

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement
le : 30 mai 2018

par

Bahia LATRECHE

Née le 24/07/1994

Les sages-femmes d'Île-de-France pratiquant l'accouchement à domicile : une vision différente de la naissance ?

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme RACIOPPI Aurélie

Sage-femme, doctorante en sociologie

JURY :

Mme BENJILANY Sarah

Sage-femme libérale

Mme GUILLAUME Hélène

Sage-femme enseignante, Baudelocque

Mme DUQUENOIS Sylvie

Sage-femme enseignante, Baudelocque

N° du mémoire : 2018PA05MA16

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à l'ensemble des personnes qui m'ont aidées à la réalisation de ce mémoire.

A l'équipe pédagogique pour m'avoir guidée et encadrée alors que mon sujet était en pleine émergence.

Aux sages-femmes qui ont acceptées de participer à cette étude et de donner de leur temps.

Je remercie tout particulièrement ma directrice de mémoire, Aurélie Racioppi, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et ses encouragements.

A mes très chères amies de ma promotion, avec qui j'ai passé quatre merveilleuses années.

A toute ma famille, mes parents, ma sœur et mon frère, pour leur confiance et leur soutien sans faille.

Résumé

L'accompagnement global à la naissance est perçu de manières différentes dans les pays européens. En France, il concerne une minorité de la population mais la demande des patientes et des couples semble être toujours présente, voire même augmenter ces dernières années, et l'accompagnement à domicile cherche encore sa place. Dans cette recherche, nous nous sommes intéressés à la pratique de l'accouchement à domicile et à ce que cela implique pour les sages-femmes ayant fait ce choix d'exercice, en Île-de-France. Nous nous sommes demandés si ce choix procède d'une forme de revendication politique et s'il a pu induire une transformation de leur identité professionnelle. Pour ce faire, nous avons interrogé onze sages-femmes pratiquant ou ayant pratiqué des accouchements à domicile en Île-de-France. Les entretiens révèlent que cette pratique, peu habituelle de leur métier, témoigne d'une vision différente du rôle de la sage-femme, et a participé à un changement de leur identité professionnelle. Ces changements ont pu révéler des sages-femmes engagées qui défendent leurs droits et ceux de leurs patientes, notamment en termes d'autonomie.

Mots-clés : accouchement à domicile, accompagnement global, engagement, identité, parcours, sage-femme

Abstract

Global accompaniment of birth is perceived in different ways in the countries of Europe. Indeed it represents in France a minority but women's demand is still here and homebirth still seeks its place. We made our interest in the practice of homebirth and what it implies for these midwives who made this choice of exercise in Île-de-France. We wondered if this choice proceeds into a form of political claims and if it induces a transformation of their professional identity. In order to do this we interviewed eleven midwives practicing of having performed home deliveries in Île-de-France.

The interviews reveal that this unusual practice of their work reflects of a different vision of midwives role and has contributed in a change in their professional identity. These changes revealed committed midwives who defend their rights and those of their patients especially in terms of autonomy.

Keywords : career, commitment, global accompaniment of birth, homebirth, identity, midwife

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	3
Abstract.....	4
Liste des annexes.....	7
Lexique	8
Introduction.....	9
L'accouchement à domicile aujourd'hui : Approche historique.....	10
L'accouchement à domicile : Approche médicale et juridique	14
Première partie Démarche de recherche.....	16
1. Problématique	16
2. Objectifs.....	16
3. Hypothèses.....	16
4. Méthodologie	17
5. Forces et limites de l'étude.....	18
Deuxième partie Résultats et Analyse.....	20
1. Comment devient-on sage-femme pratiquant l'accouchement à domicile ?	20
1.1. <i>Devenir sage-femme : une vocation ?</i>	<i>20</i>
1.2. <i>Trajectoire professionnelle</i>	<i>21</i>
1.3. <i>Pratique de l'AG : émergence d'un choix « alternatif ».....</i>	<i>22</i>
1.4. <i>Vie familiale et personnelle</i>	<i>23</i>
2. Identité professionnelle : représentations des sages-femmes pratiquant l'AG sur leur exercice professionnel.....	25
2.1. <i>Être sage-femme.....</i>	<i>25</i>
2.2. <i>Difficultés rencontrées dans leur pratique de l'AG.....</i>	<i>27</i>
2.2.1. Sortir des frontières du cadre professionnel	27
2.2.2. Une difficile reconnaissance...	31
2.3. <i>L'AG : une pratique épanouissante pour les sages-femmes.....</i>	<i>34</i>
2.3.1. Débordement logorrhéique des sages-femmes : la passion de leur métier	34
2.3.2. La nature de la relation : proximité et ouverture à l'autre.....	34
2.3.3. Engagement et passion.....	34
2.3.4. Un rôle essentiel à un moment essentiel	35
2.4. <i>Entre proximité et effacement : le délicat équilibre des sages-femmes pratiquant l'AAD</i>	<i>35</i>
3. Sage-femme : une autonomie défendue.....	38
3.1. <i>Liberté dans leur pratique.....</i>	<i>38</i>

3.2.	<i>Place des sages-femmes</i>	39
3.2.1.	<i>Face aux couples</i>	39
3.2.2.	<i>Face aux autres professionnels et aux structures</i>	41
3.3.	<i>Méicalisation de la naissance et de l'accouchement</i>	42
3.4.	<i>Une physiologie différente ?.....</i>	45
3.5.	<i>Le risque médico-légal.....</i>	46
4.	<i>Concernant les patientes/les couples</i>	48
4.1.	<i>Autonomie et liberté de choix.....</i>	48
4.2.	<i>Une confiance réciproque</i>	49
4.3.	<i>Sélections des grossesses et des accouchements pour un accompagnement de la naissance à domicile.....</i>	50
Troisième partie Discussion.....		52
1.	<i>Sur le plan médical et éthique.....</i>	52
1.1.	<i>En faveur d'une naissance respectueuse du choix des couples.....</i>	52
1.2.	<i>Remise en cause de la méicalisation de la naissance</i>	53
1.3.	<i>Influence de l'expérience professionnelle</i>	55
2.	<i>Sur le plan politique</i>	56
2.1.	<i>Autonomie des femmes enceintes et des couples</i>	56
2.2.	<i>Autonomie et indépendance des sages-femmes.....</i>	56
3.	<i>Vers une nouvelle identité professionnelle.....</i>	58
Conclusion		60
Bibliographie		62
Annexes.....		65

Liste des annexes

Annexe 1 : La charte de l'accouchement à domicile (ANSFL) (5)	66
Annexe 2 : Modèle de serment pour les sages-femmes en 1790 (8)	69
Annexe 3 : Les enquêtées.....	70
Annexe 4 : Tableau récapitulatif des données socio-démographiques des sages-femmes interrogées....	71
Annexe 5 : Grille d'entretien	73

Lexique

AAD : Accouchement à domicile

AE : Années d'Expérience

AG : Accompagnement Global

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérale

CIANE : Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

MDN : Maison De Naissance

PT : Plateau technique

SF : Sage-Femme

UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

Remarque de présentation : Etant donnée la démographie des SF, profession qui est représentée par environ 98% de femmes (1), nous avons décidé d'employer le féminin pour parler de nos enquêtées, et ce, malgré la présence d'un homme parmi elles.

Introduction

Aujourd’hui, en France, l’accouchement à domicile est perçu, à la fois par les professionnels de l’accouchement mais aussi par les couples concernés, comme une pratique marginale et intéresserait seulement un pourcent des naissances, voire moins (2,3), alors que jusqu’au début du XVIII^e siècle, l’accouchement à domicile concernait la majorité des femmes enceintes (4).

Lors de mon stage dans un cabinet de SF libérales en L3, j’ai découvert ce qu’était l’accompagnement global, qui m’était alors totalement étranger. A ce moment-là, je n’ai pas pu assister à un accouchement ayant lieu à domicile, mais j’ai remarqué le lien particulier qui se forge entre la mère/le couple et la SF, la confiance mutuelle qui s’installe entre elles/eux, leur permettant d’accueillir le nouveau-né dans les meilleures conditions. J’ai ainsi découvert une dimension différente du métier de SF par rapport à l’exercice hospitalier, plus classique, que nous sommes amenées à expérimenter dans la plupart de nos stages. De là, ont émergé des interrogations : tout d’abord, quelles femmes font le choix d’accoucher à domicile et pourquoi ? Mais également, et ce sera l’objet de cette étude : qui sont les SF qui font le choix d’exercer l’accompagnement global et l’accouchement à domicile, qui représentent une minorité au sein de leur profession et semblent si singulières ?

L’accompagnement global est défini par l’association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) de la manière suivante : « Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l’accouchement, de la naissance ; effectue les soins postnataux de la mère et de l’enfant » (5). Une charte de l’accouchement à domicile a également été élaborée par l’ANSFL « afin de garantir aux usagers une sécurité optimisée et un référentiel de bonne pratique, ce cadre minimum a pour but de donner les règles élémentaires de prudence qui doivent présider à toutes naissances à domicile » (6) (Annexe 1).

Aujourd’hui, en France, l’accompagnement global inclue l’accouchement à domicile, en plateau technique (l’accouchement a lieu au sein d’une structure hospitalière mais par la SF libérale qui a suivi la grossesse), ou plus récemment en maisons de naissance. Comme nous l’avons dit plus haut cette manière de donner naissance est très marginale en France, tant sur le plan numérique que sur le plan des représentations au sein des professionnels et des couples (3). D’après certaines

études, ce choix des femmes et des couples serait en grande partie motivé par une mise en cause de la médicalisation de la naissance, probablement due à une standardisation de la prise en charge hospitalière des parturientes, notamment via les protocoles (7).

Mais si, pour ses défenseurs, l'accouchement à domicile apparaît comme un accès à la liberté et l'autonomie des femmes et des couples face au carcan que peut représenter l'institution hospitalière, celui-ci est considéré comme « un retour en arrière » par certains (8). Pourtant, toujours pour ceux qui le défendent, l'accouchement à domicile d'aujourd'hui ne semble pas comparable aux pratiques antérieures du fait de changements des conditions sanitaires, médicales et mentales : les connaissances scientifiques, et les mentalités ayant évoluées, lAAD d'aujourd'hui semble donc plus sécurisé que lAAD d'hier (3).

L'accouchement à domicile aujourd'hui : Approche historique

« Pendant des siècles, dans la plupart des cultures, les femmes de toutes conditions ont donné naissance à leurs enfants dans le contexte familier de leur habitation, avec l'entourage de quelques parentes, voisines ou amies et l'aide plus ou moins experte d'une femme « qui aide », d'une matrone, d'une sage-femme ou plus tard d'un médecin. », nous explique Marie-France Morel (3). En effet, deux changements importants vont modifier les circonstances de la naissance en France, les personnes qui l'accompagnent et le lieu où il se déroule (9).

Jusqu'au XVIIIème siècle, les femmes enceintes (ou les parturientes) sont assistées par une matrone pour leur accouchement ; celle-ci connue de tout le village, n'a pas étudié mais est détentrice d'un savoir profane et a fait ses preuves grâce à des accouchements qui se sont bien déroulés. Elle est issue d'une famille de matrones, ce qui incite les femmes à lui faire confiance. Les matrones possèdent également un savoir en matière religieuse : elles doivent savoir réciter les formules de baptême, s'occuper de la toilette des enfants morts, sous l'œil attentif du curé qui doit l'agrérer (Annexe 2). En plus de la matrone, les femmes sont aidées par leurs parentes, amies, voisines, qui accourent dès les premières douleurs. La naissance est en effet l'affaire de toutes. Cependant, les complications à l'accouchement étaient importantes : un grand nombre de femmes mourraient (la mortalité maternelle en France est estimée entre un et deux pourcents au XVIIIème siècle (10)) ou étaient mutilées, ainsi que leurs enfants. Ainsi, les matrones vont faire l'objet de critiques sur leur manque d'instruction, à partir des années 1750, notamment de la part des médecins « barbiers-chirurgiens », qui de leur côté souhaitent revaloriser leur corps et prendre une place auprès des parturientes, en augmentant leur activité. C'est pourquoi, une rapide

formation sera engagée par le pouvoir royal et délivrée par Madame du Coudray auprès des matrones. Elle sera la première SF à enseigner l'art de l'accouchement devant un public. A la suite de cela, des cours seront étendus à toute la France entre 1759 à 1783 (9).

C'est à la fin du XVIIIème siècle que la question de la formation des SF s'organise sur le plan politique, « Car il en faut... » écrit l'administrateur départemental du Haut-Rhin en 1790, à propos des SF (4). La loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) permet la réorganisation des professions médicales. Elle modifie notamment l'accès et la formation à la profession de SF avec la création d'une école de SF, le suivi obligatoire des cours, un examen à l'issu de la formation devant un jury et l'apparition de deux groupes de SF : celles de la première classe, autorisées à exercer sur tout le territoire et celles de la deuxième classe, autorisées à exercer seulement aux frontières départementales. Ainsi, le métier de SF est la première profession féminine en France munie d'un diplôme, et la seule reconnue officiellement à pratiquer un art spécifique qui n'est autre que l'accouchement (4).

Malgré cette avancée pour la profession et leurs obligations au vu de la loi, les SF ont tout de même fait l'objet de nombreuses suspicions voire accusations concernant le recours à l'avortement, l'infanticide ou encore l'abandon. Pendant ce temps, les matrones continuent de pratiquer illégalement des accouchements, alors que cet exercice est possible d'amendes et de prison. Une coexistence entre les SF diplômées et les matrones persistera jusqu'en 1860 (3,4).

Au cours du XVIIIème siècle, un autre changement participe de ces évolutions dans les personnes qui accompagnent les parturientes. Des médecins accoucheurs, se distinguent au sein du corps des barbiers-chirurgiens. Comme nous l'avons précisé plus haut, ces chirurgiens peuvent être appelés pour des accouchements difficiles nécessitant l'utilisation d'instruments, non maîtrisée à l'époque et pouvant entraîner des mutilations, ou encore la mort des femmes et des enfants. Par la suite, des traités d'obstétriques vont être élaborés afin que ces hommes puissent réaliser des accouchements sans complications, afin d'augmenter leur charge de travail et par conséquent leurs revenus. Même s'ils rencontreront des difficultés à s'intégrer, les femmes et leur mari y seront de plus en plus favorables, d'abord pour les accouchements difficiles puis également pour les naissances simples, avec une importance grandissante qui est donnée à la santé des femmes en couches et des nouveau-nés. Des changements importants vont accompagner l'arrivée du médecin-accoucheur au chevet des parturientes ; il fera sortir l'entourage du lieu où se déroule le travail, dans l'idée d'instaurer du silence et fera aérer la pièce en ouvrant les fenêtres. L'entourage soutenant et réconfortant présent autour des femmes en travail disparaît progressivement pour laisser la parturiente seule face au médecin. Celui-ci finira

par imposer une position sur le dos aux femmes pour la phase d'expulsion, plus adaptée pour lui -surtout en cas d'usage des instruments-, les autres positions étant considérées comme dénigrantes (9).

Ainsi, Jusqu'au XIXème siècle, l'accouchement à domicile était la norme, voire un impératif et l'accouchement à l'hôpital concernait souvent les femmes indigentes, ou isolées ; il était alors signe de marginalisation. Mais en plus de concerner une certaine population de femmes, l'hôpital ne semblait pas être un lieu sécurisé pour accoucher ; en effet, les femmes craignaient d'y mourir. Puis, des mesures d'hygiène ont été adoptées à la suite de travaux, notamment ceux de Pasteur à Paris, incitant la mise en œuvre de politiques de prévention par l'hygiène (3,9). Par ailleurs, de plus en plus de médecins-accoucheurs sont formés, et décident de prendre en charge les accouchements uniquement en structure hospitalière.

En France, l'Etat appuie cette tendance à la médicalisation de la naissance dès le XVIIIème siècle, dans une perspective nataliste. Parallèlement aux évolutions détaillées ci-dessus, les politiques de périnatalité mises en place épousent cette notion de risque autour de la grossesse et de l'accouchement et rendent progressivement obligatoire le passage par les structures hospitalières (publiques ou privées). Tout d'abord, en 1946, la généralisation de la sécurité sociale permet une prise en charge des frais concernant l'accouchement mais seulement s'il a lieu à l'hôpital. Les femmes qui accouchent à domicile devront verser une avance et se feront rembourser tardivement. Ensuite, trois plans de périnatalité sont mis en place à partir des années 1970 dont l'objectif est d'améliorer la sécurité de la naissance et d'obtenir une meilleure adéquation entre risque et équipement. Le décret de périnatalité du 9 Octobre 1998 vient concrétiser ces objectifs et restructure profondément l'offre de soins en termes de lieux d'accouchements. Ce décret met en place un travail en réseau pour les maternités et organise les établissements en 3 niveaux de spécialisation selon leur capacité à prendre en charge les nouveau-nés prématurés ou présentant des pathologies¹. Les patientes sont donc orientées dans les maternités selon le niveau de risque évalué pour leur grossesse. Cette restructuration a pour conséquence la fermeture progressive des maternités de proximité² (11).

¹ Les maternités de niveau 1 ne possèdent pas de service de néonatalogie, les maternités de niveau 2 en ont un et les maternités de niveau 3 possèdent à la fois un service de néonatalogie et un service de réanimation néonatale.

² Ainsi on passe de 814 maternités en France en 1996 à 517 en 2016 dont 3% seulement font moins de 500 accouchements par an. Source DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), site consulté le 24 janvier 2018.

Dans les années 1970-80, l'apparition des techniques de l'échographie puis de l'analgésie péridurale continue de modifier profondément la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, mettant la notion de risque au cœur de ce suivi. L'émergence plus récente de nouvelles techniques concernant la grossesse, telles que celles mises en œuvre dans le cadre du diagnostic prénatal, illustre bien cette tendance toujours à l'œuvre actuellement. L'avancée de ces nouvelles technologies médicales, contribue à ce qu'on appelle la médicalisation ou la technicisation de la naissance (7).

Ainsi, en France, l'incitation à accoucher à l'hôpital dérive d'une volonté à la fois médicale et politique. De ce fait, au cours du XXème siècle, les SF sortants de l'école et à la recherche d'un emploi, s'orientent majoritairement vers les hôpitaux ou les cliniques. Les demandes, alors très peu nombreuses d'accouchement à domicile, entraînent une diminution considérable pendant cette période, du nombre de SF libérales (3,9).

Aujourd'hui, les accouchements ont quasiment tous lieu à l'hôpital (2). Mais l'accouchement à domicile, bien que toujours largement minoritaire, est en augmentation, tout comme le nombre de SF libérales (3) : en effet, leur nombre est passé de 3448 en 2014 à 4448 en 2017 (11).

