



**HAL**  
open science

# Appréhender les perceptions de la sécurité autour de l'accouchement accompagné à domicile : une étude qualitative en Isère

Valentine Potdevin

► **To cite this version:**

Valentine Potdevin. Appréhender les perceptions de la sécurité autour de l'accouchement accompagné à domicile : une étude qualitative en Isère. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-03943503

**HAL Id: dumas-03943503**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03943503>**

Submitted on 17 Jan 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE



**APPRÉHENDER LES PERCEPTIONS DE LA SÉCURITÉ  
AUTOUR DE L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ À  
DOMICILE :**  
une étude qualitative en Isère

**Understanding perceptions of safety surrounding planned  
home birth: a qualitative study in Isère**

Par Valentine POTDEVIN

*[Données à caractère personnel]*

Mémoire soutenu le 17/06/2022

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2022



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE



**APPRÉHENDER LES PERCEPTIONS DE LA SÉCURITÉ  
AUTOUR DE L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ À  
DOMICILE :**  
une étude qualitative en Isère

**Understanding perceptions of safety surrounding planned  
home birth: a qualitative study in Isère**

Par Valentine POTDEVIN

*[Données à caractère personnel]*

Mémoire soutenu le 17/09/2022  
En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme  
Année 2022

## **RÉSUMÉ :**

**Objectif :** Comprendre les perceptions des professionnels de santé sur la sécurité de l'accouchement accompagné à domicile (AAD).

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs, réalisée auprès de professionnels de santé du domaine de la naissance, de l'Isère, directement ou indirectement concernés par l'AAD (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, anesthésistes).

**Résultats :** La controverse autour de l'AAD rend compte de perceptions variées de la sécurité de la naissance. La construction de la sécurité pour le professionnel passe par trois niveaux :

- Une sécurité « pour soi », qui s'établit avant tout par des liens de confiance avec les couples et par la confiance dans l'équipe.
- Une sécurité « professionnelle » liée à l'appartenance à une profession et à ses normes, que les sages-femmes pratiquant l'AAD cherchent à renforcer.
- Une sécurité « institutionnelle », que les pouvoirs publics fournissent via le soutien à une pratique ; encore à construire pour l'AAD.

La sécurité du côté des patientes et des nouveau-nés peut-être envisagée selon deux modèles : une sécurité fondée sur le respect de la physiologie de l'accouchement et la prévention ; une sécurité qui passe par les dispositifs humains et techniques pour parer aux complications imprévisibles de l'accouchement envisagé comme événement à risque.

**Conclusion :** Ces modèles traversent les postures professionnelles ; chaque individu ayant des degrés d'adhésion variés à l'un ou l'autre modèle. La confiance comme notion liée à la sécurité est un résultat notable et une piste d'amélioration pour les transferts.

**Mots clés :** *Accouchement accompagné à domicile, sécurité, sociologie, étude qualitative*

## **ABSTRACT :**

**Objective:** Understanding the perceptions of health care professionals on the safety of planned home birth.

**Method:** It is a qualitative study using semi-directives interviews with health professionals in the field of childbirth in Isère, whom are directly or indirectly concerned with planned home birth (midwives, obstetricians, pediatricians, anesthetists).

**Results:** The controversy surrounding planned home birth reflects varied perceptions of birth safety. The construction of safety for the professional goes through three levels:

- Safety « for oneself », which is established above all by relationships of trust with the couples and by trust within the team.
- « Professional » safety, based on belonging to a profession and its standards, which midwives practicing planned home birth seek to reinforce.
- « Institutional » security, which the public authorities provide through support for a practice; this has yet to be built for planned home birth

Safety on the side of patients and newborns can be considered according to two models: safety based on respect for the physiology of childbirth and prevention; safety that involves human and technical devices to deal with the unforeseeable complications of childbirth considered as a risk event.

**Conclusion:** These models cut across professional postures; each individual has varying degrees of adherence to one or another model. Trust as a concept related to safety is a notable result and an avenue for improvement in transfers.

Key words : *Planned home childbirth, safety, sociology, qualitative study*

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie les membres du Jury :

Président du jury : M. Lionel CURTO, Sage-Femme enseignant au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes

Co-Président du jury (Médecin invité) : Dr. Grégoire THERY, Gynécologue-obstétricien, Praticien Hospitalier au CH Thonon-les-Bains, Hôpitaux du Léman

Sage-femme invité : M. Laurent GAUCHER, Sage-Femme professeur assistant à la Haute Ecole de Santé de Genève, HES-SO

Directeur de mémoire : M. Philippe CHARRIER, Sociologue, Centre Max Weber, CNRS/Université Lyon 2, spécialiste de la sociologie de la naissance

Sage-femme co-directeur : Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes

Je remercie plus particulièrement :

M. Philippe CHARRIER, Sociologue, Centre Max Weber, CNRS/Université Lyon 2, spécialiste de la sociologie de la naissance, Directeur de ce mémoire ;

*Pour son implication dans mon mémoire, ses réflexions enrichissantes, sa bienveillance et sa disponibilité.*

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directrice et guidante de ce mémoire ;

*Pour nous avoir soutenu ces 4 années d'études, son implication et sa disponibilité.*

M. Lionel CURTO, M. Lionel DI MARCO, Mme Claudine MARTIN, Mme Chrystèle CHAVATTE, Mme Delphine SAVOY, Sages-femmes enseignants au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble,

*Pour leur investissement et leur accompagnement pendant ces années d'études*

L'ensemble des professionnels de santé interrogés, sages-femmes et médecins,

*Pour le temps qu'ils m'ont accordé, leur enthousiasme à participer à cette étude, et la richesse des échanges,*

Les sages-femmes inspirantes pratiquant l'accompagnement global rencontrées,

*Pour m'avoir donné l'envie de travailler sur ce passionnant sujet,*

Je remercie à titre personnel,

Ma famille, Nirina, et mes amies de promotions

*Pour leur soutien inestimable*

# **TABLE DES MATIÈRES**

<b>RÉSUMÉ :</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT :</b> .....	<b>3</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>6</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES</b> .....	<b>15</b>
<b>I- METHODOLOGIE</b> .....	<b>15</b>
Type d'étude : .....	15
Recherche exploratoire :.....	16
Population.....	17
<b>II- ENQUÊTE REALISÉE</b> .....	<b>18</b>
<b>III- ANALYSE DES DONNÉES</b> .....	<b>21</b>
Analyse « horizontale » puis « verticale » : une approche inductive .....	21
La triangulation ou la recherche d'une objectivité ? .....	21
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS</b> .....	<b>23</b>
<b>I- LA CONSTRUCTION DE LA SÉCURITE DU COTÉ DES PROFESSIONNELS</b> .....	<b>23</b>
<b>1) La sécurité « pour soi » passe par la construction de relations de confiance</b> .....	<b>24</b>
<b>A. Les sages-femmes AAD construisent leur sécurité via une confiance réciproque créée avec les couples</b> .....	<b>24</b>
Le suivi global de l'AAD comme processus de construction de la confiance .....	25
Accompagner en confiance, c'est aussi proposer une autre relation soignant-soigné ?.....	27
<b>B. Le modèle de la confiance dans une prise en charge hospitalière</b> .....	<b>28</b>
Avoir confiance dans l'équipe :.....	28
La relation avec les patientes via l'échange et le consentement éclairé.....	29
La compétence du professionnel comme socle de la confiance :.....	30
Le modèle de la confiance de l'AAD vue par les praticiens hospitaliers.....	31
<b>2) La sécurité professionnelle : se rattacher à une profession et à un réseau de professionnels</b> .....	<b>34</b>
<b>A. Equipe, matériel, formation : être en sécurité professionnelle via l'organisation hospitalière</b> .....	<b>35</b>
<b>B. Se rattacher à une sécurité professionnelle : les sages-femmes AAD en quête de liens et de normes professionnels</b> .....	<b>36</b>
<b>C. Se rattacher à une profession médicale : démontrer la rigueur médicale de l'AAD</b> .....	<b>39</b>
<b>D. Le « compagnonnage » comme mode d'entrée dans la pratique AAD</b> .....	<b>41</b>
<b>E. Cette démarche de construction d'une sécurité professionnelle vue par les équipes hospitalières : des postures très disparates</b> .....	<b>42</b>

3)	<i>La sécurité institutionnelle absente de l'AAD</i> .....	44
A.	L'absence d'assurance : l'insécurité institutionnelle différemment vécue par les sages-femmes .....	44
B.	L'absence ressentie de volonté politique et les exemples venus de l'étranger.....	45
C.	La volonté affichée d'intégrer l'accouchement à domicile à l'offre de soins .....	46
D.	La reconnaissance des sages-femmes en question ?.....	47
<b>II- LES PERCEPTIONS DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTES ET DES NOUVEAU-</b>		
<b>NÉS</b>		<b>48</b>
1)	<i>La sécurité : soutenir la physiologie</i> .....	49
A.	Le paradigme de la physiologie : besoins de sécurité et d'intimité des femmes pour un accouchement sécuritaire .....	49
B.	Prévenir les complications en intervenant le moins possible .....	52
C.	« Sens clinique » dans l'accompagnement : « noblesse » du métier de sage-femme ?.....	54
D.	Prévenir la santé globale de la famille : une définition élargie de la sécurité .....	56
E.	L'accouchement physiologique : quelles perceptions par les professionnels étant plutôt dans un modèle de l'accouchement comme un risque ? .....	58
2)	<i>La sécurité : parer à toutes les complications imprévisibles de la naissance</i> .....	59
A.	L'accouchement : un événement avant tout médical, à risque de complications graves .....	59
B.	Une naissance sécuritaire : pouvoir réagir vite et à plusieurs aux complications .....	61
C.	L'éloignement inhérent de l'accouchement à domicile d'une structure de soins .....	63
D.	Les sages-femmes et le modèle du risque .....	65
<b>DISCUSSION</b> .....		<b>68</b>
I- DISCUSSION SUR LA MÉTHODOLOGIE .....		68
II- DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS PRINCIPAUX DE L'ÉTUDE .....		69
1)	<i>Une conception de la sécurité telle qu'elle a construit toute l'organisation du système obstétrical français : le modèle du risque</i> .....	69
2)	<i>La sécurité questionnée par l'AAD</i> .....	72
3)	<i>Des modèles non opposés et traversant les postures des professionnels</i> .....	75
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>77</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....		<b>78</b>
<b>ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN UTILISÉE</b> .....		<b>80</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....		<b>1</b>

## **ABRÉVIATIONS**

AAD : Accouchement Accompagné à Domicile

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

APAAD : Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Collectif Inter-Association autour de la Naissance

CNSF : Conseil National des Sages-Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du Post-Partum

NICE : National Institute for health and Care Excellence

RAI : Recherche des Agglutinines Irrégulières

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

RPAI : Réseau Périnatal Alpes Isère

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

## INTRODUCTION

Accoucher chez soi a longtemps été l'évidence ; la naissance faisait partie de l'intimité domestique et familiale. A partir des années 1950, où la moitié des naissances se déroulaient encore à domicile<sup>1</sup>, s'opère un « grand déménagement »<sup>2</sup> du lieu de naissance vers les maternités obstétricales, lieu médicalisé. Ce déplacement historique d'une sphère domestique à une sphère institutionnalisée s'est accompagné d'une évolution majeure : la « *médicalisation de la naissance* » qui « *traduit donc la prise en charge scientifique et technique de l'accouchement et des épisodes pré et post-nataux* » (3). L'histoire de la naissance a vu apparaître des compétences professionnelles diversifiées et spécialisées, autour d'une discipline, l'obstétrique ; ainsi que l'avènement de nombreux dispositifs techniques entourant le suivi de grossesse et l'accouchement (3).

Ces phénomènes d'ampleur historique prennent source dans la volonté de sécurisation des naissances, dans un souci de santé publique et de lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Dans les années 90, le « rapport Papiernik »<sup>3</sup> sur la sécurité de la naissance -un rapport d'expertise auprès du Haut Comité de Santé Publique – consacre l'organisation des maternités et l'abandon de l'accouchement à domicile à un objectif de sécurité. Les maternités deviennent alors le lieu garantissant avant tout la sécurité des naissances ; l'éloignement inhérent de l'accouchement à domicile de l'hôpital ne répondant pas à cette vision de la sécurité.

L'accouchement en un lieu médicalisé est aujourd'hui une norme largement admise, tant du côté des professionnels que du côté des patientes, qui se sont acculturées aux normes médicales. Plus de 99% des accouchements se déroulent en maternité, et une partie des accouchements qui y échappent sont des accouchements dits « inopinés », non prévus, les femmes n'ayant eu le temps d'arriver en structure. A côté de cette norme, une minorité de femmes aujourd'hui font le choix d'accoucher à domicile, accompagnées par une sage-femme, une pratique appelée « Accouchement Accompagné à Domicile (AAD) ». En 2020 en France, environ 1500 femmes étaient suivies en vue d'un AAD, représentant environ 0,2% des

---

<sup>1</sup> Thébaud, F. Quand nos grands mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux guerres. Presses universitaires de Lyon, 1986. cité par Danièle Carricaburu (1)

<sup>2</sup> Expression employée par plusieurs historiens, dont Françoise Thébaud (2)

<sup>3</sup> « Rapport du groupe de travail sur la sécurité de la naissance auprès du Haut Comité de Santé Publique », 1992, rapport rédigé par Emile Papiernik. Cité par Danièle Carricaburu (4)

naissances<sup>4</sup>. Une petite centaine de sages-femmes libérales proposent cette pratique et une majorité se sont regroupées au sein de l'APAAD (Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile), pour faire reconnaître leur pratique et favoriser l'intégration de l'AAD dans l'offre de soin. L'APAAD propose une définition de l'AAD comme « *un accouchement physiologique, non médicalisé, respectant le rythme de la mère et de l'enfant, se déroulant à domicile et accompagné par une sage-femme. Cet accompagnement débute bien avant le jour de l'accouchement puisqu'il est global : il suit la mère et l'enfant de A à Z, des premiers jours de grossesse à l'accouchement et aux suites de couches* »<sup>5</sup>.

### *Contexte légal de l'AAD en France*

En France, l'AAD est légalement possible, puisqu'aucun article de loi n'impose de lieu d'accouchement. Le code de la santé publique défend les droits des patients de choisir pour leur santé<sup>6</sup> en concertation avec le professionnel de santé, et le droit d'être informé de façon complète et loyale<sup>7</sup>. L'acte de l'accouchement à domicile peut être coté par l'assurance maladie. Toutefois, sa légalité est compromise en raison d'une impossibilité pour les sages-femmes le pratiquant de répondre à l'obligation légale d'assurance pour les professionnels de santé<sup>8</sup> en libéral (RCP, Responsabilité Civile Professionnelle). Les assureurs ne couvrent pas l'accouchement à domicile et des procédures menées avaient aboutie à des propositions de tarifs (de l'ordre de 25 000 euros par an) largement prohibitifs au vu du salaire d'une sage-femme. Cette question assurantielle induit une pratique à la limite de la légalité, et les sages-femmes pratiquant l'AAD, à qui aucune vraie solution n'a pu être proposée, se trouvent dans une impasse.

Au niveau européen, le parlement européen a voté en 1998 une « *Charte européenne des droits de la parturiente* » qui fait mention et reconnaît l'accouchement à domicile. Plusieurs mesures sont recommandées pour intégrer l'AAD dans le système de soins. Cependant cette charte n'a jamais été ratifiée par la France.

---

<sup>4</sup> Il n'existe pas de statistiques officielles concernant l'AAD. Ces données sont des ordres de grandeur, issues de déclaration de sages-femmes pratiquant l'AAD, répertoriées dans un rapport de l'APAAD (5).

<sup>5</sup> Site internet de l'APAAD

<sup>6</sup> Article L1111-4 du code de la santé publique

<sup>7</sup> Article L. 1111-2 al.1 du code de la santé publique

<sup>8</sup> La loi n°2002-303 du 4 mars 2002, dite « Loi Kouchner » impose que tout professionnel de santé libéral se voit dans l'obligation de souscrire à une assurance en Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) pour l'ensemble de son activité.

## *L'AAD : une pratique controversée en France*

Dans ce modèle hospitalo-centré de la sécurité de l'accouchement, l'AAD suscite des controverses en France au sein des professionnels de l'obstétrique. Ce qui peut paraître paradoxal car cette pratique est encadrée par des sages-femmes, profession médicale, ayant une même formation et répondant aux mêmes principes déontologiques que celles exerçant à l'hôpital. L'AAD n'est pas l'accouchement à domicile d'il y a cent ans ; puisque les sages-femmes assurent leur rôle médical de surveillance médicale de la grossesse et de l'accouchement, et n'accompagnent que des grossesses considérées comme étant « à bas risque ».

Outre la question assurantielle, actuellement aucune recommandation nationale par les autorités sanitaires n'encadre l'AAD, et aucun chiffre officiel ne permet d'en rendre compte. Les sages-femmes peuvent se référer aux bonnes pratiques de l'HAS concernant les critères de bas risque obstétrical et sur ses recommandations concernant l'accouchement normal et l'accompagnement de la physiologie. Mais l'accouchement à domicile est exclu du champ de ces recommandations. Il existe ainsi une sorte d'invisibilisation légale et professionnelle de l'AAD, avec un manque de données et d'encadrement, résultant d'une absence de volonté de reconnaître cette pratique. L'APAAD réalise depuis peu en interne un travail épidémiologique (sous forme de données déclaratives), qui publie chaque année les issues des accouchements, et souhaite par là en montrer l'aspect sécuritaire. L'ANSFL (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales) de son côté a publié une « Charte de l'accouchement à domicile » pour palier l'absence de référentiel de bonnes pratiques.

Le contexte actuel de l'AAD est aussi celui d'une dynamique locale et nationale où s'initient des échanges pour répondre à ce manque d'organisation et de coopération autour de l'AAD, dans une perspective d'amélioration de la sécurité des patientes et des nouveau-nés, notamment lors des transferts à l'hôpital. Partant du constat que l'AAD est un « état de fait », certains réseaux périnataux commencent à s'intéresser à l'AAD, non pas dans une optique de soutenir la pratique, mais pour combler un vide et proposer des procédures de coopération. C'est le cas du Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI) depuis 2021, qui a initié un groupe de travail, pour aboutir à des documents communs et faciliter l'organisation locale des transferts.

## *Les études internationales sur la sécurité de l'AAD*

La question de savoir si l'AAD est une pratique sécuritaire se trouve être au cœur de la controverse. Les risques d'un accouchement extra-hospitalier versus intra-hospitalier pour des grossesses à bas risque ne font pas consensus dans la littérature car ils sont difficiles à déterminer. On comprend bien à quel point répondre à cette question n'est pas aisé : il n'est pas envisageable de réaliser une étude randomisée en « double aveugle », puisqu'un principe même de l'AAD est qu'il doit s'agir d'un choix du couple qui s'inscrit dans une démarche de suivi global. De plus, l'AAD concerne un nombre restreint d'accouchements.

Des études de cohortes venant d'autres pays industrialisés où l'accouchement à domicile est davantage soutenu et intégré à l'offre de soin permettent d'apporter un éclairage à cette question, notamment aux Pays-Bas ou en Angleterre. Sont utilisés des indicateurs de morbi-mortalité maternelle et infantile, et comparent les issues des AAD et des accouchements hospitaliers « à bas risque ». Les études internationales tendent à montrer que pour une population à bas risque, l'AAD ne présente pas un sur-risque pour les femmes et les nouveau-nés, voire parfois comportent de meilleurs indicateurs (6) (7) (8) (9). Des publications mettent l'accent sur l'organisation du système de soin autour de l'AAD comme élément central dans l'aspect sécuritaire de l'AAD (10). D'après une revue Cochrane, il n'y aurait pas de solide évidence scientifique à privilégier un lieu d'accouchement pour des grossesses à bas risque (11). En Angleterre, depuis 2014, le NICE (National Institute for Health and Care Excellence) recommande même l'accouchement à domicile pour les femmes à bas risque (12). Ces études paraissent en contradiction avec une vision de l'AAD comme pratique insécuritaire, qui fait aujourd'hui « *figure de pratique repoussoir pour un certain nombre d'acteurs de la naissance (...) au mieux tolérée, au pire discréditée et régulièrement remise en cause, notamment à partir de critères sanitaires portant sur les risques de décès du nouveau-né et de la mère* » (13).

## *Problématisation de l'étude : les perceptions de la sécurité au cœur de la controverse*

L'AAD paraît être une modalité d'accouchement qui vient bousculer les représentations autour de la sécurité de la naissance, dans une société où la sécurité est pensée autour du lieu qu'est l'hôpital. Au cours de mes stages, je me suis rendue compte que l'AAD suscitait en effet de vives réactions, et pouvait être la cible de critiques, au sein même de la profession de sage-femme. Certaines dénoncent les contraintes qu'il entraîne pour leur travail comme le fait de

« récupérer des transferts » dans de mauvaises conditions, mais surtout soulignent l'irresponsabilité de cette pratique du fait des complications imprévisibles d'un accouchement. A l'inverse, d'autres sages-femmes estiment le travail de fond que réalisent ces « courageuses » sages-femmes, ayant un sens clinique pointu, et assurant un accompagnement au plus près du respect des choix des couples. Ces controverses au sein même d'une profession, qui pourtant partage un but commun de servir la santé de la femme et du nouveau-né, m'ont amené à me questionner sur la définition que chaque professionnel donne à « la sécurité » ; un objectif partagé par tout professionnel de santé.

