clesse, Joëlle Lighezzolo-Alnot, Sylvie De Lavergne, Sandrine Hamlin, Michèle Scheffler. HISTOIRE DE L'ACCOUCHEMENT EN OCCIDENT : ÉVOLUTION DES CONNAISSANCES, TECHNIQUES, CROYANCES, RITES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU TRAVERS DES ÂGES. In 2018.
3. Villand A, Gabai N, Gansel Y, Maggi-Perpoint C. « États des liens » en maternité : paroles de soignants. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 oct 2012;60(7):487-91.
4. Morel M-F. Naître à la maison d'hier à aujourd'hui. *Trav Genre Soc.* 10 avr 2018;n° 39(1):193-9.
5. Floriane Stauffer-Obrecht. L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ À DOMICILE Pratique des sages-femmes françaises accompagnant les naissances à domicile Etat des lieux 2018. In 2019.
6. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. 2020 : 20 PROPOSITIONS POUR LA SANTE DES FEMMES Ségur de la santé Juillet 2020. In 2020.
7. HAS. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. In 2017.
8. Billon M, Bagou G, Gaucher L, Comte G, Balsan M, Rudigoz R-C, et al. Accouchement inopiné extrahospitalier : prise en charge et facteur de risque. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* mars 2016;45(3):285-90.
9. Hassambay. ACCOUCHEMENT INOPINÉ EXTRA HOSPITALIER : Données épidémiologiques maternelles de 2011 à 2017. 2019.
10. Renesme L, Garlandezec R, Anouilh F, Bertschy F, Carpentier M, Sizun J. Accidental out-of-hospital deliveries: a case-control study. *Acta Paediatr.* 2013;102(4):e174-7.
11. Soufflet M. Facteurs prédictifs et conséquences obstétricales et néonatales des accouchements inopinés extra-hospitaliers à terme: étude rétrospective réalisée au CHU de Caen du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2017. :56.
12. Bonnin S. Accouchements inopinés extrahospitaliers accueillis au centre Aliénor d'Aquitaine du CHU de Bordeaux, incidence et caractéristiques : étude descriptive rétrospective du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2015. 29 nov 2016;106.

13. Célerier M. Les accouchements inopinés extra-hospitaliers. Étude rétrospective unicentrique cas-témoins au CHU de Rouen à partir de 195 dossiers. :76.
14. Goddet NS, Pes P, Bagou G, Templier F, Hamel V. Régulation de la femme enceinte : pour un accouchement inopiné. :14.
15. Rashidi-Allahyari PS. Accouchement inopiné extrahospitalier : pratiques du SMUR de Lille de 2011 à 2013. :48.
16. Gouvernement des territoires du Nord-Ouest. Le statut socio-économique AUX TERRITOIRES DU NORD-OUEST.
17. Faggiano J. ACCOUCHEMENTS INOPINES EXTRA HOSPITALIERS : DE LA PRATIQUE A L'ELABORATION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE. 2018.
18. Bouet, Chabernaude, Duc, Khouri, Leboucher, Riethmuller, Descamps. Accouchements inopinés extrahospitaliers. In 2013.
19. Audrey Baillot et Franck Evain. LES MATERNITÉS : UN TEMPS D'ACCÈS STABLE MALGRÉ LES FERMETURES. In 2013.
20. Blondel B, Drewniak N, Pilkington H, Zeitlin J. Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France. Health Place. sept 2011;17(5):1170-3.
21. Guerin. ACCOUCHEMENTS INOPINES EXTRA HOSPITALIERS : DE LA PRATIQUE A L'ELABORATION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE. 2012.
22. Bagou G, Cabrita B, Ceccaldi P-F, Comte G, Corbillon-Soubeiran M, Diependaele J-F, et al. Urgences obstétricales extrahospitalières. Ann Fr Anesth Réanimation. 1 juill 2012;31(7):652-65.
23. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_pphp_2017.pdf
24. Spizzi M. Prises en charge et complications des accouchements inopinés extrahospitaliers: étude rétrospective sur 5 ans au CHU Grenoble-Alpes. :49.
25. Delannoy. Accouchement inopiné extrahospitalier : y a t-il plus de complications maternelles et néonatales dans les vingt-quatre premières heures ? [Lille]; 2014.
26. RPC [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE%252F2017>
27. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141487/9789242548501_fre.pdf;jsessionid=C4A7C1E45209E803BF03E22CE72BF75D?sequence=1

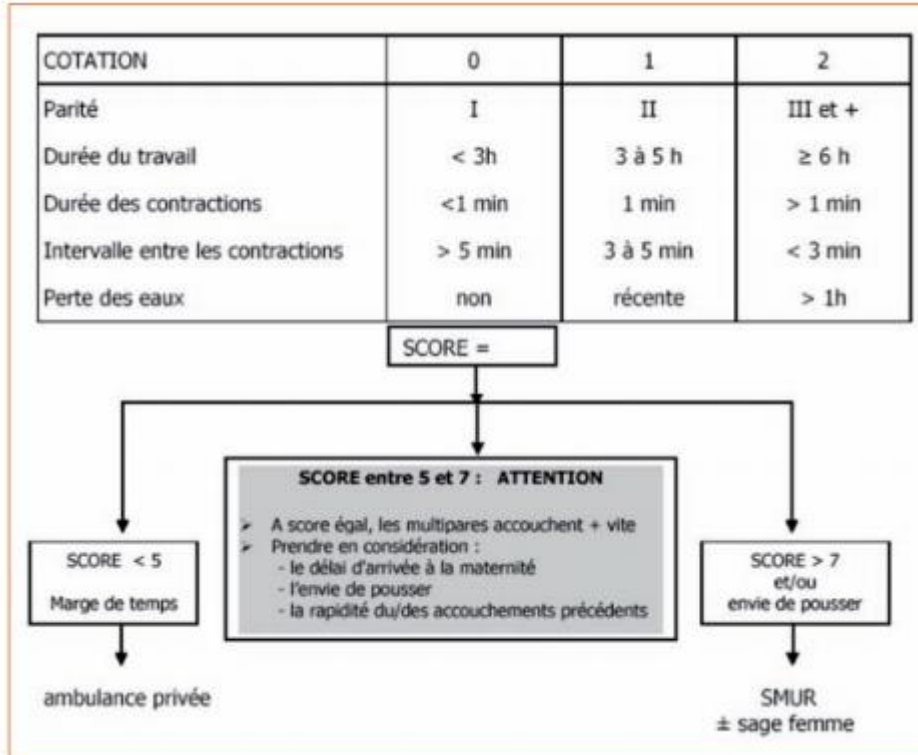
28. Bagou G, Mercier F-J, Vivien B. Out-of-hospital unexpected delivery. *Anaesth Crit Care Pain Med.* oct 2016;35:S23-6.
29. Nonnotte, Lescure. Environnement du nouveau-né [Internet]. Elsevier Connect. 2015 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/environnement-du-nouveau-ne>
30. Chabernaude J-L. Accouchement inopiné hors maternité. *Prat En Anesth Réanimation.* déc 2004;8(6):447-54.
31. Pignol J, Lochelongue V, Fléchelles O. Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale.* 2016;N° 80(4):71-80.
32. OMS | Les soins du nouveau-né [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_at_birth/fr/
33. Erlandsson K, Lustig H, Lindgren H. Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden – a phenomenological description. *Sex Reprod Healthc.* 1 déc 2015;6(4):226-9.
34. Arnal. Soulager les douleurs de femme lors de l'accouchement. 2016.
35. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cah Psychol Clin.* 1 mars 2007;no 28(1):167-83.
36. Chabrol H. Les mécanismes de défense. *Rech Soins Infirm.* 2005;N° 82(3):31-42.
37. Basseux. Le trouble du stress post-traumatique chez les pères. 2020.
38. Odent. The fetus ejection reflex. 1987;
39. Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 juill 2005;33(7):533-8.
40. Dugnat M. (É) motions en périnatalité [Internet]. Les émotions (autour) du bébé. *Érès;* 2006 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-emotions-autour-du-bebe--978274920666-page-13.htm>
41. Goleman D. L'intelligence émotionnelle - intégrale, Analyser et contrôler ses sentiments et ses émotions, et ceux des autres. *J'ai lu* 2014. 924 p.
42. Lehmann J-P. Il n'y a aucune chose telle qu'un bébé. le couple mère-enfant au centre de la clinique de Winnicott. *J Psychanal Enfant.* 30 déc 2015;Vol. 5(2):181-202.
43. Bernard M-R, Eymard C. Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. *Sante Publique (Bucur).* 9 oct 2012;Vol. 24(4):283-9.
44. Rigouzzo. Anticiper pour maîtriser la peur en périnatalité. 2013.