Par ailleurs, deux événements importants dans les années 2015 et 2016, ont contribué à ces changements, comme a pu nous l'expliquer Rosanna Sestito dans son article « faire naître à la maison en France », avec tout d'abord, l'observatoire sur les violences obstétricales dont le but est de dénoncer le non-respect du corps de la femme en maternités, mais également l'arrivée des maisons de naissance dont l'autorisation d'ouverture a été signée par le ministère de la Santé : il s'agit là d'un bouleversement puisque « les membres du corps médical opposés à l'accouchement extrahospitalier ont dû accepter les demandes des usagères et des sages-femmes » (12).

On peut expliquer ce changement de tendance par une mise en question par les femmes enceintes, comme par les professionnels, d'une vision de la grossesse et l'accouchement centrée sur le risque. En effet, en France, comme le montre Béatrice Jacques, la grossesse est considérée comme potentiellement à risque : ainsi, la grossesse est « à priori normale ou à priori pathologique » et il faut davantage se concentrer sur la recherche de la pathologie plutôt que sur la surveillance d'un processus physiologique. Or, Béatrice Jacques explique également que cette idée que l'accouchement est plus sécurisé en milieu hospitalier, favorise un certain « paternalisme médical consenti », en complète opposition avec les mouvements de libération des femmes des années 70 avec, entre autres, le droit à la contraception, à l'interruption volontaire de grossesse ou au recours à l'anesthésie péridurale (7).

Ainsi, l'ensemble de ces considérations, nous ont fait envisager le scepticisme vis-à-vis de cette vision centrée sur le risque, manifestée par certaines femmes enceintes mais aussi par certains professionnels, comme l'expression d'un désir de respect de la physiologie, avant tout, et comme une résistance aux pratiques hospitalières standardisées qui en découlerait. Dans ce contexte, certains professionnels font le choix d'accompagner les femmes tout au long de leur grossesse et accouchement et parmi eux, certains décident de réaliser des accouchements à domicile (3,7). Pour eux, la grossesse et l'accouchement sont perçus comme des événements physiologiques, exigeant un accompagnement plutôt qu'une intervention médicale.

Vu leur faible nombre et leurs manifestations peu nombreuses, il est difficile de réaliser une étude sur les SF pratiquant l'accouchement à domicile. Cependant, une étude de Juliette Hontebeyrie, publiée dans La Revue Sage-Femme a pu faire un état des lieux concernant les caractéristiques sociodémographiques de ces SF en France en 2013 : cent cinq SF ont été sollicitées, ce qui nous donne une idée du nombre de SF pratiquant l'AAD en France, et trente-six réponses ont été obtenues ; leur manque de visibilité nous laisse penser qu'il ne s'agit sans doute pas du nombre exact de SF pratiquant l'AAD. Parmi celles ayant répondues, la moyenne d'âge est d'un peu plus de quarante-sept ans. Leur répartition en France est hétérogène : la moitié des régions françaises, ne comptent pas de SF pratiquant l'AAD et d'autres très peu. Elles couvrent principalement : Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), Rhône-Alpes, Aquitaine, Île-de-France, Midi-Pyrénées. Par ailleurs, à l'issue de cette étude, une question s'est posée concernant la continuité, l'avenir de cette pratique au vu de l'âge de ces SF (13). Dans notre étude, le profil des SF est un peu différent puisque nous avons à la fois des professionnels de plus de quarante-cinq ans, mais aussi des SF plus jeunes autour de trente-quarante ans. Cela témoigne peut-être d'une spécificité régionale mais peut-être également d'une pratique ralliant progressivement plus de jeune SF. Ainsi, l'avenir de cette pratique ne semble pas tout à fait compromis, au contraire.

L'accouchement à domicile : Approche médicale et juridique

Sur le plan médical, bien que certaines études ne montrent pas de différence entre l'AAD comparé à un accouchement en structures en termes d'issues (14), une revue systématique de la littérature de 2012, a conclu qu'une étude à très large échelle ayant une puissance statistique suffisante permettrait de répondre clairement aux interrogations concernant les issues obstétricales et néonatales des accouchements à domicile, mais serait très difficile à réaliser. De plus, les auteurs ajoutent que la méthode la plus efficace serait de mener une revue systématique

des situations découlant d'un protocole publié dont les étapes seraient prédéfinies et uniformisées, afin d'homogénéiser les différentes définitions du « bas-risque » rencontrées (15).

Dans les différents travaux s'étant intéressés à la question, les femmes optant pour l'accouchement à domicile évoquent le plus souvent : le désir d'un accouchement naturel, le refus d'une surmédicalisation, le besoin d'intimité dans un lieu familier, d'autonomie, ou encore la volonté d'être accompagnée par une seule SF (3,16), et se montrent comme émancipées (17).

Cependant, depuis la loi du 4 mars 2002 du code de la santé publique : « les professionnels de santé exerçant à titre libéral, (...) sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité » (18). L'objectif étant de fournir une garantie aux personnes victimes d'accidents médicaux. Depuis cette loi, les SF libérales rencontrent des difficultés pour souscrire une assurance responsabilité civile afin de couvrir l'exercice des accouchements à domicile, en raison d'une hausse importante des prix ou encore de l'exclusion de l'accouchement à domicile de l'activité des assureurs, rendant impossible cette pratique en toute légalité (19,20). En effet, d'après le code de la santé publique : « le manquement à l'obligation d'assurance (...) est puni de 45 000 Euros d'amende. Les personnes physiques coupables de l'infraction mentionnée au présent article encourent également la peine complémentaire d'interdiction, (...) d'exercer l'activité professionnelle (...) » (21).

Ainsi, si la tendance est à un retour d'intérêt pour l'accouchement à domicile par certaines femmes comme certains professionnels de la naissance, sa pratique en est toujours limitée par une légitimité qui peine à aboutir au niveau médical et juridique. Par ailleurs, dans les travaux les plus récents, ce sont préférentiellement les raisons des femmes et des couples optant pour un accouchement à domicile qui ont été analysées. Par conséquent, au vu de l'ensemble des évolutions que nous venons de décrire nous avons choisi de plutôt nous intéresser au choix des professionnels qui pratiquent lAAD dans ce contexte complexe.

Première partie

Démarche de recherche

1. Problématique

La question plus précise que nous avons souhaité explorer dans ce travail est la suivante : En quoi le choix des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global et l'accouchement à domicile, procède-t-il d'une transformation de leur identité professionnelle et celui-ci relève-t-il en partie d'une forme de revendication politique, si oui, dans quelle mesure ?

2. Objectifs

Cette étude s'intéressera à l'accompagnement global à domicile, et a donc pour objectif de comprendre comment a émergé cette nouvelle façon d'accompagner la naissance, dans le contexte actuel. Dans un premier temps, nous étudierons comment ce choix s'est forgé pour les professionnelles qui le pratiquent, en analysant leur trajectoire professionnelle. Nous présenterons leur parcours de vie, au niveau professionnel et éventuellement au niveau personnel (les deux pouvant être liés), en exposant leurs motivations et leurs objectifs. Dans un second temps, nous analyserons comment ce choix reconfigure l'idée qu'elles se font de leur identité professionnelle, en cherchant le sens qu'elles donnent à leur pratique. Enfin nous examinerons comment ce choix d'exercice peut prendre la forme d'une revendication politique, au sens large, pour certaines.

Ce faisant, nous essaierons de faire émerger des points communs comme les points de divergences entre les différentes personnes interrogées.

3. Hypothèses

Premièrement, nous avons présumé que les trajectoires professionnelles et personnelles des SF pratiquant l'AAD les ont amenées à se positionner pour une naissance respectueuse des choix des femmes et des couples et remettant en question la technicisation de la naissance qui a lieu actuellement dans les institutions hospitalières. Nous supposons également que leur trajectoire personnelle a pu intervenir dans leur choix.

Deuxièmement, d'un point de vue plus politique, nous avons émis l'hypothèse que ces SF souhaitent non seulement défendre l'autonomie de leurs patientes et des couples en faisant valoir leur droit, mais également leur propre émancipation professionnelle, en particulier vis-à-vis des rapports hiérarchiques qui peuvent se jouer dans les institutions hospitalières. En effet, ce choix d'exercice découlerait d'une vision de leur métier qui met l'autonomie de leur profession au cœur de leur pratique.

Enfin, nous avons supposé que cette vision alternative de la naissance et de leur pratique professionnelle, contribuait à faire émerger une nouvelle identité chez ces SF, qui serait ou deviendrait politique.

4. Méthodologie

Ainsi, nous avions pour objectif de réaliser quinze entretiens avec des SF pratiquant des accouchements à domicile en Île-de-France. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs, par mode d'accès direct (en face à face et entretien téléphonique), à l'aide d'une grille d'entretien réalisée au préalable, à partir d'interrogations personnelles et d'une première lecture de la bibliographie sur le sujet, et réajustée au fur et à mesure des entretiens.

Afin de rencontrer des SF pratiquant l'accouchement à domicile, nous avons utilisé la méthode de « proche en proche » : une SF de notre connaissance nous avait mis en contact avec d'autres SF pratiquant l'accouchement à domicile. Cette méthode nous a fait un peu sortir du cadre de l'Île-de-France afin d'avoir un nombre maximum d'enquêtées (une seule SF interrogée n'exerce plus en IDF). Ces entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat. Ils sont anonymes (les noms des personnes citées ici ont été modifiés), enregistrés avec l'accord des enquêtées et retranscrits intégralement. Ils se sont déroulés, si possible, en dehors des heures de travail afin de recueillir un discours qui puisse sortir du cadre professionnel. Ces entretiens ont duré entre 38 minutes et 2 heures, donnant une moyenne de 1 heure et quart, environ.

Nous nous sommes limités à cette région pour différentes raisons : tout d'abord, d'un point de vue pratique, la proximité a facilité les entretiens. Ensuite, afin d'éviter tous biais éventuels qui concerneraient l'activité des SF pratiquant l'AAD et la demande des femmes enceintes

d'accoucher à domicile, probablement différentes en fonction des régions (13), nous avons préféré nous limiter à l'Ile-de-France.

Ainsi, notre étude se basera sur onze entretiens de SF pratiquant ou ayant pratiqué l'accouchement à domicile en Ile-de-France. Nous nous sommes rencontrées dans différents lieux, à leur domicile ou dans leur cabinet, et pour trois d'entre elles l'entretien a été effectué par téléphone. Ils ont été réalisés sur une période discontinue de 4 mois, du 29 août au 21 décembre 2017.

5. Forces et limites de l'étude

En effet, afin de réaliser notre étude, nous avons recruté des SF qui exercent globalement dans le même espace géographique, ce qui constitue une force pour nos résultats. Nous avons effectué onze entretiens, grâce à la méthode de « proche en proche », ce qui est plutôt satisfaisant, vu le faible nombre de SF pratiquant lAAD en France. En outre, le profil démographique des SF interrogées semble montrer quelques variabilités concernant les SF pratiquant lAAD en France, au vu de l'étude publiée dans La Revue Sage-Femme « Quelques éléments de connaissance à propos du profil sociodémographique des SF pratiquant l'accouchement à domicile » (13) : il semblerait qu'il y ait une relève par de jeunes SF vue de l'âge de nos enquêtées. En effet, les SF interrogées avaient entre 36 ans et 74 ans au moment de l'entretien, la moyenne d'âge étant de 53 ans. Par ailleurs, nous n'avons pas retrouvé beaucoup d'études dans la littérature sur les SF pratiquant lAAD du fait de la marginalité de cet exercice. De plus, nous avons atteint le phénomène de saturation pour notre étude, c'est-à-dire qu'après avoir fait varier au maximum différents point de vue, de par la différence d'âge ou les années d'expérience, nous n'avons plus obtenu d'informations nouvelles. Cependant, même si la saturation est atteinte, il aurait pu être intéressant d'élargir cette étude sur toute la France, afin de produire des comparaisons par région par exemple.

Par ailleurs, ma position d'étudiante SF, a eu des effets à la fois bénéfiques mais aussi a présenté quelques inconvénients pour le recueil des données. En effet, premièrement, cette position a permis d'obtenir des discours très développés du fait d'une certaine connivence corporatiste. Ensuite, la volonté de faire passer un point de vue engagé sur la place de la SF dans l'accompagnement de la naissance, à une future professionnelle et l'envie de lui transmettre un savoir, non diffusé au cours des études, a produit des entretiens très riches et passionnés. « *Je ne pense pas que tu aies déjà vu un accouchement naturel* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans dAAD). Cependant,

certains sujets abordés, concernant les aspects médicaux de la question, au contraire, peu développés car considérés comme « entendus ». Enfin, l'effet Hawthorne, qui fausse les résultats obtenus dans le cas où les enquêtés sont conscients de leur participation à une étude, a été minimisé car les entretiens ont toujours été réalisés en un lieu familier et choisi par les SF. Cependant, dans ce type d'étude, il n'est pas question de rechercher une objectivité absolue, puisqu'il s'agit de recueillir des discours par essence subjectifs, et par là, de révéler les représentations que les enquêtées se font de leur exercice professionnel.

Enfin, nous avons travaillé sur les discours et non sur les pratiques de ces SF, ce qui n'éclaire qu'une partie de la question. En effet, nous n'avons pas effectué d'observations, mise à part celles que j'ai pu faire lors de mes stages avec une seule d'entre elles, ce qui ne permet pas de décrire les pratiques des différentes SF, ni de les confronter à leurs discours.

Deuxième partie

Résultats et Analyse

1. Comment devient-on sage-femme pratiquant l'accouchement à domicile ?

1.1. *Devenir sage-femme : une vocation ?*

Parmi les onze SF interrogées, quatre d'entre elles ont affirmé que devenir SF était pour elles un souhait depuis leur très jeune âge, « *comme une évidence, c'était ça ou rien* » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans dAAD), sans forcément avoir été influencées par un proche. Six d'entre elles ont connu ce métier par leur famille, comme le dit Nathalie : « *c'est la famille qui a découvert ce métier pour moi* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD). Une d'entre elles a une grand-mère SF, « *mes parents me disent que j'en ai parlé à mon entrée en sixième* » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans dAAD). La mère d'une d'elles était SF sans qu'elle le sache jusqu'à son entrée à l'école. Une SF nous a affirmé qu'elle avait choisi ce métier sans doute pour des raisons inconscientes au départ, suite au vécu difficile de l'accouchement traumatisante de sa mère donnant naissance à un enfant atteint de tétraplégie. Cette découverte et le choix d'exercer ce métier ont également pu se faire lors de discussions au lycée ou encore par leur propre expérience d'accouchement, « *ça m'a sensibilisé sur un certain vécu des choses* » (Dominique, 51 ans, 29 AE, 9 ans dAAD). Trois parmi elles, semblaient avoir pour objectif de devenir médecin, et ont finalement passé le concours de SF, à l'époque où ces deux concours étaient encore indépendants. Deux d'entre elles, avaient initialement une formation sans rapport avec le milieu médical.

Ainsi, le choix d'exercer le métier de SF est une vocation pour plusieurs d'entre elles : un choix qui s'est fait alors qu'elles étaient encore très jeunes, et plus ou moins influencées par des proches. Pour d'autres, ce choix s'est construit au fur et à mesure d'expérience personnelles et/ou professionnelles, aboutissant à des reconversions professionnelles pour certaines. Par ailleurs, notre échantillon comprend un homme SF ; globalement, le fait d'être un homme ne change pas le discours autour de l'AG, ainsi, nous n'avons pas mis en évidence de différence (Annexe 3). Ces onze parcours, tous différents, les ont menés, vers une pratique qu'elles ont en commun : l'accouchement à domicile.

1.2. Trajectoire professionnelle

De plus, ces SF sont toutes diplômées depuis plus d'une dizaine d'année, allant de 12 à 52 ans de diplôme. Elles pratiquent ou ont pratiqué l'accouchement à domicile en moyenne depuis 12 ans (de 1 à 25 ans) (Annexe 3).

Par conséquent, elles ont toutes eu une expérience hospitalière initialement, après leur diplôme, dans tous types de niveaux de maternités 1, 2a, 2b ou 3, en France ou dans les DOM-TOM, et en Belgique pour l'une d'entre elles, ainsi qu'une expérience en exercice libéral.

Par ailleurs, certaines d'entre elles ont participé à l'évolution des pratiques avec l'apparition de nouvelles technologies comme l'échographie, l'enregistrement cardio-tocographique, puis le diagnostic anténatal, sans oublier les réformes des hôpitaux des années 80. Ce qui fut un bouleversement pour certaines SF : « *le changement de philosophie des hôpitaux, (...) l'hôpital est devenu une entreprise, et là tout a basculé, la préoccupation c'était la rentabilité* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD).

Enfin, toutes les SF interrogées ont développé fortement leur formation continue. Elles ont toutes des DIU (Diplôme Inter-Universitaire) ou ont participé à diverses formations depuis leur diplôme d'état de sage-femme.

Parmi elles, on y trouve des formations médicales notamment sur « tous les actes d'urgences médicales mère-bébé en dehors du milieu hospitalier », sur la réanimation néonatale, un DIU en échographie et gynécologie obstétricale, et de médecine fœtale. Par ailleurs, elles se sont formées aussi sur le plan de l'accompagnement, en particulier de la douleur pendant le travail : formations sur la préparation à la naissance ou psychoprophylaxie obstétricale (PPO), à la méthode Bonapace, basée sur la gestion non pharmacologique de la douleur (22), Ariane Seccia, qui est une formation permettant de traiter les peurs et d'autres situations autour de la naissance (23), des DIU en sexologie, mais aussi en médecine holistique, « *avec l'idée dès le départ d'accompagner la physiologie* » (Mathilde, 51 ans, 27 AE, 11 ans dAAD). Enfin, près de la moitié des enquêtées sont formées à la rééducation périnéale CMP (Connaissance et Maîtrise du Périnée).

Ainsi, ces SF ont toutes continué à se former en participant à plusieurs formations médicales ou non. En effet, sept d'entre elles ont participé à des formations de médecine non conventionnelle, d'accompagnement ou autre. Ce qui nous laisse penser qu'elles sont orientées vers une prise en charge de la grossesse et de l'accouchement différente, avec une volonté d'accompagner plutôt que d'intervenir.

1.3. Pratique de l'AG : émergence d'un choix « alternatif »

Le choix de pratiquer des accouchements à domicile s'est construit au fur et à mesure de leurs études et/ou de leur exercice professionnel et est, avant tout, motivé par leur désir « d'accompagner » de manière globale, c'est-à-dire du début à la fin de leur grossesse, des femmes enceintes: « *je me suis aperçue que l'accompagnement c'était vraiment très important, ça l'a aidait quand même considérablement* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans dAAD), « *le suivi global ça permet d'avoir accès à qui sont ces personnes que je suis en train d'accompagner, (...) donc ça permet une meilleure compréhension, c'est le suivi global qui est important (...) le lieu c'est la forme* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans dAAD). Le respect de la physiologie du travail et de l'accouchement fait partie de cet accompagnement : « *en fin de compte, les femmes sont capables d'accoucher hein, on n'a pas grand-chose à faire* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD).