Répondre à la question « est-ce qu'accoucher à domicile avec une sage-femme est sécuritaire ? », implique de réfléchir à ce que l'on associe à cette notion de sécurité. Les études internationales sur la sécurité de l'AAD sont pensées en termes d'indicateurs. Mais la sécurité autour de la naissance ne doit-elle pas être envisagée autrement qu'en termes d'indicateurs ? Les travaux socio-anthropologiques de Solène Gouilhers-Hertig sur le choix des couples d'accoucher à la maison mettent en évidence que le risque est une notion « *socialement construite* », et que la sécurité du point de vue des couples peut intégrer des dimensions familiales et psycho-affectives. Ces couples « *déconstruisent le risque vital et rare comme élément déterminant des décisions pour privilégier d'autres aspects comme le respect du corps de la femme (en limitant les interventions médicales et techniques), et la valorisation du vécu de l'enfant et de la mère* » (14). Chaque personne a donc sa propre façon d'appréhender les risques et par extension la sécurité dans le contexte d'incertitude que sont la grossesse et l'accouchement.

L'AAD venant questionner le sens même de la sécurité de la naissance, le contexte isérois où se sont initiés des échanges au sein du RPAI sur l'AAD est propice pour essayer de comprendre les différentes perceptions de la sécurité de la naissance portées par les professionnels de santé. Comment chaque professionnel de santé envisage-t-il dans sa pratique la sécurité ? Comment construit-il sa propre sécurité professionnelle et comment œuvre-t-il à sécuriser ses patientes et les nouveau-nés ? Qu'est-ce qu'une naissance sécuritaire ? L'accouchement accompagné à domicile peut-il répondre à leur conception de la sécurité ? **Dans quelle mesure la pratique de l'accouchement accompagné à domicile vient-elle rendre compte des différentes modalités des professionnels d'appréhender la sécurité autour de la naissance ?**

La question de recherche de ce mémoire est : **Quelles perceptions les professionnels de santé du domaine de la naissance ont-ils de la notion de sécurité autour des accouchements accompagnés à domicile (AAD) ?** Il s'agira dans cette étude d'ouvrir la boîte noire de « la sécurité » de la naissance pour en comprendre les perceptions variées des professionnels, sur ce qui fait ou non sens pour eux, l'objectif étant alors de comprendre les représentations des professionnels de santé sur la sécurité de l'accouchement accompagné à domicile.

# MATÉRIEL ET MÉTHODES

## I- METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude *qualitative*, basée sur des *entretiens semi-directifs* réalisés auprès de *professionnels de santé du domaine de la naissance, de l'Isère, concernés par l'accouchement accompagné à domicile*. L'étude s'est déroulée entre mars 2021 et mai 2022 ; avec des entretiens réalisés entre août 2021 et décembre 2021.

### Type d'étude :

La méthodologie de recherche qualitative a été choisie puisqu'elle s'inscrit dans une démarche **compréhensive** et **contextualiste** qui est pertinente au vu de la problématique étudiée. En effet, il s'agit de comprendre et décrire comment les professionnels appréhendent la sécurité autour de l'accouchement à domicile. Or, les « *méthodes qualitatives* » (...) *s'intéressent à l'expérience des personnes, à leurs représentations, au sens qu'elles donnent à leurs actions, à leur histoire, aux relations qu'elles entretiennent, etc ., c'est-à-dire à tout ce qui est considéré comme non directement quantifiable et mesurable* » (15). Le qualitatif nous est apparu adapté à l'esprit de cette étude, qui vise davantage à explorer et donner du sens que d'établir ce qu'est « véritablement » la sécurité dans l'accouchement à domicile : nous ne cherchons pas à quantifier ni mesurer des indicateurs. On s'intéresse donc à la façon dont les soignants interrogés donnent du sens et interprètent leurs expériences, via le recueil de données verbales, dans leur contexte particulier. La posture adoptée vise à saisir la subjectivité de chacun pour participer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et de leurs interactions. Indirectement, cela concourt à réfléchir à la façon dont s'organise notre société et les relations inter-personnelles vis à vis d'un tel sujet qu'est la sécurité de la naissance. Ainsi, cette étude s'inscrit dans le **champ disciplinaire de la sociologie**, qui est une science ayant pour objet les phénomènes sociaux.

Comme instrument de recueil de données qualitatives, le choix a été fait de réaliser des **entretiens semi-directifs** à partir d'un **guide d'entretien** élaborée en préalable. Les entretiens semi-directifs sont organisés selon des thèmes : une question correspond à un thème, avec éventuellement des relances. Les questions sont ouvertes, voire pas nécessairement posées si l'interlocuteur vient de lui même à évoquer le thème. L'objectif étant de laisser la parole libre, tout en abordant un certain nombre de thématiques identiques pour tous les soignants interrogés. La nature des données recueillies correspond donc à du discours.

### Recherche exploratoire :

Une première étape de recherche exploratoire a été réalisée afin de définir les contours de l'étude, en particulier formuler la problématique, identifier la population de l'étude, élaborer les thématiques de la grille d'entretien. Cette étape a été indispensable afin de se familiariser avec l'accouchement accompagné à domicile et élaborer un protocole adéquat. Tout d'abord, la participation à un cours à l'école de sage-femme par des sages-femmes réalisant des AAD a permis une première prise de contact. S'en est suivie une recherche à la fois d'articles scientifiques, mais également de sources variées : des films (par exemple le film « Entre leurs mains » de Céline Darmayan), les sites internet de l'APAAD, de l'ANSFL, du CIANE (Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance) qui est un collectif d'utilisateurs, le suivi de comptes Instagram de sages-femmes réalisant des AAD (par exemple celui de Floriane Obrecht, présidente de l'APAAD), des émissions et podcasts (Podcast La Matrescence du 23 octobre 2020 avec Isabelle Deputier). Des échanges par mail et téléphoniques avec des sages-femmes réalisant des AAD ont eu lieu. Ces sources variées ont permis de mieux cerner les enjeux de l'AAD aujourd'hui.

Une étape importante de la recherche exploratoire a été la participation en tant qu'**observatrice au groupe de travail du Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI)** sur l'AAD qui a débuté mi-mars 2021, jusque fin septembre 2021. Cette étape a permis de mieux contextualiser la problématique et appréhender les enjeux locaux de l'AAD, les différentes positions des participants, mais surtout les catégories de personnes ressources pour mener par la suite les entretiens. L'observation des interactions du groupe de travail a fait partie intégrante de l'enquête permettant de créer le guide d'entretien. Les membres du groupe de travail avaient été informés de la présence d'une étudiante sage-femme réalisant son mémoire sur l'AAD. Les thématiques discutées ont été entre autres : les critères de sélection et d'exclusion des femmes, certains points organisationnels (liste de matériel, accessibilité du logement, distance à un hôpital, référencement au SAMU), l'information du RPAI aux patientes sur l'AAD, le lien avec une structure de référence (création du dossier obstétrical, consultation d'anesthésie obligatoire), la création d'une fiche en cas de transferts, la formation des sages-femmes, le recueil de l'activité des sages-femmes, la déclaration d'événements indésirables, les dépistages néonataux...

## Population

La population cible de cette recherche sont les **professionnels de santé du domaine de la naissance, en Isère, directement ou indirectement concernés par l'accouchement accompagné à domicile**. C'est à dire soit des sages-femmes accompagnants les AAD, soit des professionnels médicaux impliqués dans les transferts qui pourraient avoir lieu (incluant donc les équipes hospitalières prenant le relais quand cela est nécessaire). Il s'agit d'interroger les professionnels soignants médicaux directement impliqués dans la sécurité des naissances et dans une éventuelle organisation locale de l'AAD.

Le groupe de travail du réseau périnatal a permis de cibler les différentes catégories de professionnels à inclure dans l'étude. En effet, les membres du groupe de travail représentaient diverses professions concernées par la question, et leur présence montrait leur souhait d'investissement à participer à la réflexion sur ce sujet.

Le **principe de « variabilité maximale »** a été utilisé pour définir la population : il ne s'agit pas de créer un échantillon représentatif (ce qui ne pourrait être possible dans une enquête qualitative d'une douzaine d'entretiens) mais de rechercher la plus grande étendue possible de points de vue. Nous avons cherché à inclure des professionnels ayant une opinion ou une fonction forte sur ces questions en Isère, des points de vue tranchés, des professions variées. Sur le sujet clivant qu'est l'AAD, il nous est paru essentiel d'interroger une étendue importante d'opinions à ce sujet, sans pour autant pouvoir être certain du point de vue de la personne avant de l'interroger - d'où l'utilité du repérage via le groupe de travail, ou lors des terrains de stage.

Nous avons ainsi identifié des « types » de population que nous souhaitons forcément inclure dans l'étude : des sages-femmes réalisant des accouchements à domicile, des sages-femmes hospitalières, une cadre sage-femme en maternité, une sage-femme libérale, des médecins gynécologues-obstétriciens, un médecin du SAMU ayant été confronté aux transferts d'AAD, des pédiatres travaillant en maternité. Les sages-femmes étant la profession au cœur du développement de l'AAD, il nous est paru essentiel d'interroger plusieurs modes d'exercice de la profession. La profession d'auxiliaire de puériculture n'a pas été incluse dans la mesure où elle n'est pas actuellement au cœur des débats sur l'accouchement à domicile. Les « doulas » n'étant pas des professionnels de santé, elles n'ont pas été contactées dans le cadre de ce mémoire.

Le territoire a été délimité au **département de l'Isère** pour des raisons logistiques, mais également du fait de l'actualité locale de ces questions du fait des discussions récentes du

groupe de travail du réseau périnatal. Pour les sages-femmes libérales au moins une partie de l'activité doit avoir lieu dans le département.

Les professionnels de santé ont été contactés par mail, avec une explication du sujet et du cadre de l'étude. Ils ont été informés de l'enregistrement et de l'anonymisation des entretiens. Les entretiens réalisés ont donc aussi été fonction des réponses aux mails et des possibilités logistiques de l'organisation de l'entretien.

## II- ENQUÊTE REALISÉE

**Treize entretiens** ont été réalisés d'une durée allant de 18 minutes à 63 minutes. Huit entretiens ont été réalisés avec des sages-femmes, dont quatre sages-femmes réalisant des accouchements accompagnés à domicile, deux avec des sages-femmes hospitalières, un avec une sage-femme libérale ayant également exercé en structure et un avec une cadre de maternité sage-femme. Au sein de cette population de sage-femme, les expériences et le positionnement vis à vis de l'AAD varient. Cinq entretiens ont été réalisés avec des médecins, dont deux médecins gynécologues-obstétriciens, deux pédiatres néonatalogues et un anesthésiste du SAMU ayant travaillé en maternité et au SMUR pédiatrique. Il a été globalement difficile d'obtenir des rendez-vous avec les médecins, et les durées d'entretiens sont significativement inférieures qu'avec les sages-femmes, ces dernières prévoyant souvent un temps d'échange long en dehors de leur temps de travail. Les professionnels exerçant en milieu hospitalier proviennent majoritairement de maternité de niveau 3. Il s'agit à la fois d'une justification d'accès aux personnes (contacts établis durant les stages, repérage des emails via les cours donnés à l'école etc), mais également car l'hôpital de niveau 3<sup>9</sup> est la structure où sont majoritairement réalisés les transferts dans la région.

Le consentement des personnes interrogés concernant l'enregistrement et l'utilisation de cet entretien dans le cadre de l'étude a été demandé au préalable.

Nous avons privilégié au maximum de réaliser les entretiens en face à face afin de favoriser une qualité d'échange, de mieux saisir le cadre de pensée de l'autre via le non-verbal, et parfois de noter des éléments de contexte comme le lieu d'exercice. Néanmoins, deux entretiens n'ont pu être organisés en face à face, l'un a été fait par téléphone et l'autre par visio-

---

<sup>9</sup> Les maternités en France sont organisées par niveaux : niveau 1, 2 et 3. Cette classification sert à orienter les femmes vers le niveau adapté à sa situation en fonction des risques établis durant la grossesse. Les maternités de niveau 3 prenant en charge l'extrême prématurité et les grossesses pathologiques. Chaque maternité peu importe son niveau assure également la prise en charge de proximité des femmes à bas risque.

conférence. Une importance particulière a été apportée à laisser la parole libre, (par exemple ne pas couper la parole de la personne interviewée), et l'inviter à illustrer ses propos en racontant ses expériences et son vécu. Les entretiens ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien (ANNEXE 1) servant de guide à l'échange. Cette grille a été corrigée à plusieurs reprises (par les guidants de l'école, par M. P. Charrier co-directeur de ce mémoire et sociologue, par une sage-femme réalisant des AAD). Le guide n'est pas utilisé comme un questionnaire dans la mesure où la formulation et l'ordre des questions a pu varier, mais le sens des questions et les thématiques abordées sont restés les mêmes. L'objectif principal était de faire parler la personne sur sa perception de ce qu'est un accouchement sécuritaire et de où place-t-elle sa sécurité et celle de ses patientes et nouveau-nés.

Les thématiques abordées sont :

- La définition de ce qu'est la sécurité autour de la naissance
- Le cadre sécurisant pour les soignants (les besoins pour se sentir en sécurité dans son travail d'accompagner les naissances)
- La sécurité de l'accouchement à domicile (ce qui la garantit ou pas ; ce qui permettrait de l'améliorer)
- L'information donnée au couples souhaitant un AAD sur les questions de sécurité
- Le vécu des transferts et l'organisation des liens ville-hôpital
- L'environnement du domicile ; le « être chez soi » comme élément de sécurité

Le « bas risque » en obstétrique (comme notion qui fait sens ou non pour la personne interrogée) est une thématique qui n'était pas prévue comme question principale dans la grille initiale. Mais ayant été largement abordée dans les entretiens et apportant une information sur le rapport au risque, cette question a été ajoutée.

Les entretiens ont été menés jusqu'à ce que l'ensemble des catégories de population souhaitées dans l'étude aient été interrogées. L'objectif a également été de s'approcher d'**une saturation des données**, c'est à dire que les entretiens ont été poursuivis jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvel élément qui émerge des entretiens indispensable à la compréhension globale de notre sujet, et que la qualité du contenu des entretiens ait été jugée suffisamment riche pour une analyse.

Concernant **l’anonymisation des entretiens**, chaque enregistrement puis retranscription ont été codés par une lettre (cf tableau ci-après) et stocké dans un drive sécurisé. L’accouchement à domicile étant un sujet sensible dans la profession, et au vu du faible nombre de sages-femmes réalisant des accouchements à domicile, il a été fait le choix de ne pas mentionner d’information supplémentaires que simplement la profession et le mode d’exercice, afin que les données soient non-identifiantes. Ainsi, des informations sociologiques telles que l’âge, le sexe ou les années d’expériences (qui sont pertinentes pour l’analyse) ont été volontairement omises. Les lieux mentionnés n’ont pas été retranscrits. Les noms des personnes interrogées seront donc remplacés par le codage de l’entretien.

Code de l’entretien	Profession et mode d’exercice	Durée	Contexte
A	Sage-femme accompagnant les AAD (1)	55 min	En face à face à son cabinet
B	Sage-femme accompagnent les AAD (2)	63 min	En face à face, à son domicile
C	Sage-femme accompagnant les AAD (3)	61 min	En face à face, à son cabinet
D	Sage-femme libérale n’accompagnant pas les AAD (et ayant exercé 15 ans auparavant en structure hospitalière)	37 min	En appel visio
E	Sage-femme accompagnant les AAD (4)	59 min	En face à face à son cabinet
F	Pédiatre néonatalogue exerçant en maternité de niveau 3	21 min	En face à face dans le service de néonatalogie
G	Médecin anesthésiste du SAMU, ayant travaillé en maternité et au SMUR pédiatrique	36 min	En face à face dans les locaux du SAMU
H	Cadre sage-femme hospitalière	39 min	En face à face dans son bureau
I	Médecin gynécologue-obstétricien, exerçant en maternité de niveau 3	28 min	En face à face dans son bureau
J	Sage-femme hospitalière en maternité de niveau 3	60 min	Au téléphone
K	Sage-femme hospitalière en maternité de niveau 3	29 min	En face à face à la maternité
L	Pédiatre néonatalogue exerçant en maternité de niveau 3	35 min	En face à face dans le service de néonatalogie
M	Médecin gynécologue-obstétricien, exerçant en maternité de niveau 3	18 min	En face à face dans son bureau

### III- ANALYSE DES DONNÉES

#### **Analyse « horizontale » puis « verticale » : une approche inductive**

Le traitement des données s'est fait dans un premier temps par la **retranscription** écrite de chaque entretien, à l'aide du logiciel SONAL. Ce temps a permis une première familiarisation avec les données. Ensuite, l'ensemble des entretiens ont été analysés de façon « **verticale** » c'est à dire entretien par entretien, afin de repérer les éléments importants de chaque discours. Par la suite, l'analyse « **horizontale** », a consisté à croiser les éléments ressortis des entretiens, pour les regrouper par thème, et en sortir des concepts. L'objectif a été de faire ressortir des unités de significations communes, afin d'aboutir à un plan thématique d'analyse commun. C'est donc dans des « aller-retours » entre les différents entretiens dans le temps que se forge une réflexion globale.

En méthodologie qualitative, **l'approche est inductive** : l'objectif étant d' « induire » des hypothèses plutôt que de vérifier des hypothèses construites au préalable. L'approche inductive « *implique un positionnement particulier du chercheur qui n'aborde pas son terrain avec un appareillage verrouillé d'hypothèses à valider ou infirmer mais reste ouvert au sens et aux interprétations que les personnes enquêtées donnent à leur propre pratique (15)*. L'objectif étant de saisir le sens vécu d'une situation, « *cette posture épistémologique considère la subjectivité du propos du locuteur et la singularité du sujet comme éléments par lesquels il est nécessaire de passer pour comprendre l'expérience vécue et pouvoir à partir de là construire de la théorie* » (15). Ainsi, au vu du sujet de recherche, il ne nous est pas paru adapté de construire une hypothèse de recherche basée sur un cadre théorique précis ; puisque la théorie sera construite à partir du terrain.

#### **La triangulation ou la recherche d'une objectivité ?**

Pour que l'analyse soit davantage objective, nous avons utilisé la triangulation c'est à dire que quelques entretiens ont été également lus par une autre personne que la responsable de la recherche, afin de comparer les points saillants qui ressortent de l'analyse de chacun. Le co-directeur de ce mémoire, M. Philippe Charrier, sociologue spécialisé sur les thématiques autour de la naissance, a relu des entretiens et a apporté son aide à l'analyse.

Toutefois l'objectif de la recherche qualitative n'est pas de tendre vers une objectivité parfaite, dans la mesure où l'on cherche à comprendre des logiques propres à chaque personne et à considérer la subjectivité. La triangulation c'est en effet également le fait de mettre à profit

l'ensemble des données disponibles, qu'elles proviennent de l'observation, de l'entretien, de l'ensemble du corpus constitué, de l'analyse documentaire ou de la revue de la littérature. C'est un procédé par lequel le chercheur accumule et croise des données qui lui permettent d'interpréter et de comprendre ce qu'il étudie (15). Ainsi, mentionner le « positionnement du chercheur » c'est à dire expliquer « qui » sont les chercheurs participe à mieux prendre du recul sur une étude. Ainsi, l'investigatrice principale étant étudiante sage-femme, elle a une posture qu'on pourrait qualifier d'« observatrice participante » en maternité, qui influe sur l'interprétation des discours. Les étudiants sont en effet directement concernés par les relations inter-professionnelles (y compris lors de la réalisation de l'entretien), ainsi que par les enjeux de l'accouchement à domicile et de l'évolution de la profession de sage-femme.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

A la lecture des 13 entretiens, deux grands axes sont ressortis en réponse à notre question de recherche ; ils traversent l'ensemble des entretiens. Ces deux axes organiseront la présentation des résultats. Nous parlerons dans un premier temps de ce que les professionnels nous ont dit de leur propre sécurité dans l'accompagnement des naissances (I). Ensuite, nous présenterons leurs perceptions de la sécurité du côté des patientes et des nouveau-nés (II).

Cette présentation des résultats gravite donc autour des différentes visions de ce qu'est la sécurité. Le résultat principal de cette étude, qui sera argumenté tout au long de cette présentation, est avant tout que la sécurité est multidimensionnelle et qu'à un professionnel ne correspond pas une seule définition. Le positionnement concernant le soutien ou non à l'AAD comme pratique sécuritaire va alors être soumis à ces différences de perceptions variées de la sécurité de la naissance. Tous les professionnels sont en effet dans cette recherche d'une sécurité globale dans la naissance, pour le professionnel comme pour les patientes et nouveau-nés, qui va se traduire par des pratiques et des priorités différenciées.

### **I- LA CONSTRUCTION DE LA SÉCURITÉ DU CÔTÉ DES PROFESSIONNELS**

L'analyse des entretiens a montré que la construction de la sécurité du côté des professionnels se faisait en 3 niveaux : d'abord une sécurité personnelle, pour soi, qui se construit via l'établissement de relations de confiance (A). Ensuite une sécurité professionnelle, liée à l'appartenance à une profession, ainsi qu'aux liens établis avec les autres professions, et les normes professionnelles (B). Puis une sécurité institutionnelle, que les pouvoirs publics fournissent, à travers notamment le soutien affiché ou non à une pratique (C). Suivant les professionnels interrogés, la sécurité va être placée plus ou moins dans un de ces niveaux de sécurité.

## **1) La sécurité « pour soi » passe par la construction de relations de confiance**

La « confiance » est un terme très rapidement abordé quand on questionne les professionnels sur leurs besoins de sécurité dans leur travail d'accompagnement des naissances. Ce résultat est d'autant plus marquant que la confiance est un thème qui n'apparaît pas dans le guide d'entretien, et qui a donc été spontanément relié au thème de la sécurité et/ou à celui de l'accouchement à domicile, et ce par plusieurs soignants interrogés. Cette notion de confiance comme premier niveau de construction d'une sécurité « pour soi » par les professionnels, se traduit toutefois de multiples façons, y compris selon la profession et le lieu d'exercice.