45. Bernard-Chatelain C. Bienveillance, bienveillance et maltraitance à la maternité: Le regard de l'association Maman Blues. Rev Médecine Périnatale. juin 2013;5(2):120-4.
46. Vander Linden R. Psy en maternité : un métier de liaison. Rev Médecine Périnatale. juin 2009;1(2):108-15.
47. Pruvost G. Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile. Genre Sex Société [Internet]. 20 déc 2016 [cité 4 mars 2021];(16). Disponible sur: <http://journals.openedition.org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/gss/3849>
48. Échène A. La participation du père à la naissance..., regard dans l'après-coup de la séparation. Dialogue. 2010;n° 190(4):147-58.
49. Millet. La pudeur en salle de naissance : ressenti des femmes, des personnes accompagnantes et du personnel médical. 2009.
50. Dominique Dallay¹, Fanny Reveyaz. La place du père en salle de naissance. 2017.
51. Parentalisation : du désir d'enfant à l'attachement¹. :45.

ANNEXES

Annexe 1 : Le score de Malinas

Source : Société française de Médecine d'Urgence



Annexe 3 : Déclaration auprès de la CNIL

RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

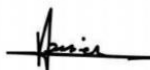
Intitulé : Vécu des femmes dans le cadre de leur accouchement inopiné extra hospitalier
Référence Registre DPO : 2020-199
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme Justine DESCAMPS

Fait à Lille,

Le 2 novembre 2020

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données



Annexe 4 : Fiche d'informations, consentement et roue des émotions



Mémoire de fin d'études de maïeutique – Justine DESCAMPS

Bonjour madame,

Étudiante sage-femme en 5^{ème} année, je réalise mon mémoire de fin d'études sur le vécu des femmes ayant accouché inopinément en extra-hospitalier, c'est-à-dire ayant accouché de façon inattendue et imprévue en dehors de la maternité.

La mise au monde d'un enfant est un événement aussi magique que stressant dans la vie d'une femme et d'un couple et d'autant plus lorsqu'il ne se passe pas comme nous l'avions envisagés. L'accouchement inopiné extra-hospitalier représente 0,5% des accouchements par an en France. De nombreux mémoires et articles ont été rédigés sur le vécu des médecins, des urgentistes, mais très peu concernent le vécu des mamans. En tant que future sage-femme, je porte une attention particulière à votre ressenti, et souhaite vous donner la parole dans ce mémoire.

Le témoignage se fera lors d'un entretien en présentiel (ou en visio) d'environ trente à quarante-cinq minutes avec moi-même. Il sera enregistré pour la retranscription des propos et détruit dès la soutenance du mémoire achevée. Le témoignage sera anonymisé et aucune donnée personnelle ne sera échangé via les réseaux sociaux ou mails.

Je vous transmets conjointement une « Roue des émotions », le but étant de réfléchir sur les émotions ressenties lors de l'accouchement, et non pas aujourd'hui a posteriori. Cette liste d'émotions est une aide et n'est bien évidemment pas exhaustive, il vous est tout à fait possible de ne pas vous y référer.

Si, lors de l'entretien, vous souhaitez ne pas évoquer certains aspects de l'accouchement, il en est de votre droit. Il vous sera possible également d'interrompre l'entretien s'il est trop difficile d'évoquer vos souvenirs. Enfin, je vous propose systématiquement un deuxième rendez-vous, à distance de l'entretien et en dehors du cadre du mémoire, afin de rediscuter de votre vécu si vous en ressentez le besoin.

Je vous remercie de votre participation et je veillerai à mettre en valeur votre vécu.

Justine Descamps, étudiante sage-femme

Je, soussignée madame....., autorise Mlle Justine Descamps

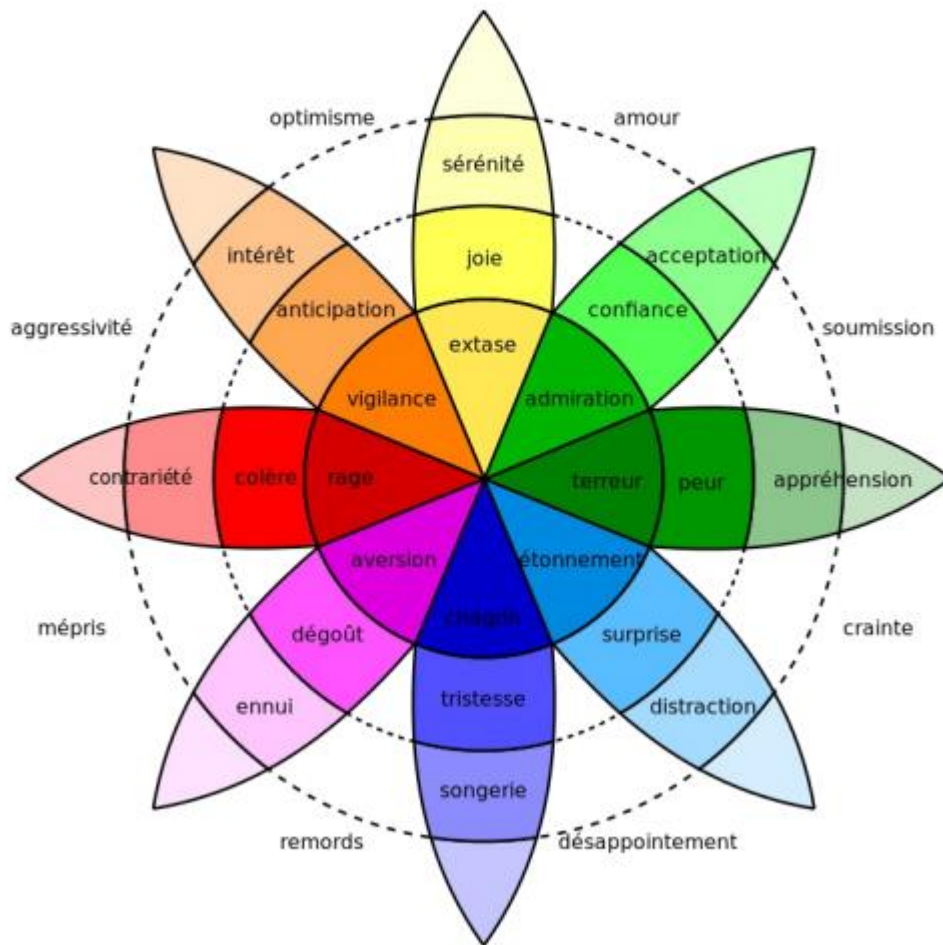
- ◆ à enregistrer l'entretien sous forme audio dans le cadre du mémoire de fin d'études.
- ◆ à utiliser les données enregistrées anonymisées dans le cadre du mémoire de fin d'études à des fins de recherches scientifiques et ne m'oppose pas à la participation au mémoire.