Avant d'en venir à le pratiquer elles-mêmes, trois d'entre elles, avaient une opinion différente sur ce mode d'exercice : « *trop dure, moi, en tout cas, j'étais incapable de faire ça, ça me faisait peur* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans dAAD), « *je pensais comme on voulait nous faire penser, c'est-à-dire que c'était des allumés, des marginaux* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans dAAD), « *ça ne me serait vraiment pas venu à l'idée à l'époque* » (Sophie, 53 ans, 4 ans dAAD). Ainsi, avant d'adhérer à ce type d'exercice, elles en avaient une image à la fois effrayante et négative, doutant profondément des compétences professionnelles des personnes le pratiquant, image qui peut encore correspondre à ce que pensent les autres professionnels de la naissance.

Certaines SF avaient été sensibilisées pendant leurs études à l'accompagnement global ou à une vision plus « naturelle » de la naissance, par des lieux de stages qui « *respectaient les souhaits des patientes et des couples* » (Mathilde, 51 ans, 27 AE, 11 ans dAAD) : « *j'ai découvert encore plus les accouchements naturels, ce lieu de stage m'a ouvert aux sages-femmes en plateau technique et en accouchement à domicile* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD), ou au contraire, l'exercice en structures hospitalières leur a fait percevoir le suivi proposé comme insuffisant : « *on n'arrivait pas à consacrer suffisamment de temps aux gens* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans dAAD). S'installer en libéral pour développer le suivi global pouvait répondre, selon elles, à ce manque. Cela a également pu émerger suite à des rencontres avec des SF pratiquant l'accompagnement global à domicile durant les études : « *quand je renais la voir, je lui disais que c'était comme ça que je voulais travailler un jour* » (Dominique, 51 ans, 29 AE, 9 ans dAAD), mais également lors de congrès en France ou à l'étranger.

D'autres ont rencontré des SF pratiquant lAAD durant leur exercice professionnel. Elles ont commencé par proposer aux SF qui s'y intéressaient un compagnonnage, en accompagnant des femmes enceintes/des couples à deux SF. C'est ainsi, que par la suite, elles ont décidé d'en faire autant : « *son travail qui m'a complètement fasciné* » (Dominique, 51 ans, 29 AE, 9 ans dAAD), « *je me suis rendue compte qu'elle avait juste à me pousser un peu et que j'avais envie de le faire quoi* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans dAAD), « *je me suis dit bah oui bah ça je peux faire (...) c'était fantastique* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans dAAD). Ainsi, la mise en confiance par les pairs et la transmission d'une vision différente d'exercer le métier de SF sont des éléments déterminants dans ce choix.

De plus, huit SF avaient initialement pour projet de travailler sur un plateau technique. Pour certaines, le projet a pu aboutir pour d'autres non et par ailleurs, les demandes dAAD étaient grandissantes. C'est ainsi qu'un nombre important d'entre elles ont commencé à pratiquer lAAD, en réponse aux femmes enceintes/aux couples demandeurs d'un accompagnement à domicile.

Par ailleurs, malgré leur différence d'âge, elles ont, pour la majorité d'entre elles, exprimé des difficultés concernant leurs études : « *horribles* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans dAAD), « *insupportables de maltraitance de fatigue et de chocs émotionnels* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD), « *très inconfortables d'un point de vue psychique* » (Christine, 36 ans, 11 AE, 3 ans dAAD), mettant au centre du problème le plus souvent les relations entre élèves de différentes promotions, entre SF enseignantes et élèves mais également l'apprentissage des cours théoriques et pratiques sur les lieux de stages. Ainsi, ce vécu difficile des études de SF par la majorité d'entre elles, peut nous amener à penser qu'elles ont voulu prendre une certaine distance vis-à-vis de leur apprentissage pendant leurs études, les amenant à percevoir la naissance de manière différente.

Ainsi, ces SF ont un vécu, une expérience, personnelle ou professionnelle qui les ont amenées à pratiquer leur métier de cette manière : des rencontres, des lieux de stage, les études ont eu un impact sur leur façon de concevoir la naissance et leur métier.

1.4. Vie familiale et personnelle

La majorité des SF interrogées ont vécu ou vivent en couple, et ont des enfants, sauf deux d'entre elles.

Parmi celles qui ont des enfants, (de un à six enfants), une d'entre elles a pu bénéficier d'un « accompagnement global » avec une amie SF à l'étranger. C'est lors de la naissance de ses deux

autres enfants en France, en structures hospitalières qu'elle a réalisé pleinement de quoi il s'agissait : « *j'ai bénéficié de ce que j'ai appris avec mon premier accouchement et donc je me suis bien débrouillée, j'ai bien accouché alors qu'on m'avait laissé dans une chambre toute seule* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans dAAD). Une d'entre elles, a cherché à accoucher à domicile à partir de son deuxième enfant, sur quatre. Ce projet a finalement pu aboutir pour son quatrième enfant, les trois premières naissances ont eu lieu en maternités, tout comme Mathilde, auprès de SF qu'elles connaissaient et dont elles savaient que leur choix seraient respectés.

Plusieurs d'entre elles n'ont pas cherché à accoucher à domicile pour leurs enfants, car cela ne correspondait pas à leur perception de la naissance à ce moment de leur vie : « *ça ne me serait vraiment pas venue à l'idée à l'époque* » (Sophie, 53 ans, 29 AE, <4 ans dAAD), « *j'ai appris que ça existait une dizaine d'année plus tard, c'était une idée qui m'était venue dans la tête à la première naissance : oh qu'est-ce que je serais mieux chez moi pour accoucher !* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD).

Ainsi, leur choix d'exercer lAAD est lié à leur propre expérience d'accouchement. Leur décision d'accoucher à domicile est venue soit pendant leur exercice soit avant, ce qui a dû les influencer pour leur pratique. Pour celles l'ayant vécue, cette expérience les a confortées dans leur choix de faire des AAD.

Pour certaines, le moment choisi pour commencer à pratiquer l'accompagnement global s'est fait en prenant en compte l'équilibre entre leur vie familiale et leur vie professionnelle. Trois SF ont voulu attendre que leurs enfants deviennent autonomes afin de se consacrer à lAAD, qui nécessite une disponibilité importante. Ainsi, leur vie personnelle est entièrement impliquée dans leur choix d'exercice, et les décisions qu'elles prennent font intervenir leurs proches.

Ainsi, nous avons pu constater que leur parcours à la fois personnel et professionnel, a influencé leur choix d'exercice, notamment par des rencontres avec des SF pratiquant lAAD. Nous allons maintenant nous intéresser à la façon dont ces SF conçoivent leur métier et leur pratique de lAAD.

2. Identité professionnelle : représentations des sages-femmes pratiquant l'AG sur leur exercice professionnel

2.1. *Être sage-femme*

Lorsque j'ai interrogé les professionnelles sur la façon dont elle percevait le métier de SF et ses principales missions, la majorité d'entre elles affirment que la SF doit permettre aux patientes d'accéder à une certaine confiance en elles, et à aller vers le plus d'autonomie possible. La femme enceinte doit, avant toute chose, se sentir pleinement capable de donner naissance à son enfant : « *L'importance numéro une, c'est de donner confiance en la capacité des femmes à accoucher par elles-mêmes et ne pas attendre après nous. Si tu n'arrives pas à leur amener cette confiance en elles, (...) l'accouchement se finira à l'hôpital. Je pense que ça c'est la principale chose. (...) Et il faut que le mari soit aussi conscient que la patiente de son importance* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD).

« *Un des nœuds du bon déroulement des choses ça va être la confiance, de se sentir bien, c'est très variable selon les femmes et ça nous demande à nous praticiens libéraux de nous mettre à disposition des gens, le domicile a ça de particulier* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD).

Ainsi, la SF présente n'est pas là pour diriger le moment de la naissance selon sa propre conception d'un bon accouchement ; elle doit se montrer avant tout disponible pour les couples : « *la disponibilité, c'est le maître mot* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD). La SF doit prendre le temps nécessaire afin de soutenir la femme enceinte et/ou le couple, les rassurer, les conseiller, les informer du déroulement de la grossesse, du travail, et de l'accouchement, « *d'accompagner la parentalité, chez la mère et chez le père et puis d'accompagner ce moment-là d'ouverture, qu'est la grossesse et la naissance sur des relations* », « *pour qu'elle se déploie dans sa grossesse, mais aussi dans son projet et ses envies* », de « *favoriser un lien que la patiente peut avoir avec elle-même, mais aussi les liens qu'elle souhaite entretenir avec son entourage et surtout avec son bébé* » (Christine, 36 ans, 11 AE, 3 ans dAAD). Il s'agit aussi de leur donner des indications ou des conseils pour le travail et l'accouchement, tant pour la patiente que pour l'accompagnant ; par exemple, leur suggérer de pratiquer des massages, prendre des bains, changer régulièrement de position ou au contraire les laisser gérer seuls tout en restant disponible et prêt à intervenir si nécessaire, notamment faire preuve d'une grande rigueur afin de les accompagner dans leur projet au mieux et les orienter, en cas de dépistage de pathologie, vers l'hôpital.

Par ailleurs, cette confiance s'applique également aux SF elles-mêmes. Mais elle n'est pas à toute épreuve, une SF s'est confiée sur ses doutes et ses peurs lors de chaque accouchement qu'elle a

pu faire à domicile : « *c'est très difficile quand on accompagne une naissance de ne pas douter, cette angoisse qui est présente en salle de travail, au moment de la naissance d'un bébé, j'ai pas vraiment réussi à m'en débarrasser je pense que c'est toujours resté trop un peu trop, probablement que j'ai transféré des dames à tort sans doute au début parce que j'avais cette peur en fait c'est ça qui était le plus difficile et d'une peur injustifiée, voilà j'ai transféré des couples à la maternité et puis dès qu'on arrivait pas ils ont accouché, c'est vexant !* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans d'AAD).

En effet, faire confiance à son propre « sens clinique », c'est-à-dire, de se fier à son expérience empirique personnelle, ses sensations, lors de l'examen clinique, semble être d'une grande importance afin de suivre ces couples au mieux. Pour autant, les SF interrogées insistent sur la nécessité d'instaurer un cadre médical, mais celui-ci se fait au « *cas par cas* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans d'AAD), puisque « *chaque cas est singulier* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans d'AAD), que ce soit l'enregistrement cardio-tocographique, les bruits du cœur ou l'examen clinique (toucher vaginal). En effet, rien n'est réalisé en systématique : « *on ne peut pas laisser croire qu'il y a une bonne manière d'accoucher et d'accompagner les gens, et des mauvaises manières, c'est pas vrai, il y a des gens qui ont des besoins à un moment donné de leur vie, et comment on tient compte de ces besoins dans ce délicat équilibre entre les données médicales, c'est-à-dire la santé de la mère et de l'enfant principalement, et les besoins, les attentes des gens, c'est-à-dire ce qui peut être raisonnable acceptable et absolument pas voilà, je veux dire, c'est un équilibre à trouver* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans d'AAD).

La SF devra « *mettre en œuvre tous les moyens possibles pour que ça se passe dans les meilleures conditions tant médicales qu'affectives (...) et que les gens aient pu avoir accès à une expérience qui soit aussi bonne que possible pour eux* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans d'AAD). Il s'agit d'être « *au plus près du respect de leur projet dans la mesure où c'est possible bien sûr médicalement, ça peut être le projet de grossesse, le projet de naissance, le projet de contraception* » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans d'AAD).

Par ailleurs, le matériel nécessaire pour un accouchement est à peu près le même pour chacune des SF, « *un bdc, un monito, des gants, clamp de Barr, des ciseaux, ça c'est ce que j'utilise le plus souvent* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans d'AAD), « *du côté de la maman, un pack d'accouchement évidemment, des gants, compresses, sonde urinaire, de quoi perfuser, j'ai du syntocinon, je dirais que c'est ça qui est important pour moi, de pouvoir sonder de pouvoir manœuvrer avec des gants stériles si jamais il y a une urgence avec le placenta donc du désinfectant et de quoi écouter le bébé, un sonicaid ou un monitoring pas en continue, un stéthoscope, un petit aspirateur de mucosité, et j'ai aussi, un petit ambu, sans oxygène pour juste faire une ventilation à l'air libre si le bébé est un petit peu sonné, voilà* » (Dominique, 51 ans, 29 AE, 9 ans d'AAD), « *j'ai une check liste que je vérifie* » (Christine, 36 ans, 11 AE, 3 ans d'AAD).

D'un point de vue quasi-philosophique, deux SF ont soutenu que leur rôle dépassait le cadre médical et le fait de suivre la grossesse et l'accouchement, pour devenir des sortes de « passeuses de vie » :

« D'une manière symbolique, les sages-femmes sont effectivement une sorte de gardiennes de cette humanité, avec une grande bienveillance pour la plupart, elles ne sont pas toutes parfaites, mais globalement elles sont là, elles sont là quand on a besoin d'elles, elles sont là tout le temps au près des gens parce que leur présence est importante pour les gens et ces gens dans ce temps-là, ils font pas n'importe quoi, ils accueillent un nouvel être humain » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans dAAD).

« On travaille au devenir de l'humanité en aidant les parents à mettre en monde, à prendre conscience de leur pouvoir, une femme qui accouche en ayant accompli ce qu'elle avait envie, elle a toutes les forces bien vous pouvez plus rien lui imposer » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD).

Ainsi, les SF interrogées nous ont montré que leur rôle est important non seulement auprès de la femme enceinte, mais également auprès de l'accompagnant et de l'enfant à naître. Elle apporte son aide au couple, en leur donnant la confiance dont ils ont besoin, et en gardant un œil médical attentif sur la situation.

2.2. Difficultés rencontrées dans leur pratique de l'AG

Malgré un discours de nos enquêtées très positif quant au sens qu'elles donnent à leur pratique, l'engagement que ce choix particulier d'exercice nécessite, implique également des limites, notamment dans la distance à trouver avec les couples mais aussi dans la reconnaissance de leur pratique au cœur de la société.

2.2.1. Sortir des frontières du cadre professionnel

2.2.1.1. La proximité affective avec les couples

En effet, un grand nombre de SF ont évoqué la relation qu'elles peuvent avoir avec la femme enceinte ou le couple et ce qu'elle est susceptible d'entraîner sur le plan relationnel. Tout d'abord, elles ont évoqué le danger de trop s'investir affectivement dans l'histoire et les désirs des couples : *« c'est difficile parce que tu rentres dans une intimité particulière », il ne faut pas être « trop dans l'empathie, ne pas se laisser embarquer par les couples dans leur projet »* (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD) : *« je pense qu'elles nous investissent trop, moi je fais vraiment attention à ça, d'abord je suis sage-femme »* (Julie, 46

ans, 23 AE, 9 ans d'AAD). Ainsi, les SF interrogées insistent sur leur identité professionnelle comme prioritaire dans la relation avec leurs patientes. C'est que celle-ci peut être parfois menacée, selon elle. « *Ce qui est difficile dans l'exercice c'est de ne pas se faire manipuler par le couple c'est-à-dire de garder son libre arbitre professionnel, c'est ça qui rentre dans la difficulté donc c'est ça le plus difficile en fait.* (...) *L'accompagnement global est important parce que justement tout au long de la grossesse vous allez sentir ça, vous allez sentir les couples qui sont dans un idéal intellectuel et là vous dites l'accouchement c'est jamais par la tête hein d'accord, donc il faut véritablement qu'elle accepte que ça se passe par le corps et qu'elle accepte que ce soit son corps qui mettent au monde ce bébé et c'est ce bébé qui en fin de compte va très bien se débrouiller si on lui fiche la paix quoi* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans d'AAD).

Ainsi, cet envahissement émotionnel doit pouvoir être contrôlé par la SF qui doit mettre son autonomie et son professionnalisme en avant. L'idée d'imposer un cadre professionnel, vient donc en partie de cette relation soignant/soigné particulière qui est susceptible de « déborder » à un moment donné, ce qui pourrait entraîner une perte de contrôle de la situation clinique en cas d'urgence, par exemple. Une SF nous a raconté qu'elle avait accepté de suivre un couple qui s'est montré par la suite très ferme et qui refusa tout examen, d'où la nécessité d'expliquer dès le départ les modalités de suivi, et le cadre médical, d'après elle. Par conséquent, l'objectif du libre choix des patientes et leur autonomie trouve quand même ses limites lorsque le cadre médical est perçu comme menacé par ces professionnelles.

Par ailleurs, les SF insistent, sur le danger, a contrario, d'un trop grand investissement affectif de la part des parturientes/couples à leur égard, ce qui les empêcheraient de conserver leur autonomie et leur clairvoyance. Là aussi, le cadre professionnel est également nécessaire, notamment lorsque la patiente se retrouve face à une situation où elle doit faire un choix (comme un déclenchement ou autre). Dans certains cas, lors d'un investissement affectif important, elle aurait tendance à se reposer sur le jugement, l'avis unique de la SF: « *moi j'essaye de faire en sorte qu'elles se ne reposent pas complètement sur nous et parce que ça va vite après de se sentir Dieu, il faut être honnête, elles nous idéalisent vachement en fait, parce qu'on leur a permis de vivre ce truc, elles en ont tant rêvé* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans d'AAD). Il semble donc important de les « *sevrer de cette relation* » qui peut être « *un peu trop enveloppante et elles finissent par projeter l'accouchement à travers [la présence de la sage-femme] et ce n'est pas bon* » (Dominique, 51 ans, 29 AE, 9 ans d'AAD).

Ces discours témoignent d'une tension qui traverse spécifiquement la pratique de lAAD, autour de la notion d'autonomie. En effet, l'équilibre permettant aux différents acteurs (SF, parturiante, couple) d'agir en toute liberté, selon leurs propres conceptions, semble parfois précaire. D'une part, c'est l'autonomie professionnelle des SF qui est mise en péril par la proximité affective qu'elles ressentent pour les couples, d'autre part c'est l'autonomie des couples qui est menacée

par la relation privilégiée qu'ils établissent avec les SF et qui devient parfois asymétrique, en lui accordant une confiance aveugle au détriment de leur propre savoir. C'est ainsi que Béatrice Jacques met en évidence plusieurs types de confiance : ici, nous parlerons de « confiance totale », qui s'appuie sur les compétences d'une seule personne amenant à une relation particulière entre la SF et ses patientes, le but étant d'aboutir à une « confiance partenariat » pour ces SF, qui sous-entend une participation réciproque de la SF et de la femme enceinte ou du couple, traduisant un engagement total de la SF dans la relation (7).