### **A. Les sages-femmes AAD construisent leur sécurité via une confiance réciproque créée avec les couples**

Les sages-femmes accompagnant les naissances à domicile ont unanimement placé la confiance au centre de leurs discours. Elles passent très vite de la notion de sécurité (et notamment « se sentir en sécurité ») à celle de confiance. Cette construction de la confiance pour les sages-femmes AAD se réfère avant tout à celle qu'elles établissent avec les couples, dans une optique de réciprocité : la confiance qu'elles accordent au couple, la confiance que le couple leur accorde. La confiance n'est pas simplement évoquée à la marge comme quelque chose qui faciliterait la relation de soins. Au contraire, il s'agit pour elles, de mettre en avant son caractère indispensable pour se sentir en sécurité.

*« Ce dont j'ai besoin pour me sentir en sécurité, c'est que la confiance s'installe avec le couple. Ça c'est mon premier besoin ». Sage-femme AAD, entretien B.*

*« Si la confiance n'existe pas ce n'est pas possible. Et pour eux, et pour nous. Le but c'est que ce soit sécuritaire, et sans confiance, tu n'as pas de sécurité ». Sage-femme AAD, entretien A.*

## Le suivi global de l'AAD comme processus de construction de la confiance

Comme l'explique la sage-femme de l'entretien B, cette relation de confiance est ce que viennent chercher les couples dans le projet d'AAD, puisque dès le premier rendez-vous, « *ils ont besoin de voir est-ce que ça va être un espace de confiance* ».

La confiance n'est pas perçue comme étant donnée a priori, mais bien comme un processus qui se construit dans le temps. Cette construction implique pour les sages-femmes AAD de suivre le couple tout au long de la grossesse. Cela renvoi au « suivi global », (ou « accompagnement global ») qui suppose que c'est la même sage-femme qui réalise le suivi de la grossesse, accompagne la naissance, puis le suivi post-natal.

« *La sécurité de la naissance c'est le suivi global : ces parents je les connais bien ; je connais bien leur histoire, je connais bien leurs difficultés, je vais être beaucoup plus à même de comprendre à demi-mots de ce qui est en train de se jouer là.* » Sage-femme AAD, entretien E.

« *Connaître l'autre* » revient souvent comme l'élément clé de la construction de la confiance, donc via la rencontre et le temps passé à échanger, ce que permet le temps de la grossesse :

« *Certains (couples) trouvent la sécurité dans le fait de connaître la personne qui va être là et d'avoir pu avoir confiance en elle. Parce qu'aussi, tout comme moi ça me mettait en insécurité d'accompagner des gens que je ne connaissais pas, et bien on entend aussi pour certains couples qu'on accompagne que pour eux c'est insécuritaire de ne pas savoir qui va les accompagner pour ce moment si particulier de leur vie. (...) Seulement pour eux, pour pouvoir se sentir à l'aise, et bien vivre cet évènement, ils ont besoin d'avoir confiance dans la personne. Et ça ça passe pour eux par 9 mois de consultations, la voir régulièrement* ». Sage-femme AAD, entretien A.

Dans le discours de la sage-femme ci-dessus, elle explique se trouver en « insécurité » quand elle ne connaît pas les couples qu'elle doit accompagner, (comme ce serait le cas en structure hospitalière). L'absence de confiance mutuelle créée dans le temps vient donc heurter sa propre sécurité.

L'établissement d'une confiance réciproque implique pour la sage-femme qu'elle produise une forme de confiance chez les personnes qu'elle accompagne. Cela suppose de trouver des preuves de cette confiance qu'elle crée chez le couple, au point que l'absence de ces preuves de confiance peut l'amener à arrêter son accompagnement. En effet, la sécurité pour les sages-femmes AAD passant par la construction de la confiance avec les couples, la non-construction de cette confiance à l'inverse peut remettre en cause le suivi et le projet d'accouchement à domicile.

*« C'est une confiance qui n'est venue dans aucun des deux sens. Alors que médicalement il n'y avait rien. Du coup, il y a un moment où le suivi s'est modifié et le projet a changé car la confiance n'est pas venue. C'est parfois aussi ça qui fait que ça ne marche pas forcément à la maison. Il faut jamais se forcer car l'idée c'est de faire prendre de risque à personne. Donc si t'as pas confiance dans la personne qui t'accompagne dans un projet si ... euh... qui est déjà un peu hors des cadres. Si la confiance n'existe pas ce n'est pas possible. »*  
(Sage-femme AAD, entretien A).

D'ailleurs, cette sage-femme évoque sa difficulté à prendre en charge des couples qu'elle n'a pas suivis tôt dans la grossesse, *« c'est vraiment pas l'idée »*. Elle explique alors conditionner son accompagnement de la naissance à domicile par un suivi renforcé durant la grossesse : *« On est clair avec eux que c'est quand même particulier comme accompagnement et qu'on les verra beaucoup plus (...)»*, pour *« condenser un peu plus les derniers mois pour être sûr qu'ils ont en fait déjà vraiment cheminé »*. La venue rapide d'une relation de confiance conditionne alors l'accompagnement à la maison *« Il y a des couples avec qui rapidement la confiance se noue, et avec qui on se sent capable de les accompagner avec un délai plus court. »*.

Cette relation de confiance se crée aussi du fait de l'entière disponibilité de la sage-femme lors du suivi du travail pour le couple : *« suivre qu'une seule femme et donc être complètement présente à cette femme (...) c'est hyper sécurisant »* (Sage-femme AAD, entretien C).

La confiance est liée à la notion de « sécurité affective » pour les couples et pour la sage-femme, mais nous développerons par la suite (partie II 1) que cette sécurité affective est perçue également comme incontournable pour la sécurité médicale.

A travers ces témoignages, on comprend qu'une sécurité « pour soi-même » doit être construite pour les sages-femmes AAD, et qu'elle ne se construit que dans la relation de confiance avec les couples.

*Accompagner en confiance, c'est aussi proposer une autre relation soignant-soigné ?*

En mettant en avant l'aspect incontournable de la relation de confiance, les sages-femmes AAD interrogées rattachent leur choix de pratique à un refus d'une médecine déshumanisée.

*« J'ai cette femme devant moi, c'est pas un dossier, c'est une femme avec son dossier. (...) Je trouve qu'on est parti beaucoup dans ce modèle de médecine qu'une personne c'est son dossier médical. Comme si en voyant juste le dossier d'une personne on pouvait savoir exactement qui elle est et ce qui va se passer et quelle est sa santé. Ça me pose réellement question de manière éthique et sécuritaire et médicale (...). Pour moi c'est pas ça la santé d'une personne. Il faut d'abord la rencontrer, parler avec elle, voir qui elle est. (...) On est dans une médecine hyper... enfin pas du tout quelque chose d'holistique. Pas du tout dans de l'empowerment. On est médico-centré ».* » (Sage-femme AAD, entretien A).

Elles souhaitent dans leur pratique « proposer autre chose » qu'une médecine uniquement basée sur l'aspect médical :

*« Dans sécurité, on oublie beaucoup trop l'état psychique des patientes. En gros d'un point de vue médical, si on sort une femme et un bébé vivant on a rempli notre rôle quoi. Mais c'est pas ça une femme en bonne santé. »* (Sage-femme AAD, entretien E)

Certaines parlent de leur propre insécurité à travailler dans un environnement hospitalier où l'aspect protocolaire les empêchait de réfléchir et d'individualiser les soins :

*« Les protocoles il en faut mais je trouve que c'est lourd parce que du coup ça t'empêche en tant que professionnel de bien réfléchir, à éventuellement proposer d'autres pistes de prise en charge, mais aussi de laisser le libre choix aux parents ».* (Sage-femme AAD, entretien A).

A plusieurs reprises, une sage-femme emploie l'expression que les femmes à l'hôpital sont « managées », c'est à dire qu'elles sont menées dans leur expérience d'accouchement par un manager, ce qui implique une notion de hiérarchie, de rapport de force et une finalité d'efficacité. Pour cette sage-femme, les femmes n'ont parfois « pas leur mot à dire » (entretien

C), et le consentement éclairé n'est pas assez respecté. A ce propos, elle a fait le choix dans sa pratique de ne pas faire de cours de préparation à la naissance séparés entre ses patientes accouchant à l'hôpital ou celles accouchant à la maison, car son but est « *d'aider les femmes à aller vers leur accouchement* » et « *non pas de leur expliquer comment elles vont être managées* ».

On retrouve dans les 4 entretiens des sages-femmes AAD, la volonté d'établir avec les femmes accompagnées un rapport d'égalité, qu'elles qualifient de « *femme à femme, et pas uniquement de professionnelle à patiente* » (sage-femme AAD, entretien C). Elles ont la volonté de « *rendre acteur* » les couples (sage-femme AAD, entretien A). Elles mettent en avant à plusieurs reprises que les couples qu'elles accompagnent, s'informent beaucoup par eux-mêmes : « *Les femmes qui ont le désir d'accoucher chez elles, elles ont réfléchi, elles savent beaucoup de chose, elles sont très bien informées* ». (Sage-femme AAD, entretien E).

Du fait que « *c'est dans le corps de la femme que ça (la naissance) se vit* », elle détient un savoir sur son corps, ce qui rééquilibre le rapport soignant-soigné. Comme l'explique une sage-femme AAD (entretien E) : « *les femmes peuvent mal vivre les choses que nous en tant que professionnel on estime normales* » d'où le fait que « *c'est pas nous qui savons pour elles* ».

Créer cette relation d'égalité et de confiance implique pour les sages-femmes AAD interrogées d'aborder en « *toute transparence* » les complications possibles d'une naissance : « *On est honnête sur les risques. (...) Je ne pourrais pas accompagner des couples qui se disent qu'une naissance il n'y a aucun risque, qui ne veulent pas du tout savoir les risques, ba non pour moi ça c'est pas possible, il faut qu'il y ait une communication carrée* » (sage-femme AAD, entretien A). « *J'ai besoin que le mot « hémorragie de la délivrance » il soit posé, que le mot possibilité de faire une réanimation du bébé aussi (...) pour sentir comment ça raisonne en face.* » (Sage-femme AAD entretien B)

## **B. Le modèle de la confiance dans une prise en charge hospitalière**

### *Avoir confiance dans l'équipe :*

Pour les professionnels hospitaliers interrogés (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres...), la confiance n'est pas absente de leur discours concernant leurs besoins de sécurité. Toutefois, la construction de leur sécurité « pour soi » passe davantage par l'équipe et le fait de pouvoir avoir confiance dans les compétences professionnelles des uns et des autres.

On retrouve ce discours par exemple chez un obstétricien (entretien M) qui explique que pour se sentir en sécurité dans son travail, il a besoin « *d'une équipe sur laquelle je peux compter. Des gens avec qui j'ai l'habitude de travailler, en partenariat, des sages-femmes, des auxiliaires de puériculture, des anesthésistes, des pédiatres etc.* » Le relationnel entre en jeu puisqu'il ne s'agit pas seulement d'être plusieurs professionnels, mais bien de pouvoir « compter sur les autres ». A la question « *de quoi avez-vous besoin pour vous sentir en sécurité dans votre travail ?* », un pédiatre utilise d'emblée ce mot de « confiance » : « *J'ai besoin d'avoir confiance dans l'infirmière qui s'occupe des bébés dans le service. Je trouve que tout ce travail en équipe, cette confiance mutuelle est hyper importante. Travailler en équipe... donc je dirais de confiance et que les gens soient professionnels dans ce qu'ils font.* » (Pédiatre, entretien F). De même, l'anesthésiste répond « *D'abord le professionnalisme des professionnels. C'est à dire avoir confiance dans l'équipe, et que je sache qu'on prendra pas de risque pour la mère et l'enfant. D'avoir confiance dans l'obstétricien, d'avoir confiance dans la sage-femme etc.* » (entretien G). La confiance passe donc aussi par le fait de connaître les compétences des autres professionnels.

#### *La relation avec les patientes via l'échange et le consentement éclairé*

Deux sages-femmes hospitalières tiennent un discours semblable dans la relation qu'elles s'emploient à établir avec les patientes. Toutes deux mettent en avant l'échange comme indispensable pour que les patientes se sentent en sécurité affective. A la fois, l'échange permet de comprendre les souhaits des couples, mais également d'expliquer la prise en charge proposée :

*« C'est mon rôle d'essayer de tout faire pour que les patientes se sentent en sécurité affective, du moment où je les accueille jusqu'au moment où je les monte en suite de couches. » « Moi j'explique beaucoup tout ce que je fais auprès de mes patientes, et pourquoi je le fais. »* (Sage-femme hospitalière, entretien J).

*« C'est vraiment la communication avec les couples qui est vraiment importante. (...) Je pars toujours de la demande des couples. Vraiment la base c'est le dialogue, d'écouter, de parler, d'accueillir les demandes. »* (Sage-femme hospitalière, entretien K)

La relation est qualifiée de « *sentiment de partenariat* » (entretien J). Il s'agit d'obtenir le consentement des patientes, via l'explication rationnelle de pourquoi on souhaite proposer telle ou telle chose. Le dialogue vise donc à rechercher le consentement aux soins proposés : « *Moi je ne trouve pas personnellement dans ma pratique être trop interventionniste. J'essaye de l'être à bon escient. Et alors j'explique toujours à la patiente pourquoi je le fais. Et j'ai jamais rencontré vraiment de refus.* » (entretien J).

La sécurité affective renvoi pour ces sages-femmes au fait que la patiente sera écoutée dans ses demandes, et que chaque décision médicale sera d'abord expliquée et le consentement recherché.

#### La compétence du professionnel comme socle de la confiance :

Pour se sentir en sécurité, un obstétricien parle également de son besoin « *que la patiente me fasse confiance* » (entretien I). Cette confiance est recherchée dans un seul sens (de la patiente vers le professionnel). La confiance de la part des patientes est entendue par ce médecin comme le fait qu'elles aient confiance dans la compétence du médecin et ainsi qu'elles adhèrent à la prise en charge proposée. Cette confiance est donc plus facilement obtenue avec « l'expérience » du professionnel :

« *Par rapport à la patiente... quelque part avec l'expérience on acquiert une sécurité. C'est à dire que quand j'étais plus jeune, que j'avais moins d'expérience, si j'avais une situation qui était difficile dans l'accompagnement du suivi de grossesse ou en salle, forcément c'était quelque chose de difficile donc peut-être que ça se ressentait. Donc aujourd'hui quelque part, l'expérience ça apporte de la sécurité, et du coup je pense que ça renvoie aussi quelque chose de cadré et de sécurisé à la patiente et du coup c'est plus facile d'avoir une relation de confiance ou de pas sentir sa méfiance etc. J'ai besoin que la patiente me fasse confiance, que ça passe bien. Si par exemple, je sens que quelqu'un est complètement en opposition et que je n'arrive pas à transformer ça, ba là je ne suis pas en sécurité* ». (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien I)

Dans le même état d'esprit, dans l'entretien J, une sage-femme hospitalière parle de la relation de confiance comme le fait de savoir que « *le professionnel qui t'accompagne il fait ce qu'il faut pour toi* ».

### Le modèle de la confiance de l'AAD vue par les praticiens hospitaliers

#### ***La relation de soin proposée par l'AAD en réponse à une perte de confiance envers l'hôpital ?***

La notion de la « confiance » est abordée dans plusieurs entretiens quand on évoque le développement actuel des accouchements à domicile. Pour plusieurs professionnels interrogés, l'AAD se développe en réponse à une « *perte de confiance un peu générale envers le système hospitalier* » (pédiatre, entretien L), notamment du fait d'une moindre personnification des soins :

« *On est peut-être trop procédural, on est trop dans la prise en charge du problème médical et moins du patient dans sa globalité. On arrive plus ou pas ou on a jamais bien su le faire, prendre en charge le patient dans toute sa dimension personnelle et affective et avoir une meilleure attention sur le patient.* » (Pédiatre, entretien L).

« *Peut être qu'aussi il y a eu des décennies où on ne disait pas aux gens, en obstétrique ou dans d'autres domaines, ce qu'on faisait. Il a souvent été reproché à la médecine de ne pas être tenu au courant de ce qu'on nous faisait, les thérapeutiques, etc. **Peut-être qu'on paye ce défaut de confiance envers la médecine.*** » (Sage-femme hospitalière, entretien J).

Trois professionnels évoquent spontanément la problématique des violences gynécologiques et obstétricales comme un contexte ayant favorisé le développement de l'accouchement à domicile : « *Tout ce qui a été communiqué autour des violences obstétricales. Les femmes ont besoin qu'on prenne soin d'elles en tant que personnes à part entière et non pas en tant que vulve ou utérus ou que dossier médical. Pour moi c'est vraiment lié (au développement de l'AAD)* ». (Sage-femme hospitalière, entretien K). Un médecin obstétricien parle même d'une « *diabolisation des plateaux techniques avec toutes les violences*

*obstétricales qui ont été faites par le passé » (entretien M). Face à ce contexte de méfiance généralisée, l'AAD représenterait alors un modèle de confiance, où la prise en charge est individualisée.*

Une sage-femme libérale ayant travaillé 15 ans en milieu hospitalier explique que l'AAD vient répondre à une certaine demande des femmes de « *décider pour leur santé* ». « *Je trouve qu'il y a une nette évolution des mentalités (...), la demande des patientes est différente, il y a beaucoup plus d'exigence de la part des patientes qui acceptent moins d'accoucher en structure allongée sur le dos les pattes en l'air. Donc ça (le développement de l'AAD) fait partie de l'évolution d'une société.* » (Sage-femme libérale, entretien D).

Pour une sage-femme cadre en maternité, l'augmentation des demandes de patientes d'accoucher à domicile doit ainsi amener les maternités à réfléchir sur leurs pratiques : « *Au lieu de stigmatiser il faut se dire pourquoi. Peut-être qu'il faut se remettre en question.* » (sage-femme cadre, entretien H).

### ***L'AAD : un difficile passage de confiance lors des transferts ?***

Plusieurs professionnels hospitaliers considèrent ainsi que l'accouchement à domicile vient proposer une réponse à une demande des femmes face à une perte de confiance envers le système médical. Toutefois, le modèle de confiance mutuelle et personnalisée proposé dans le suivi AAD pose question à plusieurs personnes interrogées. L'obstétricien dans l'entretien I l'exprime très clairement : pour lui, le « ***suivi global du début à la fin par une seule personne, c'est renvoyer à l'individu qu'en fait on ne peut faire confiance qu'à une seule personne*** ». Et alors, ce lien très fort de confiance créé avec une seule personne peut au contraire être très insécurisant si la personne en question n'est plus là, comme dans le cas d'un transfert. « *Renforcer cette notion qu'il n'y a qu'un seul individu qui est possible (...) c'est pas éducatif dans le bon sens* » (entretien I).

Pour lui - qui est dans un modèle de sécurité « pour soi » via l'équipe de professionnels -, il défend plutôt qu'il faut veiller à ce que la patiente développe au contraire une confiance partagée envers toute une équipe : « *J'essaye de transmettre dans tout mon travail, où je gère des gens très à risque, qui vont être pris en charge par une équipe et des sages-femmes, c'est*

*de leur montrer que la sécurité psycho-affective c'est de se sentir bien dans une équipe, et que pleins de gens peuvent apporter quelque chose.* » (entretien I).

Cette confiance particulière nouée avec la sage-femme d'AAD peut mettre en difficulté les équipes lorsqu'un transfert est nécessaire, puisque justement eux n'ont pas eu le temps de la grossesse pour créer cette confiance. C'est le propos d'une sage-femme hospitalière ayant une position plutôt d'hostilité envers l'AAD : « *Les patientes elles ont une confiance totale voire aveugle en elles (envers les sages-femmes AAD). Et du coup ça crée une incompréhension quand elles arrivent chez nous. (...) Il faut instaurer une confiance et on marche sur des œufs quoi... disons que c'est plus le relationnel qui peut nous mettre en difficulté* ». (Sage-femme hospitalière, entretien J). Plusieurs professionnels ont évoqué qu'ils éprouvaient des difficultés à créer avec les patientes d'AAD transférées une relation de confiance, notamment en raison du fait que le transfert implique une intervention médicale :

*« J'ai toujours eu un sentiment de partenariat avec mes patientes, à part quand il s'agit de patientes qui avaient un projet d'accouchement à domicile. (...) Elles sont catégoriques dans le refus et on passe pour les méchants. (...) Il faut parfois que le médecin de garde vienne parlementer* ». (Sage-femme hospitalière, entretien J).

*« La relation avec le personnel soignant est très compliqué je trouve à chaque fois dans ce genre de situations là (transfert AAD) (...) ils se positionnent d'emblée sur la défensive* » (Pédiatre, entretien L).

Ainsi, cette confiance créée dans le suivi global de l'AAD est pour certains perçue comme quelque chose d'exclusif et donc devient insécuritaire dans un modèle de prise en charge avec plusieurs professionnels de santé.