A l'issue de la soutenance de mémoire, il vous est possible de recevoir le résultat de l'étude menée en me communiquant votre adresse mail :

Le/../..

Signature

« Roue des émotions » de Plutchik



Annexe 5 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

L'accouchement

- Pouvez-vous me raconter votre accouchement ?
 - Où étiez-vous à ce moment ?
 - Qu'avez-vous fait les quelques minutes avant l'accouchement ?

Émotions

- Qu'avez-vous ressenti pendant l'accouchement ? Quelles émotions peuvent décrire votre accouchement ?
 - Pouvez-vous détailler ?
 - Avez-vous pu bénéficier d'une consultation avec un psychologue pour en discuter ? Si oui, quand ?
- Comment qualifieriez-vous votre accouchement aujourd'hui ?

Contexte de la grossesse

- Comment s'est déroulée la grossesse ?
 - Comment l'avez-vous vécu sur le plan psychologique (émotions pendant la grossesse) ?
 - Y a-t-il eu des pathologies ou des hospitalisations ?
 - Avez-vous rencontré des difficultés financières, familiales ou organisationnelles qui vous ont empêchées de vous rendre à la maternité ?

Tierce personne présente

- Y avait-il une personne avec vous pendant l'accouchement ?
 - Qui était-elle pour vous ?
 - Quel a été son rôle ?
 - A-t-elle réagi spontanément ou grâce à l'aide des secours ? (guidé par téléphone par le Samu)
- Comment avez-vous ressenti sa présence ?
 - Pourquoi ?
- Comment a-t-elle vécu cette situation selon vous ?
- Aujourd'hui, le lien entre cette personne et vous est-il différent ?

Impact sur le lien mère-enfant

- Avez-vous été séparé de votre enfant après l'accouchement ?
 - Avez-vous été transféré en maternité ?
 - Votre bébé était-il avec vous ?
 - A-t-il été transféré dans un service de néonatalogie ? Si oui, combien de temps ?
- Est-ce que vos aînés étaient présents au moment de l'accouchement ?
- Comment s'est passé le retour à la maison ?
 - Comment s'est instauré le lien entre vous et votre enfant à la maison ?
 - Si accouchement à domicile : comment s'est déroulé le retour sur le lieu de l'accouchement ?
- Pensez-vous que le lien entre votre bébé et vous était différent par rapport à ce que vous aviez imaginé pendant la grossesse, suite à cet accouchement ?
 - Avez-vous réalisé un projet de naissance ? Comment aviez-vous imaginé l'accouchement ?

Informations à savoir : (à diriger si pas de réponse spontanée)

- Parité
- Mois et année d'accouchement
- PNP réalisée : avez-vous pu discuter de l'accouchement avec une SF ou un professionnel de santé ?
- Rang de l'enfant né hors maternité
- Terme lors de l'accouchement
- Activité professionnelle

Annexe 6 : Retranscription de l'entretien avec madame I

Justine : Dans un premier temps, je voulais vous remercier de bien vouloir participer à mon mémoire parce que je sais que ce n'est pas forcément évident de raconter son accouchement à une personne que l'on ne connaît pas, donc je voulais vous remercier pour ça.

Madame I : Ah mais de rien, je sais ce que c'est le mémoire sage-femme, c'est toujours compliqué de trouver des patientes, surtout pour les entretiens, ce n'est pas facile. Donc pas de souci.

Justine : Je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de regarder ma fiche, je rappelle que je suis obligée d'enregistrer l'entretien et de le retranscrire pour le mémoire et je supprime tout dès la soutenance du mémoire passée.

Madame I : D'accord, ok.

Justine : Est-ce que vous pouvez me raconter votre accouchement, comment ça s'est passé.

Madame I : Je vous raconte tout en détail de A à Z ?

Justine : Ce que vous souhaitez me raconter.

Madame I : D'accord. En fait, mon accouchement c'était pour mon deuxième garçon, j'ai accouché chez moi. Je me suis mise à contracter il était deux heures du matin, ça m'a réveillé à 2h du matin et à mon premier accouchement, parce que j'ai deux enfants, mon premier accouchement, ça a été très très long, j'ai été déclenchée pour une fissuration de plus de 24h. Déclenchée par prostine et en fait, j'ai eu ma prostine à mon premier il était 13h et j'ai accouché qu'à 22h. Donc, comme ça avait été, pour un premier ça va, surtout un déclenchement ça va, mais ça m'avait paru très long avec la fissuration et tout. Donc à mon deuxième quand je me suis mise à contracter à 2h du matin, je ne me suis pas affolée. Ce n'était pas hyper douloureux, donc je me suis dit « Je vais faire du ballon », j'avais fait de la prépa hypnose, j'avais fait un peu d'hypnose tout ça et quand ça devenait un peu plus douloureux, j'ai décidé de prendre un bain. Là, j'ai pris mon bain, je suis restée peut-être une petite heure dans le bain et je me suis mise à vomir dans mon bain. Et là je me suis dit « Femme qui vomit, femme qui accouche », donc j'ai décidé de m'examiner en étant sage-femme, c'est le petit plus pratique et j'étais à 2 centimètres. C'était bien effacé, la tête qui plongeait donc je me suis dit « C'est tout, je vais prendre une petite douche et je vais réveiller mon conjoint » parce que lui il dormait dans la pièce en face. Et en fait, je vide le bain, je prends ma douche et là les douleurs elle étaient vraiment atroces. J'ai écourté la douche et j'ai appelé mon conjoint qui s'appelle [nom conjoint] pour la petite info. Donc je le criais « [nom] ! [nom] ! réveille-toi » et il ne m'entendait pas. J'ai crié plus fort. Je n'ai pas réveillé mon premier enfant parce qu'il dormait aussi à côté. [nom conjoint] a débarqué dans la salle de bain et là vraiment, les grosses contractions horribles de fin de travail quoi. Elles m'ont foutu à 4 pattes dans ma baignoire et j'ai rompu la poche. J'ai perdu les eaux là et on devait mener mon premier enfant chez mes parents si ça arrivait. Et j'avais tellement mal que j'ai dit à [nom conjoint] « en fait on n'aura pas le temps de conduire [premier enfant] chez mes parents, appelle ta mère pour qu'elle vienne ici directement ». Il a appelé sa mère, il a quitté la chambre pour aller chercher des affaires, enfin la salle de bain il est allé dans la chambre pour aller chercher quelques affaires et quand il est revenu je suis sortie de la baignoire et je sentais que ça poussait. Je me suis examinée, la tête était là. Je lui ai dit « [nom] je vais accoucher là tout de suite maintenant », il m'a dit « ok, on va aller dans la chambre » et puis moi le réflexe sage-femme j'ai dit « non non on ne va pas dans la chambre parce qu'il va y avoir du sang, du liquide partout sur le lit, ce n'est pas possible quoi » [rire]. On est allé dans mon salon mais en fait, la tête elle sortait et j'ai accouché dans mon couloir. La tête est sortie toute seule, j'étais debout et c'est [conjoint] qui m'a dit « Allonge toi », je me suis allongée par terre et il est sorti.... Mon deuxième fils est sorti comme ça, tout seul. Voilà. J'ai accouché dans mon couloir.