Un équilibre est donc à trouver entre la confiance que la SF donne au couple, la manière dont cette confiance est employée, et la position de la SF face à ce dernier.

2.2.1.2. La disponibilité pour les couples

Par ailleurs, toutes les SF se sont confiées sur l'astreinte permanente engendrée par l'AG, et ce que cela implique. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, elles considèrent que la disponibilité est une nécessité pour l'accompagnement global, mais cela n'en est pas moins difficile. En plus de l'exercice libéral, s'ajoute la pratique des AAD, ces accouchements pouvant survenir à n'importe quel moment du jour ou de la nuit, cela requiert en effet une astreinte 24h sur 24 de la sage-femme. Mais il en va aussi d'une disponibilité pour toute question, doute, inquiétude que les patientes peuvent avoir au cours de leur grossesse ; ainsi, elles possèdent le numéro de téléphone de la SF et la contacte en cas de besoin « *le plus dur c'est ça* » (Sophie, 53 ans, 29 AE, <4 ans dAAD), « *avec un téléphone qui sonne 24 24, avec des patientes qui envoient des messages tous les weekends, tous les soirs, pour, quelle que soit la question, c'est important qu'elles sachent qu'on est joignable, et c'est important pour qu'elles gardent confiance en elles évidemment pour l'accouchement* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD). Certaines tentent d'instaurer des limites à cette disponibilité, en insistant auprès des femmes sur le caractère urgent nécessaire en cas de sollicitation : « *moi je leur donne qu'à 7 mois de grossesse mon portable et je leur dis que je ne veux pas être appelée pour autre chose qu'une urgence : quand vous prenez votre portable, dites-vous est ce que ça vaut le coup que je la réveille ?, le problème c'est qu'on a une absence d'horaire totale, donc moi je dis aux gens mettez « accouchement » ne mettez pas mon nom, mais ça marche pas complètement !* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD). Ainsi, elles s'organisent de manières différentes avec leurs patientes, en se montrant disponible seulement en cas d'urgence pour certaines SF, ou bien pour toutes raisons pour d'autres.

Cette disponibilité impacte forcément la vie personnelle de ces SF, lorsqu'il s'agit de faire des projets de vacances par exemple : « *je pense que c'est pas par hasard que les choix professionnels se font, et je pense que personnellement le fait de travailler comme ça et de beaucoup travailler c'est probablement aussi un*

échappatoire à ma propre vie, mais en même temps c'est pas pour autant que des fois j'en n'ai pas marre. Il faut que tu prévoies les vacances très en avance, ça c'est dur ça c'est vraiment la chose qui me manque le plus, c'est le côté, partir comme ça, parce qu'on a envie » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans d'AAD).

Les SF interrogées évoquent également la gestion de cette activité vis-à-vis de leur vie familiale, notamment en termes de rythme de vie : « *la difficulté c'était que mon mari ne supportait pas cette chaîne* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans d'AAD).

Pour ces praticiennes il s'agit donc de trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle. Cela paraît difficile voire impossible pour certaines, et possible pour d'autres : « *je pense que l'équilibre n'est jamais très facile, mais tout ça, c'est une question de priorité, voilà qu'est-ce qu'on priorise ? Moi, ma famille c'est la priorité numéro une et mon métier c'est la priorité numéro deux. Voilà, facile. Donc c'est simple, je crois avoir trouvé un certain équilibre* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans d'AAD), « *c'est complètement mêlé à notre vie personnelle, mais c'est un bonheur aussi quand on le vit bien* » (Mathilde, 51 ans, 27 AE, 11 ans d'AAD). Afin de trouver cet équilibre il est donc nécessaire de se mettre d'accord avec ses proches, « *quand j'ai commencé, une collègue m'a dit : il faut que t'en parle avec lui [son mari] parce que il faut qu'il soit d'accord, puis il m'a dit oui bien sûr, (...) c'est important quand même le soutien, de savoir qu'il y a quelqu'un qui sait, qui te soutien, tu vois le soutien aux patientes, mais à la sage-femme aussi* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans d'AAD).

Cette pratique ne concernant que très peu de SF, elles se retrouvent donc très facilement débordées avec souvent des demandes d'AAD qu'elles sont souvent tenues de refuser, du fait de leur charge de travail. Le déroulement des entretiens a été révélateur de cette disponibilité dont elles font preuves dans leur exercice : la majorité d'entre elles, ont été interrompues par leur téléphone à plusieurs reprises durant les entretiens.

Parmi ces SF, une seule travaille en binôme avec une collègue et s'organise de façon à avoir des temps de repos et ainsi se soulager de cette disponibilité et cette astreinte. D'autres SF se sont exprimées à ce sujet et pensent que, sauf en cas d'urgence, si la patiente a choisi une SF pour l'accompagner, c'est celle-ci et uniquement celle-ci qui doit être présente pour son suivi et son accouchement. Cela correspond à leur vision de l'accompagnement global avec une seule SF comme interlocutrice : « *c'est pas mon choix parce que je me dis les femmes elles s'adressent à toi et à moins d'une urgence c'est toi qui sera à l'accouchement* » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans d'AAD), « *moi j'ai du mal quoi quand t'as choisi une sage-femme c'est quand même dure de te dire que ça sera pas elle quoi, (...) mais je sais qu'il y en a qui le font et les patientes se disent bah c'est comme ça, je le sais, mais moi j'ai du mal (...) elles ont fait un choix parce que c'était toi aussi quoi* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans d'AAD). Ainsi, ces SF très sollicitées, travaillent pour la plupart seules, mais il est possible pour elles, de faire appel à leurs

collègues en cas de nécessité, par exemple lorsqu'elles ont, exceptionnellement, deux patientes en travail au même moment.

Ainsi, l'astreinte dont doit faire preuve ces SF est inévitable et représente une des plus grandes difficultés rencontrées par ces dernières dans leur pratique, puisque cette disponibilité empiète sur leur vie personnelle.

2.2.2. Une difficile reconnaissance...

2.2.2.1. ...Au sein de la profession

Les relations professionnelles et/ou personnelles avec les collègues SF ou appartenant aux autres professions médicales semblent également poser certaines limites. Cela modifie les façons d'agir lors de la prise en charge d'un accouchement par les SF pratiquant l'AG. En effet, plusieurs SF ont remarqué qu'il pouvait arriver qu'elles décident d'un transfert du domicile vers l'hôpital un peu plus tard que ce qu'elles auraient fait spontanément si la situation était mieux vécue et acceptée dans les structures par le personnel médical : « *la difficulté ça va être qu'on va perdre du temps à réfléchir, à une autre solution que celle de l'hôpital, donc perdre du temps sur une conduite à tenir évidente (...).* Alors que si on travaillait main dans la main, on pourrait appeler ces hôpitaux, voilà je suis avec telle patiente je vous préviens juste, elle est en travail elle accouchera d'ici quelques heures (...). Que je puisse effectivement rediriger ces patients, dans les locaux hospitaliers, sans que ni les patients ni moi, n'ayons aucune crainte, sur la façon dont on va se faire recevoir » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD).

La majorité des SF affirment que l'accueil par les urgences, en maternité après un transfert du domicile vers l'hôpital est difficile à gérer tant pour la patiente, le couple que la SF elle-même : « *deux fois j'ai été accueillie hyper mal, c'est surtout la dame qui a été accueillie hyper mal, et ça c'est beaucoup plus embêtant* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans dAAD), « *le SAMU est odieux avec la sage-femme et la mère c'est pour ça que ça créé pour certaines une réticence à appeler en fait, parce qu'on sait qu'il y a un risque pour soi-même, pour son diplôme* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD). Ces relations tendues révèlent parfois une profonde remise en question de l'expertise de ces professionnelles et un sérieux scepticisme.

De plus, après un transfert, certaines SF de garde ne prendraient pas en compte le travail effectué par la SF en amont au domicile de la patiente, « *j'ai pas eu tellement d'échange avec eux à vrai dire* » (Dominique, 51 ans, 29 AE, 9 ans dAAD), mais il existe des situations évoquées, où, au contraire, les SF hospitalières respectent le travail effectué avant l'arrivée dans la structure de soin en fonction de la situation clinique. Comme nous avons pu le voir, ces situations traduisent une

méfiance de la population, en particulier les professionnels de santé vis-à-vis de la naissance à domicile et de ses partisans, considérant que la naissance doit avoir lieu dans un environnement médicalisé afin de réduire au maximum les risques liés à l'accouchement.

D'autres SF travaillent sur un plateau technique (PT). Dans ce cas, la situation est totalement différente. En effet, ces SF suivent leurs patientes à domicile, avec le projet d'AAD, mais si un transfert devient nécessaire, elles passent sur leur PT, c'est-à-dire dans la maternité avec laquelle elles ont un accord et où elles peuvent pratiquer les accouchements de leurs patientes, afin de terminer le travail et l'accouchement à l'hôpital. Ainsi, les patientes qu'elles suivent à domicile peuvent être transférées en cas de pathologie, dans ces situations, l'accueil n'a jamais engendré de problème comme ceux rencontrés dans une maternité sans PT.

Certaines SF évoquent les difficultés que peuvent rencontrer les patientes à l'occasion de consultations ponctuelles, en institution hospitalière : lorsqu'elles ont leurs consultations à l'hôpital, d'anesthésie, ou bien d'échographie : « *j'ai l'impression que toute la confiance qu'on a restaurée en elles, et bah il suffit d'une visite chez l'anesthésiste pour que ça y est, ce soit remis en cause* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans d'AAD).

Ainsi, la médicalisation de la naissance et l'hospitalisation étant la norme aujourd'hui, il est difficile pour ces SF de trouver leur place par rapport à l'hôpital, surtout lorsque la grossesse ou l'accouchement d'une patiente bascule vers une situation pathologique.

2.2.2.2. ...Sur le plan juridique et financier

Une notion importante, liée aux aspects légaux entourant l'accouchement à domicile, a été abordée spontanément par plusieurs SF : l'assurance couvrant les accouchements à domicile.

En effet, les SF interrogées sont toutes dans l'impossibilité de s'offrir cette assurance, très onéreuse ; elles travaillent donc sans et risquent la radiation ainsi que des sanctions pénales. Certaines ont l'assurance « accouchement inopiné » ou en « plateau technique », lorsque l'accouchement est prévu en structure par la SF qui a suivi la grossesse. « *Je préfère organiser ces naissances là aujourd'hui [en plateau technique] à cause du problème d'assurance, accoucher à la maternité et rentrer dès qu'elles peuvent, quelques heures après ça leur va bien aussi, donc dans ce cadre-là, c'est une alternative confortable pour nous* » (Dominique, 51 ans, 29 AE, 9 ans d'AAD).

Une loi rendant obligatoire l'assurance pour tous les actes réalisés par les professionnels a été promulguée le 4 mars 2002. Pour l'une de nos enquêtées, cela lui a sérieusement posé la question de poursuivre ou non les AAD : « *je me suis interrogée si j'allais poursuivre ou pas à ce moment-là et je me suis dit que j'allais faire du plateau technique, j'ai dit à mes patientes que j'étais en hésitation et deux de ces patientes qui allaient accoucher à partir de la date fatidique, qui m'ont dit qu'elles comprenaient très bien ma*

problématique mais que de toute manière, elles accoucheront à la maison avec ou sans moi, alors ça m'a beaucoup perturbé, (...) et du coup je me suis dit, dit donc il y a des femmes qui sont prêtes à ça ? Est-ce que ça ne vaudrait pas le coup qu'il y ait un professionnel avec eux plutôt que pas et (...) finalement j'ai continué, voilà, et j'en suis là » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans dAAD).

Les difficultés financières pour maintenir une activité rentable sont également évoquées par plusieurs SF interrogées. Non seulement le prix de l'assurance pour les accouchements à domicile est très élevé (autour de 20 000 euros l'année, et la responsabilité des SF est considérée comme équivalente à celle des gynécologues-obstétriciens (24)), mais les honoraires perçus pour un accouchement à domicile avec la surveillance en post partum revient à seulement 349,44 euros (25). Les praticiennes touchent donc des dépassements d'honoraires en plus des tarifs appliqués par la sécurité sociale. De plus, l'activité libérale dans certaines régions est difficile. En effet, au vu du nombre de plus en plus important de SF s'installant en libéral, avoir un nombre suffisant de patiente pour se rémunérer correctement peut s'avérer délicat.

2.2.2.3. ...D'un point de vue sociétal

D'un point de vue pratique, une SF a insisté sur des points qui n'avaient pas été abordés jusque-là mais qui, probablement, concerne un certain nombre de ces professionnelles. En effet, lorsqu'une SF arrive au domicile d'une de ses patientes pour un accouchement, elle se retrouve souvent dans une situation délicate pour garer son véhicule, ce qui aboutit à de nombreuses contraventions, qui pourront par la suite être remboursées avec l'accord du préfet correspondant au département, ou non.

De plus, le matériel nécessaire pour un accouchement, qui comprend notamment des aiguilles, des tubes pour prélèvements sanguins, des sondes d'aspirations (...), n'est disponible en boutique qu'en grande quantité pour les structures, et non à l'unité, « *dans ce pays on n'a pas imaginé la naissance à domicile, donc les lois ne sont pas faites pour acheter le matériel dont on a besoin* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD).

Cependant, malgré ces nombreuses difficultés rencontrées dans lAAD, comme l'astreinte permanente ou encore le souci d'assurance, elles ont tout de même abordé les nombreux versants positifs de leur pratique et qui les encourage à poursuivre.

2.3. L'AG : une pratique épanouissante pour les sages-femmes

Lors de nos entretiens, les SF nous ont fait part de leur satisfaction d'accompagner chaque femme enceinte et chaque couple pour une naissance à domicile. Elles se sont exprimées en soutenant le caractère gratifiant de l'accompagnement global.

2.3.1. Débordement logorrhéique des sages-femmes : la passion de leur métier

Durant nos entretiens, les SF interrogées ont employé beaucoup de termes positifs et de superlatifs pour qualifier leur pratique : « *passionnant* », « *fascinant* », « *extraordinaire* », ou encore « *magnifique* ». Ces entretiens étaient particulièrement longs malgré leur peu de disponibilité, elles ont accepté de répondre à nos questions sans restriction et semble-t-il avec plaisir. On y trouve de nombreux témoignages de leur expérience professionnelle, leur parcours, des situations difficiles ou au contraire, des rencontres marquantes avec des couples. Tous ces éléments sont révélateurs de la passion qui anime ces SF dans leur exercice professionnel.

2.3.2. La nature de la relation : proximité et ouverture à l'autre

Les SF interrogées sont unanimes quant à cette « *autre nature de relation* » (Mathilde, 51 ans, 27 AE, 11 ans dAAD) qu'elles sont amenées à vivre lorsqu'elles accompagnent des couples pour une naissance à domicile : « *tu peux vraiment leur parler de tout* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD), « *on est quand même sur une relation qui s'instaure sur un long temps et qu'on est quand même vraiment, nous, comme le plus intime et qu'on est chez elles, je pense qu'on a une relation qui est beaucoup plus personnelle, (...)* *on est leur seule interlocutrice, enfin normalement, pendant, avant et après* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans dAAD). En effet, c'est cette relation privilégiée qui se crée, qui facilitera l'accomplissement de leur projet.

2.3.3. Engagement et passion

Leur vision même du métier semble avoir changé depuis lAAD : « *je fais le seul métier qui accompagne l'humanité depuis toujours* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans dAAD), « *quand je me suis mise à faire du suivi global simplement, je me suis dit c'est exactement ce qu'il fallait faire de ta vie tu vois, j'ai eu l'impression de réapprendre ma profession* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD). De plus, elles se sentent plus autonomes et plus libre dans leur pratique ce qui est essentiel pour elles : « *ce qui est agréable, c'est*

qu'on a beaucoup de liberté, on nous donne une grande liberté aussi » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans dAAD), nous y reviendrons plus précisément plus tard.

Elles se montrent toutes très passionnées par leur métier, l'apport, le rôle qu'elles peuvent jouer dans la vie des femmes et des couples qu'elles rencontrent et qu'elles finissent par accompagner dans leur projet : « *c'est complètement passionnant et intéressant (...) c'est pas agréable c'est un autre niveau de vie quoi je pense que c'est impossible de vivre ça autrement que dans cette aventure-là* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans dAAD). « *Grâce à ce que vous donnez grâce à ce que vous apportez aux gens, vous rendez des choses possibles, des choses tellement étonnantes* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans dAAD).

2.3.4. Un rôle essentiel à un moment essentiel

De là, la SF aurait un rôle majeur dans l'accomplissement de ce projet de naissance et du devenir parents : « *le sous bassement de tout ça, c'est que je suis absolument persuadée que la manière dont on naît, dont un enfant est accueilli, la manière dont les parents l'accueillent, va construire tout le futur de cette famille et que si un enfant est accueilli comme ça, si les parents sont conscients, prennent conscience de leur force et bien je pense que la société peut bouger* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD).

Ainsi, comme elles ont pu nous l'expliquer durant les entretiens, ces SF ont un rôle dans l'AG et lAAD, qui dépasse le cadre médical et qui aurait un impact sur la vie de ces couples et enfants, de manière générale.

2.4. Entre proximité et effacement : le délicat équilibre des sages-femmes pratiquant lAAD

Comme l'a souligné une sage-femme, il peut être facile de se laisser emporter par les éloges des parents dont la SF a accepté d'accompagner lAAD. Mais cela n'empêche qu'elles semblent toutes mettre en avant une humilité dans leur pratique, s'interrogeant même sur leur rôle « *quand tout va bien médicalement* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD). Comme nous l'avons vu plus haut, leur vision du métier de SF repose sur la capacité des femmes à accoucher, la confiance nécessaire qu'elles doivent avoir en ces capacités et de ce fait, leur rôle qui devient secondaire : « *cette notion que j'ai bien ancrée en moi, que les femmes savent accoucher et que c'est pas les sages-femmes qui vont leur apprendre (...) et nous on est là pour les cas exceptionnels où il y a besoin de la médecine, mais ça reste exceptionnel ou ça reste des petits gestes* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD), « *les femmes qui se*

sentent bien en sécurité n'ont pas besoin de t'attendre pour accoucher (...) c'est aux femmes de choisir ce qui les sécurisent, elles » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans dAAD).