Pour une autre sage-femme hospitalière, le transfert des patientes AAD est vécu complètement différemment puisqu'elle parle de « *passage de relais en confiance* » d'une sage-femme à une autre (entretien K). Même si pour elle le transfert est vécu par le couple comme « *un déracinement total de leur petit cocon et qu'ils arrivent dans l'endroit qu'ils ont redouté* », ses expériences de sage-femme qui reçoit le transfert étaient positives car les sages-femmes avaient préparé les couples à ce transfert : « *Moi j'ai toujours eu des sages-femmes qui*

*ont su trouver leur place, qui savaient à quel moment s'arrêtait leur rôle, et que nous on prenait en charge la patiente après. » Elle parle de l'importance d'évoquer les transferts et les complications en anténatal et que la sage-femme AAD informe les parents que « si je juge que c'est nécessaire, il y aura un transfert et à ce moment là **je vous confierai avec toute ma confiance à l'équipe de l'hôpital** ».*

Dans cet optique de sécurité psycho-affective lors d'un transfert, pour la sage-femme cadre (entretien H), il reste encore à améliorer l'information donnée en anténatal sur le fait que la raison du transfert implique bien souvent un interventionnisme médical quand le couple arrive à l'hôpital : « *ça n'est pas sécuritaire si la sage-femme qui suit les femmes enceintes elle ne leur dit pas que peut-être leur projet n'arrive pas au bout, qu'il se peut pour des raisons différentes qu'elles doivent être prises en charge à l'hôpital et que pour le coup, si elles sont prises en charge à l'hôpital c'est souvent dans un contexte d'urgence (...) Mais je trouve qu'on s'est amélioré là dessus* ».

Ce problème d'un difficile passage de confiance à l'arrivée à l'hôpital est partagé par les sages-femmes pratiquant les AAD : elles ont toutes évoqué leurs efforts en anténatal pour ne pas être dans une confrontation avec l'hôpital dans un but d'améliorer les transferts : « *J'ai à cœur de ne surtout pas donner un discours critique sur l'hôpital, parce que sinon quand on transfère elles n'ont pas confiance dans la structure et dans les personnes qui vont accueillir.* » (Sage-femme AAD, entretien E).

## **2) La sécurité professionnelle : se rattacher à une profession et à un réseau de professionnels**

Au delà d'une sécurité « pour soi-même » qui se construit notamment via une relation de confiance avec les patientes, un deuxième niveau de construction de la sécurité du côté des professionnels est apparu lors de l'analyse des entretiens. Il s'agit de la sécurité professionnelle, c'est à dire d'être au sein d'un groupe professionnel et en lien avec d'autres professions, au sein d'un réseau, encadré par des normes professionnelles et des habitudes de pratiques. Pour les praticiens hospitaliers, cette sécurité professionnelle est déjà construite et constitue le socle de ce qu'est pour eux leur sécurité. Pour les sages-femmes accompagnant les accouchements à domicile, les entretiens ont montré qu'elles sont dans une démarche pour construire cette

sécurité professionnelle, cherchant à s'inscrire en lien avec d'autres professionnels, et revendiquant un cadrage de leur pratique par la profession. Elles veulent montrer que leur pratique est professionnelle et qu'elles se rattachent bien à celle des sages-femmes.

#### **A. Equipe, matériel, formation : être en sécurité professionnelle via l'organisation hospitalière**

La sécurité professionnelle semble aller de soi à l'hôpital : les soignants sont reconnus via leur profession dans leurs compétences et leur rôle dans l'organisation des soins. Dans la quasi-totalité des entretiens réalisés avec les professionnels hospitaliers, le fait d'être en lien avec d'autres professionnels revient comme élément premier de leur sécurité : « *Il faut être plein de gens pour être en sécurité. (...) chacun son rôle, l'anesthésiste est important, le pédiatre est important, la sage-femme est importante, l'auxi aussi, le brancardier aussi etc.* » (Médecin gynécologue obstétricien, entretien I). Le fait de citer les autres professions se retrouve dans d'autres entretiens, et montre que l'on se situe soi-même au sein d'un réseau d'autres professions, et que l'on définit sa sécurité dans cet équilibre-là, avec des rôles clairs. La pédiatre (entretien L) parle de la sécurité de savoir que « *tout un circuit des soins est organisé* »... La sécurité du professionnel passe par le fait de mobiliser toutes ces professions, à la fois rapidement dans une situation d'urgence : « *Ici, tu claques des doigts et il y a tout le monde qui déboule pour t'aider donc c'est hyper confortable.* » (Sage-femme hospitalière, entretien K), ou sur des réflexions plus de fond entre collègues comme « *partager des dossiers* » (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien I).

Allant souvent de paire avec le fait d'être en équipe, « *le matériel* » est un élément très rapidement évoqué comme indispensable à une sécurisation professionnelle : « *C'est très pratico-pratique mais connaître le matériel et savoir où il est et comment l'utiliser, donc être dans une sécurité matérielle* ». (Pédiatre, entretien L). « *Avoir tout le matériel* » (Médecin anesthésiste, entretien G) est également lié au lieu qu'est l'hôpital sous le vocable « *plateau technique* ».

Le fait d'entretenir ses « *connaissances actualisées* » par la formation est également source de sécurité pour les professionnels (sage-femme hospitalière, entretien K). La formation se fait notamment via un réseau des autres professionnels, comme la formation aux gestes de réanimation bébé est organisée par les pédiatres néonatalogues.

## **B. Se rattacher à une sécurité professionnelle : les sages-femmes AAD en quête de liens et de normes professionnels**

Une sage-femme AAD racontait que la règle en accouchement accompagné à domicile était il y a quelques années « *pour vivre heureux, vivons cachés* » (sage-femme AAD, entretien B). Aujourd'hui, les propos tenus dans les entretiens montrent au contraire une volonté clairement affichée de travailler en réseau avec d'autres professionnels, et même de voir leur pratique encadrée par des normes que la profession choisirait :

*« Là il y a un truc super qui est en train de se passer c'est que le réseau périnatal est en train de s'inquiéter de nous. Nous ça fait très longtemps qu'on demande des rendez-vous. **On aimerait bien se mettre d'accord sur des pratiques, on leur a un peu imposé par exemple d'appeler avant chaque accouchement et de rappeler après. (...) Nous on a vraiment envie de travailler en réseau, de travailler en équipe avec eux.** »* (Sage-femme AAD, entretien E)

*« Ce qui ajoutera un peu de sécurité, c'est ce qui est en train de se passer, c'est que enfin aujourd'hui en France on parle d'accouchement à domicile. Que voilà tous les professionnels qui sont de loin ou de près concernés par cette pratique, -qui de toutes façons existera toujours puisque c'est une demande des familles qui est croissante -, **on se met autour d'une table pour en parler. On fait des protocoles de transfert.** Et ça c'est hyper important qu'il y ait du dialogue. »* Sage-femme AAD, Entretien A

*« Moi je trouve qu'il y a quand même des choses qui ont bougé, et enfin on nous écoute et on entend qu'on est pas contre l'hôpital »* (Sage-femme AAD, entretien A)

Certaines sages-femmes se réjouissent ainsi d'une évolution sociétale en cours vers une reconnaissance de la pratique dans l'espace professionnel via le fait déjà de parler collégialement de l'AAD, alors que d'autres vivent plus le sentiment que leur pratique « *est niée volontairement* », qu'elle n'« *existe pas* » dans l'espace professionnel (Sage-femme AAD, entretien B).

Au delà d'une simple volonté, il s'agit même d'un certain degré d'exigence qu'une sage-femme a envers sa profession qui devrait selon-elle lui apporter ce cadre et ces normes :

*« C'est juste pas possible, c'est juste illégal, c'est juste **pas normal qu'on ne s'occupe pas d'une pratique qui existe, qui est remboursée.** Je veux dire en 2021 ça n'a aucun sens qu'il*

*n'y ait pas de recommandation autour de l'accouchement à domicile. Et moi maintenant quitte à accompagner moins de femme, parce que ça sera sans doute plus restrictif, moins de femmes dans la diversité, je pense qu'avec des recommandations, ça nous permettrait d'accompagner plus de femmes en nombre ». « **Je ne trouve pas ça sécuritaire de ne pas avoir de recommandations** (...) ça nous met sans arrêt en défaut, sans arrêt à se questionner ». (Sage-femme AAD, entretien B)*

Dans ce même esprit, elle souhaiterait également que des espaces pluri-professionnels d'échange soient prévus, et que les formations du réseau prennent en compte la situation des sages-femmes AAD : *« Moi dans mon besoin de sécurité en tant que professionnelle, (...) j'ai **besoin d'espace pour débriefer des situations**. Et d'avoir des espaces pour se former qui sont adaptés. Par exemple, on se bat depuis un moment pour qu'on puisse avoir des formations en réanimation bébé néonatales qui sont adaptées à des situations d'accouchement à domicile. »* Sage-femme AAD, entretien B.

Dans leurs discours, les sages-femmes expliquent qu'elles œuvrent déjà à cette recherche d'un travail en réseau, et qu'elles cherchent à construire un modèle de confiance avec les autres professionnels dans la prise en charge partagée des patientes.

*« Dès qu'on a l'impression pendant la grossesse qu'il y a un truc pas bien physio, je demande un avis au gynéco ; je joue la transparence complète quoi. **Mon idée c'est vraiment de travailler en équipe avec l'hôpital, pour qu'ils aient aussi vraiment confiance dans nos prises en charge quoi.** »* Sage-femme AAD, Entretien E

*« Moi j'ai beaucoup travaillé avec le réseau, depuis que je me suis installée, pour ne pas travailler dans l'ombre, dès le départ de mon installation je suis allée rencontrer les maternités, les chefs de service, voir avec eux comment on se coordonne, et puis ensuite j'ai beaucoup travaillé avec le réseau pour fluidifier toute la coordination, en cas de transferts aussi. Du coup en travaillant avec eux, ils savent comment on travaille (...) »* Sage-femme AAD, entretien C

Cette demande d'un cadrage de leurs pratiques et d'espaces de formation adaptés n'étant pas entièrement aboutie, les sages-femmes pratiquant l'AAD racontent toutes qu'elles se sont organisées entre-elles pour justement combler ce besoin d'espaces professionnels, tout en évoquant les limites que ces normes ne soient pas reconnues : *« On est en train d'essayer d'écrire des recommandations toutes ensembles. On va au moins valider entre nous puisque*

*personne pour l'instant ne souhaite le faire de l'extérieur ». Pour les espaces de formations, « avec une association de sages-femmes qui font de l'AAD, on a mis en place des formations pour les sages-femmes mais pour l'instant c'est pas validé par les instances. Tant que ce n'est pas validé il n'y aura pas de prise en charge » (Sage-femme AAD, entretien B). Concernant les normes professionnelles, les sages-femmes AAD revendiquent avoir « déjà énormément réfléchi à tout ça » (sage-femme AAD, entretien E), et souhaitent alors une reconnaissance de ce cadrage des pratiques. Une sage-femme parle « d'investir les espaces qui ne sont pas encore des espaces de sécurité professionnelle pour essayer de les transformer » (Sage-femme AAD, entretien B).*

Les transferts des patientes ayant initialement un projet d'AAD vers une structure médicale constituent l'espace principal des rencontres entre les sages-femmes AAD et les équipes hospitalières prenant le relais de leur prise en charge. C'est donc via ces rencontres notamment que s'établissent les relations professionnelles. Les sages-femmes AAD dans leurs propos mettent en avant leurs efforts pour faciliter les relations et recréer un modèle de confiance dans une prise en charge avec les autres professionnels, et notamment avec les sages-femmes qui prennent le relais : « On prévient toujours le CHU qu'on arrive (...). par respect, j'essaye toujours de trouver le temps d'appeler les sages-femmes pour leur dire quelle patiente arrive comme ça ils peuvent sortir le dossier. (...) Ils savent pourquoi on transfère, si c'est qu'il faut qu'elles sortent tout l'armada et qu'il va falloir gérer une urgence ou si quand on arrive il y a encore le temps de se présenter » (Sage-femme AAD, entretien A). Ce qui est important pour elles, c'est d'« avoir un espace de transmission orale avec la sage-femme qui prend le relais » (Sage-femme AAD, entretien B). Elles valorisent leurs « démarche d'être extrêmement respectueuse du système hospitalier » et d'« être en contact avec les équipes » (Sage-femme AAD, entretien E). Dans les entretiens, on retrouve cette volonté de mettre en avant leur démarche d'aller vers de bonnes relations avec l'hôpital :

*« Les équipes commencent à bien nous connaître (...). Si j'envoie une femme pour un transfert, tout ce qui va être dit à la sage-femme de l'hôpital c'est l'exacte vérité. Et ça a vraiment permis de développer une belle confiance avec les équipes hospitalières, ça se passe hyper hyper bien quand on transfère, on est vraiment les bienvenues. On appelle à chaque accouchement, donc on appelle au début du travail pour signaler qu'on est chez une patiente, on donne son nom, comme ça l'équipe sait qu'on est quelque part en train de faire un accouchement. Du coup après le travail, après l'accouchement on leur dit, « c'est tout bon elle a bien accouché, vous pouvez ranger le dossier. Et ça,*

*ça permet d'être en contact avec les équipes pas que quand on transfère » (Sage-femme AAD, entretien E)*

Cette sécurisation via la création d'une relation de confiance avec d'autres professionnels se joue particulièrement avec les sages-femmes hospitalières. Dans leurs propos, les sages-femmes AAD insistent sur le fait qu'elles appartiennent toutes à la même profession. Elles appuient alors leur volonté d'être rattachée à la pratique des sages-femmes.

*« On est toutes sages-femmes en fait, on fait toutes le même boulot » (Sage-femme AAD, entretien E)*

*« J'aimerais juste qu'il y ait une sorte de sororité entre toutes les sages-femmes. (...) On travaille toutes dans le même but, prendre soin de la femme et du bébé, du couple, de la famille ». (Sage-femme AAD, entretien A).*

Cette démarche de mettre en avant l'amélioration des relations lors des transferts et la création d'un réseau n'empêche pas les sages-femmes de parler des difficultés persistantes dans les transferts. Une sage-femme dit avoir *« toujours un peu peur de se faire taper sur les doigts »* (Sage-femme AAD, entretien A), et elles ont toutes connues des transferts compliqués relationnellement parlant.

### **C. Se rattacher à une profession médicale : démontrer la rigueur médicale de l'AAD**

Les sages-femmes réalisant des AAD tiennent toutes un discours visant à montrer la rigueur médicale de leurs pratiques. C'est en cela qu'elles se rattachent à la profession des sages-femmes, profession médicale, ce qu'elles expriment clairement :

*« il y a aussi bien sûr une partie médicale, et c'est aussi pour ça qu'on est sage-femme aussi » (Sage-femme AAD, entretien, A) .*

*« On reste quand même très sage-femme, très médicale dans notre rôle auprès de la femme ». (Sage-femme AAD, entretien E)*

Malgré un lieu d'exercice différent avec des conditions qui ne sont pas celles de l'hôpital, elles insistent sur des référentiels communs en termes de pratique médicale qu'elles ont : *« J'ai pas de table de réanimation chauffante avec le chronomètre etc. et bien le principe de base de réanimation reste le même, simplement je dois l'adapter dans le milieu »* (Sage-femme AAD, entretien A).

La sécurité au sens médical du terme tient une place importante dans les discours. A la fois concernant le matériel utilisé et sa préparation, les formations aux gestes d'urgence, la sélection des patientes, les distances avec la maternité, le suivi anténatal, les consultations prévues à l'hôpital avec une sage-femme et l'anesthésiste, elles veulent démontrer leur rigueur médicale :

*« On vient faire une visite à domicile, ce qui permet de repérer les lieux. Lors de cette visite on laisse toujours une petite boîte de matériel qui va rester chez les parents, dans laquelle il y a tout ce qu'il faut en cas de complications, (...) de quoi perfuser, de l'ocytocine de synthèse au frigo en cas d'hémorragie de la délivrance, de quoi recoudre s'il y a une déchirure, de quoi faire l'anesthésie locale. Je leur dis de louer une bouteille d'oxygène de façon à pouvoir faire la réanimation bébé (...) Je leur dis qu'il va falloir faire un dossier à la maternité, de rencontrer une sage-femme et l'anesthésiste en consultation médicale, pour que si jamais il y avait un transfert, il soit préparé »* (Sage-femme AAD, entretien B)

*« Sécurité ça veut dire aussi être bien formée à toutes ces situations d'urgence donc **revoir très régulièrement tous ces gestes d'urgence**, entre nous mais aussi en formation. C'est avoir le matériel toujours adéquat prêt. (...) Des fois on est tellement dans ce rôle médical qu'on arrive pas trop à faire la doula. (...) d'abord avant de souffler avec elle (la femme), je vais d'abord écouter le bébé, installer la réa néonate, tout préparer. C'est mon premier rôle, de sécuriser la naissance à la maison quoi. »* (Sage-femme AAD, entretien E)

*« Que l'on se forme régulièrement. Qu'on soit carrées dans nos gestes techniques quand il y a besoin Que notre matériel soit hyper à jour, qu'on soit hyper pointues sur le matériel qu'on pose chez les familles, qu'on a avec nous, qu'on refait hyper régulièrement des séances de formation. Je pense qu'il y a aussi ce côté purement médical. Et **le fait de suivre la grossesse hyper attentivement**. Voilà de baliser le chemin et le terrain médical aussi bien évidemment.* (Sage-femme AAD, entretien A).

*« Sur les distances acceptables par rapport à la maternité (...) ce que j'estimais être sécurisée en matière de distance ce n'était pas qu'une question de timing mais aussi une question de quelle route on doit emprunter, est-ce qu'on est l'été, l'hiver. (...) On réfléchit aussi à tout ça si on accepte une femme. (...) S'il y a une caserne de pompiers pas loin »* (Sage-femme AAD, entretien C)

Dans leurs propos, on perçoit la volonté d'expliquer aux autres professionnels la façon dont elles travaillent afin que cette rigueur médicale soit entendue. Elles veulent que cela participe à

changer le regard sur leurs pratiques en démontrant que ce qu'elles pratiquent répond à des exigences de sécurité médicale qu'elles s'imposent « *Moi j'ai envi de développer ce partenariat, pour que la confiance soit grande et qu'ils voient nos pratiques, qu'ils voient qu'on ne va pas jouer avec le feu, **qu'ils voient quelles sont les limites que l'on se pose*** » (Sage-femme AAD, entretien E). Elles aspirent d'une certaine façon à se démarginaliser : « *Que chacun se fasse un avis mais sur des choses vraies (...) qu'on entende qu'on ne fait pas n'importe quoi, qu'on accompagne pas des sièges ni des gémellaires à domicile, qu'on est pas en train de faire une prière du feu pour gérer une hémorragie* ». (Sage-femme AAD, entretien A).

#### **D. Le « compagnonnage » comme mode d'entrée dans la pratique AAD**

Le « *compagnonnage* » est un terme utilisé par les sages-femmes pratiquant l'AAD pour désigner le mode d'entrée dans la pratique de l'accouchement à domicile. Il est largement admis que pour « se lancer » à accompagner des accouchements à domicile, il faut d'abord passer par cette étape de compagnonnage, qui est perçue comme quelque chose d'incontournable, et d'essentiel pour la sécurité de l'AAD : « *La compagnonnage c'est impossible à squeezer avant de s'installer parce que du coup, au niveau de la sécurité, il faut avoir vécu quelques naissances à domicile, quelques complications, pour comprendre comment on gère et surtout comment on anticipe différemment les choses. (...) La sécurité de l'accouchement à domicile elle passe pour moi par du compagnonnage* ». (Sage-femme AAD, entretien C). Il s'agit donc d'accompagner une sage-femme réalisant des AAD depuis un certain temps, lors de plusieurs accouchements, afin d'apprendre et de vivre des naissances à domicile, avant d'en accompagner seule. Il s'agit ainsi d'une sorte de mode de transmission informel qui s'est développé dans la pratique des sages-femmes AAD, et qui est devenu un référentiel commun. Cela participe pour les sages-femmes AAD à une sécurisation professionnelle, dans le sens qu'elles entrent dans la profession via un réseau, et qu'elles sont en lien les unes avec les autres : « *Je me suis lancée avec des sages-femmes qui ont de la bouteille et qui me compagnonnent pendant un moment. (...) Je me suis sentie en sécurité parce que (...) ici dans le cabinet on n'est pas toute seule, on travaille ensemble, on peut compter les unes sur les autres* ». (Sage-femme AAD, entretien A). Pour une des sages-femmes, ce mode de liens professionnels est venu répondre à un manque ressenti de bienveillance et d'esprit de transmission lors de ses expériences de formations hospitalières, et lui a permis de retrouver un espace de confiance entre sages-femmes.

### **E. Cette démarche de construction d'une sécurité professionnelle vue par les équipes hospitalières : des postures très disparates**

Cette démarche des sages-femmes AAD de travailler en réseau, de créer de bonnes relations professionnelles lors des transferts, de cadrer leurs propres pratiques et de travailler dans la rigueur médicale n'est pas ressentie ni perçue de la même manière chez les autres professionnels de santé interrogés. Cette perception varie en fonction de leur posture générale vis à vis de l'AAD, mais pas seulement.

Certains vont considérer que cette démarche est très individualiste, voir le signe d'un « replis sur soi » (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien I), qui va à l'encontre d'une forme de collectif : « *En France c'est plutôt des professionnels de santé qui font ça de manière individuelle, sans travailler avec une structure hospitalière avec laquelle ils peuvent se rattacher. C'est quelque chose d'un peu anarchique ; donc quand on nous demande notre avis on est forcément mis en porte à faux car on ne peut pas refuser et en même temps on doit prendre la situation comme elle vient* ». (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien M). Le côté « anarchique », c'est à dire non normé et non organisé professionnellement, est critiqué, tout comme les sages-femmes AAD qui militent pour un cadrage officiel des pratiques.