Justine : Ce n'est pas anodin.

Madame I : Après on dit que quand ça va vite, ça se passe bien. Là c'était le cas, [deuxième enfant] il a crié tout de suite. Il avait un circulaire serré mais.... Il est né il était très cyanosé, il est resté cyanosé un moment. Après ma belle-mère est arrivée, 25 min après et il était encore bleu quoi.

Justine : Il a dû être transféré ou pas ?

Madame I : Après, on a appelé les pompiers. Les pompiers sont arrivés et ils m'ont amené à l'hôpital.

Justine : Mais lui il n'a pas été transféré dans un service de néonatalogie ?

Madame I : Non non, il était juste cyanosé à cause du circulaire serré. Comme il a pleuré tout de suite, il allait bien quoi. Il n'a pas eu de détresse respi, il allait bien.

Justine : D'accord. Qu'est-ce que vous avez ressenti sur le plan des émotions au moment où vous avez compris que vous n'accoucherez pas à l'hôpital ?

Madame I : En fait.... Je n'ai pas eu de stress parce que je n'ai pas eu le temps de stresser. J'avais tellement mal, mais je pense aussi qu'en étant sage-femme, ça doit changer aussi l'émotion ressentie à ce moment-là. Je sais quand même comment se passe un accouchement. Mais quand j'ai compris que j'allais accoucher là chez moi, je me suis dit « Vite, il faut qu'on s'installe », comme pour un accouchement à l'hôpital. Il faut qu'on s'installe parce que là la tête est à la vulve, il faut se préparer. C'est pour ça que j'ai dit à [conjoint] « Je vais accoucher là tout de suite maintenant » en fait. L'émotion ressentie c'était plus de l'urgence... de s'installer quoi.

Justine : Vous avez eu l'occasion d'en reparler après en maternité avec une psychologue ou une sage-femme ?

Madame I : J'en ai parlé avec toutes mes collègues sage-femme parce que voilà, quand on accouche, quand on est sage-femme, il y a tout le monde qui vient voir. Je n'ai pas parlé avec une psychologue non.

Justine : Ça vous a été proposé ou pas du tout ?

Madame I : Non pas du tout.

Justine : Est-ce que vous pensez qu'il faut que ce soit proposé systématiquement, sans être obligatoire ?

Madame I : Je pense que ouais ce serait une bonne idée parce que, après nous ça s'est très bien passé, il a crié tout de suite, c'était vraiment un bel accouchement. Oui, il y a mon conjoint à côté qui m'écoute et qui fait ses petits commentaires [rire]. Il dit que oui, moi je suis dans ce milieu-là, lui il est pompier volontaire il a quand même la notion de l'urgence aussi même s'il n'avait jamais fait d'accouchement. Je pense que des mamans qui ne connaissent rien au domaine médical et de l'urgence ça peut être vécu comme un traumatisme, ça peut être choquant.

Justine : Tout à fait, c'est pour ça que je demande si vous avez ressenti le besoin d'avoir une consultation ou pas finalement.

Madame I : Moi je n'ai pas ressenti le besoin, je pense que certaines mamans peuvent en ressentir le besoin. Après, je pense que vous avez dans des entretiens, la plupart des accouchements à domicile se passent bien, donc ce n'est pas forcément traumatisant mais pour la petite partie où ça se passe moins bien, bébé qui naît, ça peut être.... Je ne sais pas ce que vous en pensez mais je pense que ça peut être bien pour ces mamans-là. Et les papas aussi, parce que les papas [rire] ils doivent être bien choqués. Je vois, moi, mon conjoint après l'accouchement, on a appelé les pompiers et en fait ils demandent ma date de naissance, mon nom, mon prénom etc et mon conjoint ne savait plus donner ma date de naissance, tellement il était sous le choc. *T'étais stressé après*. Il dit sur le coup il n'a pas eu le temps de stresser mais après du coup, c'est les nerfs qui retombent.

Justine : Comment il a vécu la situation a posteriori ? Est-ce que vous en avez reparlé à la maternité ?

Madame I : Mon conjoint ou moi ?

Justine : Votre conjoint.

Madame I : Mon conjoint il n'a pas trop parlé, *t'en as pas trop parlé aux sages-femmes*, c'était plus moi. On fait du coup l'entretien à trois [rire]. C'était plus moi, le papa je trouve il était un peu mis de côté quand même. Les gens demandent plus à la maman, le papa bof.

Justine : Est ce qu'il a bien vécu quand même la situation ?

Madame I : *Tu as bien vécu la situation* ? Oui, mais juste le stress après l'accouchement qui était un peu plus compliqué à gérer. On a appelé les pompiers qu'après l'accouchement en fait, sur le coup ça a été tellement vite qu'on a appelé les pompiers seulement après.

Justine : Pendant l'accouchement, il n'y avait que votre conjoint ?

Madame I : Oui, on était que deux.

Justine : Comment vous, vous avez ressenti sa présence ? Comment vous l'avez vécu ?

Madame I : Sa présence, ça a été une grande aide parce que je pense que toute seule, j'aurais peut-être eu peur. Le fait qu'il soit avec moi ça m'a rassuré en fait.

Justine : Est-ce que vous pensez qu'aujourd'hui le lien entre vous est différent par rapport à cet accouchement ?

Madame I : Avec mon conjoint ?

Justine : Oui

Madame I : Non, le lien est pareil mais c'est vrai que c'est quand même une expérience qui est exceptionnelle et ça restera un super beau souvenir quoi. Toute ma vie je me rappellerai que c'est mon homme qui a mis mon bébé au monde. C'est un truc très fort. C'est un moment très fort parce qu'en fait après mon premier quand il est né c'était très fort aussi mais le fait d'être qu'avec son homme c'est encore plus magique.

Justine : Comment vous qualifieriez votre accouchement aujourd'hui ?

Madame I : Je dirai un accouchement exceptionnel, que je souhaiterai à tout le monde de vivre mais c'est quand même risqué quoi. Exceptionnel mais risqué parce que ça peut tourner au drame. Nous on a eu de la chance mais un bébé qui a une détresse respi ou quoi....

Justine : Oui c'est ça, généralement ça se passe bien mais il y a toujours des risques. La grossesse s'était bien passée ? Il n'y avait pas eu de complications ?

Madame I : Non nickel la grossesse à part des douleurs ligamentaires mais comme pour 90 % des femmes [rire], mais non une très bonne grossesse, fatigante parce que j'avais le premier à m'occuper. En fait c'était une grossesse sous pilule, pour tout vous dire, ce n'était pas une grossesse voulue si rapprochée, ils ont 14 mois d'écart mes garçons. Très fatigante, parce que toute ma grossesse j'ai porté mon premier, il a marché très tard. Même quand mon deuxième est né, mon premier ne marchait pas encore, donc je l'ai toujours porté. Donc grossesse fatigante mais je n'ai pas eu de problème de santé particulier, je n'ai pas été hospitalisé, je n'avais pas de traitement.

Justine : Du coup, votre aîné il avait 14 mois ?

Madame I : À la naissance de mon deuxième oui

Justine : Il n'a pas eu la possibilité de comprendre ce qu'il se passait ? Il n'a rien vu ?

Madame I : Il était à quelques mètres, parce que le couloir donne sur sa chambre. Ma salle de bains elle est collée à sa chambre. Il n'a rien entendu. Pépère tranquille, il a fait sa nuit [rire]. J'ai essayé de ne pas faire de bruit et je n'ai même pas crié pendant l'accouchement. Mon conjoint il me fait « Tu as accouché tu n'as même pas eu mal, tu n'as pas crié », j'ai dit « Si j'ai eu mal mais je me suis contenue par rapport à [premier bébé] qui dormait à côté, je ne voulais pas faire trop de bruit ». Ça a été tellement vite, un accouchement très facile, en boulet de canon.