Leur effacement en tant que professionnelles se révèle également dans l'intégrité de leur engagement vis-à-vis des couples. Elles veulent leur faire prendre conscience que lAAD ne peut pas se faire avec certitude : « *en accueillant les gens pour un accouchement à la maison, je leur dis : je ne peux pas vous garantir un accouchement à la maison, je peux vous garantir que je vous accompagnerai, mais je ne vous vendrai pas l'accouchement à la maison, on ne le saura pas jusqu'à la fin* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD).

Ensuite, leur place est également sous le signe de la discrétion lorsqu'elles se trouvent au domicile des parturientes. La SF est présente chez la patiente telle une « invitée », les habitudes y sont différentes de chez elle ou de celles des structures hospitalières. Or, cette prise de conscience des professionnelles semble changer leur façon d'être et de réaliser différents gestes ou soins : c'est elles qui s'adaptent à un environnement inconnu et non l'inverse : « *sur les accouchements à la maison, la sage-femme elle est chez les gens, elle est invitée, quand les gens viennent dans une structure, ils viennent chez nous, donc du coup comme c'est chez nous, il y a un certain nombre de professionnels qui ont un comportement inconscient mais qui est comme chez eux, ils rentrent sans frapper, ils ne referment pas forcément la porte derrière eux, ils sont chez eux en fait* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans dAAD).

Enfin, les SF interrogées avancent l'humilité nécessaire pour que les parturientes et les couples soient les premiers acteurs de la grossesse et de l'accouchement. Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, leur conception du métier repose sur l'idée d'une mise à disposition des couples en cas de besoin, d'un accompagnement, mais non d'une substitution à leur propre besoins et savoirs. Ainsi, en contre point des reproches faits à propos des relations soignant-soigné dans les structures hospitalières, à savoir une relation asymétrique voire paternaliste (reproches qui prennent depuis quelques années la forme de fortes contestations, notamment concernant les « violences obstétricales ») ; ces professionnelles mettent en avant une relation où leur savoir médical ne fait pas autorité, loin de là.

L'accompagnement d'une femme enceinte, du couple, tout au long de la grossesse jusqu'à l'accouchement, doit se faire dans un respect mutuel, la SF se doit donc de ne pas imposer son avis : « *le praticien n'est pas le personnage le plus important, ça va les choses se passer bien, il faut arrêter de se prendre pour ce qu'on n'est pas, on est des humains avec d'autres humains pour faire en sorte qu'un devenir d'humain, c'est-à-dire mettre au monde un enfant, l'accueillir, se passe dans de bonnes conditions, voilà, le suivi*

global tel que je le pratique c'est vraiment la formule la plus aboutie de l'accompagnement, dans la mesure où vous vous rendez compte que vous ne savez pas, il faut descendre de son piédestal et revenir sur terre, vous ne savez pas ce que cette femme ce que cet homme ont à vivre, ce que ça représente pour eux et bien à minima vous les écoutez pour qu'ils vous disent au moins un petit peu, qu'est-ce qu'ils aimeraient, quelles sont leurs attentes, (...) et puis dans ce que vous écoutez à minima, vous essayez de répondre à leurs attentes si c'est possible et si médicalement ça ne pose pas de problèmes. Voilà la règle, c'est ça le métier de sage-femme, il est résumé, c'est bon c'est ça, c'est tout » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans dAAD).

Outre leur perception de leur propre exercice professionnel, nous allons voir que ces SF prennent position en défendant leur autonomie.

3. Sage-femme : une autonomie défendue

3.1. Liberté dans leur pratique

L'ensemble des SF interrogées ont spontanément évoqué la liberté que lAAD leur octroient, « *c'est plus respectueux de moi sage-femme* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD), « *une grande liberté très appréciable* » (Sophie, 53 ans, 29 AE, <4 ans dAAD). Elles défendent toutes l'indépendance et l'autonomie dans leur métier.

En effet, tout d'abord, elles ne sont pas dépendantes de protocoles élaborés par quelques-uns (essentiellement le chef de service et des médecins) et imposés à toute l'équipe, mais se fient en partie à leur propre sens clinique. Elles se sentent libres de suivre leurs patientes comme elles le pensent, « *c'est faire ce qu'on a envie, alors, on essaye de répondre un petit peu à ce que demande la science tout simplement, mais aussi l'hôpital* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD). Le fait de travailler seules et non en équipe comme en structures, leur donne une indépendance qu'elles apprécient : « *pour moi être chez les gens c'est pas pareil, j'aime bien être chez les gens et je pense aussi que j'aime bien travailler un peu seule moi, j'appelle très facilement mes collègues si j'ai une question ou quoi, mais c'est le fait d'être tranquille* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans dAAD).

Cependant, cette indépendance est bien plus large que le simple fait de pouvoir prendre des décisions médicales selon leur seul jugement, il s'agit également d'échapper à une certaine hiérarchie professionnelle, en particulier vis-à-vis des médecins, où se joue également des rapports de genre. Par exemple, cette SF évoque que l'indépendance vis-à-vis des médecins mérite d'être défendue, même dans l'exercice libéral : « *l'exercice libéral vous permet aussi de choisir vos collaborateurs, quand on a commencé l'accompagnement global, quelques fois il y a des accoucheurs avec lesquels je ne veux pas entendre parler de quoi que ce soit, mais quand on discutait, je disais écoutez-moi en tant que libérale, je choisis mes collaborateurs, c'est scandaleux une sage-femme parce qu'on est toujours la femme de quelqu'un, vous êtes la sage-femme du docteur P ? Non je suis madame D, sage-femme. Bon, mais ça, c'est aussi à nous de nous affirmer et pas dans l'agressivité* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD).

Cela n'empêche pas ces praticiennes de collaborer avec divers professionnel.le.s dans leur exercice. En effet, plusieurs d'entre elles, se retrouvent lors de réunions régulièrement, afin de discuter de leur pratique, demander différents avis sur différentes situations cliniques rencontrées,

se mettre d'accord sur certains points notamment la sélection des femmes enceintes pour un AAD, tout en laissant chaque SF, finalement libre de suivre ou non ces avis.

Elles se sentent plus autonomes et plus libre également dans les choix de domaines qu'elles pratiquent, ce qui ne serait pas possible en institution : « *ce qui est agréable, c'est qu'on a beaucoup de liberté, on nous donne une grande liberté aussi (...) mais il faut faire attention à ne pas en profiter non plus* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans d'AAD), « *ça fait redécouvrir une autre facette de l'accouchement, auquel on était plus trop habitué finalement* » (Sophie, 53 ans, 29 AE, <4 ans d'AAD). Cette liberté qu'elles retrouvent liée à la pratique de lAAD elle-même mais également aux patientes qui acceptent de leur faire confiance, leur donnent la sensation d'exercer leur métier comme elles l'entendent : « *ce qui est agréable c'est de pouvoir exercer pleinement ma profession de sage-femme, de ne pas avoir d'angle mort, d'avoir la possibilité de faire pleinement ce que je fais, c'est-à-dire, je suis sage-femme, je fais des consultations mais aussi des accouchements, je fais de la rééducation mais aussi de l'allaitement, je fais de la préparation à la naissance mais aussi des séances de massage et de portage, enfin, et puis le déploiement de la personne, c'est important pour moi* » (Christine, 36 ans, 11 AE, 3 ans d'AAD).

C'est ainsi qu'elles affirment que leur exercice leur octroie une liberté dans leur pratique et une indépendance qu'elles ne retrouvent pas en structures hospitalières.

3.2. Place des sages-femmes

3.2.1. Face aux couples

La place de la SF vis-à-vis du couple peut paraître difficile à trouver. Celle-ci arrive au domicile, le plus souvent lorsque la patiente « *a besoin d'elle* » (Mathilde, 51 ans, 27 AE, 11 ans d'AAD). Elle est censée apporter un point de vue médical, mais également soutenir la parturiente tout en la laissant le plus autonome possible avec son accompagnant.

Il semble nécessaire, d'après elles, de laisser suffisamment d'espace aux couples, dans leur gestion du travail, de la douleur, tout en restant disponible, et prêt à intervenir pour eux, à chacune des étapes. Comme nous l'avons dit, il s'agit d'une mise à disposition et non d'une substitution. Pour cela, il leur faut évaluer le degré d'autonomie de la parturiente et du couple : « *savoir à quel point la patiente est autonome, si elle a besoin de son compagnon ou au contraire, si elle n'a besoin de personne ni de son compagnon, ni de la sage-femme, ni de personne. Essayer déjà de les renvoyer à beaucoup d'indépendance. (...) Moi je me positionnerai derrière, pour voir là où je peux l'aider, par rapport à une expérience mais je pense que là où on*

peut être le plus efficace, c'est être un écran tranquille qui les rassure mais qui ne soit pas dirigiste, après on a des moments où on adapte, il y a des moments où on a besoin de relancer de redonner un coup de ponce » (Dominique, 51 ans, 29 AE, 9 ans d'AAD).

Ceci-dit, comme nous l'avons vu précédemment, ce qui est vécu comme une difficulté par les SF, est la relation qui peut se montrer « *un peu trop enveloppante* » (Dominique, 51 ans, 29 AE, 9 ans d'AAD), nécessitant l'instauration d'un cadre : « *il faut aussi les accompagner sur leur compétence, et leur dire que si c'est quelqu'un d'autre c'est pas grave, c'est même pas grave du tout d'ailleurs, parce qu'une nouvelle fois, c'est leur histoire c'est pas la nôtre* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans d'AAD). La bonne place à trouver auprès des couples est donc une question de juste équilibre.

La place du conjoint ou de la personne qui accompagne la femme est également au cœur des préoccupations des SF que nous avons interrogées. D'après elles, Dans certains couples, le père peut se montrer très réservé ou timide et dans ces situations, il est important de laisser le plus d'espace possible au couple, afin de mettre le père à l'aise dans son rôle d'accompagnant, « *plus t'es présent plus t'as l'impression d'être indispensable, alors qu'en fait on est pas du tout indispensable, (...) quand je vois un père vachement timide dès que tu rentres dans la pièce il s'écarte je me dis olala il ne faut pas que je reste alors, parce que je vais l'empêcher d'être là, et du coup si je suis là il se dit : bon elle a pas besoin de moi, et en même temps je trouve qu'accoucher ensemble à la maison ça forge quelque chose, la relation est différente* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans d'AAD). Ainsi, certaines SF pensent qu'il leur est arrivé d'être sans doute « trop présentes » pour les patientes à domicile, « *je pense qu'il y a des gens que ça a gêné que je sois trop là en fait, une ou deux fois j'étais trop là, j'aurai dû repartir* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans d'AAD). Mais il est nécessaire, en cas de pathologie, que la SF puisse avoir sa place et prendre les décisions qui s'imposent.

Par ailleurs, certaines SF insistent sur le fait que le père ou l'accompagnant doit comprendre et être d'accord avec le choix de la femme enceinte, d'accoucher à domicile, si « *il comprend ce désir d'accouchement à la maison, il l'accepte complètement, il n'y a pas de soucis, maintenant, s'il se plie à la volonté de sa femme, bon ok pour l'accouchement à la maison, et qu'il garde en lui ce stress (...) et s'il se passe réellement quelque chose, ça va mal se passer pour le couple. Il va se renvoyer la balle, il peut toujours se passer quelque chose. Par exemple, si la mère finit par accoucher à l'hôpital et que l'enfant va bien, on qu'il soit un peu fatigué, elle aura accouché à l'hôpital elle se dira peut-être dans sa tête que de toute façon son mari pensait qu'elle n'était pas capable de le faire. Donc c'est pas gratifiant pour elle, au lieu de se dire, bon bah on a fait ce qu'on pouvait pour accompagner cet enfant à la maison, il y a des choses qui nous dépassent donc on est allé à l'hôpital* » (Nathalie, 39

ans, 12 AE, 7 ans d'AAD). Ainsi, certaines d'entre elles vont aller jusqu'à refuser d'accompagner un couple, si l'accompagnant n'est pas d'accord, ou émet une certaine réserve sur ce projet.

En conclusion, il semble important que la SF puisse faire le point sur les projets des parents, de la mère et du père, afin de se mettre d'accord sur l'accompagnement de cette naissance.

3.2.2. Face aux autres professionnels et aux structures

Nous avons pu traiter plus haut des difficultés que peuvent rencontrer les SF pratiquant des AAD, notamment concernant les relations qu'elles peuvent avoir avec les structures ou les professionnels qui ne vont pas souvent en leur faveur.

Les patientes transférées du domicile à l'hôpital, ne sont pas bien accueillies dans certaines maternités, ainsi que la SF qui l'accompagne. Il semblerait qu'il existe une hiérarchie entre les SF, reconnue ouvertement ou non, qui rende les SF pratiquant lAAD moins légitimes dans leur pratique, ce dont témoigne les tensions entre les professionnels hospitaliers et les libéraux.

Une SF exprime clairement cette notion de hiérarchie, plaçant les SF pratiquant lAAD, en dernière position, et qui va jusqu'à mettre en doute les compétences professionnelles de ces dernières. Elle a évoqué des difficultés relationnelles entre SF travaillant dans différents niveaux, ou en libéral, : « *il y a, il faut pas se mentir, cette sorte de classement de sages-femmes avec les bonnes sages-femmes et les mauvaises sages-femmes, les bonnes sages-femmes travaillant en niveau 3 et les mauvaises sages-femmes étant des libérales, (...) ça perturbe énormément, parce que si une sage-femme libérale fait des accouchements à la maison, déjà que c'est une mauvaise sage-femme, en plus, elle fait quelque chose qui n'est pas habituel, voire illégal pour certaines collègues, (...) si nous les appelons, nous nous déplaçons avec des couples pour dire voilà j'ai un couple, à telle dilatation, telles difficultés, le couple va être mal accueilli par le corps hospitalier, mais moi-même en tant que sage-femme je sais que je vais être très mal accueillie. Et c'est une difficulté, parce qu'on a envie de protéger ces couples avec qui on est en empathie* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans d'AAD).

Par ailleurs, une d'entre elles, a insisté sur le fait de s'imposer en tant que SF face aux autres professionnels, malgré les rapports hiérarchiques qui peuvent se présenter comme des freins à une bonne prise en charge de l'accouchement Cela vaut tant pour l'exercice libéral, l'AG ou l'exercice en structures, « *des fois ça vaut le coup de casser la hiérarchie habituelle, (...) à partir du moment où tu sens qu'il y a un truc qui va pas il faut déplacer la terre quoi* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans d'AAD). La responsabilité qui incombe aux SF les incite à prendre des décisions importantes dans des

situations d'urgences, à domicile, en cas de transfert vers l'hôpital ou autre, et les rendre autonomes.

Ainsi, il est important que la SF puisse se positionner face aux couples pour les accompagner au mieux, mais également face aux autres professionnels, malgré les difficultés rencontrées afin d'assurer une prise en charge des plus adaptées.

3.3. Médicalisation de la naissance et de l'accouchement

A propos de la médicalisation, beaucoup d'expressions ont été employées : « *pas médicalisé* », « *pas trop médicalisé* », « *pas surmédicalisé* », « *contre l'hyper médicalisation* ». L'idée générale, est la même : l'ensemble de ces SF ne sont pas ouvertement contre toute médicalisation de la grossesse, du travail et de l'accouchement, mais, estiment qu'il faut que cela soit accepté par les couples et nécessaire pour la santé de la mère ou l'enfant. Voici un extrait qui illustre cela : « *une naissance naturelle moi ça me convenait très bien à l'hôpital, la naissance médicalisée aussi, mais c'est quand la médicalisation n'est pas souhaitée par la patiente ou n'est vraiment pas souhaitable du tout que ça m'embêtait* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD). Il semblerait que ce n'est pas la technicisation qui est source de sécurité pour la parturiente, mais plutôt le fait d'avoir le choix : « *la dame choisit ce qui lui convient c'est-à-dire qu'il y a des dames à qui ça convient que ce soit vachement médicalisé, donc ça c'est très bien qu'elle puisse avoir accès à ça, il y a des dames qui choisissent d'être moyennement médicalisées, et puis il y a des gens qui souhaitent ne pas être médicalisé c'est la maison de naissance, et puis il y a des gens qui souhaitent accoucher à domicile c'est la bonne solution pour eux, donc je trouve que c'est ça qui est intéressant c'est que la dame va se sentir le plus en sécurité quand son choix est le plus respecté* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans dAAD).

La médicalisation aurait effectivement, un intérêt en cas de pathologie, mais en cas dAAD, elle n'aurait pas lieu d'être, sauf quelques interventions de la part des SF afin de s'assurer du déroulement normal du travail et de l'accouchement. En effet, rappelons que dans le cadre de lAAD, il s'agit de grossesses à bas risque, les femmes présentant des grossesse associées à un risque étant renvoyées vers l'hôpital, dès le début ou en cours de grossesse : « *là on parle de grossesses à bas risque bien sûr* » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans dAAD), on nous rappelle également que « *quand même 80 % des accouchements sont normaux sur des grossesses normales avec des femmes qui vont bien et que si on leur fiche la paix tout va bien ça ne veut pas dire qu'il faut pas surveiller, ça ne veut pas dire qu'il faut pas être vigilent, ça ne veut pas dire non plus que c'est facile* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD).

La médicalisation de la naissance est souvent associée à la péridurale dans les discours, comme si cette technique en était le principal vecteur et l'objet premier des critiques : « *je dois dire encore aujourd'hui la technique c'est quelque chose qui me paraît néfaste, parfois utile mais le plus souvent néfaste, les femmes on leur propose la péridurale donc automatiquement on technique* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans dAAD).

Par ailleurs, une SF nous rappelle que, quel que soit le lieu d'accouchement, la fonction première de la SF est de distinguer la grossesse physiologique de la grossesse pathologique et donc d'adapter sa prise en charge, en terme de médicalisation : « *si on est dans une grossesse à terme avec un bébé qui va bien et une maman qui va bien on peut avoir ce regard-là de préserver la physiologie et être très vigilant sur le moindre dépistage de la pathologie, c'est tout à fait la définition de la fonction de sage-femme, c'est ce qu'on nous dit pendant nos études, (...) donc que ce soit en maison de naissance à la maison dans les niveaux un, deux, trois, moi je me considère comme un niveau 5 voilà !* » (Mathilde, 51 ans, 27 AE, 11 ans dAAD).

De plus, une SF distingue les deux termes « médicalisation » et « technicisation » ; elle considère la médicalisation comme un acte de soin en soi, donc nécessaire à la prise en charge d'une patiente, contrairement à la « technicisation » : « *on est des soignants pas comme les autres. On n'est pas là pour soigner les gens vraiment en fait, on est là d'abord pour en prendre soin. (...) C'est pas parce que c'est pas technique, que c'est pas médical, souvent les gens parlent de démédicalisation, même les professionnels parlent de démédicalisation, mais moi je ne renie pas la médicalisation, la médecine c'est de prendre soin des gens, donc il y a aucun problème avec ça, c'est plutôt l'utilisation de techniques à bon escient* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans dAAD).