Certains vécus personnels de transferts sont mobilisés afin de justifier des propos critiques vis à vis des pratiques médicales des sages-femmes AAD : « *c'était du n'importe quoi pour moi, ça n'avait plus rien de médical en fait (...) ça m'a choqué car la sage-femme est sensée être un minimum sage-femme* » (Sage-femme hospitalière, entretien J). A l'inverse, certains professionnels relatent des vécus où les relations étaient bonnes lors des transferts, des « *expériences positives* » et des « *sages-femmes qui étaient raisonnables dans leur prise en charge* » (Sage-femme hospitalière, entretien K). Une cadre de maternité évoque un vécu différencié selon le professionnel de l'AAD : « *Il y a des sages-femmes qui naturellement appellent, préviennent de l'arrivée, donnent le contexte, et puis d'autres non et là on voit arriver la patiente sans être prévenue et c'est désagréable.* » (Sage-femme cadre hospitalière, entretien H).

Le fait de cadrer cette pratique et la tendance actuelle à vouloir établir des normes professionnelles est également perçue différemment. Cet élan de cadrage peut être considéré comme très profitable à la fois par des professionnels ayant des postures soutenantes envers l'AAD que ceux qui sont globalement en opposition avec. Par exemple, une sage-femme

hospitalière va défendre les sages-femmes AAD en disant qu'elles « *cadrent* » vraiment les choses : « *Si la personne qui accompagne la femme dans cet accouchement à domicile fait preuve d'énormément de rigueur, suit des critères bien définis et bien OK.* » (Sage-femme hospitalière, entretien K). Un médecin-gynécologue, bien qu'ayant une posture en opposition au développement de l'AAD, salue les initiatives d'organisation collective, comme quoi le travail en réseau avait « *permis que les sages-femmes s'inscrivent dans un groupe* ». Ce médecin trouve que les protocoles qui ont été décidés « *donnent une grande sécurité aux sages-femmes qui du coup ont des éléments pour répondre non (aux couples souhaitant un accompagnement)* ». (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien I). L'organisation de rencontres au sein du réseau périnatal autour de l'AAD sont globalement vues d'un bon œil par les professionnels interrogés : « *Je pense que comment s'en est saisi le réseau périnatal, sans avoir d'a priori, enfin en essayant que les gens se mettent autour d'une table (...) et de se dire qu'on pourrait définir, pas une procédure, mais disons comment on pourrait définir le parcours de la patiente, comment on pourrait faire en sorte que les interfaces se passent pour le mieux, comment chacun peut faire pour qu'on accompagne en respectant le choix et se dire qu'on ne fait pas n'importe quoi, définir ce sur quoi il ne faut absolument pas aller, sur les contre-indications etc. Je trouve que déjà ça a permis une chose : que les gens se rencontrent* ». (Sage-femme cadre hospitalière, entretien H). Les professionnels ayant une posture soutenance vis à vis de l'AAD valident la rigueur médicale des sages-femmes AAD : « *leur pratique, elle est basée sur l'EBM (Evidence Based Medecine)* » (Sage-femme cadre hospitalière, entretien H). Plusieurs professionnels se rejoignent sur l'importance que les sages-femmes qui pratiquent l'AAD aient accès à des formations, notamment en lien avec les structures hospitalières.

A l'inverse, certains professionnels ayant une posture très en opposition sur l'accouchement accompagné à domicile refusent toute organisation commune, car cela serait en apporter une forme de soutien. L'emploi du mot « *hérésie* » (Médecin anesthésiste, entretien G) montre ce regard envers l'AAD en dehors du système de soins, en dehors des normes, ce qui suppose une impossibilité de travailler en commun.

Deux professionnels appuient leur discours d'opposition à l'AAD en raison d'une impossible organisation des transferts du fait d'un manque de moyens collectifs de transports d'urgence : « *La nuit, on est deux véhicules pour 800 000 habitants* », « *c'est quand même dévier les moyens du service public qui sont pauvres (...) pour un confort à risque en plus* » (Médecin anesthésiste, entretien G). « *On est dans de grandes difficultés par rapport aux urgentistes (...) C'est un choix individuel, qui va impacter la collectivité et **consommer des***

*ressources extrêmement rares qui sont les véhicules de SAMU par exemple, puisque la nuit il n'y a que deux véhicules de SAMU dans toute notre agglomération* » (Médecin gynécologue obstétricien, entretien I). Pour eux, une sécurité professionnelle de l'AAD, au sens d'une organisation collective, n'est donc pas faisable du fait d'un manque de moyens collectifs de transferts en urgence.

### **3) La sécurité institutionnelle absente de l'AAD**

Le dernier niveau de construction de la sécurité du côté du professionnel est la sécurité institutionnelle, c'est à dire que les institutions ou pouvoirs publics fournissent au professionnel, et qui passe notamment via l'accès à un système d'assurance professionnelle.

#### **A. L'absence d'assurance : l'insécurité institutionnelle différemment vécue par les sages-femmes**

Les entretiens des sages-femmes réalisant des AAD évoquent tous ce manque de sécurité institutionnelle. L'assurance étant ressentie comme un élément central manquant aux sages-femmes AAD dans leur sentiment de sécurité. Quand on demande aux sages-femmes ce qui permettrait d'améliorer la sécurité de l'AAD, deux sages-femmes répondent en premier lieu « *l'assurance* » :

*« C'est un peu le nœud de la guerre soyons honnête, parce que ça c'est vraiment quelque chose qui nous met en insécurité au quotidien, aussi bien en insécurité émotionnelle, financière, familiale. On embarque quand même quand on est sage-femme AAD toute notre famille dans ce truc-là, parce qu'on n'a pas d'assurance donc si un jour il arrive quelque chose c'est notre maison, notre voiture (...) tu as un peu cette épée de Damoclès au dessus de la tête. Il y a des jours où ça te vaut quelques insomnies quand même quoi ».* (Sage-femme AAD, entretien A).

*« Je me sens en insécurité complète du fait d'accompagner les accouchements à domicile si je parle d'un point de vue professionnel. J'ai pas de responsabilité civile, (...) c'est pas soutenu... »* (Sage-femme AAD, entretien B).

Une autre sage-femme paraît vivre les choses différemment. Elle ne se sent pas dans une insécurité parce qu'elle estime avoir fait sa part dans les démarches de recherche d'assurance :

« Ils veulent pas nous assurer tant pis. J'ai fait tout ce qu'il faut, j'ai fait les démarches au niveau du bureau central de tarification. Ils disent non, ils disent non. Il y a une sage-femme qui est montée au conseil d'Etat, donc voilà on est en cours de procédure. » Sage-femme AAD, entretien C.

L'absence d'assurance apparaît comme un frein important pour l'entrée dans la pratique de l'accouchement à domicile. Une sage-femme réalisant aujourd'hui des AAD expliquait qu'avant de se lancer : « je me sentais pas de porter ça, de risquer un procès, de ne pas pouvoir avoir une assurance pour travailler. C'était trop pour mes petites épaules. C'était ça mon frein principal. » (Sage-femme AAD, entretien E). Ce même frein se retrouve dans le discours d'une sage-femme libérale, qui un jour s'était posée la question de faire des remplacements dans un cabinet de sages-femmes AAD, mais qu'entre autres raisons, cet aspect insécuritaire (l'absence d'assurance) l'empêchait d'imaginer faire cette pratique : « Pour moi, c'était difficile, j'ai un côté très carré, pour moi si on est pas assuré, on y va pas. Cette histoire d'assurance, où elles sont obligées d'être hors la loi ». (Sage-femme libérale, entretien D).

## **B. L'absence ressentie de volonté politique et les exemples venus de l'étranger**

L'absence de solution quant à l'assurance des sages-femmes réalisant des accouchements à domicile est perçue comme étant la preuve d'une absence de volonté politique. C'est notamment le propos de la sage-femme cadre : « S'il y avait une volonté politique, que les AAD soient là, il y aurait une pression pour qu'il y ait une assurance française qui prenne en charge l'AAD » (Sage-femme cadre hospitalière, entretien H). Elle va même plus loin dans son discours, puisque selon elle, la volonté politique est au contraire de « stigmatiser » l'accouchement à domicile : « Il y a quand même une volonté politique, même si on affiche le contraire, de stigmatiser l'accouchement à domicile. (...) Je me rends compte qu'en fait c'est l'ARS qui signale ou qui porte plainte contre la sage-femme. (...) Quand ça ne se passe pas bien à domicile, c'est tout de suite devant la chambre disciplinaire. Alors que la même chose qui se passe à l'hôpital dans le même contexte et qui se finit de la même façon, il n'y a rien ». Pour elle, accoucher à domicile est « un droit ».

Cette absence de soutien politique qui se traduit par une absence d'organisation du système de soins en faveur de l'AAD, est mis en comparaison d'autres pays. Si « en France on n'est pas favorable à l'accouchement à domicile parce qu'on part du principe que c'est un sur-

risque » (Sage-femme cadre hospitalière, entretien H), et que l'« *Etat n'aide pas du tout les AAD, l'Etat n'est pas courageux par rapport à ça* » (Sage-femme libérale, entretien D), notre système est comparé à l'étranger. « *Alors en France il n'y a pas eu d'étude sur ce sujet là. Mais on a des études dans d'autres pays d'Europe avec des pratiques proches des nôtres, et du coup on sait que pour un premier bébé il y a autant de risque quand on regarde tous les risques cumulés, d'accoucher à la maison que d'accoucher à la maternité. Et pour un x-ième bébé c'est moins risqué d'accoucher à la maison que d'accoucher à la maternité. En Angleterre, ils se sont beaucoup basés là dessus pour prendre des décisions politiques, basés sur des études scientifiques* ». (Sage-femme AAD, entretien E). « *Quand je vois qu'en Angleterre, c'est des sages-femmes hospitalières qui vont faire des accouchements à domicile et qu'elles ont le soutien, enfin en tous cas que c'est un projet de société, ça fait partie de leur projet de soin* » (Sage-femme AAD, entretien B). Au Québec, « *le pays a choisi cette sécurité là (soutenir les AAD) et s'est engagé pour que les sages-femmes puissent le faire.* » (Sage-femme libérale, entretien D).

Pour certaines, toute leur démarche de solliciter les espaces professionnels pour arriver à des normes participera à faire valoir leur place dans l'offre de soins, et ainsi aboutir à une sécurité institutionnelle : « *Avec des recommandations, on finira bien par avoir une assurance.* » (Sage-femme AAD, entretien B).

### **C. La volonté affichée d'intégrer l'accouchement à domicile à l'offre de soins**

Ce qui constituerait une sécurité institutionnelle d'après les sages-femmes pratiquant l'AAD interrogées, c'est que l'AAD soit « intégré à l'offre de soins », comme un choix parmi d'autres de lieu de naissance. « *Intégrer l'accouchement à domicile à l'offre de soins, donc ça veut dire du travail en réseau entre les différents professionnels, des recommandations de l'HAS ça c'est indispensable, la question des assurances, la question de la prise en charge par la sécurité sociale aussi* ». (Sage-femme AAD, entretien B).

Cette intégration permettrait d'« *offrir le choix aux patientes, de les informer en début de grossesse sur leur véritable choix* » (Sage-femme AAD, entretien E) et permettre que « *le système de santé fonctionne bien autour de l'AAD* » (Sage-femme AAD, entretien A) ce qui améliorerait l'offre de soins globale autour de la naissance selon les défenseurs de l'AAD.

Un argument développé par les praticiens de l'AAD dans les entretiens en faveur d'une sécurité institutionnelle de l'AAD est le développement en parallèle des accouchements non accompagnés à domicile :

*« On a besoin de sages-femmes qui accompagnent les accouchements à domicile parce qu'une grande partie des accouchements non accompagnés se font parce qu'il n'y a pas de sage-femme, pas parce qu'ils veulent un accouchement non accompagné, ça c'est un phénomène qui prend une ampleur incroyable. »* (Sage-femme AAD, entretien E).

*« Il y a vraiment une population demandeuse des accouchements à domicile, et je trouve ça dommage qu'elles prennent des risques pour leur santé à accoucher toute seule juste parce que nous on arrive à pas s'organiser et à se parler »* (Sage-femme libérale, entretien D)

*« Il ne vont pas nous mettre des bâtons dans les roues (le réseau périnatal) car ils préfèrent quand même qu'on soit là contrairement à d'autres réseaux où il n'y a pas de sages-femmes et où les femmes accouchent toutes seules chez elles »* (Sage-femme AAD, entretien C)

#### **D. La reconnaissance des sages-femmes en question ?**

La sage-femme cadre en maternité relie ce manque de volonté politique dans le développement de l'AAD au manque de reconnaissance de la profession de sage-femme. Ainsi, quand elle évoque ce manque de volonté politique, *« C'est lié à la place de la sage-femme en France. On ne leur donne pas une pleine autonomie. Je pense que c'est politique »* (Sage-femme cadre hospitalière, entretien H). Alors que pour elle, accompagner les accouchements à domicile *« fait partie des compétences des sages-femmes »*.

*« Parce que des médecins qui faisaient des accouchements à domicile il y en avait. Par exemple, en Isère il y a vingt ans, il y avait un ORL qui faisait des accouchements à domicile. Donc bon.. on est d'accord qu'on s'éloigne un peu de l'obstétrique.. Il y a eu des soucis, mais ceci dit il a été moins embêté que les sages-femmes. (...) Comme ce sont des sages-femmes, on monte vite au créneau. »* Sage-femme cadre hospitalière, entretien H

En résonance de ce discours, l'anesthésiste explique que pour lui, l'AAD est une voie utilisée pour faire exister la profession de sage-femme *« On sent que c'est une profession qui a envie d'exister par diverses options et chemins y compris par l'accouchement à domicile. (...) C'est une des voies pour faire exister le truc »* (Médecin anesthésiste, entretien G).

## II- LES PERCEPTIONS DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTES ET DES NOUVEAU-NÉS

L'analyse des entretiens sur les perceptions des professionnels concernant la sécurité des patientes et des nouveau-nés a montré que l'on peut les regrouper en deux modèles principaux. Le premier modèle défend une sécurité avant tout fondée sur un respect de la physiologie, comme facilitatrice de l'accouchement. Le second, va plutôt insister sur la sécurité comme un ensemble de techniques à mettre en œuvre pour parer à toutes les complications imprévisibles autour de l'accouchement ; dans ce modèle, la sage-femme ancre l'accouchement dans le registre de l'événement médical à risque. Les deux modèles ne sont pas incompatibles ni opposés, bien au contraire, puisqu'ils sont tous deux présents chez la plupart des professionnels interrogés, à des degrés variés d'adhésion à l'un ou l'autre modèle. La posture globale du professionnel interrogé vis à vis de l'accouchement accompagné à domicile va être fortement dépendante de son niveau d'adhésion à l'un ou l'autre modèle, puisque cela conditionne sa vision de la sécurité de l'AAD. Le premier modèle va principalement être développé par les sages-femmes interrogées, en particulier celles réalisant des AAD, mais pas uniquement, puisque les sages-femmes hospitalières sont également convaincues de l'importance du soutien à la physiologie. Les médecins interrogés, qu'ils soient anesthésiste, pédiatre ou gynécologue-obstétricien, vont percevoir la sécurité de l'accouchement davantage via le second modèle. Toutefois, ce modèle n'est pas absent du discours sur la sécurité chez les sages-femmes, et elles partagent la vision de l'accouchement comme un événement à risque. L'activité professionnelle joue donc un rôle vis à vis de la perception de ce qu'est la sécurité dans l'accouchement, et ainsi indirectement sur le positionnement vis à vis de la sécurité de l'AAD, notamment via la division des rôles entre les sages-femmes qui s'occupent principalement de la physiologie, et les médecins gynécologues-obstétriciens qui s'occupent avant tout de la pathologie. Les récits de vécus personnels d'accouchement (non plus en tant que professionnel mais en tant que mère ou père) sont employés comme des discours de justification de l'adhésion à un modèle ou à l'autre par les différentes professions.

Cette présentation en deux parties distinctes de l'analyse des entretiens n'a donc pas pour but d'opposer ces deux conceptions, qui sont en fait présentes chez tous, mais plutôt d'aider à mieux comprendre les positionnements des uns et des autres, et de faciliter la restitution de problématiques complexes.

## 1) La sécurité : soutenir la physiologie

Dans plusieurs entretiens, parler de sécurité de l'accouchement dans la naissance à domicile, c'est avant tout évoquer le rôle de la sage-femme dans le soutien à la physiologie de l'accouchement. Les sages-femmes de l'AAD insistent fortement sur cette vision quand elles expliquent leur rôle pour placer leurs patientes et nouveau-nés dans un environnement de sécurité médicale. On retrouve aussi ce discours, à divers degrés, chez les sages-femmes d'autres mode d'exercice. Partager cette définition de la sécurité amène à percevoir l'AAD comme pratique sécuritaire.

### A. Le paradigme de la physiologie : besoins de sécurité et d'intimité des femmes pour un accouchement sécuritaire

La définition de ce qu'est l'accouchement est appréhendée dans ce modèle en premier lieu comme un événement physiologique de la vie :

*« Je ne me suis jamais sentie proche de définition de l'accouchement comme j'ai pu les lire plusieurs fois, (...) je ne peux pas dire que pour moi on ne sait qu'un accouchement a été physiologique qu'à la fin de la naissance parce que tout peut toujours devenir complètement pathologique sur le chemin. Mais je vais plutôt dire que d'abord l'accouchement est physiologique, et tous les accouchements sont d'abord physiologiques, et qu'il importe que je reste vigilante à repérer les espaces où ça ne l'est plus. Mais majoritairement d'abord la mise au monde d'un enfant est un processus physiologique de bonne santé. » Sage-femme AAD, entretien B*

Le rôle de la sage-femme, dans le cadre d'une grossesse physiologique, est alors tout faire pour préserver cette physiologie, et c'est en cela qu'elle sécurise médicalement la naissance : *« Une fois qu'on a compris la physiologie de l'accouchement, on se rend bien compte de où est la sécurité en fait. **Que soutenir la physiologie c'est ça qui amène de la sécurité. (...) Parce que je sais que c'est ça qui va faire que la femme elle va bien accoucher, et que c'est la première chose de la sécurité de cette femme et de ce bébé en fait.** » Sage-femme AAD, entretien E*

Les sages-femmes souhaitent s'éloigner d'une définition centrée autour des risques, tout en évoquant le risque comme une notion de fait incontournable dans leur pratique : « *En tant que sage-femme jamais au grand jamais tu ne pourras oublier qu'il y a des risques qui existent. Mais simplement tu ne te focalises pas sur les risques* » (Sage-femme AAD, entretien A). Cette sage-femme explique d'ailleurs qu'elle préfère parler en termes de « *santé pour la femme* », et parler de « *facteurs de bonne santé* » et « *facteurs de mauvaise santé* » pour ne pas trop être influencée dans sa pratique par ce modèle de l'accouchement défini comme un risque. La sage-femme cadre en maternité (entretien H) explique de la même manière ne pas se retrouver dans la définition de l'HAS du bas risque obstétrical, qu'il faille « *prouver qu'on était à bas risque après avoir accouché (...)* On est pas sur du bas risque d'emblée quelque part et ça ça me gêne un peu. »

Dans cette perspective, le sentiment de sécurité de la femme va être un pilier du maintien de la physiologie et donc d'un accouchement normal : « *pour moi, la sécurité c'est le premier besoin d'une femme qui accouche. **Pour qu'elle puisse mettre au monde son enfant dans de bonnes conditions, et que la physiologie soit respectée, il faut qu'elle se sente elle en sécurité.*** » (Sage-femme AAD, entretien B). Ce sentiment de sécurité renvoi entre-autres à la notion de « *sécurité psycho-affective* », un terme employé dans plusieurs entretiens, qui est alors perçue comme un pilier de la sécurité médicale, une condition nécessaire à un bon déroulement de l'accouchement.

Cela est rationnellement expliqué par les sages-femmes via les mécanismes hormonaux du travail et de l'accouchement : « *Moi, le premier besoin c'est le besoin de sécurité chez la femme. C'est à dire que moins elle va sécréter d'adrénaline, l'adrénaline c'est l'antagoniste de l'ocytocine, l'ocytocine c'est l'hormone qui va donner des contractions et qui vont permettre l'ouverture. Donc une femme il faut qu'elle sécrète de l'ocytocine, donc pendant son travail, moins elle sécrète d'adrénaline, mieux elle accouche. Il n'y a pas que ça mais si on devait dégager une ligne principale c'est celle là* » (Sage-femme AAD, entretien B). Or, pour certaines femmes, « *c'est une sécurité psycho-affective d'accoucher à domicile* » (Sage-femme cadre hospitalière, entretien H). Mais ce n'est pas le cas chez toutes les femmes, d'où l'important du cheminement des patientes durant la grossesse, de chercher là où elles placent leur sentiment de sécurité ; les sages-femmes les accompagnent dans ce chemin : « *Une question que je pose d'office dans le premier entretien chez tout le monde ; c'est "pour toi où est-ce que tu trouves*

*ta sécurité ? est ce que tu fais un accouchement à domicile parce que pour toi c'est là qu'elle est ta sécurité ?" » (Sage-femme AAD, entretien A).*

Dans ce même esprit de parvenir à l'accouchement en sécurité affective chez la femme, les sages-femmes expliquent que les peurs vont être « travaillées » durant la grossesse :

*« Et après c'est à la femme de **faire le travail qui est nécessaire pour arriver au moment de la naissance en ayant le mieux possible travaillé ses peurs.** Et parfois ça va inclure le lieu. Ça va inclure le fait que pour être complètement libre de se dénuder, se mettre à quatre pattes, accroupi, de toucher son sexe, de crier, et bien elle se voit mieux le faire chez elle que dans une maternité, ou même parfois pour certaines dans une maison de naissance. Et pour d'autres au contraire, ça ne sera pas possible à la maison, parce que pour elle ce qui va être hyper important c'est que à portée de main, il y ait un plateau technique, la possibilité d'une césarienne, un pédiatre en 3 minutes. Ces femmes là c'est juste impossible qu'elles accouchent à la maison. C'est pour ça que ça appartient bien à chacune et que quand même dans la société dans laquelle on vit, ça reste, enfin je crois, et ça restera un projet minoritaire ».* (Sage-femme AAD, entretien B). Cet extrait montre que si la sécurité affective pour certaines femmes est d'accoucher à la maison, pour d'autres c'est à la maternité ou en maison de naissance. Les sages-femmes AAD ne défendent donc pas la maison comme lieu d'accouchement en sécurité pour toutes les femmes (outre la sélection sur les critères médicaux), puisque soutenir la physiologie passe par le soutien de la femme dans son choix du lieu où elle se sent le plus en sécurité. Dans cette optique, le choix de la maison comme lieu d'accouchement doit être fait non pas par rejet de l'hôpital : *« Ce qui est dommage c'est si on choisit un AAD parce qu'on a eu une expérience très compliquée à l'hôpital, et qu'on ait pas réglé ça. Parce que là pour le coup, je ne suis pas sûre que la sécurité psycho-affective elle soit garantie. »* (Sage-femme cadre hospitalière, entretien H). Une sage-femme mobilise son vécu personnel pour appuyer cette primauté du besoin de sécurité pour bien accoucher : *« Pour moi, lâcher prise et me laisser aller c'était beaucoup plus difficile en maternité. Ça a été pour moi, en tant que femme, un espace de sécurité que d'être dans mon domicile, pour me permettre de m'ouvrir suffisamment pour laisser mon enfant venir au monde. »* Sage-femme AAD, entretien B.