Justine : Comment ça s'est passé le retour à la maison, quand vous êtes revenu sur le lieu d'accouchement ?

Madame I : Je suis rentrée chez moi, j'ai vu mon couloir, je me suis mise à pleurer parce que ça... et même maintenant, ma maison, ça n'a plus la même signification qu'avant. C'est là où mon bébé est né et... ça m'émeut un peu.

Justine : Vous n'avez pas eu de complications après le retour à la maison par rapport à l'accouchement ?

Madame I : Non non non, j'étais pressée de rentrer chez moi mais non, le retour à la maison ça s'est bien passé. C'est la délivrance qui a été plus compliquée. J'étais délivrée à l'hôpital, mais en fait, quand je suis arrivée à l'hôpital c'était plus d'une heure après l'accouchement. Le col il était rétracté et ils ont eu du mal à me délivrer. Ils n'ont pas dû m'endormir quoi. Je l'ai senti passer quoi mais ils ne m'ont pas endormi. C'était plus la délivrance le mauvais souvenir de mon accouchement. Le retour à la maison, j'étais contente de rentrer au contraire, ça ne me faisait pas peur de rentrer.

Justine : Est-ce que vous pensez que le lien entre votre bébé et vous est différent par rapport à cet accouchement, par rapport à ce que vous aviez imaginé pendant la grossesse ?

Madame I : Après toute naissance est différente, mais la naissance de mon deuxième à la maison.... Comment dire.... J'étais super heureuse à mon premier, c'était la première fois que j'étais maman, quand on a posé mon bébé sur moi, j'ai pleuré, j'étais vraiment très contente, mais mon deuxième c'était encore plus fort. Le fait d'être que nous, ça se passait pas du tout comme on l'avait envisagé et le lien avec le bébé... c'est difficile comme question, le lien n'est pas plus fort, c'est juste que la naissance est plus impressionnante en fait. La naissance est plus impressionnante, après son enfant voilà, on l'aime quoi qu'il arrive je pense, quel que soit la naissance. Mais ouais, plus impressionnée par la naissance rapide. Je ne sais pas si ça répond à votre question.

Justine : Est-ce que vous avez eu l'occasion de faire un projet de naissance ou pas ?

Madame I : Non j'avais fait prépa hypnose mais c'était de l'initiation à l'hypnose, ce n'était pas l'hypnose pure et dure. C'est un peu de la sophro ce que j'ai fait, sophro hypnose. Ça m'a aidé pendant le pré-travail. Après, pré-travail je n'avais pas super mal quoi, j'ai eu mal vraiment les dernières dix minutes, c'était insupportable. Mais sinon, avant c'était gérable avec l'hypnose, le ballon et le bain. Pour le premier j'avais fait yoga. Mais sinon, je n'avais pas de projet de naissance, mon projet c'était d'avoir ma péri à 3cm quoi [rire]. Pour mon premier j'avais tellement douillé à 2 doigts épais. Là ça a été tellement vite que je n'ai pas eu le temps de me poser la question pour la péri.

Justine : Est-ce que vous pouvez juste me rappeler l'année de naissance ?

Madame I : C'était en 2019. En novembre.

Justine : D'accord, bébé était à terme ?

Madame I : Oui, j'étais à 40 SA tout pile.

Justine : C'est tout bon pour moi, je vous remercie pour votre témoignage. Est-ce que vous avez des questions ou des interrogations particulières par rapport au mémoire ?

Madame I : Non après, ça me plairait bien d'avoir un exemplaire de votre mémoire.

Justine : Oui, je vous envoie le résultat du mémoire dès la soutenance terminée. Encore merci.

Annexe 7 : Synthèse des entretiens

Madame A	<p>Madame A, infirmière, troisième par, a accouché à son domicile en 2019 à terme d'une fille, en présence de sa belle-mère et de ses deux fils aînés. Elle réside à quarante-cinq minutes de la maternité. La grossesse a été marquée par une macrosomie fœtale. Elle avait été mise en garde par le gynécologue-obstétricien pour cet accouchement qui pouvait être rapide, elle ne devait pas tarder à se rendre à la maternité dès les premiers signes. Il est important de noter que madame A avait, au début de la grossesse, un souhait d'accouchement à domicile qui n'a pas été retenu du fait de conditions géographiques et organisationnelles compliquées. Durant son accouchement, Madame était en position « 4 pattes », position qu'elle avait dit ne jamais vouloir réaliser en salle de naissance car « pas super élégant ». Elle évoque un stress en ne sachant pas quoi faire et évoque le fait que sa fille n'a pas été accueillie comme elle le devait car elle a été « expulsé » et évoque un lien plus fusionnel entre elles, avec une tendance à la protéger davantage. On note une hypothermie néonatale à la naissance résolue par le peau à peau. La belle-mère a, selon Madame, paniqué à la vue de la situation, en appelant en premier lieu le beau-frère, habitant à proximité puis les secours sur ordre de madame. Aujourd'hui, Madame A dit que sa belle-mère sera marquée à vie par cette naissance, mais il n'y a pas eu de complications quelconques pour elle par la suite. Madame A a bénéficié d'une consultation obligatoire durant le séjour en maternité avec un psychologue et l'estime nécessaire mais n'évoque pas de complications pour elle, sauf la peur d'être jugée. Ses deux aînés ont été marqués par cette naissance et l'un d'eux a assimilé les toilettes, lieu de l'accouchement, comme un endroit qui, s'il y entrait, engendrait la naissance d'un bébé. Il n'y a pas eu de complications particulières pour eux selon madame par la suite. Aujourd'hui, elle évoque le fait que sa maison ne pourra jamais être vendue car il s'agit du « symbole de la naissance » de sa fille.</p>
Madame B	<p>Madame B, deuxième par, a accouché en 2019 à terme d'un garçon, à son domicile en présence de son conjoint, de sa belle-mère et des secours (sapeurs-pompiers et SAMU). Madame a un antécédent d'accouchement prématuré (« à 7 mois ») pour son premier enfant. Elle avait réalisé un projet de naissance (accouchement sans péridurale) et avait suivi une préparation à la naissance avec la méthode Bonapace ainsi que des séances d'acupuncture. Elle avait reçu l'information de la rapidité possible de l'accouchement. Elle évoque dans un premier temps des contractions non douloureuses mais « différentes » puis a rompu la poche des eaux et a senti la tête fœtale. Son mari a contacté les secours de suite, qui ont donné pour consigne à madame de ne pas pousser, malgré l'envie. Madame évoque le fait de ne pas avoir eu peur, d'être dans une « bulle », de ne pas savoir réfléchir à la position au moment de l'accouchement, malgré un nombre conséquent de personnes présentes (« foire »). Les secours, présents, n'ont pas manipulé madame et l'ont laissé accoucher « seule ». Le mari a eu plus de difficultés pendant deux semaines avec une « projection de stupeur et d'appréhension » par rapport à l'accouchement prématuré. L'équipe de sapeurs-pompiers est restée avec le mari après le transfert de madame. La belle mère de madame n'a pas eu de complications. Madame B n'a pas bénéficié d'une consultation avec un psychologue en maternité et n'a pas eu de difficultés à accepter l'accouchement. Le retour au domicile n'a pas engendré de complications, elle évoque le fait d'avoir regardé le lit en premier lieu, lieu d'accouchement. Aujourd'hui, le lien est plus fusionnel entre elle et son enfant. Elle conseille aujourd'hui l'accouchement à domicile car « c'est le mieux pour un enfant ».</p>
Madame C	<p>Madame C, deuxième par, a accouché en 2018 d'un garçon, sur le chemin de la maternité dans son véhicule en présence de son conjoint et des secours. Elle réside à quarante-cinq min de la maternité. On note un antécédent d'IMG avec un vécu difficile et une psychothérapie en cours (au moment de l'échange).</p>