Ainsi, ces SF nous ont fait part de nombreux témoignages, de leurs expériences personnelles ou professionnelles, au sujet de la prise en charge médicalisée du travail et de l'accouchement en structures. Pour elles, lAAD prend tout son sens en tant que mise en question des prises en charge proposées en institution, dites « médicalisées » et vient donc proposer un suivi très différent.

Par ailleurs, nos enquêtées nous ont relayé le discours de certaines de leurs patientes à propos des prises en charge en structures, ce qui participe de leur changement de regard sur la naissance et le rôle des SF : « *en libéral on apprend quand même beaucoup de choses sur le ressenti des gens on a tout le retour des gens qu'on n'a pas à l'hôpital, je me suis pris tout un peu de plein fouet je me suis dit, là on est vraiment pas bon quoi on est pas assez à l'écoute, on est un peu maltraitant malgré nous, dans ce qu'on peut dire ou dans ce*

qu'on peut faire, les gels, les forceps c'est un peu chaud, ouais les expressions (utérines) tout ça, on est un peu maltraitant avec les bébés, les gastriques, les collyres, c'est pas bon quoi c'est pas terrible quoi, les épisiotomies c'est carrément un scandale, voilà les trucs systématiques c'est bof quoi » (Sophie, 53 ans, 29 AE, <4 ans dAAD), une autre SF ajoute : « *j'ai des récits horribles en ce moment, j'ai des récits absolument intenses, (...) c'est affreux, (...) j'ai l'impression qu'on torture énormément plus les femmes que la torture naturelle ne l'était à l'origine* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans dAAD).

Ainsi, le suivi à domicile est différent sur le plan médical mais également d'un point de vue des relations soignant/soigné. La SF est entièrement disponible pour la parturiente, et la « *rassure sans trop médicaliser* » (Sophie, 53 ans, 29 AE, <4 ans dAAD). En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, les SF ne font « *que très peu de choses* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans dAAD) dans la surveillance du travail. Elles seront amenées à écouter ponctuellement les bruits du cœur du fœtus en utilisant un sonicaid au cours de quelques contractions (quelques-unes utilisent l'enregistrement cardio-tocographique), elles ne pratiquent quasiment jamais de touchers vaginaux, et elles vont principalement utiliser leur sens clinique. Elles apportent avec elles du matériel qu'elles utilisent systématiquement comme des gants ou des clamps mais aussi du matériel d'urgence qu'elles n'utilisent que rarement. Ainsi, leur façon d'exercer ne nécessite que très peu d'intervention. Pendant le travail, le suivi est différent de celui réalisé habituellement en structures, il consiste beaucoup en l'observation de la parturiente, afin d'avoir une idée de l'avancée du travail. « *Il faut faire du cas par cas* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD), « *chaque cas est singulier* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans dAAD) et « *il n'y a rien de systématique* » (Mathilde, 51 ans, 27 AE, 11 ans dAAD). Les SF ne font que soutenir, proposer aux parturientes de prendre un bain, de se mobiliser, de faire du ballon, de faire intervenir l'accompagnant pour les massages, de proposer de l'homéopathie, ou autre, selon leurs compétences.

En conclusion, les SF pratiquant lAAD suivront le travail et l'accouchement sans trop intervenir tout en s'assurant du déroulement normal de ces derniers. En effet, si la SF dépiste une pathologie qui nécessite une prise en charge plus médicalisée, un transfert vers une structure aura lieu : « *on ne pousse pas l'accouchement à la maison, il se fait ou il ne se fait pas* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD). En somme, elles tentent de suivre le déroulement spontané des choses et adaptent leurs conduites en fonction.

3.4. Une physiologie différente ?

Dans le prolongement du point de vue des SF interrogées sur la médicalisation, celles-ci ont mis en avant un aspect central dans leur pratique : le respect de la physiologie lors de la grossesse et l'accouchement. En effet, à plusieurs reprises, cette notion de physiologie a été abordée, non seulement pour l'opposer au déroulement médicalisé de la naissance : il s'agit alors du déroulement naturel de l'accouchement lorsqu'il n'y a aucune intervention ; mais elles vont encore plus loin et sont convaincues que ce processus n'a jamais vraiment lieu en structures hospitalières, même lorsqu'il n'y a pas d'intervention technique. Pour elle, cette autre « physiologie » ne peut se rencontrer que dans des contextes différents de ceux des structures habituelles, à domicile en particulier.

Ainsi, certaines d'entre elles affirment que la connaissance de la physiologie n'est pas acquise au cours des études durant lesquelles les étudiants sont conditionnés à la pratique hospitalière : « *en sortant des études, on ne sait pas comment se passe un accouchement physiologique, je l'ai appris grâce aux patientes, à quelques formations et à quelques lectures* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD), en me prenant directement à partie, celle-ci me dit : « *je ne pense pas que tu aies vu déjà un accouchement naturel dans toutes tes études, voilà, moi j'en avais jamais vu non plus avant, donc on ne peut pas comprendre comment c'est* » (Julie, 46 ans, 23 AE, 9 ans dAAD). Certaines avaient également l'impression de réapprendre leur métier : « *tout est à reconstruire, ce qu'on a dit c'est pas vrai et là, on n'est pas en train de techniquer un corps, on est en train d'accompagner une femme dans une naissance* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD).

Par ailleurs, l'AG et lAAD proposent un accompagnement qui s'élargit aux aspects psychiques de la grossesse et de l'accouchement. En effet, accoucher à domicile permettrait de faire émerger des problématiques psychiques chez les parturientes, et de les résoudre : « *tu connais une femme tu la suis toute la grossesse, elle ne te parle pas spontanément d'une problématique ou elle ne fait pas de lien (...) et tout d'un coup se pose une problématique (...) où évidemment il peut y avoir des court-circuit par des histoires psychiques (...) il faut qu'une femme se sente extrêmement en sécurité pour pouvoir entrer en travail, on peut pas entrer en travail si on sent du danger, alors le danger il peut venir de l'environnement, il peut venir aussi de sa propre histoire* » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans dAAD). Ainsi, lAAD apparaît comme un moyen, par exemple, de réparer un accouchement traumatique.

En conclusion, comme nous avons pu le voir précédemment, l'approche que les SF pratiquant l'AG ont de la naissance, de l'arrivée d'un enfant et de l'accouchement, avec une gestion de la douleur et des efforts expulsifs dans un lieu familier pour les patientes, rend la prise en charge

plus personnalisée et forcément très différente du suivi en structures mais également différente pour chaque accompagnement.

3.5. Le risque médico-légal

La notion de risque a spontanément été évoquée par les SF. En effet, elles rappellent que le déroulé d'un accouchement, même lorsque les conditions sont réunies pour qu'il soit physiologique, n'est jamais connu à l'avance, ni dénué de risque. Il nécessite une surveillance pour un éventuel dépistage d'une situation anormale.

La SF est légalement responsable de l'accouchement, de la naissance d'un enfant, et se doit d'être attentive aux signes cliniques évoquant une situation pathologique. Ainsi, celle-ci vérifie régulièrement que le travail peut se poursuivre à la maison et ne nécessite pas d'avoir recours aux techniques présentes uniquement à l'hôpital : « *ce petit regard grâce aux instruments, comme les bruits du cœur ou le monitoring, grâce à mes yeux à mes oreilles, à mes mains, de savoir que ça se passe bien et qu'on peut rester à la maison* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD).

Il s'agit également de donner des informations aux couples sur les risques, et s'y préparer : « *il faut savoir comment réagir à la maison, si on veut faire une réa bébé, si on veut faire des manœuvres pour dystocies des épaules, si on doit faire des manœuvres sur un siège qui se serait retourné à la dernière minute, et se retrouver avec un pied debors, sur une hémorragie de la délivrance etc.* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD).

D'autre part, comme nous avons pu le voir plus haut, une SF nous a confié ses doutes et sa peur face à chaque AAD, ses prises en charge et ses décisions prudentes, qui lui ont fait réaliser avec le recul qu'elle a sans doute transféré certaines patientes à tort.

Plusieurs d'entre elles ont déjà fait face à des situations d'urgence. Le cas le plus fréquent est l'hémorragie du post partum immédiat. Certaines m'ont expliqué qu'elles ont réussi à la maîtriser avec le matériel qu'elles avaient apporté, tandis que d'autres ont décidé de transférer la femme à l'hôpital pour une meilleure prise en charge.

Cependant, plusieurs entretiens nous laissent penser que ces SF ont confiance aux femmes enceintes et en leur capacité d'accoucher, mais également en la physiologie de l'accouchement lorsqu'aucune pathologie n'a été dépistée au préalable, si bien que le « risque », notamment l'hémorragie, ne semble pas être un frein pour leur pratique. Ainsi, plusieurs SF ont affirmé que « *la meilleure sécurité, c'est quand une dame choisit ce qui lui convient* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans dAAD), « *quand vous avez bien surveillé la grossesse, que la grossesse s'avère complètement normale, que ce soit à un endroit ou un autre, les choses se passeront sûrement bien* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD).

Rappelons ici que, les SF pratiquant lAAD doivent souscrire à une assurance, mais que le prix étant trop élevé, cela rend impossible leur couverture et les empêche de pratiquer en toute légalité. Pour certaines, l'alternative de l'accouchement en PT est une réponse satisfaisante à cette situation.

Par ailleurs, une d'entre elles, affirme qu'en terme de responsabilité, il n'y a pas de différence entre l'hôpital et le libéral ; la SF a les mêmes responsabilités tant médicales que juridiques : « *en réalité à l'hôpital, et la clinique d'ailleurs, on a l'impression d'être sécurisé parce qu'on est des collègues, qu'on est sécurisé parce qu'on a les obstétriciens sous la main, mais en fait la sécurité elle est complètement illusoire, la réalité c'est que notre fonction de sage-femme, notre métier de sage-femme, nous amène à avoir des responsabilités et à l'hôpital ou à la clinique on nous fait croire qu'on peut s'en déresponsabiliser ou on peut déléguer un certain nombre de chose, mais on est jamais déresponsabilisé, c'est pas vrai, donc c'est hyper cohérent pour moi d'exercer comme je le fais parce que de toute façon, j'endosse toute la responsabilité de manière claire. Ce que je faisais déjà à l'hôpital de manière floue. Ça c'est très satisfaisant, très cohérent, ça crée de la cohérence* » (Christine, 36 ans, 11 AE, 3 ans dAAD).

En conclusion, ces SF, par la façon dont elles exercent leur métier, sont à la fois « à la marge », puisqu'elles travaillent le plus souvent dans l'illégalité et dans une approche très différente, et peu reconnue, de celle proposée en institution hospitalière mais elles sont aussi ce qui est lié, plus autonomes et plus indépendantes dans leur pratique. Cependant, d'après elles, leur fonction ne s'arrête pas là. En effet, elles considèrent qu'elles doivent également défendre les droits de leurs patientes, en leur accordant une place centrale dans l'AG et lAAD.

4. Concernant les patientes/les couples

4.1. Autonomie et liberté de choix

Toutes les SF interrogées sont unanimes quant à la liberté de choix qui devrait être pour les patientes sur le lieu d'accouchement : « *ce que je trouve important c'est qu'on ait le choix d'où on veut accoucher, que les gens puisse accoucher là où ça leur convient* » (Michelle, 72 ans, 34 AE, 17 ans d'AAD), « *ça serait bien d'avoir l'option quoi* » (Sophie, 53 ans, 29 AE, <4 ans d'AAD), « *la liberté de choix des patientes, pour moi c'est primordial* » (Mathilde, 51 ans, 27 AE, 11 ans d'AAD), « *c'est pas l'accouchement à la maison qui sera important mais surtout accoucher complètement librement* » (Dominique, 51 ans, 29 AE, 9 ans d'AAD), « *toutes les solutions sont bonnes à prendre du moment où c'est le choix d'une femme* » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans d'AAD).

En effet, plusieurs SF insistent sur le fait qu'il ne s'agit pas que d'une question de lieu, cette liberté fait partie d'une conception plus globale de la naissance : « *le lieu c'est la forme, le fond c'est quel espace de liberté se créé ou est créé autour de ce couple autour de cette femme, pour qu'il puisse être dans de bonnes conditions au niveau médical et au niveau humain* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 d'AAD), « *ce n'est pas absolument une question de lieu, (...) mais c'est agréable de pouvoir accompagner à la maison le couple mais qui est vraiment mature pour ce projet là, mais pas un couple qui le fait par rejet d'autres choses, et ça c'est le grand luxe quand on peut avoir ça* » (Dominique, 51 ans, 29 AE, 9 ans d'AAD).

Ainsi, nos entretiens nous ont permis de mettre en évidence le fait que les SF interrogées défendent avant tout le choix de leurs patientes, et prennent la décision de les accompagner dans leur projet et de respecter leur choix d'un accouchement à domicile : « *je milite pour le choix des patientes des parents, je veux que les gens aient la liberté c'est la seule chose qui m'intéresse, la liberté. Et la liberté ça veut dire que les gens ont une liberté de choix, donc en fait, peu importe qu'il y ait 50 accouchements à domicile par an ou 500 ou 5000, c'est pas ça la question, la question c'est, est-ce qu'on peut, ou est-ce qu'on ne peut pas (...) et pour moi avoir un bébé c'est la vie intime d'abord, et on n'a pas le droit de forcer les gens dans leur vie intime, il y a une nécessité à faire intervenir des professionnels on est bien d'accord, mais il y a une nécessité pour les professionnels à faire respecter la vie intime des gens* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 7 ans d'AAD).

Donc, il s'agira de trouver un équilibre entre le souhait du couple et la nécessité d'une surveillance médicale, en essayant de respecter au mieux leur projet de naissance.

En outre, les SF s'engagent tout au long du suivi de la grossesse à faire croître la confiance en elles des femmes enceintes, en particulier concernant leur capacité à accoucher. Leur objectif est de leur donner des clés afin de se responsabiliser et de devenir le plus autonomes. En effet,

pendant le travail, elles vont être libres de déambuler, de prendre les positions qu'elles souhaitent, « *c'est elles qui mènent la danse* » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans dAAD), les SF sont là « au service » de leurs patientes.

Par ailleurs, pour ces SF, le fait d'accoucher à domicile serait presqu'une étape d'accomplissement en tant que femme : la femme enceinte est perçue par l'ensemble des SF interrogées avant tout, comme une femme dans sa globalité, et leur rôle sera de l'aider à se déployer en tant que femme : « *être effectivement présent sur des accouchements qui se passent bien avec cette découverte à chaque fois de la capacité des femmes à se dépasser elles-mêmes, et cette réjouissance (...) j'en ai beaucoup qui me disent, qu'effectivement ça leur a donné énormément confiance en elle, pour la suite, leur vie en général* » (Nathalie, 39 ans, 12 AE, 7 ans dAAD).

Ainsi, la liberté qui est donnée aux femmes et aux couples pour un AAD, est au cœur de la pratique des SF interrogées. Mais leur rôle n'en est pas moins central : elles se sentent totalement concernées et impliquées : « *emmener une femme vers ces capacités, de lui dire qu'elle est capable de traverser ça, qu'elle le constate par elle-même et qu'elle y arrive, ça c'est pour moi, sage-femme, c'est un grand bonheur de pouvoir les guider, (...) et leur grande satisfaction d'avoir mené leur projet à bien, c'est pour moi un grand bonheur aussi* » (Elodie, 49 ans, 23 AE, 10 ans dAAD).

Ainsi, durant la grossesse et l'accouchement, la SF accompagnera la femme enceinte et le couple de façon à ce qu'ils soient le plus autonome possible mais elle jouera un rôle central dans l'accompagnement et l'accomplissement de ce projet.

4.2. Une confiance réciproque

Lorsqu'une patiente s'engage avec son compagnon dans un AAD, elle prend la décision de faire confiance à sa sage-femme, pour son suivi de grossesse, du travail et de l'accouchement ; cette dernière l'a, au préalable, durant la grossesse, déjà renseignée sur les risques, la prise en charge, son rôle et le sien ainsi que celui de son accompagnant durant le travail et l'accouchement. Tout au long de la grossesse la SF aidera la femme enceinte à se faire confiance et tentera de la rendre le plus autonome et libre possible, tout en lui donnant les informations nécessaires, pour une décision libre et éclairée.

De plus, les SF montrent également qu'elles ont confiance en leurs patientes, en leur capacité à accoucher, « *c'est important qu'on refasse confiance dans le ressenti des patientes* » (Mathilde, 51 ans, 27 AE, 11 ans dAAD). Pour elles, leur rôle sera en grande partie de leur donner confiance en elles, afin qu'elles puissent être convaincues qu'elles peuvent accoucher avec assurance, « *elles en sont capables, mais elles ne le savent pas (...) donc il faut qu'elles soient décidées à y aller, qu'elles aient envie de le faire, qu'elles n'aient pas peur et qu'elles sachent que leur corps est fait pour ça* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD). Par ailleurs, une de nos enquêtées nous a raconté l'accouchement d'une patiente, multipare ; son récit montre que les SF attendent que leurs patientes développent leur propre savoir vis-à-vis de leur corps : « *je vais la voir, et puis je la vois, elle manageait bien et tout et puis au bout d'un moment elle me dit « bon j'aimerais bien que tu me fasses un toucher, je dois être vers 6cm » je fais un toucher et puis 6-7 cm parfait, je lui dis oui oui vous avez raison c'est bien, et puis on papote, moi j'ai souvent mon tricot mes trucs mon bouquin et tout hein je suis là, et au bout d'un moment elle me dit « bon je crois que tu peux mettre tes gants » et effectivement ! Mais elle sentait, elles sentent très bien, elles sont marrantes hein* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD). Ainsi, cette confiance de la patiente en elle-même, doit être travaillée tout au long de la grossesse, avec l'aide de sa sage-femme. De plus, cette dernière doit apprendre, au minimum à écouter sa patiente, lui faire confiance, tout en gardant un cadre, un regard médical objectif sur la situation afin d'adopter la prise en charge la plus adaptée.

Pour conclure, tout au long de la grossesse une confiance s'installe entre la SF et la femme enceinte ou le couple, ce qui semble nécessaire pour elles afin de les accompagner dans leur projet. Ce cadre idyllique de confiance n'efface tout de même pas le côté médical du suivi de la grossesse et de l'accouchement. En effet, nous allons voir que toutes les femmes enceintes ne peuvent pas prétendre à un AAD.