Cette importance de la sécurité affective et du travail de cheminement pendant la grossesse permettent de mieux comprendre pourquoi le suivi global est autant perçu comme indispensable dans la pratique de l'AAD. *« Qu'elles soient dans un sentiment elle d'être en sécurité ça va être un point de discussion tout au long de la grossesse »* (Sage-femme AAD, entretien B). Pour un soutien de la physiologie, l'AAD, selon la sage-femme cadre interrogée *« est une prise*

*en charge qui est globale et qui doit l'être* » (entretien H). Pour elle, c'est « *un non-sens* » si le suivi de grossesse n'est pas réalisé par la sage-femme accompagnant l'accouchement.

Ce sentiment de sécurité rejoint la notion de confiance que nous avons développé en première partie. « Etre en sécurité » c'est aussi être en confiance. Les sages-femmes dans leurs propos parlent alors de l'importance que la femme ait confiance en elle et en son bébé, et les sages-femmes durant la grossesse et le travail vont tâcher à donner à la femme confiance en elle-même : « *Avoir confiance en ce processus naturel de la vie et de la naissance. Avoir confiance dans le couple qu'on accompagne. Que eux aussi aient confiance dans ce processus physiologique de la naissance. (...) C'est hyper important, on travaille très fort avec les couples pour qu'ils arrivent, enfin qu'ils cheminent tout au long de la grossesse, pour qu'eux ils aient confiance en eux, que la femme ait confiance en elle, qu'ils aient confiance en leur bébé* » (Sage-femme AAD, entretien A). Cette confiance va passer entre autres via la présence et l'accompagnement de la sage-femme : « *Que la femme se sente en confiance, se sente vraiment accompagnée, ça fait partie de la sécurité.* » (Sage-femme AAD, entretien C).

Le fait de respecter une intimité de la femme fait également parti du soutien à la physiologie d'après les sages-femmes interrogées, et cela passe notamment par la connaissance de la personne qui accompagne la naissance, et un nombre restreint de professionnels autour : « *je reste quand même persuadée que sur le bas risque, pour être en sécurité (...), il ne faut pas qu'il y ait tout ce monde* » (Sage-femme cadre hospitalière, entretien H).

## **B. Prévenir les complications en intervenant le moins possible**

Dans cette perception de la sécurité, ne pas perturber le mécanisme naturel de la naissance permet de réduire les risques de survenue de complications : « ***On n'intervient pas donc on ne vient pas créer de pathologies*** » (Sage-femme AAD, entretien A). Par exemple, les sages-femmes refusent l'amniotomie (rupture artificielle des membranes) à domicile, car cela crée un risque de procidence du cordon, qui est une urgence vitale pour l'enfant : « *Les risques de procidence du fait qu'on ne perce pas la poche des eaux ils sont microscopiques* » (Sage-femme AAD, entretien E). Une sage-femme prend comme exemple d'ailleurs le système anglo-saxon de santé qui soutient davantage les accouchements à domicile pour parler de cette réduction de complication : « *Le système anglo-saxons ils l'ont bien compris à quel point quand on laisse*

*les femmes chez elles ils ont de meilleurs résultats, donc ça c'est l'étude du NICE<sup>10</sup>, c'est pas moi qui l'invente, c'est étudié. Ils ont remarqué que finalement les femmes qu'on laisse accoucher physiologiquement et qui restent chez elles, il y a même moins de complications en fait ».* (Sage-femme AAD, entretien C).

Les interventions médicales sont perçues comme induisant du risque obstétrical, du fait qu'une intervention perturbe le mécanisme physiologique, et ainsi favorise l'apparition de la nécessité d'autres interventions. Cela est illustré dans les propos via des utilisations d'énumérations : le « *péri, rap, synto, césarienne* », le « *pack de primipare : péridurale, forceps, épisio* » :

*« C'est ce que moi j'appelais le "péri, rap, synto, césarienne". Vous appelez pas ça "rap" mais quand on vient rompre les membranes, une amniotomie quoi. "Péri, rap, synto" c'était les consignes qu'on avait du gynéco au téléphone, "bon ba tu lui fais une péri, rap, synto", bon ba oui super et moi je me disais "et une césarienne du coup derrière ?". »* (Sage-femme AAD, entretien A)

*« Les années au CHU, pfff c'était de toutes façons interventions sur interventions. J'avais l'impression que plus aucune femme n'était capable d'accoucher là dedans. C'était péri, rupture, synto, ventouse, étrières, allez on crie, on pousse fort, on se fâche etc. ».* (Sage-femme AAD, entretien C).

Une sage-femme (entretien B) mobilise son expérience personnelle pour illustrer cette cascade : « *J'ai eu une première expérience de devenir mère avec un joli « pack de primipare », péridurale, forceps, épisio... ».*

Cette posture de limiter les interventions au strict nécessaire implique pour la sage-femme de l'entretien A une autonomie dans sa pratique : « *Si j'ai le sentiment d'être observée, de devoir rendre des comptes, je vais me mettre à normer une pratique, à être beaucoup plus interventionniste auprès de la femme et à induire du risque obstétrical. »*

La question du risque iatrogène (le risque induit par la prise en charge médicale) est mentionnée dans les entretiens, et est reliée notamment à des questions de manque d'effectifs

---

<sup>10</sup> NICE = National Institute for health and Care Excellence (équivalent de la Haute Autorité de Santé en Angleterre).

en maternité et à des logiques de rationalisation : « *Comment ne pas être iatrogène quand il y a du travail, qu'il faut gérer toutes les salles d'accouchement... Parfois il y a des fausses surveillance inhérentes à l'activité soutenue ; on est parfois obligé de manager un peu le travail pour pouvoir gérer les choses* » (Sage-femme cadre hospitalière, entretien H).

Ainsi, l'accouchement accompagné à domicile se défend d'être dans une logique de prévention de l'apparition de certaines pathologies via la réduction des risques que permet le soutien de la physiologie, dans le cadre d'une grossesse à bas risque obstétrical. La sage-femme hospitalière de l'entretien K soutient cette logique : quand on pose la question de « *est-ce que le fait d'être chez soi peut être un élément de sécurité pour toi ?* », la sage-femme de l'entretien K répond « *Carrément, tout à fait. Moi je pense qu'on diminue les risques, notamment (...) de l'hémorragie. Une patiente qui va être dans son cocon, qui va avoir un travail rapide du fait de son cocon, d'avoir la lumière tamisée, d'être en confiance, de ne pas être excitée par la lumière ou les trente personnes qui entrent et bien finalement tu vas lui permettre de sécréter hormonalement tout ce qu'il faut pour son accouchement et son post-partum immédiat. Et ça va être profitable aux premiers moments du bébé, il va sûrement faire une tétée ultra rapide, et donc faire sécréter à la patiente l'ocytocine, et donc réduire les risques d'hémorragie* ».

### **C. « Sens clinique » dans l'accompagnement : « noblesse » du métier de sage-femme ?**

Dans ce soutien à la physiologie, les sages-femmes vont parler de l'importance de leur « sens clinique » et du fait de n'avoir qu'avec une seule patiente à accompagner, afin de surveiller le travail et de s'assurer qu'il se déroule bien. Cela va passer notamment via l'observation du comportement et du corps de la femme et l'écoute des sons :

« *Le fait d'avoir une disponibilité uniquement pour une femme, de la connaître, d'arriver à vraiment avoir le temps de voir les modifications cliniques et physiologiques, d'observer son corps, les différents stades du travail, d'être là que pour elle, c'est sûr que ça renforce la sécurité* » (Sage-femme hospitalière, entretien K).

« *On entend les moindres soubresauts de différences dans son souffle, dans ses gémissements et du coup on entend très bien l'avancement du travail et si ça commence à*

*bloquer etc. C'est hypersécurisant d'en avoir qu'une à surveiller.* » (Sage-femme AAD, entretien C)

Pouvoir utiliser ce sens clinique nécessite ainsi une présence continue auprès de la femme, ce qui participe à la sécurité selon les propos des sages-femmes interrogées : « *La sécurité elle passe par là, qu'il y ait une sage-femme qui surveille une femme et un enfant et qui est pleinement à cet accouchement.* » (Sage-femme AAD, entretien C). Selon une sage-femme AAD, le fait d'être à domicile facilite son sens clinique et donc son accompagnement du travail : « *Pouvoir être « chez eux », de vraiment pouvoir découvrir les familles dans leur milieu. Elles te laissent entrer dans leur plus propre intimité, tu peux les accompagner encore plus facilement, encore plus précisément. Moi j'y arrive plus facilement en me mettant dans leur milieu* » (Sage-femme AAD, entretien C). C'est cette intimité créée avec les couples durant la grossesse, ainsi que le fait d'être chez eux, qui facilite ainsi le suivi clinique via le fait de connaître et s'adapter à la femme.

Cet appui important sur « *cette sensibilité clinique* » est reconnu par la sage-femme cadre quand elle parle de ses collègues sages-femmes AAD (entretien H) : « *J'ai une grande estime pour les sages-femmes qui pratiquent l'AAD que je connais ; elles ont un sens clinique, un raisonnement clinique que la sage-femme hospitalière a un peu perdu* ». Pour elle, l'accompagnement qu'elles proposent, basé sur cette clinique, « *c'est vraiment le cœur du métier et toute la noblesse de notre métier, à savoir s'adapter à la femme, au contexte familial, au besoin de chacun.* ».

Comme la sage-femme de l'entretien E, les sages-femmes AAD se présentent ainsi comme des spécialistes de la physiologie de l'accouchement « *moi ma spécialité c'est la physiologie* ». A l'inverse, elles expliquent ne « *plus savoir gérer la pathologie* » comme les sages-femmes sont amenées à le faire à l'hôpital, puisqu'elles transfèrent au moindre doute. Elles parlent alors de leur « *insécurité* » à gérer cette pathologie du fait de leur quotidien qui est de gérer la physiologie : « *Gérer la patho aujourd'hui c'est stressant pour moi. Je serais incapable de refaire une garde en maternité, de gérer 4 couples en même temps. Et pour moi de faire du saupoudrage dans une salle et dans une autre serait insécurisant à la fois pour moi et pour le couple.* » (Sage-femme AAD, entretien E). Une sage-femme exprime que pour elle cela ne correspond pas à sa définition du métier de sage-femme : « *En hôpital on accompagne aussi la*

*pathologie, on accompagne plus juste la physiologie. Et ça pour moi c'est pas mon métier à moi en tant que sage-femme. Alors oui l'urgence bien sûr ça fait partie du métier, mais en tout cas, accompagner la pathologie moi j'en suis incapable. »* (Sage-femme AAD, entretien A). Une autre sage-femme raconte sa difficulté à gérer plusieurs femmes sous analgésie péridurale, du fait que justement elle ne puisse plus se fier à son sens clinique de l'observation et de l'ouïe, et du fait qu'il ne s'agisse plus d'un respect de la physiologie : *« Sous péri, on ne sait plus où elle en est la femme. On ne l'entend plus gémir, on n'entend plus ce qu'il se passe et c'est beaucoup plus difficile d'entendre que ça devient pathologique. (...) « j'avais toujours extrêmement peur, après les poses de péri, de la chute de tension, de la chute du rythme cardiaque fœtal, de cette espèce de travail qui allait partir en vrille, il allait falloir remettre du synto parce qu'il n'y allait plus avoir de contractions, de rompre la poche des eaux alors que le bébé n'avait pas fini de se fléchir »*. (Sage-femme AAD, entretien C).

Ce sens clinique est mis en parallèle avec une pratique davantage basée sur une surveillance via la technique : *« on forme des techniciennes mais plus des sages-femmes »* (Sage-femme AAD, entretien C). La technique n'est pas refusée, mais utilisée selon l'appréciation clinique de la sage-femme : *« Chaque geste que tu vas poser il prend un sens « ça te permet de connecter vraiment au sens clinique. C'est à dire que tu fais pas un monito parce qu'il faut faire un monito, mais tu fais un monito parce que là tu as l'impression soit qu'il y a un changement de phase, soit il y a un truc qui te fait dire que tu aimerais bien savoir comment va le bébé, soit tu réponds à la demande de la femme, et c'est comme si chaque geste que tu vas poser un prend un sens. »* (Sage-femme AAD, entretien B).

#### **D. Prévenir la santé globale de la famille : une définition élargie de la sécurité**

Lorsque l'on interroge les sages-femmes sur la sécurité de la femme et du nouveau-né dans la pratique de l'accouchement à domicile, plusieurs d'entre-elles parlent d'une définition élargie de la sécurité, qui va englober le domaine de la prévention. Dans cette définition, la santé est élargie à *« toutes les santés, la santé physique, psychologique, peut être spirituelle pour certains, affective beaucoup »* (Sage-femme AAD, entretien B). Alors, la sécurité dépasse largement le moment crucial de l'accouchement, pour prendre en compte la prévention, par exemple via le suivi nutritionnel durant la grossesse, ou via la prévention de la dépression du post-partum et l'accompagnement à la parentalité :

*« Aujourd'hui on sait qu'on a plus de femme qui meurent de suicide de dépression du post-partum que d'hémorragie de la délivrance. Et il y a deux choses dans la prévention de la dépression du post-partum il y a le déroulement de l'accouchement et le soutien post natal. Je veux dire quand on soutient l'accouchement physiologique d'une femme, on soutient sa santé à long terme, on soutient qu'elle va grandir et ne pas être détruite par son accouchement. On prépare les accouchements physiologiques mais qu'on prépare énormément le post-partum, parce qu'on sait que beaucoup se joue à ce moment là. (...) Moi j'ai l'impression de faire un travail de profonde sécurité, et de prévention, de mettre en fait mettre des graines de sécurité intérieure pour les années à venir quoi. J'ai l'impression de faire un vrai travail de fond pour sécuriser la naissance de ce bébé et la vie de cette famille ». (Sage-femme AAD, entretien E).*

*« Je fais vraiment un suivi nutritionnel de chaque patiente, qui permet au final d'enlever plein de pathologies en fait. » (Sage-femme AAD, entretien E)*

Le lien construit par les sages-femmes AAD avec les couples est perçu par d'autres sages-femmes comme un élément de prévention du suicide maternel, donc de soutien psychologique important : *« C'est vraiment une prise en charge qui est globale (...), qui participe à la sécurité psycho-affective, aux premiers liens mère-enfant. On voit bien la catastrophe, le rapport des milles jours le dit, du rapport sur la mortalité maternelle que la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité maternelle à 1 an c'est le suicide. Si ça ça nous fait pas réfléchir ! Qu'on est délétère quelque part. Alors bon le suicide n'est pas toujours évidemment lié aux conditions d'accouchements, mais quelque part il manque quelque chose. Et le fait qu'il y ait ce lien avec une sage-femme d'accompagnement global c'est vraiment une plus-value. » (Sage-femme cadre hospitalière, entretien H).*

Participer à améliorer le vécu de la naissance est considéré comme un élément important pour le développement d'une parentalité harmonieuse, et donc d'une sécurité à long terme : *« on les accompagne à se sentir capable à devenir parents, (...) dans leur capacité à accueillir leur bébé, ils vont trouver la confiance pour aussi traverser les difficultés des nuits où tu dors pas, de l'ado qui se tire sans nouvelles... (...) Pour moi ça en fait partie, qu'ils se sentent de devenir des parents, eux-mêmes sécuritaires pour leur enfant. » Sage-femme AAD, entretien B*

### **E. L'accouchement physiologique : quelles perceptions par les professionnels étant plutôt dans un modèle de l'accouchement comme un risque ?**

On retrouve les termes « *accouchement physiologique* » et « *sécurité affective* » dans la quasi totalité des entretiens, peu importe les postures des professionnels. Ainsi, ces mots font également partie du langage de ceux qui a priori ne sont pas dans un modèle de la sécurité basée sur la physiologie. Toutefois, le respect de la physiologie comme étant un socle essentiel de la sécurité de l'accouchement n'est pas spontanément évoqué dans les discours notamment des médecins (mais la question n'a pas été posée spécifiquement là dessus...). Ce qui ne signifie pas qu'ils ne partagent pas cet avis, mais plutôt que ce n'est pas ce qui vient en premier lieu dans leurs propres perceptions de la sécurité de l'accouchement.

La sécurité affective est importante, mais pas nécessairement considérée comme étant à la base de la sécurité médicale. Les enjeux médicaux étant perçus comme dépassant ceux associés à la sécurité affective :

*« Effectivement la sécurité affective et interne et après un meilleur vécu de son accouchement, qui peut être pour le coup très bénéfique par la suite au long court, ça je l'entends complètement. Mais je me dis que les enjeux par rapport à ça, que si ça se passe mal d'un point de vue médical, ils sont tellement importants, ça peut d'un coup être tellement grave, que le risque est quand même haut, disons que le risque est plus élevé d'un point de vue médical que par rapport à cette notion de sécurité affective (...) Mais je me dis que ça ne vaut pas le risque médical à côté. »* (Pédiatre, entretien L)

Plusieurs médecins interrogés parlent de l'importance de rester vigilant à l'hôpital de ne pas sur-médicaliser, et d'« *entendre leur envie d'être démedicalisée* » des patientes (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien I). L'accouchement physiologique est avant tout perçu comme un accouchement non médicalisé, ce qui est donc réalisable et réalisé en structure hospitalière. Les propos vont plutôt alors défendre qu'un accouchement physiologique peut tout à fait avoir lieu en structure hospitalière : « *Après je pense qu'on peut aussi démedicaliser et faire du physiologique dans les murs ici.* » (Pédiatre, entretien F). Il est mis en avant que les patientes à l'hôpital peuvent « *aller dans la baignoire* », « *accoucher dans la position qu'elles veulent, sans péridurale* », que les patientes ne sont « *pas obligées d'être perfusées* », qu'« *on peut faire marcher les gens* » ; « *on a une offre de soin, donc on peut permettre que vous*

*accouchez dans des conditions démedicalisées »* (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien I). Les patientes peuvent avoir *« exactement la même chose qu'à domicile, sur un plateau technique hospitalier »* (médecin gynécologue-obstétricien, entretien M). Dans cette perspective, les choix possibles que représentent le développement du plateau technique, les maisons de naissances, les salles natures au sein des salles de naissance sont mises en avant comme alternatives à l'accouchement à domicile : *« Que ces patientes là on les accueille sur un projet de salle nature ou de maison de naissance, qui est rattaché à une structure hospitalière »* (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien M).

## **2) La sécurité : parer à toutes les complications imprévisibles de la naissance**

*« Un bel accouchement pour moi c'est quand tout le monde va bien à la sortie. Le reste... finalement... on fait comme on peut quoi »*. (Pédiatre, entretien F)

Pour d'autres professionnels, notamment plutôt du côté des médecins interrogés, la sécurité autour de la naissance est appréhendée comme le fait de pouvoir répondre vite et efficacement aux complications les plus graves qui peuvent entourer un accouchement. La sécurité est donc pensée surtout autour de l'instant clé qu'est l'accouchement, puisqu'il est le moment potentiellement à risque vital. L'accouchement accompagné à domicile étant de fait éloigné d'une structure de soins, donc du lieu d'intervention rapide en cas de complications graves, il ne peut alors venir répondre à cette vision de la sécurité. Le fait d'appartenir fortement à ce modèle du risque est donc associé à des professionnels ayant une posture globale d'opposition à la pratique de l'AAD. Toutefois, ce modèle du risque à un degré moindre, se retrouve chez tous les professionnels interrogés, puisque tous raisonnent en fonction des risques de complications de la naissance.

### **A. L'accouchement : un événement avant tout médical, à risque de complications graves**

Sans pour autant nier l'aspect familial et intime qu'est la naissance, l'accouchement est envisagé par plusieurs médecins interrogés avant tout comme un événement médical : *« l'acte de naissance il est intime mais c'est quand même un acte médical qui n'est pas dénué de risque »* (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien I). C'est cette propension à se

compliquer qui fait que l'accouchement est perçu avant tout dans son aspect médical dans les propos recueillis : « *C'est vrai que moi je le classerai plus comme un évènement médical... enfin disons que c'est un évènement physiologique qui fait partie de la vie, mais qui est à haut potentiel de devoir se médicaliser* ». (Pédiatre, entretien L). L'aspect physiologique de l'accouchement n'est pas nié, mais il s'agit pour les professionnels de « *trouver le bon curseur entre les deux* », qui est « *toute la difficulté de la maternité* » (Pédiatre, entretien L).