	<p>Elle a suivi une préparation à la naissance et elle souhaitait un accouchement le plus physiologique possible. La sage-femme l'avait mise en garde sur la possible rapidité de l'accouchement en raison de la multiparité, elle ne devait pas tarder à se rendre à la maternité dès les premiers signes. Elle évoque des contractions « différentes », une panique face à l'imminence de l'accouchement (ils n'ont pas appelé les secours de suite). Elle évoque cependant une panique cadrée par les secours et son conjoint serein. Elle évoque le fait d'avoir été « dans sa bulle » au moment de l'accouchement avec un besoin d'intimité, malgré des contractions très douloureuses. Elle écoutait son corps qui lui « a dit de pousser ». Elle évoque le fait que son conjoint a mis « sous tapis » ses émotions pour être « garant de ses souhaits ». Aujourd'hui, le lien entre madame et son conjoint est plus fort en raison de cet accouchement, selon elle. Elle n'a pas bénéficié d'une consultation avec un psychologue mais a continué la thérapie en cours.</p>
<p>Madame D</p>	<p>Madame D, deuxième pare, a accouché en 2019 à terme d'une fille dans son garage, en présence de son conjoint et des pompiers, prête à se diriger vers la maternité. Elle habite à quarante-cinq minutes de la maternité. Elle avait réalisé un projet de naissance (sans péridurale) et participé aux cours de préparation à la naissance. Lors des premiers signes, elle a « senti le bébé descendre dans le bassin ». Son mari a appelé les secours rapidement et a protégé l'aîné en la rentrant dans la maison. Malgré la demande de ne pas pousser par le médecin régulateur, madame évoque le fait d'écouter son corps, qu'elle n'avait qu'une envie, c'était de pousser. On note une hypothermie néonatale à la naissance résolue par le peau à peau, mais pas d'autres complications. Madame n'a pas bénéficié d'une consultation avec un psychologue à la maternité et aurait préféré en bénéficier car elle a vécu une seconde fois l'accouchement en « flash-back » la nuit suivante. Elle n'évoque pas de difficultés particulières par la suite. On ne note pas de complications pour le conjoint non plus même s'il a clairement pris conscience du stress de l'équipe selon madame. On ne note pas de complications pour l'aîné, sauf une assimilation les premiers jours entre le garage et la maternité. Cet accouchement est une bonne expérience selon eux et ils ont régulièrement une pensée pour cet accouchement lorsqu'ils passent dans leur garage (le papa évoquait, avec humour, le fait de dessiner un bébé sur le sol).</p>
<p>Madame E</p>	<p>Madame E, troisième pare, a accouché en 2019 d'une fille dans son véhicule sur le chemin de la maternité, sur le parking d'un relais routier afin d'être localisé plus facilement par les secours, en présence de son conjoint. Elle a un antécédent d'accouchement rapide, habite à quarante-cinq minutes de la maternité et avait réalisé un projet de naissance en salle nature et sans analgésie péridurale. Elle note des conditions difficiles, notamment par le manque de place dans le véhicule. Elle évoque le fait d'avoir eu peur pour le bébé par l'absence de matériel à disposition. Le nouveau-né a souffert d'une hypothermie à la naissance, résolue par le peau à peau et la mise au sein précoce proposée par les secours. Son conjoint, pompier de profession, a vécu la situation « comme une intervention » et madame se « remettait complètement entre ses mains ». Selon elle, cet accouchement a été un « moment unique partagé » mais n'a pas modifié la relation qu'ils avaient. Madame évoque le fait d'avoir ressenti l'inquiétude des médecins quant à l'absence de délivrance placentaire (à noter qu'il n'y a pas eu de complications par la suite). Elle dit aujourd'hui avoir une pensée pour cet accouchement lorsqu'elle passe devant le relais routier. Elle note une relation fusionnelle avec cet enfant. Les aînés n'étaient pas présents au moment de la naissance. Elle n'a pas bénéficié d'une consultation avec un psychologue et n'en a pas ressenti le besoin.</p>
<p>Madame F</p>	<p>Madame F, sage-femme, deuxième pare, a accouché en 2019 à son domicile à terme avec l'aide de son conjoint, sage-femme également et de sa femme de ménage. La grossesse s'est déroulée de façon physiologique. Madame avait un projet de naissance physiologique, sans péridurale et elle avait accouché sans péridurale au premier. Alors qu'elle était de sortie, elle a rompu la poche des eaux et est rentrée au</p>

	<p>domicile. Sur le chemin du retour, elle a croisé son fils aîné avec l'école et a fait en sorte qu'il ne la voit pas douloureuse. Son conjoint a appelé les secours. Elle ne décrit pas de traumatisme car elle « savait à quoi s'attendre ». Elle évoque le fait d'avoir été rassurée dès qu'elle a compris que son conjoint l'était. Le couple a été très surpris par la rapidité du travail et aujourd'hui elle insiste sur la prévention, auprès des multipares lors des préparations à la naissance, notamment sur l'accouchement inopiné. Cette expérience a, selon elle, consolidé leur rôle de parents. La femme de ménage a quant à elle bien vécu la situation, rassurée par le fait que le couple soit sage-femme. Madame n'a pas eu de consultation psychologique car non proposé et non souhaité mais affirme qu'il est intéressant de se poser la question d'une consultation systématique car « cela peut être traumatisant ». Aujourd'hui, le lien est différent entre le couple et le bébé, ils estiment qu'ils le rendent plus autonome. Le lien entre les parents est également différent, « particulier » suite à cet accouchement.</p>
Madame G	<p>Madame G, deuxième pare, a accouché en 2020 à terme d'une fille dans la cour de sa maison en présence de son conjoint, des secours, et de ses beaux-parents et de sa fille restés dans la maison. Elle n'avait pas réalisé de préparation à la naissance en raison de l'épidémie de la COVID-19. Elle avait consulté quelques heures plus tôt à la maternité pour des contractions. Elle a demandé à son mari d'y retourner lorsque les contractions se sont rapprochées puis a demandé à ne pas quitter sa maison quand elle s'est aperçue perdre du sang et a demandé à appeler les secours. Ils ont accompagné la patiente pour son accouchement. Elle évoque plusieurs sentiments lors de cet accouchement : la peur de ne pas savoir quoi faire, l'acceptation (« je n'avais pas le choix »), le soulagement dès que les secours sont arrivés, de la joie, de la sérénité lorsque les secours se sont occupés du bébé et de l'amour. Elle dit avoir « très bien vécu » l'accouchement et ne pas en vouloir à la sage-femme qui l'a renvoyé. Elle évoque le fait d'avoir été trop concentrée, « dans son truc » et de ne pas avoir ressenti la présence de son conjoint. Le conjoint a mis du temps à réaliser, il était « choqué » selon madame. La fille aînée, qui a entendu les cris de la mère, a eu peur, mais madame n'évoque pas de complications par la suite. Il n'y a pas eu de difficulté au retour au domicile mais madame évoque le fait que ce soit étrange. Elle n'a pas bénéficié de consultation avec un psychologue et n'en a pas ressenti le besoin. Aujourd'hui, le lien entre elle et son conjoint est renforcé suite à cet accouchement et le lien entre elle et son enfant est différent, elle laisse « plus de place au père » qui n'a pas pu réaliser les soins habituellement pratiqués en salle de naissance.</p>
Madame H	<p>Madame H, deuxième pare, a accouché en 2016 à terme, à son domicile, en présence de sa fille aînée, de son frère, de son père et des secours. Son conjoint a vécu l'accouchement par téléphone. La grossesse s'est déroulée sans particularité, il s'agissait d'une grossesse par fécondation in vitro. Elle n'a pas réalisé de projet de naissance et annonce que l'accouchement à domicile était une hantise pour elle. C'est lorsqu'elle a rompu la poche des eaux et que les contractions se sont intensifiées que la fille de madame (4 ans) a appelé les proches, qui eux-mêmes ont appelés les secours, bien plus tard. Elle évoque le fait d'avoir été rassurée lorsque les pompiers sont arrivés et qu'ils « s'y connaissent ». Ils ont demandé à madame d'attendre que le SAMU arrive, l'un d'eux a serrait les cuisses de madame. Le SAMU a assisté la maman pour l'accouchement en poussant sur le ventre. Elle a eu « extrêmement peur », plus pour le bébé que pour elle (que le bébé ait un circulaire, que l'accouchement se passe mal) et très mal, comme dans une « autre dimension ». Le retour au domicile a été compliqué, elle pleurait dans chaque pièce de la maison, il lui a fallu quelques jours pour se réapproprier le logement. Elle a souhaité prendre plus de temps pour elle après l'accouchement car elle a subi un burn-out après son premier accouchement. Elle n'a pas bénéficié d'une consultation avec un psychologue mais en a reparlé longuement avec une sage-femme. Les proches et la fille aînée de madame ont eu très peur mais madame n'évoque pas de complications</p>