4.3. Sélections des grossesses et des accouchements pour un accompagnement de la naissance à domicile

Comme nous avons pu le voir plus haut, certaines SF se rencontrent régulièrement pour des réunions, et discutent de leur pratique. Le caractère éligible ou non des patientes pour un AAD est un des principaux sujets qui peut être abordé parmi d'autres.

Mais leur liberté dans leur pratique va jusqu'à la sélection de leurs patientes pour un accompagnement à domicile, ainsi, elles auront le dernier mot sur cette question : ces réunions organisées permettent probablement de les guider, mais la décision finale leur revient.

En effet, si elles semblent unanimes sur les critères d'éligibilité suivants : nécessité d'adhérer au projet d'AAD tel qu'il est présenté par la sage-femme, être totalement conscientes du caractère imprévisible de l'accouchement et de son issue (elles doivent comprendre qu'à tout moment il est possible de terminer le travail et d'accoucher en structure pour des raisons médicales ou simplement parce qu'elles demandent une analgésie péridurale par exemple) s'inscrire dans une maternité et y avoir la consultation d'anesthésie en fin de grossesse ; certains critères varient d'une SF à l'autre : certaines ne vont accepter que des multipares, d'autres acceptent les femmes enceintes avec utérus cicatriciel éprouvé, c'est-à-dire qu'elles ont pour antécédent une césarienne et qu'elles ont accouché par voie basse pour la grossesse suivante, ou non ; d'autres encore n'acceptent pas d'accompagner une naissance à domicile si le lieu est jugé trop étroit, pour la SF ou pour un éventuel transfert par le SAMU qui nécessitera un brancardage.

Une SF nous a confié qu'elle a pu discuter avec des médecins au sujet d'une sélection des patientes validée par les professionnels, d'une maternité : « *ce sont des discussions que j'ai eu aussi avec certains médecins en disant mais pourquoi vous ne codifiez pas l'accouchement à domicile, c'est-à-dire que d'accord, elles accourent à domicile à condition que, et de mettre des conditions comme ils font en Angleterre, comme ils font aux Pays Bas plutôt que de dire « ah l'accouchement à domicile ! Ah non ! »* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans d'AAD). En effet, cette codification aurait pour but d'améliorer l'organisation et de faciliter l'acceptation de l'AAD, et sa reconnaissance par le personnel médical. Cependant il serait difficile d'obtenir un consensus parmi les SF : il est vrai que leur pratique leur confère une grande liberté de choix, dans le suivi de leurs patientes, et la codification standardisée des prises en charge faciliterait l'organisation mais restreindrait éventuellement cette liberté, ce qu'elles n'accepteraient probablement pas toutes.

Ainsi, les SF procèdent à une sélection de leurs patientes afin de déterminer si elles sont éligibles ou non à un accouchement à domicile, et bien qu'elles se réunissent régulièrement pour en discuter, cette sélection dépend de chacune d'elles.

Troisième partie

Discussion

Dans cette partie, nous allons dans un premier temps traiter des interrogations éthiques et médicales et la position des SF sur ces questions, puis, dans un deuxième temps, nous allons discuter des engagements des SF pratiquant lAAD vis-à-vis de leur profession mais également leur engagement envers les couples et les femmes enceintes, enfin, nous discuterons de l'émergence éventuelle d'une nouvelle identité professionnelle chez ces SF.

1. Sur le plan médical et éthique

1.1. *En faveur d'une naissance respectueuse du choix des couples*

Comme nous l'avons vu, dans nos entretiens, les SF montrent de manière unanime, leur intérêt envers le respect du choix des parents. De nombreuses SF ont pu s'exprimer sur le fait qu'il ne s'agissait pas que d'une question de lieu et que cette question du choix et de la liberté touchait de façon large les différents moments de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, le couple est au centre des décisions.

Il est vrai que lAAD n'a, à aucun moment été défendu envers et contre tout par nos enquêtées. L'AG semble avoir une place plus importante que l'accouchement en lui-même. Pour autant, c'est toujours le choix du couple qui est mis en avant comme une condition indispensable pour des soins de bonne qualité.

Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Catherine Thomas, dans sa thèse, lorsqu'elle montre que les patientes ayant vécues un AAD se sont senties respectées dans leur choix, et que la SF ayant répondu à cette demande a favorisé une écoute et un bon déroulement du travail. De plus, les SF pratiquant lAAD semblent avoir octroyé aux parturientes une liberté, d'abord de choix, puis dans le déroulement du travail, par une liberté de mouvement, de position, mais aussi d'expression de la douleur, rendant cette expérience unique (26). En effet, l'aboutissement à la décision d'un AAD montre une maturité de la femme enceinte et du couple, en laissant en premier lieu s'exprimer leur droit d'accoucher dans un lieu qui leur correspond et qui répond à leur besoin (16,26).

Outre cette volonté de respecter le choix des couples, les SF interrogées ne cachent pas leur scepticisme vis-à-vis de la médicalisation de la naissance.

1.2. *Remise en cause de la médicalisation de la naissance*

Les résultats de nos entretiens nous ont permis de mettre en évidence le fait que les SF ont conscience de l'importance de la médicalisation lorsqu'elle est nécessaire, mais la rejette lorsque celle-ci n'est pas souhaitée par les femmes ou les couples ou qu'elle n'est pas utile, lorsque le déroulement spontané du travail est physiologique par exemple. La médicalisation de la naissance a déjà été étudiée dans de nombreuses recherches et semble prendre une forme spécifique en France, où elle est relativement intense comparée à nos voisins européens (12). Ce que les SF interrogées ne manquent pas de relever dans nos entretiens. Si elles savent qu'en France, elles sont « à la marge », elles ont également consciences qu'il n'en va pas de même pour leur homologues anglaises ou néerlandaises.

Cette notion d'une politique de l'accouchement standardisée et médicalisée en France a été étudiée, entre autres, par Béatrice Jacques. Il semblerait que la « pathologisation de la naissance » soit mise en cause. L'idée est que la tendance est plutôt à la recherche de la pathologie plutôt que la surveillance d'un processus physiologique (7).

De plus, Akrich et Pasveer affirment qu'en France : « la conception de l'accouchement lui-même et le niveau minimal de moyens supposés nécessaires pour assurer la sécurité sont sans commune mesure par rapport aux critères néerlandais ». Ainsi, la prise en charge française semble orientée vers une tentative de contrôle du risque obstétrical, en « technologisant » le suivi du travail. La difficulté sera de trouver une frontière entre le normal et la pathologique, et ainsi, adapter les prises en charge – ou les accompagnements – en fonction de la situation. Cette tendance contribue à renforcer la forte pression médico-légale pour les professionnels, et à faire de ce risque médico-légal, un risque plus important que le risque médical en soi. Il s'agit ainsi de protéger le corps médical contre des accusations extérieures (27).

Outre cela, la surveillance de la grossesse est différente : aux Pays-Bas, la grossesse et l'accouchement sont perçus comme étant naturels, par conséquent, « seuls les examens strictement nécessaires », inscrits dans une liste des pathologies de la grossesse, doivent être réalisés. En France, on parle de « prise en charge de la grossesse » et le normal et le pathologique semblent difficiles à distinguer. Ainsi, les SF et médecins suivant des grossesses à priori normales, se retrouvent à faire beaucoup d'examens complémentaires ; les trois échographies sont

pratiquées quasiment à l'ensemble des grossesses, ainsi que le dépistage de la trisomie 21 qui est proposé systématiquement, (...). « La femme en France est donc prise dans un dispositif très instrumenté tout au long de la grossesse » (27).

La grossesse et l'accouchement étant imprévisibles, dans son étude, Danièle Carricaburu, nous montre justement, que la grossesse et l'accouchement sont historiquement considérés comme étant des situations à risque vital pour la mère et l'enfant. De plus, les obstétriciens interrogés dans son étude ont affirmé qu'« un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance » (28). Ainsi, en France, les femmes enceintes sont encouragées à accoucher en maternités, du fait de l'imprévisibilité en partie, de l'accouchement qui peut basculer du côté pathologique à n'importe quel moment, ce qui pousse à une surveillance permanente du déroulement du travail et de l'accouchement. C'est ainsi que la profession de SF a vu de nombreux changements, comme nous avons pu le voir précédemment : en premier lieu, la formation des SF qui devient plus encadrée à partir du XVIII^e siècle, mais également l'apparition des médecins-accoucheurs qui, malgré les difficultés initiales, ont réussi à trouver leur place auprès des parturientes au cours des siècles. Ces dernières donnant une importance grandissante à leur sécurité et celle de leur enfant à naître, en mettant en avant le risque obstétrical (9). L'accouchement étant « potentiellement risqué », afin de s'assurer d'une sécurité optimale, il sera nécessaire pour les maternités d'être équipées et prêtes à faire face à une éventuelle situation pathologique (7,27,28).

C'est ainsi que Michel Odent parle d'un risque de disparition du « normal », de la profession, au profit d'une technicisation du suivi médical, en effaçant la dimension relationnelle du métier : « la capacité de l'humain à donner naissance est en péril ». Mais le problème résiderait dans l'utilisation de ses techniques et non pas dans les techniques elles-mêmes. En effet, comme une des SF interrogées a pu l'affirmer : « *la technique en théorie, elle est au service des humains* » (Camille, 53 ans, 32 AE, 25 ans dAAD). Ainsi, comme l'affirme Béatrice Jacques, il faudrait ainsi trouver un équilibre entre la technique et le relationnel, en cas de physiologie : un accompagnement plus qu'une surveillance (7).

En conclusion, pour Béatrice Jacques, le refus de lAAD par les professions médicales est dû à plusieurs raisons : en premier lieu, au risque encouru pour chaque naissance puisqu'un accouchement n'est considéré comme eutocique qu'à postériori ; deuxièmement, certains professionnels pensent que les femmes enceintes sont elles-mêmes à la recherche d'une médicalisation de leur accouchement justifiant la « pathologisation » de la naissance ; puis le

risque médico-légal, cette fois, qui impose aux SF une souscription à une assurance pour la réalisation d'accouchements à domicile (7,12).

Cette mise en doute de la médicalisation de la naissance et de l'accouchement par certaines SF nous pousse à nous demander si leur parcours n'a pas eu raison de cet engagement dans l'exercice de leur métier.

1.3. Influence de l'expérience professionnelle

Les SF interrogées ont toutes un vécu qui les ont amenés à exercer leur métier de cette manière. Leur expérience personnelle de l'accouchement, des rencontres avec des SF déjà sensibilisées à l'accompagnement global, à domicile ou en PT, des lectures ou encore des lieux dans lesquels elles ont pu travailler ; tous ces éléments ont fait émerger un certain nombre d'interrogations sur leur pratique et ont contribué à les conduire vers ce type d'exercice. Ainsi, nous pouvons affirmer que leur trajectoire professionnelle mais également leur vie personnelle ont influencé leur décision de pratiquer l'AG, dont lAAD.

Ainsi, Catherine Thomas nous dit que « c'est en fonction de leur rôle et de leur place auprès des parturientes qu'elles questionnent leurs pratiques et parfois déterminent leur mode d'exercice » (26). En effet, une réflexion sur leur pratique peut les pousser à changer de milieu d'exercice : de l'hôpital vers le libéral par exemple, dans l'optique de prendre plus de temps pour accompagner les femmes enceintes, puis, pour certaines, vers un accompagnement plus global, comprenant l'accouchement. Leur parcours personnel et professionnel les ont mené vers cette vision singulière de leur métier (26).

Outre leur parcours professionnel et personnel et leur pratique l'AG, plus particulièrement lAAD, nous poussé à nous intéresser à la façon dont elles défendent leur choix et celui de leurs patientes.

2. Sur le plan politique

2.1. Autonomie des femmes enceintes et des couples

Nos enquêtées ont utilisé un champ lexical témoignant de leur positionnement quasi politique dans leur vision de la naissance et en particulier autour de la relation soignant-soigné. En effet, elles ont employé des termes comme « droits des patientes, des couples », « défendre », « je milite pour » etc... Ainsi, l'autonomie, la responsabilisation, et la liberté des femmes enceintes et des couples, durant la grossesse, le travail et l'accouchement, sont mises en avant. En effet, nos enquêtées ont insisté sur le fait qu'elles défendaient les droits de leurs patientes à accoucher comme elles veulent et où elles veulent et que leur rôle est central dans la réappropriation des différents temps de la grossesse par les femmes ou le couple afin que ceux-ci le vivent pleinement.

Cela rejoint les résultats de Carole Boudet, étudiante sage-femme, qui a pu nous montrer dans son mémoire, qu'il s'agit de rendre les patientes, et les couples, « acteurs de l'événement », en les faisant participer activement à la grossesse, au travail et à l'accouchement (16).

Ainsi, la SF a un rôle important à jouer afin d'octroyer aux femmes enceintes leur droit à un accouchement libre, tout comme les SF québécoises, qui répondent à une philosophie qui constitue un engagement envers les femmes et leur famille, en effet, elles reconnaissent l'accouchement et la naissance comme leur appartenant (29).

Et c'est ainsi que Catherine Thomas met en évidence une « modernisation réflexive » qui a pour but la réappropriation des conditions de la naissance par les femmes et les couples (30).

En plus de l'autonomie de leurs patientes et des couples, les SF défendent leur propre autonomie, qui est au cœur de leur pratique.

2.2. Autonomie et indépendance des sages-femmes

Les SF interrogées ont toutes évoqué la « grande liberté », l'autonomie et l'indépendance que leur donne leur pratique. En effet, lors d'un suivi global à domicile, elles établissent leurs propres règles, et rien n'est fait en systématique. Elles s'imposent de cette manière, face au système médical et montrent ainsi, que ce choix leur permet également de se délivrer d'une certaine dépendance aux médecins et à la hiérarchie hospitalière. Une SF nous a confié que la relation médecin/SF a beaucoup évolué : il y avait une époque où elles étaient des « sages-femmes

maîtresses » et enseignaient leur art aux médecins, elles « *prenaient les décisions qui étaient nécessaires* » (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD), les compétences de chacun étaient respectées. Aujourd’hui la frontière serait plus difficile à établir, et la hiérarchie médicale semble s’imposer face aux SF hospitalières, et les relations interprofessionnelles pour les SF pratiquant lAAD, sont aussi difficiles. D’ailleurs, bien que difficilement reconnu, lAAD pourrait participer à une émancipation de la profession de sage-femme, en mettant l’accent sur leur autonomie et leur indépendance, comme c’était le cas avant le XVIIIème siècle (9). De plus, elles sont prêtes à poursuivre leur pratique tout en risquant de se faire radier du tableau de l’Ordre des Sages-Femmes, ce qui témoigne de leur engagement (12).

Ainsi, Catherine Thomas nous montre que leur choix de pratiquer lAG, résulte notamment d'une volonté de s'éloigner du milieu hospitalier, afin d'affirmer leur autonomie et leur indépendance dans leur pratique (26).

Leur choix de pratique du métier et leur parcours professionnel ont contribué au façonnement d'une nouvelle identité professionnelle.

3. Vers une nouvelle identité professionnelle

Cette pratique si singulière du métier de SF nous a poussé à nous interroger sur l'émergence éventuelle d'une nouvelle identité sur le plan professionnel.

En effet, la pratique de lAAD résulte d'un changement de regard sur leur profession et ce, à plusieurs niveaux.

Premièrement, il s'agit d'une vision très différente de celle qui est majoritaire en France à propos de la naissance (et qui prend ses fondements historiquement), à savoir un suivi de grossesse et de l'accouchement fondé sur les risques médicaux éventuels et qui se déroule donc essentiellement en institution hospitalière. Ici il s'agit de mettre la physiologie au cœur de la pratique. Ainsi, la « surmédicalisation » de la naissance observée et vécue par les SF au cours de leurs études puis au début de leur carrière, est fortement questionnée voire rejetée, induisant une pratique différente. L'AG, et plus particulièrement lAAD, leur a permis de « réapprendre » leur métier (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD), et de découvrir une « *nouvelle facette de l'accouchement* » (Sophie, 53 ans, 29 AE, <4 ans dAAD). Cette physiologie qui semble différente, que l'on n'est pas amené à rencontrer en structures, d'après elles, est très clairement décrite par l'ensemble des SF interrogées.

Deuxièmement, ce type d'exercice implique, comme nous l'avons vu, un basculement de regard dans la place qui est faite aux patientes et aux couples dans la mesure où ceux-ci ne sont pas des personnes devant comprendre et adhérer aux décisions médicales proposées mais au contraire les principaux acteurs des choix qui sont faits. Cependant, nos résultats nous ont montré que malgré ce contexte qui semble des plus idéals, plusieurs SF ont évoqué le difficile équilibre à trouver dans leur place auprès de patientes. Là où l'autonomie de celles-ci est défendue, les SF parlent paradoxalement d'une forte dépendance possible à leur égard. Pour elles, il est nécessaire d'instaurer un cadre professionnel pour maintenir la bonne distance. Ainsi, le danger d'une relation asymétrique au détriment du libre arbitre des femmes et des couples n'est jamais très loin, malgré un choix d'exercice qui met la patiente au centre.

Enfin, l'indépendance dans l'exercice de leur métier est une donnée importante dans l'image que les SF pratiquant lAAD ont de leur profession. En effet, comme nous l'avons expliqué il s'agit de l'autonomie des couples mais aussi de l'autonomie de leur profession qui, dans cet exercice,

prend la forme d'une résistance aux différents rapports de domination dans lesquels les SF seraient impliqués, notamment en institution hospitalière.

L'ensemble de ces éléments semblent dessiner un visage de la profession de SF très différent de celui connu principalement, présentant des SF engagées en défendant les droits de leurs patientes et les leurs.

Conclusion

L'accouchement à domicile est une pratique peu répandue en France, mais il existe et fait parler de lui. Les SF le pratiquant, semblent avoir une vision différente de leur métier par rapport à la majorité des SF français.e.s.

Leurs parcours professionnel et personnel ont eu raison de ce choix de pratique atypique.

Parmi les raisons qui l'expliquent, on y trouve, un désir conjoint des parents d'un accompagnement personnalisé, et des SF, qui défendent l'accompagnement global et ses bienfaits pour la femme enceinte et le couple.

De plus, cette façon d'exercer ce métier leur octroie une grande liberté dans leur pratique et une indépendance défendue. Cette indépendance leur permet de se démarquer de la hiérarchie hospitalière habituelle, ainsi que de la « surmédicalisation » de la naissance. Elles prennent effectivement position en défendant une certaine « physiologie » de la naissance et de l'accouchement ne nécessitant *à priori* pas ou peu d'intervention de la part des professionnels bien que leur présence soit requise, et sont ainsi en faveur d'une réappropriation des conditions de la naissance par les femmes enceintes et les couples.