Dans plusieurs entretiens, les paroles tournent autour d'une démonstration de ce risque vital entourant l'accouchement, et du fait que les complications peuvent être « gravissimes » : « *Je sais ce qu'est un accouchement, y compris les cata' qui arrivent (...) tout ce qu'on peut leur décrire comme horreurs qui peuvent se passer pour un accouchement, même qui était bien prévu* » (Médecin anesthésiste, entretien G) ; « *Il y a toujours ce risque là qui peut virer à la catastrophe, et on parle de vies humaines quoi. (...) On peut quand même être dans des vraies situations d'urgences vitales pour la maman et le bébé* ». (Pédiatre, entretien L).

Plusieurs médecins interrogés ont expliqué être conscients de leur propre biais d'envisager l'accouchement principalement via les complications et la pathologie du fait de leur propre rôle qui intervient justement en situation de pathologie : « *Chaque professionnel voit un petit peu par la lunette de ce qu'il a l'habitude de pratiquer. C'est à dire que les sages-femmes qui ont l'habitude de faire du bas risque, quand elles sont confrontées à des situations qui se passent bien c'est encourageant pour elles pour continuer dans cette pratique là. Alors que nous effectivement, on gère plutôt de la pathologie, que ce soit en consultation ou en salle d'accouchement, donc on aura plutôt cette vision là de l'accouchement comme potentiellement à risque de complications* » (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien M).

Au delà de la gravité des complications, c'est aussi leur imprévisibilité qui est très souvent mis en lumière. Elle est notamment soulignée lorsque l'on aborde le thème du « *bas risque* », puisque les patientes de l'AAD doivent justement appartenir à cette catégorie. « *Le bas risque ça n'empêche pas que des complications imprévisibles existent* » (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien M). Appartenir à une catégorie médicalement à bas risque pour une femme, n'est alors pas appréhendé comme physiologique non plus, puisque cela n'exclut pas le risque de certaines complications : « *Il n'y a pas de bas risque par exemple pour l'hémorragie du post-partum. Tout le monde est exposé, donc c'est pour ça que quelque part être dans un plateau technique ça a du sens. Après quelque part ces femmes à bas risques pour lesquelles on peut avoir un accouchement à domicile, elles sont quand même avec un risque de certaines*

*choses (...) Mais les femmes à risque ont des risques en plus d'autres choses. Et c'est ça où parfois il y a une mauvaise compréhension des sages-femmes : les bas risques pour elles c'est comme si elles avaient zéro risque, mais non elles ont le risque de tout le monde, par exemple l'HPP<sup>11</sup>. L'enfant a un risque aussi de mal s'adapter à la vie extra-utérine. »* (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien I). Le bas risque est une notion que les professionnels utilisent alors plutôt comme un pré-requis indispensable en termes de critère de sélection pour un AAD, mais pas tellement comme une réalité de l'obstétrique puisque les femmes sont tout de même à risque de complications. *« Le haut risque on sait le dépister, on sait déjà avoir un œil dessus. Mais le bas risque, la grossesse qui se passe tout bien et que ça foire au moment de l'accouchement, j'ai fait 20 ans de gardes à la mat' et j'en ai vu à la pelle »* (Médecin anesthésiste, entretien G). Parmi les complications imprévisibles, on retrouve principalement l'hémorragie de la délivrance, la dystocie des épaules, et une mauvaise adaptation néonatale. Cette perception du bas risque se rencontre dans beaucoup d'entretiens, y compris ceux des sages-femmes.

Certains professionnels vont illustrer cette imprévisibilité et les risques inhérents avec leur propre accouchement : *« J'avais vraiment pas de risque, et j'ai fait un très beau bébé donc il y a eu besoin d'une ventouse et tout alors que j'aurai été classée dans les bas risques probablement »* (Pédiatre, entretien F).

## **B. Une naissance sécuritaire : pouvoir réagir vite et à plusieurs aux complications**

Dans ce modèle, la définition d'une naissance ou un accouchement sécuritaire s'agence principalement autour du fait de pouvoir réagir aux complications : *« C'est un accouchement qui fait qu'en cas de complication maternelle ou fœtale, on puisse prendre en charge l'urgence vitale »* (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien I). La sécurité est ainsi appréhendée par certains soignants comme la capacité à répondre aux complications vitales de l'accouchement, moment le plus à risque : *« (La sécurité c'est) pouvoir prendre en charge les complications de l'accouchement et du post-partum, donc une extraction difficile, une hémorragie du post-partum. Ces choses-là pour lesquelles il faut un plateau technique et des gens qui savent gérer ça, sur place tout de suite, car on a du mal à différer ça. Et pour le bébé avoir de quoi assurer*

---

<sup>11</sup> Hémorragie du Post Partum

*une réanimation cardio-respiratoire, donc de pouvoir l'aspirer, le ventiler efficacement. »* (Pédiatre, entretien L). La notion d'intervention rapide est récurrente.

La proximité immédiate avec un « *plateau technique* » c'est à dire un lieu rassemblant les « *ressources logistiques, techniques mais aussi humaines* » (Pédiatre, entretien L) afin d'intervenir médicalement et chirurgicalement est alors perçue comme le nœud central d'une naissance sécuritaire : « *Si ça foire, il faut qu'en poussant les portes, on soit dans le bloc et qu'on ait déjà – là c'est l'anesthésiste qui vous parle- tout ce qu'il faut pour pouvoir l'endormir et la Césariser* » (Médecin anesthésiste, entretien G). Les équipes doivent avoir l'habitude de gérer des complications, ce qui implique donc une concentration des naissances dans les maternités pour bénéficier d'un nombre suffisant d'accouchement : « *Moins on fait d'accouchement, donc moins on fait d'accouchement où ça dérape, donc on ne sait plus faire* » (Médecin anesthésiste, entretien G). Une naissance sécuritaire est alors assurée par le fait d'être plusieurs professionnels compétents : « *Il faut qu'il y ait tout le monde tout de suite. La sage-femme, l'anesthésiste, l'obstétricien, le pédiatre. Mobilisables très vite. Et un plateau technique. Un bloc opératoire, de quoi réanimer l'enfant.* » (Médecin anesthésiste, entretien G). Pour une des pédiatres, ça va être une équipe « *qui connaît bien la problématique néonatale* » (entretien L).

La sécurité va alors passer justement par ce qu'on prévoit habituellement en structure hospitalière pour pouvoir dépister les complications (la surveillance du rythme cardiaque foetal surtout) et réagir rapidement en cas de complications, ce qui suppose de multiples dispositifs techniques : une voie veineuse, un bilan de recherche des agglutinines irrégulières, un bilan de plaquettes, une consultation d'anesthésie durant la grossesse. C'est ce qu'explique une sage-femme hospitalière qui résume justement la sécurité à cela « *Pour moi (la sécurité) c'est un cathéter, et encore pas au début, s'il n'y a pas d'anomalie du rythme le cathéter on peut le mettre au dernier moment, alors c'est vrai qu'on a quand même besoin des RAI donc le cathéter je dirais à partir de 5 cm de dilatation. Un cathéter bouché donc. Évidemment, d'avoir un dossier, un bilan pré-opératoire, et qu'elle soit connue de l'anesthésiste, donc ça c'est la base. Jusqu'à 5 cm je dirais un monito discontinu de temps en temps. Par contre à partir de 5-6cm, moi je mets un monito continu. C'est une des conditions. Je trouve que finalement c'est quand même assez simple.*» (Sage-femme hospitalière, entretien J). Pour elles, ces dispositifs sont des prérequis indispensables à la sécurité, ce qu'elle conçoit comme des choses « simples », peu invasives et facilement acceptables. Cela rejoint les propos d'un médecin : « *Juste avoir un*

*cathéter en cas de complication ça ne fait pas un accouchement de moins bonne qualité, et c'est une sécurité pour la patiente » (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien M).*

Le médecin anesthésiste parle de la sécurité que représente l'analgésie péridurale, puisqu'en cas de complication grave, elle permet d'intervenir vite et sans douleur pour la femme. Dans son discours, l'analgésie péridurale est comparée aux risques bien supérieurs de l'anesthésie générale (dans le cas où il faut intervenir très rapidement chez une patiente sans péridurale) : *« C'est un élément de sécurité incroyable ! De confort pour la dame. Et puis après s'il y a un petit geste à faire, une révision utérine, ou alors une manœuvre instrumentale pour extraire le bébé etc il suffit de repousser un peu dans la péri et ça se passe comme ça. Et puis s'il y a une césarienne on change juste de produit et on met un truc un peu plus fort et on fait la césarienne sous anesthésie loco-régionale. Elle est toujours consciente et les produits d'anesthésie loco-régionale ne passent pas dans le sang du bébé, le bébé ne souffre pas de ça. (...) Alors à la limite on pourrait mettre la péridurale sans rien mettre dedans ; juste la mettre en place pour être sûrs qu'elle y soit. Parce que **les complications liées à la péridurale, elles sont infinitésimales, alors que des complications liées à l'anesthésie générale, et sur le plan maternel et sur le plan du bébé...** » (entretien G).*

Une pédiatre n'hésite pas à justifier l'association sécurité et dispositifs techniques à partir de sa propre expérience. Elle explique qu'elle se sent plus rassurée d'accoucher dans une maternité de niveau 3 (comparé à un niveau 1 ou 2) du fait de cette capacité de parer à l'ensemble des complications : *« Moi j'ai une vision vraiment déviée de réa néonatal, même pour un accouchement j'aurai plutôt tendance à dire que c'est mieux d'accoucher au CHU qu'en niveau 1. J'ai toujours cette idée de « si jamais il y a ça... » (entretien F).*

### **C. L'éloignement inhérent de l'accouchement à domicile d'une structure de soins**

Les professionnels de santé ayant cette définition de la sécurité - avant tout pouvoir réagir rapidement aux complications les plus graves - ne conçoivent pas l'accouchement accompagné à domicile comme étant une pratique pouvant répondre à une sécurité, du fait de l'absence de ces dispositifs. L'éloignement inhérent d'une naissance à domicile du plateau technique représente pour eux un potentiel retard de prise en charge, par conséquent une prise de risque : *« On n'a pas accès à des produits du sang quand on est à la maison, on a pas accès à la réanimation pour le nouveau-né. Donc ce n'est pas sécuritaire. C'est l'absence de plateau technique en fait. Par définition, du fait de l'éloignement par rapport au plateau technique,*

*l'accouchement programmé à domicile n'est pas sécuritaire. »* (Médecin gynécologue obstétricien, entretien I). La balance bénéfice-risque n'est pas perçue en faveur de l'AAD, car certains professionnels pensent qu'*« il y a trop de risque que ça se termine en drame. On prend vraiment un bénéfice incertain pour un risque qui est certain. »* (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien M). La rareté des complications est mise en balance avec leur gravité : les enjeux sont trop graves en cas de complications pour *« cautionner »* l'AAD : *« S'il y a une réanimation pour le bébé, qu'on doit masser, et que derrière il y a des séquelles, les parents ils vont s'en vouloir toute leur vie. Pareil pour la mère en suite de couche si elle fait une hémorragie cataclysmique. Alors ok c'est rarissime mais ça existe. Et nous on le voit que ça arrive. »* (Médecin gynécologue obstétricien, entretien M).

De même, ces professionnels plaçant au centre de la définition de la sécurité le fait de bénéficier rapidement de plusieurs professionnels compétents, soulignent que la sage-femme est seule lors des AAD, comme élément jugé insécuritaire : *« Quand on est seule sage-femme ça peut être compliqué. Ici il y a quand même des équipes nombreuses pour s'occuper de deux personnes, alors que là on a une personne pour s'occuper de soit deux personnes qui vont bien, mais aussi deux potentiels patients qui peuvent aller mal. »* (Pédiatre, entretien L). Puisque la sécurité c'est *« avoir les gens compétents disponibles. L'accouchement à domicile il n'y a qu'une seule personne présente. Imaginons que la mère et l'enfant ne vont pas bien, comment on fait ? »* (Pédiatre, entretien F). La sage-femme ne pouvant à elle seule et sans le plateau technique de l'hôpital réagir avec autant d'efficacité : *« la sage-femme toute seule à la maison elle n'a pas l'environnement pour gérer toute seule tout ça quoi »*. (Médecin anesthésiste, entretien G). Une des pédiatres explique d'ailleurs que même en ayant des compétences spécialisées en réanimation néonatale, l'insécurité vient du fait d'être seul dans un environnement non adéquat, et non une question de compétence : *« Si j'étais toute seule pour réanimer un bébé dans une maison, et bien je ne pourrais pas tout faire aussi bien que ce que je fais là (...) je pense que c'est quand même une perte de chance. »* (Pédiatre, entretien F).

Cette différence de perception de la sécurité crée parfois une incompréhension forte chez les professionnels interrogés : *« S'il y a quoi que ce soit, ils ont plus que leurs yeux pour pleurer. On ne peut pas accepter ça aujourd'hui... Enfin on ne peut pas cautionner. »* (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien M). Le fait que l'AAD soit un choix représente pour certains une prise de risque volontaire et donc une pratique qu'ils ne comprennent pas et qui suscite une vive émotion :

« *La sécurité maternelle et de l'enfant. Je pense que l'accouchement, même si la grossesse est bien suivie etc., ça peut dégénérer tellement vite et de façon tellement peu prévisible, qu'accoucher volontairement à distance d'une structure de soins qui est capable en gros de faire une césarienne ou une manœuvre instrumentale, forceps ou autre, et bien on a pas le droit quoi. On est arrivé aujourd'hui à tel niveau de sécurité de la naissance et des grossesses (...), on a plus le droit de rendre à des parents un enfant qui est pas bien* » (Médecin anesthésiste, entretien G).

« *Si on perd l'enfant sur une mauvaise appréciation du risque pour cette femme et cet enfant, pour moi c'est pas **entendable**. En France au XXI<sup>e</sup> siècle, on ne peut pas se permettre d'avoir ce genre d'attitude !* » (Médecin gynécologue-obstétricien, entretien M).

Des situations vécues par les professionnels sont rapportées pour illustrer qu'accoucher loin de l'hôpital est une perte de chance énorme dans telle ou telle situation : « *Parfois on se dit **ba dis donc, celui-là heureusement qu'il est né ici au vu de l'accouchement comment ça c'est passé*** » (Pédiatre, entretien L).

#### **D. Les sages-femmes et le modèle du risque**

Les sages-femmes interrogées étaient globalement dans le modèle de la sécurité comme un soutien à la physiologie. Toutefois, elles ne sont pas absentes du modèle de sécurité où l'accouchement est avant tout à risque de complications, même si ce dernier ne représente pas une part majeure dans les discours. Plusieurs d'entre elles soulignent avoir « *pleinement conscience de ce qui peut arriver* » et donc « *d'avoir tout prévu* » (Sage-femme AAD, entretien C). On retrouve la vision du bas risque (présentée plus haut) chez certaines sages-femmes : « *Tu peux dire cette patiente potentiellement elle est à bas risque ; mais potentiellement. Le bas risque l'hémorragie de la délivrance elle ne connaît pas. Tu peux dire effectivement il n'y a pas de trouble de la coagulation, il n'y a pas d'hydramnios, pas de travail long, pas d'ocytocine, mais l'imprévu arrive* » (Sage-femme hospitalière, entretien K). L'imprévisibilité est ainsi présente dans les paroles des sages-femmes interrogées car « *tout n'est pas anticipable* » (Sage-femme AAD, entretien C). Les sages-femmes pratiquant l'AAD échangent avec les couples sur ces complications imprévisibles de l'obstétrique : « *On est honnête sur les risques que c'est un accouchement, les complications qui peuvent arriver.* » (Sage-femme AAD, entretien A).

L'appréciation du risque est cependant différente : « *Il y a une part où on est obligé d'accepter que peut-être il peut y avoir un truc qui arrive et que peut-être on peut se dire après coup, ah ba si on avait été à l'hôpital, la prise en charge aurait pu être plus rapide, il y aurait peut-être pas eu cette conséquence. Donc les parents acceptent ça. Mais ça c'est tellement rarissime après une grossesse physio et après un travail qui se passe bien, que moi ça me pose pas de problème d'insécurité et les couples qui font ce choix là également. Je me dis oui toute femme peut faire une embolie amniotique, mais enfin la survenue de l'embolie amniotique est tellement tellement rare que mettre toutes les femmes à l'hôpital et les manager toutes pareil et voir le nombre de complications qui surviennent à cause de ça, de cet interventionnisme, par rapport au risque de LA femme sur je ne sais pas combien qui va faire une embolie amniotique à domicile et en décéder* » (entretien C). Ainsi, les risques très graves sont appréciés comme tellement rares qu'ils ne doivent pas amener une obligation que les femmes aillent en maternité, d'autant plus que les risques occasionnés par l'interventionnisme en milieu médical sont considérés comme fréquents.

Malgré son soutien global à l'AAD, la sage-femme cadre interrogée (entretien H) accepte également qu'accoucher à domicile implique « *une moindre réactivité que dans un établissement* », et donc éventuellement un « *sur-risque pour la prise en charge d'une urgence obstétricale* ». Ce délai doit cependant être mentionné aux parents selon elle pour qu'ils aient une « *information éclairée* ». Ce délai de prise en charge est donc ici perçu comme un risque acceptable.

La sage-femme libérale (entretien D) quant à elle se situe à mi-chemin des deux modèles. Elle explique théoriquement « *être convaincue que ça (l'AAD) puisse être sécuritaire* », mais pour autant qu'elle « *aurait trop peur des complications éventuelles parce que j'en ai vu tellement en maternité* ». Elle raconte à ce propos avoir accompagné un accouchement inopiné à domicile et qu'elle « *imaginait tout de suite les complications* » ; « *j'avais vraiment la trouille quoi. La première chose que j'ai fait c'est appeler les pompiers* ». De la même manière, une sage-femme hospitalière ayant une posture de soutien à l'AAD explique qu'elle ne pourrait pas elle-même accompagner les naissances à domicile « *parce que j'ai une peur bleue de l'hémorragie de la délivrance (...) Il y a beaucoup de choses qu'on ne sait pas, qu'on ne peut pas prévoir. Je sais que ce point de vue là est entièrement biaisé par ma pratique hospitalière, parce que j'ai eu beaucoup d'hémorragies de la délivrance cataclysmiques dans des moments où on avait pas forcément de gros facteurs de risques* » (entretien K). Les deux modèles de la sécurité sont tous deux très présents chez elle, ce qu'elle exprime d'ailleurs avec humour en

parlant de son idéal de la naissance sécuritaire « *ce qui serait idéal, ça serait de déplacer toute l'équipe à la maison, un anesthésiste dans les toilettes, un pédiatre dans la salle de bain, la sage-femme dans un coin qui tricote, qui laisse juste faire et une ambulance qui attend dehors à 5 minutes de la maternité. Et là on est bon. On laisse faire la femme, mais derrière t'as tout.* »

Une autre sage-femme hospitalière (entretien J) dans une posture globale plutôt hostile à l'AAD raconte la perception de son propre accouchement influencée par ce modèle du risque : « *Quand tu accouches et que tu es sage-femme c'est compliqué de ne pas imaginer tout ce qui pourrait quand même t'arriver. Pour moi, du coup un élément rassurant ça a été et c'est d'accoucher en structure.* » Dans ses propos, elle va aussi parler de « *l'inhérence des complications qui ne sont pas toujours prévisibles* ». Elle exprime également sa crainte des complications graves telle que la dystocie des épaules lorsqu'elle a dû accompagner des accouchements inopinés à domicile.

Une sage-femme AAD (entretien E) parle du fait que dans la pratique AAD, elles ne prennent « *vraiment pas de risque* ». Le sens qu'elle donne dans ses paroles à cette non prise de risque se traduit par le fait de transférer à une structure de soins dès qu'un petit signal sort de ce qu'elle considère être physiologique : « *Le moindre truc qui dépasse on transfère (...) Il y a un ralentissement, j'attends la contraction d'après et s'il y a un deuxième ralentissement on transfère* ». L'AAD n'est pas perçue comme une prise de risque en soi, mais ça serait plutôt une pratique non rigoureuse de cette anticipation là qui pourrait l'être.

Ce qu'on peut noter dans les propos tenus par les sages-femmes qui allie les deux modèles de sécurité, c'est le fait d'être une sage-femme pour s'occuper d'une seule femme en travail, ou du moins d'avoir suffisamment de temps pour chaque femme en salle de naissance. A la fois c'est un élément essentiel pour la physiologie (comme on a pu en parler plus haut), mais également dans le fait de parer rapidement aux complications éventuelles et dépister la pathologie. La sage-femme hospitalière parle à ce propos de situations d'insécurité fréquemment vécue à l'hôpital quand l'activité est trop dense : « *Oui on a mis des monitoring mais il n'y a personne pour les surveiller donc ça ne rime à rien. Il y a ce sentiment là (d'insécurité) qui arrive dans un contexte où on est censé avoir tout ce qu'il faut pour assurer la sécurité* » (entretien K).

## DISCUSSION

### I- DISCUSSION SUR LA MÉTHODOLOGIE

Au vu du cadre dans lequel se réalise cette étude, le nombre et la durée des entretiens réalisés ont permis d'avoir suffisamment de données pour que des résultats puissent être analysés. Les entretiens ont été de « bonne qualité » concernant le fond des propos recueillis ; le « face à face » ayant facilité les échanges et la compréhension de la posture de la personne interrogée. Les questions prévues par le guide d'entretien étaient adaptées puisque nous avons pu apporter avec les propos recueillis des axes de réponses à notre question de recherche. L'enquête a pu être réalisée selon ce qui avait été prévu dans la méthodologie, c'est à dire que l'ensemble des catégories de professionnels que nous souhaitions inclure ont été interrogées.