	<p>pour eux par la suite. Le conjoint s'en ai voulu longtemps de ne pas avoir été présent à l'accouchement. Le lien entre eux est inchangé aujourd'hui. Cela reste son plus bel accouchement, elle l'a physiquement mieux vécu que son premier.</p>
<p>Madame I</p>	<p>Madame I, deuxième pare, a accouché en 2019 à terme d'un garçon, à son domicile en présence de son conjoint. Elle est sage-femme et son conjoint est sapeur-pompier volontaire. La grossesse s'est déroulée sans particularité et madame a réalisé une préparation à la naissance hypnose et sophrologie. Elle évoque le fait que les contractions n'étaient pas très douloureuses. Elle a accouché dans son couloir, à quatre pattes avec l'aide de son conjoint. La principale préoccupation à ce moment était de s'installer comme pour un accouchement en salle de naissance. Elle n'évoque pas d'émotion particulière dans l'urgence. Les dernières contractions ont été d'une plus grande intensité mais elle a contenu cette douleur et n'a pas crié pour ne pas réveiller son fils aîné qui dormait à proximité. On note un circulaire serré et une cyanose importante à la naissance du nouveau-né. Il n'y a pas eu de complications pour lui par la suite. Son conjoint a appelé les secours une fois que l'accouchement avait eu lieu. Le stress post-accouchement a été difficile à gérer pour lui. Le retour au domicile a été compliqué pour madame qui a pleuré à la vue du lieu d'accouchement. Cette maison n'a plus la même signification selon elle. Le lien entre eux est inchangé aujourd'hui mais c'était « un moment très fort ». Elle n'a pas bénéficié de consultation avec un psychologue et pense qu'une consultation systématique serait « une bonne idée » et notamment y inclure le père qui est souvent mis de côté et pour qui cela peut être « traumatisant ».</p>
<p>Madame J</p>	<p>Madame J, deuxième pare, a accouché en 2019, à terme d'une fille, à son domicile, en présence de son conjoint, de son frère et des secours. Elle n'avait pas réalisé de projet de naissance. Elle avait consulté à la maternité pour des contractions douloureuses dans la journée. Elle a demandé à son mari d'appeler les pompiers car elle sentait que « ça poussait ». Les pompiers ont demandé à madame de ne pas pousser tant que le SAMU n'était pas sur place alors qu'elle n'avait qu'une envie, c'était de pousser. Elle a contenu sa douleur car son fils aîné était présent dans la pièce. Elle pense avoir fait une hémorragie car elle voyait les sapeurs-pompiers s'inquiéter des pertes sanguines mais cela ne lui a pas été dit. Elle n'a pas ressenti la présence de son mari à ce moment. Elle n'a pas bénéficié d'une consultation avec un psychologue et regrette que personne ne soit venue lui parler en maternité. Elle aurait préféré un meilleur accompagnement en maternité et aurait préféré être hospitalisée en surveillance après sa consultation aux urgences. Elle avait peur d'en vouloir à son enfant.</p> <p>Aujourd'hui, elle suit une thérapie avec un psychologue pour un « choc post-traumatique » suite à des angoisses et des sensations de mort imminente durant la période du confinement, mais elle va mieux selon elle (au moment de l'échange).</p>
<p>Madame K</p>	<p>Madame K, deuxième pare, a accouché en 2010 à 8 mois de grossesse d'une fille à son domicile en présence de son conjoint (son aîné était absent). Elle a un antécédent d'accouchement rapide. Elle n'avait pas réalisé de projet de naissance. Dès les premières contractions, elle a senti la tête fœtale et a demandé à son conjoint d'appeler les secours. Elle a accouché à quatre pattes, comme l'avait préconisé sa sage-femme en consultation. Elle évoque le fait d'avoir eu peur pour le bébé car il ne respirait pas à la naissance et d'avoir précisé à son conjoint de ne pas le secouer. Le nouveau-né a rapidement poussé un cri et il n'y a pas eu de complications immédiates. Une fente labio-palatine a été diagnostiqué en maternité entraînant des difficultés d'allaitement. Le conjoint était stressé, il a dû appeler un proche après le transfert de madame pour en parler, il évoquait notamment une « scène de crime » à la vue du sang et madame a ressenti ce stress. Cependant, il était fier d'avoir accueilli lui-même sa fille. Le retour au domicile n'a pas entraîné de difficultés. Madame mentionne un lien beaucoup plus fusionnel entre le père et son enfant, mais se</p>