Ce choix a, pour ces SF, changé leur vision de la naissance : en effet, elles ont pu « *réapprendre* » leur métier (Audrey, 63 ans, 41 AE, 19 ans dAAD). Elles établissent des liens forts avec leurs patientes et les couples, créant une « *autre de nature de relation* » (Mathilde, 51 ans, 27 AE, 11 ans dAAD), mais les incitant parfois à imposer un cadre professionnel, afin d'éviter tout envahissement émotionnel.

Leur passion pour leur métier s'est fait ressentir dans chacun des entretiens réalisés : « *je fais le seul métier qui accompagne l'humanité depuis toujours* » (Sylvie, 74 ans, 52 AE, 15 ans dAAD).

Et ce, malgré les nombreuses difficultés qu'elles sont amenées à rencontrer dans leur pratique, notamment les relations avec les autres professionnels quelque peu tendues et le souci d'assurance, qui les fait prendre le risque de se faire radier du tableau de l'Ordre des Sages-Femmes.

En somme, nous avons pu confirmer nos hypothèses en mettant en évidence que les SF interrogées sont en faveur d'une naissance respectueuse du choix des femmes enceintes et des couples ; en effet, leur parcours professionnel a eu une influence dans ce choix de pratique. De

plus, ces SF défendent une certaine émancipation professionnelle en mettant leur autonomie au centre de leur pratique, ainsi que celle de leurs patientes. Enfin, on y voit l'émergence d'une nouvelle identité professionnelle voire politique, avec des SF engagées envers leurs patientes et leur profession.

Cependant, cette enquête laisse quelques angles morts. En effet, il semblerait judicieux d'élargir cette étude sur toute la France, mais également en prenant compte non seulement lAAD mais aussi l'accompagnement en PT. Par ailleurs, il aurait été intéressant de réaliser une étude comparative avec l'accompagnement en maison de naissance, bien que récent et discuté, cela nous aurait permis d'étudier davantage « ce compromis » entre l'accouchement à domicile et en structures hospitalières, afin d'avoir une vision plus générale de l'AG prôné par de nombreuses SF.

Bibliographie

1. DRESS. Affichage de tableau - Tableau 1. Effectif des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3253>
2. Insee. Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes - Insee Focus - 92 [Internet]. [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047024#graphique-figure2>
3. Morel M-F, éditeur. Naître à la maison: d'hier à aujourd'hui. Toulouse, France: Edition Erès, DL 2016; 2016. 397 p.
4. Sage Pranchère N. L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, xixe siècle). Ann Démographie Hist. 2014;127(1):181.
5. ANSFL. Accueil [Internet]. [cité 3 mai 2017]. Disponible sur: <http://ansfl.org/>
6. ANSFL. Charte de l'accouchement à domicile. 2005 [cité 3 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.intimesnaissances.com/files/Cathy-AnnePiette.pdf>
7. Jacques B. Sociologie de l'accouchement [Thèse de doctorat]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II;
8. Badinter É. Le conflit: la femme et la mère. Paris, France: Librairie générale française, impr. 2011; 2010. 220 p.
9. Morel. Société d'Histoire de la Naissance - Histoire de la naissance en Occident (XVIIe - XXe siècles) [Internet]. [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article2>
10. Gutierrez H, Houdaille J. La mortalité maternelle en France au XVIIIe siècle. Population. 1983;38(38):975-94.
11. Fresson J, Rey S, Vanhaesebrouck A, Vilain A, Blondel B, Bonnet C, et al. Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. 2017;
12. Sestito R. Faire naître à la maison en France: L'invisibilité des radiations ordinaires de sages-femmes à domicile. Anthropol Santé [Internet]. 17 nov 2017 [cité 9 avr 2018];(15). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2798>

13. Hontebeyrie J. Quelques éléments de connaissance à propos du profil socio-démographique des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile. Rev Sage-Femme. déc 2013;12(6):252-62.
14. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. Can Med Assoc J. 22 déc 2015;cmaj.150564.
15. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 12 sept 2012 [cité 9 janv 2017]; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/abstract>
16. Boudet C. Accoucher à la maison : quels couples font ce choix et pourquoi ? [Internet]. 2012 [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00731716/document>
17. Pruvost G. Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile. Genre Sex Société [Internet]. 20 déc 2016 [cité 3 mai 2017];(16). Disponible sur: <https://gss.revues.org/3849#quotation>
18. Code de la santé publique - Article L1142-2. Code de la santé publique.
19. CIANE. Assurance RC des sages-femmes et accouchement à domicile [Internet]. Ciane. 2006 [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: <https://ciane.net/2006/11/assurancercdessages-femmesetaccouchementaldomicile/>
20. UNSSF. Accueil | UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes [Internet]. [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=258&cntnt01returnid=16>
21. Code de la santé publique - Article L1142-25. Code de la santé publique.
22. La méthode Bonapace | The Bonapace Method [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.bonapace.com>
23. Seccia-Boulanger A. Formation des sages-femmes [Internet]. Formation des sages-femmes. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://naissanceslibres.wordpress.com/>
24. CIANE. Argumentaire sur l'assurance en responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes AAD [Internet]. CIANE. 2013 [cité 10 avr 2018]. Disponible sur: <https://ciane.net/2013/01/argumentaireassurance/>

25. Les tarifs conventionnels [Internet]. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/tarifs>
26. Thomas C. Give birth in France today [Internet] [Theses]. Université de La Réunion; 2016 [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01408591>
27. Akrich M, Pasveer B. Comment la naissance vient aux femmes: les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas. Le Plessis-Robinson, France: Synthélabo; 1996. 194 p.
28. Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical: les enjeux d'une définition. *Sociol Sociétés*. 2007;39(1):123–144.
29. Devin C, Rouget K. Les sages-femmes du Québec: un exercice exclusif en maison de naissance. Nantes, France; 2009.
30. Thomas C. L'accompagnement global par les sages-femmes: Démédicaliser la naissance, pour une autre gestion du risque. *Anthropol Santé* [Internet]. 17 nov 2017 [cité 9 avr 2018];(15). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2729>
31. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Singly F de, éditeur. Paris, France: Armand Colin, DL 2015; 2015. 126 p.

Annexes

Annexe 1 : La charte de l'accouchement à domicile (ANSFL) (6)

La charte de l'accouchement à domicile

Une naissance est un événement normal et sain. Chaque femme vit la normalité de sa grossesse et de son accouchement de façon unique. L'accouchement à domicile fait partie du système de soins primaires et les professionnels qui le pratiquent font partie d'un réseau visible et reconnu.

Afin de garantir aux usagers une sécurité optimisée, l'ANSFL propose un référentiel de bonne pratique. Ce cadre minimum a pour but de donner les règles élémentaires de prudence qui doivent présider à toute naissance à domicile.

I - La démarche initiale provient du désir du couple. Les parents souhaitant mettre au monde à domicile doivent en avoir fait la demande, ils peuvent expliquer leurs motivations et sont conscients de la part de responsabilité qu'ils prennent. Toute sage-femme doit avant de s'engager dans une naissance à domicile avoir analysé l'ensemble de la situation dans ses composantes médicales (physique et psychique), familiale et sociale. Il est essentiel que puisse s'établir une relation de confiance partagée.

II - A chaque couple qui en fait la demande, la sage-femme doit donner une information impartiale et claire sur leur choix. Elle définit son champ de compétence et indique les limites de son exercice (code de déontologie des sages-femmes). Ces éléments sont précisés sur un document écrit signé par les parents. Ce document peut être la charte ANSFL de lAAD enrichie des éléments spécifiques à chaque sage-femme.

III - Accompagnement global : L'accouchement et le suivi postnatal doivent être pratiqués par la ou les sages-femmes ayant effectué le suivi de la grossesse (ou leur remplaçante désignée).

IV - La préparation de la naissance doit tenir compte du climat relationnel et affectif qui entourent les futurs parents et envisage les aspects matériels de lAAD. Elle vise à créer un climat serein et confiant sans lequel l'accouchement à domicile deviendrait contre-indiqué.

V - L'accouchement à domicile ne peut être envisagé qu'après une grossesse normale (c'est-à-dire sans pathologie telle que l'hypertension, le diabète, la toxémie, etc) chez une femme en bonne santé. Toute pathologie au cours de la grossesse doit entraîner une consultation ou un transfert vers un autre professionnel, lorsque le problème est réglé la SF peut reprendre le suivi médical de cette grossesse.

VI - Les circonstances de la naissance doivent être physiologiques et ne pas présenter de risque majoré de complications (siège, gémellaire). L'accouchement doit avoir lieu entre 37 et 42 SA. Les moyens utilisés pour apporter de l'aide à chaque femme pendant son accouchement sont avant tout la mise en valeur de ses propres capacités, ainsi que les savoir-faire liés à l'expérience de chaque SF. L'enfant surveillé régulièrement pendant le travail et l'expulsion ne montre pas de signes de souffrance.

L'indication d'ocytociques au cours de la dilatation et avant que l'enfant ne soit engagé, ou de morphiniques pendant le travail impose le transfert, en raison des effets secondaires qu'ils peuvent provoquer.

VII - La sage-femme peut être amenée à transférer la femme vers une maternité pendant le travail, l'accouchement ou pendant les suites de couche, à chaque fois que la situation n'est plus de sa compétence (définie et listée dans le code de déontologie), lorsque l'accouchement requiert une technique telle que la pose d'une analgésie, la stimulation des contractions, l'utilisation d'un forceps, ventouse etc, ou si le couple en fait la demande en cours d'accouchement.

Pour le confort de la femme, et une continuité correcte des soins, le transfert doit toujours être préparé :

En sachant vers quelle maternité ce transfert aura lieu et, si possible, en ayant informé cette maternité de cette éventualité (au moins une consultation dans la structure du transfert éventuel, pour constitution du dossier médical et présentation du projet dAAD).

En ayant prévu le moyen de transport (voiture personnelle, pompier, SAMU...).

VIII - Les soins que nous prodiguons à la mère et au nouveau-né s'appuient sur des preuves scientifiques.

IX - La sage-femme s'engage à participer à l'évaluation de sa pratique par l'utilisation des dossiers ANSFL-AUDIPOG. Ce dossier comprend la surveillance de la grossesse ainsi que celle du travail à l'aide d'un partogramme, et contient le résumé du suivi des suites de couches. Cette évaluation

permet une analyse des situations qui ont posé problème, pour une évolution et une remise en question permanente des pratiques.

Annexe 2 : Modèle de serment pour les sages-femmes en 1790 (9)

Modèle de serment, proposé par l'Eglise en 1786 pour les sages-femmes formées à l'Hôtel Dieu de Paris :

« Je [...] promets et jure à Dieu, le créateur tout puissant, et à vous, Monsieur qui êtes son ministre, de vivre et de mourir dans la foi de l'Eglise catholique, Apostolique et Romaine, et de m'acquitter, avec le plus d'exactitude et de fidélité qu'il me sera possible, de la fonction qui m'est confiée. J'assisterai de nuit comme de jour dans leurs couches les femmes pauvres comme les riches ; j'apporterai tous mes soins pour qu'il n'arrive aucun accident ni à la mère et ni à l'enfant. Et si je vois un danger qui m'inspire une juste défiance de mes forces et de mes lumières, j'appellerai les médecins ou les chirurgiens ou des femmes expérimentées dans cet art pour ne rien faire que de leur avis et avec leur secours. Je promets de ne point révéler les secrets de familles que j'assisterai ; de ne point souffrir qu'on use des superstitions ou des moyens illicites, soit par paroles, soit par signes, ou de quelque autre manière qui puisse être, pour procurer la délivrance des femmes dont les couches seront difficiles et paraîtront devoir être dangereuses ; mais de les avertir de mettre leur confiance en Dieu, et d'avoir recours aux sacrements et aux prières de l'Eglise. Je promets aussi de ne rien faire par vengeance, ni par aucun motif criminel ; de ne jamais consentir sous quelque prétexte que ce soit, à ce qui pourrait faire périr le fruit ou avancer l'accouchement par des voies extraordinaires et contre nature ; mais de procurer de tout mon pouvoir, comme femme de bien et craignant Dieu, le salut corporel et spirituel tant de la mère que de l'enfant. Enfin, je promets d'avertir sans délai mon pasteur de la naissance des enfants ; de n'en baptiser ou de ne souffrir qu'on en baptise aucun à la maison, hors le cas d'une vraie nécessité, et de n'en porter aucun à baptiser aux ministres hérétiques. »

Annexe 3 : Les enquêtées

Audrey : 63 ans, 41 ans d'expérience, 19 ans dAAD

Camille : 53 ans, 32 ans d'expérience, 25 ans dAAD

Christine : 36 ans, 11 ans d'expérience, 3 ans dAAD

Dominique : 51 ans, 29 ans d'expérience, 9 ans dAAD

Elodie : 49 ans, 23 ans d'expérience, 10 ans dAAD

Julie : 46 ans, 23 ans d'expérience, 9 ans dAAD

Mathilde : 51 ans, 27 ans d'expérience, 11 ans dAAD

Michelle : 72 ans, 34 ans d'expérience, 17 ans dAAD

Nathalie : 39 ans, 12 ans d'expérience, 7 ans dAAD

Sophie : 53 ans, 29 ans d'expérience, < 4 ans dAAD

Sylvie : 74 ans, 52 ans d'expérience, 15 ans dAAD

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des données socio-démographiques des sages-femmes interrogées

	Observation	Fréquence (%)
Genre		
Femmes	10	90,9
Hommes	1	9,1
Total	11	100
Age		
60 à 74 ans	3	27,3
51 à 53 ans	4	36,4
46 à 49 ans	2	18,2
< 40 ans	2	18,2
Total	11	100
Statut marital		
Marié.e/PACS/En couple	7	63,6
Veuve	1	9,1
Divorcé.e/Séparé.e	4	36,4
Célibataire	4	36,4
Total	11	100
Religion		
Aucune	7	63,6
Chrétienne	2	18,2
Juive	1	9,1
Total	11	100
Nombre d'enfants		
Aucun	2	18,2
1 enfant	2	18,2
2 enfants	2	18,2
3 enfants	1	9,1
4 enfants	2	18,2
> 5 enfants	2	18,2
Total	11	100

	Observation	Fréquence (%)
Enfants nés à domicile		
Aucun	10	90,9
1 enfant	1	9,1
Total	11	100
Proches travaillant dans le domaine médicale		
Aucun	7	63,6
Parents (premier ou deuxième degré)	4	36,4
Total	11	100
Années d'expérience		
41 à 52 ans	2	18,2
34 à 40 ans	1	9,1
25 à 29 ans	4	36,4
23 à 24 ans	2	18,2
10 à 15 ans	2	18,2
Total	11	100
Années d'expérience en structures hospitalières ou autre (cliniques, PMI...)		
> 30 ans	1	9,1
15 à 22 ans	5	45,5
7 à 8 ans	2	18,2
4 à 5 ans	3	27,3
Total	11	100
Années d'expérience en exercice libéral		
> 20 ans	1	9,1
16 à 19 ans	4	36,4
7 à 15 ans	5	45,5
< 5 ans	1	9,1
Total	11	100
Années d'expérience en AAD		
> 20 ans	1	9,1
17 à 19 ans	2	18,2
7 à 15 ans	6	54,5
< 4 ans	2	18,2
Total	11	100

Annexe 5 : Grille d'entretien

Questions de départ :

Pouvez-vous me racontez votre parcours professionnel ? Comment êtes-vous devenu.e sage-femme ? Quelles ont été vos différentes expériences professionnelles ?

D'après vous, quelles sont les missions principales ou le rôle d'une sage-femme ? Qu'est-ce qui vous semble important, agréable/désagréable, facile/difficile dans ce métier ?

Pouvez-vous me dire comment vous en êtes venues à pratiquer l'accompagnement global et en particulier les accouchements à domicile ? Comment ce choix s'est-il fait ? Quels ont été les éléments déclencheurs s'il y en a ?

Comment percevez-vous votre rôle et quelles sont d'après vous les choses les plus importantes dans cette pratique ? Les aspects faciles/difficiles, agréables/désagréables ?

Quel est pour vous le rôle de la patiente, du père pendant le travail, pendant un accouchement

Pouvez-vous me raconter un accouchement ou un couple qui vous a marqué en particulier depuis que vous pratiquez les accouchements à domicile ?

Questions pour approfondir au fur et à mesure, si non abordées spontanément :

Sur la pratique des accouchements à domicile :

Depuis combien de temps pratiquez-vous l'accouchement à domicile ?

Quelle est votre « région » d'exercice ?

Que faites-vous exactement pendant le travail ? (TV, positionnement, intervention (rupture des membranes ?), respectez-vous les nouvelles recommandations des pratiques cliniques ? Lesquelles ?)

A quel moment du travail arrivez-vous au domicile ?

Quels sont les moyens utilisés ? (Qu'est-ce que vous apportez avec vous ?)

Vous acceptez jusqu'à combien de temps de trajet ?

Qui doit/doivent être présent(s) d'après vous ?

Que pensez-vous des maisons de naissances ?

Vous est-il déjà arrivé de devoir transférer des patientes et/ou leur nouveau-né à l'hôpital ?

Quelle est votre relation professionnelle et personnelle avec les hôpitaux ?

Comment travaillez-vous en réseau, d'un point de vue organisationnel ?

Comment se passe l'équilibre entre votre vie personnelle et votre vie professionnelle ? (Comment qualifiez-vous votre rythme de vie ?)

Sur le choix de cette pratique :

Avez-vous déjà accouché à domicile ? Pourquoi ? (Inopiné ou choix ?) Est-ce que, si vous avez déjà accouché vous-même, votre expérience a pu jouer un rôle dans votre vie professionnelle ?

Comment se sont passées vos études de sages-femmes ?

L'accouchement à domicile a-t-il été abordé pendant vos études ?

L'accouchement à domicile vous intéressait-il étudiante ?

Aviez-vous fait une autre formation avant de devenir sage-femme?

Autre formation depuis que vous êtes diplômé.e ?

Avez-vous un proche qui a ou qui exerce le même métier ou un métier voisin du vôtre ?

Influence de cette personne ?

Recueil des caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée :

Profession :

Nombre d'années d'exercice :

Différents établissements et services :

Statut marital :

Nombre d'enfants :

Religion déclarée même si non pratiquée (Vous réclamez-vous d'une religion si oui laquelle?) :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Si née à l'étranger, date d'arrivée en France :

Niveau scolaire, Formations, diplômes autre que sage-femme :

Profession du conjoint :

Profession des parents, mère : _____ Père : _____

Lieu d'habitation :

Département/Ville

Immeuble/maison :

Surface ou nombre de pièces :

Nombre de personnes dans le foyer :

Location/propriété :

Autres sources de revenus hormis la profession :

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.