	<p>demande s'il n'est pas lié aux différents problèmes de santé découverts après l'accouchement. Il n'y a pas eu de consultation avec un psychologue proposée, madame n'en a pas ressenti le besoin mais elle insiste sur le fait que son mari aurait dû en bénéficier et que cela ne lui a pas été proposé.</p>
<p>Madame L</p>	<p>Madame L, deuxième pare, a accouché en 2018, à terme d'un garçon, à son domicile en présence de son conjoint. Elle est infirmière. Elle avait réalisé un projet de naissance sans analgésie péridurale en salle nature avec la participation de son conjoint et avait été mise en garde par l'obstétricien d'un probable accouchement rapide. Elle avait consulté à la maternité pour des contractions dans la journée. Elle évoque avoir ressenti des contractions très douloureuses juste avant l'accouchement, et parle de « panique à bord » dès qu'elle a vu la tête fœtale entre ses jambes et évoque le fait que le nouveau-né a été « expulsé tout seul ». Elle n'a écouté que son corps à ce moment. Elle a demandé à son conjoint d'appeler les secours, qui sont arrivés après que l'accouchement et la délivrance aient eu lieu. Son fils aîné n'était pas présent. Elle était inquiète, d'abord plus pour son bébé que pour elle (peur d'un circulaire, qu'il ne respire pas), puis pour elle lorsqu'elle a entendu les pompiers s'inquiéter des saignements. Le nouveau-né a souffert d'une hypothermie à la naissance résolue par le peau à peau et d'un reflux gastro-œsophagien en maternité. Le conjoint était énervé, madame évoque un sentiment d'impuissance qui l'a perturbé. Elle n'a pas bénéficié d'une consultation avec un psychologue et l'aurait souhaité avec le recul car elle estimait « ne pas avoir accouché ». Ils en ont reparlé avec leur sage-femme et le conjoint de madame proposait de parler de l'accouchement inopiné en préparation à la naissance. Le lien entre madame et son conjoint est inchangé aujourd'hui, mais différent entre elle et son enfant sans savoir s'il s'agit de l'accouchement ou des problèmes de RGO rencontrés en maternité. Le retour au domicile n'a pas posé de difficultés.</p>
<p>Madame M</p>	<p>Madame M, quatrième pare, a accouché en 2016 à terme d'une fille, à son domicile en présence de son conjoint, de sa fille aînée (16 ans), puis des secours et d'un ami médecin. Madame a été ambulancière. La grossesse s'est déroulée sans particularité. Madame avait réalisé de la préparation à la naissance, évoque le fait d'avoir peur d'accoucher au domicile durant la grossesse et avait été mise en garde par la sage-femme de la possibilité d'un accouchement rapide. Elle a ressenti des contractions, pensait aller à la maternité et a pris la décision de rester au domicile. Son conjoint a appelé un ami médecin qui a lui-même appelé les secours. Elle a accouché à genoux, position qu'elle avait retenu comme physiologique pendant les cours de préparation. Elle évoque avoir eu peur que son bébé soit tombé sur le sol puis pour elle lorsqu'elle a entendu les secours s'inquiéter de l'absence de délivrance. On ne note pas de complications pour le nouveau-né, ni pour elle. Elle n'a pas bénéficié d'une consultation avec un psychologue mais l'aurait souhaité car elle exprimait le besoin de pleurer. Il n'y a pas eu de complications pour son conjoint ni pour sa fille. Le lien entre elle et ses proches est inchangé. Le retour au domicile n'a pas posé de difficultés.</p>
<p>Madame N</p>	<p>Madame N, quatrième pare, a accouché en 2017 à terme, dans l'ambulance des pompiers. Elle se trouvait à son domicile, seule avec son aîné, lors des premières contractions et a appelé elle-même les secours. La grossesse a été marquée par une séroconversion de la toxoplasmose avec des échographies régulières, un risque important de malformations fœtales et une proposition d'IMG en cas de signes d'appels échographiques, grossesse stressante pour Madame. Elle n'avait pas réalisé de projet de naissance. Elle évoque une panique totale lors des contractions, notamment une peur et une impatience en même temps de rencontrer son nouveau-né, « voir s'il n'avait pas de malformation ». L'aîné a dû être déposé chez des voisins, inconnus de madame car elle n'avait pas de mode de garde. Il n'y a pas eu de complications pour l'aîné. Lors de l'accouchement, on note trois circulaires, dont la femme n'a été informé qu'en salle de naissance pour « ne pas l'inquiéter » et une cyanose néonatale. Madame dit ne même pas avoir poussé une fois, que le nouveau-né est sorti spontanément et dit avoir été rassurée par les sapeurs-pompiers et</p>

les a grandement remerciés en donnant les prénoms des sapeurs-pompiers en second prénom à son enfant. Le retour à domicile a été angoissant en raison d'une perte de poids du nouveau-né. Madame a un lien plus fusionnel avec ce bébé mais ne sait pas si c'est en raison de l'accouchement, décrit comme surprenant et atypique. Madame n'a pas bénéficié d'une consultation avec un psychologue et n'en souhaitait pas, mais évoque le fait de « repenser souvent » à l'accouchement et le fait de ne pas savoir les gestes à réaliser en cas d'accouchement à domicile. Elle garde de « beaux souvenirs » de cet accouchement.

Le vécu des femmes dans le cadre de leur accouchement inopiné extrahospitalier

RÉSUMÉ

Objectif : L'objectif de cette étude est de rendre compte du vécu des femmes au cours de leur accouchement inopiné extrahospitalier en explorant l'axe du ressenti émotionnel, la présence d'une tierce personne ainsi que l'impact sur le lien mère-enfant.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude qualitative rétrospective et déclarative réalisée auprès de quatorze femmes de différentes régions françaises. Un entretien semi-directif était réalisé auprès de ces femmes volontaires qui avaient accouché de façon inopinée en dehors de toute structure hospitalière.

Résultats : Les principales émotions ressenties par ces femmes durant leur accouchement est l'anxiété, pour leur enfant, mais très peu pour elle. Elles notent généralement une panique liée directement à la situation d'urgence, mais cadrée avec la présence d'un proche. Elles étaient, à l'exception d'une, accompagnées par une personne proche, pour qui la situation a parfois été difficile à gérer avec un besoin d'en reparler à posteriori (gestion de l'urgence, l'appel des secours, gestion des enfants aînés, gestion du nouveau-né, rangement du lieu d'accouchement). De plus, on note une relation mère-enfant parfois modifiée (plus fusionnelle), sans avoir de réelle certitude sur le fait que l'accouchement en soit la cause.

Conclusion : L'AIEH est un événement rare mais pas inexistant et il est nécessaire de transmettre des messages de prévention en prénatal afin d'éviter ce risque, d'accompagner du mieux possible les couples en per-partum en écoutant leurs souhaits et en privilégiant un environnement sécurisé, ainsi que les accompagner durant le séjour en maternité et repérant les difficultés, tant psychologique que dans le lien mère-enfant. De plus, il est nécessaire de ne pas mettre à l'écart les enfants aînés et autres personnes présentes à l'accouchement, pour qui l'accouchement a parfois été difficile à vivre.

Mots-clés : Accouchement inopiné extrahospitalier, vécu, maternité, AIEH, accouchement imminent

Women's experiences of unplanned out-of-hospital deliveries

ABSTRACT

Objective : The objective of this study is to report on the experience of women during their unannounced out-of-hospital births by exploring the axis of emotional feeling, the presence of a third party, and the impact on the mother-child bond.

Methodology : This is a retrospective, declarative, qualitative study of fourteen women from different French regions. A semi-structured interview was conducted with these women who had given birth unexpectedly outside the hospital setting.

Results : The main emotions felt by these women during their delivery were anxiety, for their child, but very little for themselves. They generally noted a panic directly linked to the emergency situation, but framed with the presence of a close relative. They were, with the exception of one, accompanied by a close person, for whom the situation was sometimes difficult to manage with a need to talk about it again afterwards (management of the emergency, the call for help, management of the older children, management of the newborn, tidying up the place of delivery). In addition, we note a sometimes modified mother-child relationship (more fusional), without having any real certainty on the fact that the delivery is the cause.

Conclusion : AIEH is a rare but not inexistent event and it is necessary to transmit prevention messages prenatally in order to avoid this risk, to accompany the couples as well as possible during the per-partum period by listening to their wishes and by privileging a secure environment, as well as to accompany them during their stay in the maternity hospital and to identify the difficulties, both psychological and in the mother-child relationship. Moreover, it is necessary not to exclude the older children and other people present at the birth, for whom the birth has sometimes been difficult to live.

Key words : Unexpected out-of-hospital delivery, experience, maternity, AIEH, imminent delivery

Auteur : Justine DESCAMPS - Diplôme d'État de Sage-Femme – Année 2020-2021