Notons qu'il aurait pu être pertinent d'inclure une plus grande diversité de mode d'exercice de la profession de sage-femme, en particulier des sages-femmes de maison de naissance ou des sages-femmes libérales accompagnant l'accouchement en plateau technique. Ces pratiques ont des similitudes avec l'AAD : elles font également figure d'« alternatives » à l'accouchement classique hospitalier, reposent sur un accompagnement global et promeuvent un accouchement physiologique où la sage-femme seule accompagne le couple, sans intervention médicale (16). Toutefois, elles divergent de l'AAD de par leur proximité physique immédiate à une prise en charge hospitalière, et ainsi répondent davantage à la définition de la sécurité centrée autour du lieu qu'est l'hôpital. Il serait pertinent de compléter cette étude afin de comprendre les conceptions de la sécurité de ces sages-femmes, qui choisissent ces « entre deux ». Par ailleurs, les résultats gagneraient à ce que l'étude soit poursuivie à une plus grande échelle, avec d'autres professionnels d'autres régions, ce qui permettrait de donner une dimension plus nationale à cette recherche. A plus large échelle, il pourrait être intéressant d'inclure dans une recherche similaire des considérations de genre et d'âge des participants, afin d'analyser les conceptions de la sécurité dans une perspective également de genre et de génération.

Comme nous l'avons exposé dans la méthodologie, le mode de recrutement des participants de l'étude a beaucoup été conditionné aux rencontres et possibilités logistiques des entretiens, ce qui constitue forcément un biais à l'étude. Toutefois, rappelons que l'objectif n'était pas d'atteindre une représentativité, qu'une douzaine d'entretien ne pourrait atteindre.

Par ailleurs, le recrutement se faisant sur la base du volontariat des participants contactés, on peut supposer qu'il existe là également un biais : les professionnels ayant un intérêt sur le sujet, et notamment ceux ayant des positions fortes et marquées, sont plus enclins à répondre à cette étude. On peut d'ailleurs noter que la durée des entretiens réalisés avec les sages-femmes est significativement plus longue que ceux avec les médecins. Il s'agit là d'un résultat en soi (par exemple une occasion pour les sages-femmes AAD de s'exprimer sur leur pratique ?), mais également d'un biais puisque les propos à analyser vont être plus fournis sur les conceptions des sages-femmes pratiquant l'AAD.

Pour finir, la méthode de recherche par entretiens induit forcément un biais de par le contact entre enquêteur et enquêté qui développe de fait un « *jeu de rôles* » (17). La position d'étudiante sage-femme dans cette enquête est à double tranchant. Certains participants paraissaient vouloir retourner la situation, et posaient des questions sur mon propre positionnement sur l'AAD, afin de s'assurer qu'il s'agissait bien d'un terrain d'étude et non d'une forme de militantisme. Cependant, être étudiante sage-femme a induit également une facilité d'échange. Notre domaine professionnel étant similaire, nous avons un référentiel et une réalité commune, mais aussi les professionnels interrogés ont adopté parfois une posture « pédagogique », qui les amenaient à expliciter davantage leurs points de vue.

## II- DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS PRINCIPAUX DE L'ÉTUDE

### **1) Une conception de la sécurité telle qu'elle a construit toute l'organisation du système obstétrical français : le modèle du risque**

Notre étude rejoint des travaux de recherche plus anciens – notamment ceux de Danièle Carricaburu - concernant la façon dont la construction d'une sécurité autour de la naissance en France s'est historiquement structurée autour du lieu de naissance que sont les maternités hospitalières.

Cette conception de la sécurité centrée autour de l'accouchement au sein d'un lieu médicalisé se justifie en France depuis des dizaines d'années par une définition largement ancrée de l'accouchement comme potentiellement à risque vital : « *Une telle conception de*

*l'accouchement, comme situation potentiellement pathologique, justifie une prise en charge systématique en milieu médicalisé par différents professionnels –sages-femmes, obstétriciens, pédiatres et anesthésistes , qui vont avoir à gérer chaque mise au monde en fonction d'un risque vital potentiel » (1). L'obstétrique française s'est structurée autour de cette idée que tout accouchement pouvant basculer vers une complication, sans que cela puisse être systématiquement anticipé, l'hôpital est alors devenu la norme et l'unique lieu sécuritaire d'accouchement. La sécurité de la naissance se pense alors surtout autour du moment clé de l'accouchement, qui est admis comme étant un événement médical avant tout. On retrouve très bien cette définition de l'accouchement dans les entretiens réalisés, qui vont dans le sens de travaux précédents : en 1996, M. Akrich et B. Pasveer soulignaient déjà le « quasi-consensus (en France) autour de l'idée que tout accouchement est potentiellement risqué, même lorsque la grossesse s'est déroulée de façon normale » (18). Les travaux de Danièle Carricaburu ont documenté la façon dont les notions de risque et d'incertitude ont profondément justifié l'organisation globale de notre système obstétrical, autour de maternités médicalisées (4). C'est notamment le cas à partir des années 1990, où le « rapport Papiernik<sup>12</sup> » remis au gouvernement (un rapport d'expertise sur les performances du système périnatal) pose clairement cette définition de l'accouchement comme risque. Alors, les lignes directrices pour sécuriser les naissances ont principalement été autour du regroupement des compétences spécialisées et des équipements techniques : « la démonstration (du rapport) conduit à défendre la présence permanente sur place d'un obstétricien et d'un anesthésiste » (4). La concentration des naissances dans des grands centres hospitaliers permettant « un nombre suffisant » et « la disponibilité en continu » des « spécialistes », ayant « l'entraînement aux cas difficiles », ainsi que « des moyens techniques importants » (19). S'est alors développé ce système médico-centré autour des deux composantes que sont la spécialisation des compétences et l'équipement technique : « Cette conception du risque omniprésente et sa gestion en urgence induit un raisonnement en termes de moyens, puisque pour faire face à toutes les urgences obstétricales susceptibles de se présenter, seuls les établissements possédant un maximum de moyens techniques et professionnels pourront offrir la sécurité maximale » (4). La sécurité s'organise via une véritable « mosaïque professionnelle impliquée dans la reproduction humaine » (3)<sup>13</sup>, regroupée au sein du centre hospitalier, où une multitude de professions ont désormais leur rôle*

---

<sup>12</sup> Papiernik E. et al., La sécurité de la naissance, Rapport du Haut Comité de la Santé Publique au ministre de la Santé, 1993. Cité par M. Akrich et B. Pasveer (19).

<sup>13</sup> Terme employé par Danièle Carricaburu, cité par P. Charrier (3).

là où auparavant seules les sages-femmes et obstétriciens l'avaient (3). Ces dimensions de la sécurité sont fortement retrouvées dans les propos des entretiens, où l'accès rapide à des compétences spécialisées et au plateau technique sont mentionnés comme étant les garants de la sécurité de la naissance. Au nom de cette sécurité, certains professionnels ne peuvent concevoir qu'on soutienne des accouchements se déroulant en dehors du milieu hospitalier.

Sans pour autant renoncer au « *risque ubiquitaire* » de la naissance, le plan de périnatalité de 1998 en organisant les maternités par « niveaux », a modifié la conception du risque en obstétrique. Les risques liés à l'accouchement sont perçus alors « *en partie prévisibles et conséquemment il est possible d'orienter les femmes enceintes selon le niveau de risque estimé* » (4). Les grossesses peuvent alors être catégorisées en niveaux de risque obstétrical. Cette organisation est, pour Danièle Carricaburu, porteuse d'un « *nouveau paradigme* » dans la façon d'appréhender le risque : « *bien qu'il reste en partie imprévisible, le risque peut, dans la plupart des cas, être dépisté et évalué par une surveillance appropriée. (...) Dans ce paradigme, la focalisation est moins sur le risque lui-même que sur le processus physiologique de la grossesse et de l'accouchement (...) dont le déroulement « normal » doit être régulièrement vérifié afin de dépister les risques de complications ; cette conception justifiant la « surveillance médicale » régulière de l'ensemble du processus de gestation* » (4). Cette logique d'anticipation traverse également les entretiens réalisés. Elle crée la notion de « bas risque » où l'AAD trouve son terrain de pratique. En effet, si dans cette perception, le risque reste fondamental pour penser la sécurité de l'organisation obstétricale, le « bas risque » vient créer un espace d'autonomie pour les sages-femmes. L'existence même du « bas risque » ouvre la perspective d'espaces de physiologie, cet espace étant revendiqué comme domaine de compétence des sages-femmes (4) (contrairement à la logique du risque vital omniprésent, uniquement gérable par les médecins) : « *Cette catégorie de bas risque ouvre non seulement un espace où un discours de « dé-technicisation » de la naissance peut s'exprimer, mais aussi un espace d'appropriation pour les sages-femmes (...) comme étape d'un processus d'autonomisation de leur groupe professionnel* » (4).

Toutefois, ce plan de périnatalité a suscité des débats autour de ces conceptions du risque, avec des postures différenciées que l'on retrouve encore aujourd'hui dans les entretiens. Si le « haut risque » apparaît comme une « *vraie catégorie* » (4) peu sujette aux controverses, le « bas risque » reste lui une catégorie très instable, pouvant à tout moment basculer dans la pathologie. Ainsi, pour certains, le bas risque n'existe pas vraiment, c'est une « *irréalité médicale* » (4) ; il existe simplement « *par exclusion* » (absence de facteur de risque).

L'hémorragie de la délivrance étant l'illustration type de cette instabilité. Pour d'autres, le terme de « bas risque » est plutôt supplanté par celui de « grossesse et accouchement physiologiques » : le bas risque est défini alors plutôt « *par inclusion* » pour ceux pour qui la naissance et l'accouchement sont perçus avant tout comme un processus physiologique (4). Ces deux conceptions, selon Danièle Carricaburu, induisent pour l'une « *une accentuation de l'hypermédicalisation de l'accouchement* » et pour l'autre une « *dé-technicisation de la naissance* ».

Ces travaux avec une perspective socio-historique montrent que dans la perception de ce qu'est la sécurité dans l'accouchement et les conceptions des risques inhérents de l'accouchement se joue l'évolution de l'autonomie de la profession de sage-femme. Dans une logique où toute grossesse est un risque, la catégorie du « normal » tend à disparaître et par là, l'autonomie des sages-femmes. Au contraire, le paradigme de la physiologie de la naissance rend aux sages-femmes toute leur place dans la sécurisation et l'accompagnement des naissances. L'accouchement accompagné à domicile vient justement questionner ces définitions, et par là, la place et la reconnaissance des sages-femmes dans notre système obstétrical.

## **2) La sécurité questionnée par l'AAD**

Si la sécurisation de la naissance a justifié historiquement un accouchement en un lieu médicalisé, les résultats de notre étude montrent que la sécurité est une notion tout aussi prégnante pour les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile. Elles sont concernées par cette question sécuritaire, et élaborent un discours autour de la construction de cette sécurité. La sécurité est donc un concept clé qui traverse les pratiques des sages-femmes : la recherche de cette sécurité pour la femme et le nouveau-né ainsi que la construction de sa propre sécurité professionnelle guide la pratique du professionnel accompagnant la naissance. Et ce, peu importe sa posture vis à vis du modèle du risque obstétrical ou de l'accouchement comme processus avant tout physiologique. Les sages-femmes pratiquant les AAD proposent cependant une construction de la sécurité différente de celle construite historiquement autour du lieu médicalisé, sans pour autant refuser la pratique médicale comme source de sécurité.

## **Le paradigme de la physiologie imprènerait-t-il déjà les représentations de la sécurité ?**

Dans leur discours sur la sécurité de l'accouchement, on retrouve la « *défense du paradigme de la naissance physiologique* », et l'« *accompagnement global* », qui ont été déjà mis en lumière dans les travaux sur la sociologie de l'accouchement (20) : « *Le respect de la physiologie, l'écoute de l'individu, une prise en charge personnalisée sont considérés comme autant de garanties contre l'apparition de pathologies* ». Le respect de la physiologie comme participant à la sécurisation des soins est une conception qui paraît aujourd'hui se répandre y compris au sein des instances d'autorité médicale. Par exemple, le Conseil National des Sages-Femmes (CNSF) a publié en 2016 des recommandations visant à raisonner l'utilisation de l'ocytocine (21). L'HAS en 2017 a écrit des recommandations concernant l'accouchement normal et l'accompagnement de la physiologie, l'un des messages clés étant « *primum non nocere* » (22). Le dernier rapport sur les morts maternelles de l'INSERM publié en 2021 (23) est venu chambouler l'approche sur la sécurité : le suicide est devenu l'une des deux premières causes de mortalité, donnant alors toute sa place à reconsidérer l'accompagnement psycho-affectif et la prévention de la dépression du post-partum comme des fondamentaux dans la sécurisation des naissances.

## **Le modèle de la confiance indispensable à la sécurité**

Notre étude a soulevé un concept nouveau vis à vis de la sécurité de la naissance qui a traversé les entretiens des sages-femmes AAD : celui de la confiance. Ce résultat est d'autant plus intéressant et original que la confiance n'est pas un thème ayant été amené par le guide d'entretien par la recherche exploratoire. Il s'agit dès lors d'une nouvelle piste de réflexion à poursuivre pour de futures recherches.

Les sages-femmes pratiquant l'AAD amènent une construction de la sécurité différente de celle documentée autour du lieu médicalisé : la construction de la sécurité professionnelle passe avant tout par l'établissement d'une relation de confiance avec le couple accompagné. Il s'agit d'un processus qui s'établit dans le temps. La relation doit se confirmer tout au long de la grossesse, d'où l'importance du suivi global et des séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité. Ce processus de construction de confiance peut ne pas aboutir, et alors remettre en question le projet commun d'AAD. La confiance n'est pas admise *a priori*, et doit aller dans les deux sens : de la sage-femme vers le couple et inversement. Elle fait partie de la

sécurité pour le professionnel et pour la femme, puisqu'en créant une relation de sécurité affective, elle sécurise médicalement la naissance.

La confiance est une notion complexe, indispensable au lien social et vecteur d'humanité. Les études sociologiques sur la confiance dans le domaine médical ont surtout concerné la relation médecin-malade et ont montré la nécessité thérapeutique de la confiance (24). Traditionnellement, la confiance envers le médecin est une confiance donnée *a priori*, où l'autorité médicale crée une relation déséquilibrée, et le patient doit suivre les conseils et traitements de son médecin. A l'échelle de l'hôpital, la confiance est « *systémique* », et « *organisationnelle* » (25), c'est à dire relative au système d'expert qui caractérise toute société hypermoderne<sup>14</sup> et relative à la fiabilité de l'organisation ayant des règles de fonctionnement. « *La relation de confiance ne s'établit plus directement avec un individu mais à travers le système qu'il représente* » (20). Cette relation de confiance est cependant bien plus complexe, et les liens inter-personnels jouent sur le parcours thérapeutique du patient. La relation médecin-malade a connu (et connaît aujourd'hui) des évolutions importantes, allant davantage vers une décision partagée avec le patient, une prise en compte de sa dimension personnelle et de son autonomie. La relation tend alors plutôt vers un « *partenariat* », où le patient est associé aux soins, et refuse l'anonymat techniciste du professionnel (26). V. Haberey-Knuessi et P. Obertelli, en étudiant l'éducation thérapeutique des patients, ont souligné que les médecins « *ont conscience de l'importance d'obtenir la confiance de la part des malades, mais se posent peu la question de leur propre confiance envers ces derniers* » (25).

L'AAD participe à ce mouvement de réflexion autour de la relation de confiance dans le soin. Elle propose un modèle où la confiance est personnalisée : elle se construit de personne à personne, et est le fruit d'une élaboration commune. Un élément significatif est que les sages-femmes de l'AAD se questionnent sur la confiance qu'elles accordent elles-mêmes au couple. Les sages-femmes AAD élaborent un discours et une pratique visant à reconnaître l'indépendance et l'autonomie de décision des femmes dans le parcours qu'est la naissance (13). La critique portée vis à vis de la médicalisation de la naissance concerne au fond surtout l'absence de personnalisation des soins et la non prise en compte de l'autonomie propre des femmes dans leur choix de prise en charge. Le modèle de la confiance vient redonner une

---

<sup>14</sup> C'est dans le travail d'Antony Giddens en 1994 qu'on retrouve cette notion que « tout système expert repose sur la confiance », dans une société hypermoderne. Son travail est cité par Béatrice Jacques dans son livre « Sociologie de l'accouchement » (20) et par dans plusieurs travaux sur la relation médecin-patient.

dimension intime et personnalisée à la naissance, en réponse à une certaine perte de confiance envers le système médical.

Dans ce modèle de confiance, la nécessité d'un transfert d'une patiente d'un projet d'AAD vers une structure hospitalière, en urgence ou non, peut s'appréhender également comme le passage d'une relation de confiance personnalisée, construite dans le temps, à une confiance envers un collectif et une équipe, une structure, qui doit s'établir rapidement. Les entretiens ont donné cette image du transfert, comme un basculement – parfois difficile - de la confiance de l'individuel au collectif. Geneviève Cresson qui étudie la confiance dans la relation médecin-patient pose la question : « *la confiance est-elle transitive ? (...) Est-ce qu'il suffit que mon médecin m'adresse à un spécialiste de confiance pour que j'aie confiance en lui ?* » (24). Cette conception du transfert comme un passage de confiance amène des pistes de travail pour améliorer les liens ville-hôpital et les vécus de transferts AAD, du côté patient et du côté soignant. Les sages-femmes AAD sont dans cette volonté de créer un modèle de confiance élargie avec les autres professionnels, dans une optique de faire partir d'un réseau professionnel.

### **3) Des modèles non opposés et traversant les postures des professionnels**

L'analyse des entretiens a présenté des modèles de conception de la sécurité autour de la naissance, mais a également montré que ces conceptions sont complexes et peuvent coexister chez un même professionnel. On ne peut « classer » chaque personne de façon singulière dans un seul modèle. Ces paradigmes traversent les discours des uns et des autres ; et un professionnel peut adhérer à plusieurs modèles.

Les sages-femmes pratiquant l'AAD adhèrent également au modèle du risque obstétrical et ne tournent pas le dos au paradigme de la sécurité hospitalière. La physiologie qu'elles proposent ne refuse pas la médicalisation, et elles ne sont pas totalement étrangères à « la culture du risque ». Elles ne dérogent pas au constat fait par Danièle Carricaburu que « *Les professionnels de l'obstétrique sont tous d'accord pour dire que « le risque zéro n'existe pas* » » (4). Elles partagent le consensus autour de la nécessité d'une surveillance médicalisée de la grossesse, qu'elles pratiquent, afin d'évaluer régulièrement le niveau de risque de la grossesse, et au besoin demander un avis à un médecin ou transférer la patiente en anténatal. Elles

souhaitent être davantage rattachées à la pratique professionnelle des sages-femmes, profession médicale. Ce constat de l'étude rejoint les propos de Béatrice Jacques dans « Sociologie de l'accouchement » : « *les praticiens (de l'AAD) jouent parfaitement leur rôle médical de prévention et de détection des pathologies. La profession de sage-femme est une profession médicale. L'AAD n'est donc pas une pratique dé-médicalisée mais plutôt dé-technicisée* » (20). Comme les entretiens ont montrés, elles souhaitent voir leur pratique encadrée par la profession, et créer davantage de liens avec les autres professionnels, et d'une certaine manière changer l'image de l'AAD comme pratique marginalisée, en dehors des normes. Elles utilisent les dispositifs techniques de surveillance de la grossesse et du travail, et y placent aussi leur sécurité.

Les résultats de l'étude ont souligné l'élaboration par les sages-femmes AAD d'une nouvelle conception de la sécurité professionnelle qui passe par la construction d'une confiance réciproque avec les couples. Les professionnels hospitaliers ne sont pas dans le rejet de ce paradigme, bien qu'il soit plus facilement mis en œuvre dans le cadre du suivi global de l'AAD, que dans une structure hospitalière, pour des raisons organisationnelles notamment. Les sages-femmes hospitalières interrogées sont sensibles à ce modèle et œuvrent à établir des relations de partenariat avec leurs patientes. Elles proposent une réflexion élaborée sur les relations dans le soin et l'autonomie des patientes dans leurs choix. Construire une sécurité professionnelle autour d'une relation de confiance qui se construit en amont, pendant l'accouchement et après l'accouchement pourrait se concevoir également dans un espace de maternité hospitalière. Les maternités ont d'ailleurs fait évoluer leur offre institutionnelle en proposant par exemple l'ouverture du plateau technique, où une sage-femme libérale vient à l'hôpital accompagner l'accouchement de sa patiente. Elles perçoivent donc ce souhait d'une expérience plus personnalisée et intime pour la naissance. L'organisation des maternités pourrait être repensée afin de limiter la multiplicité des intervenants, et favoriser cette construction de relations de confiance mutuelle, porteuses de sécurité, au sein même de l'hôpital.

## CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était de mieux comprendre les perceptions des professionnels de la naissance autour de la sécurité de l'accouchement accompagné à domicile. Cette étude a montré l'aspect complexe et multidimensionnel de la notion de sécurité. Les entretiens semi-directifs réalisés auprès de 13 professionnels – sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, anesthésistes - montrent que l'AAD, comme alternative à la norme sécuritaire de l'accouchement hospitalier, vient profondément questionner la définition même de la sécurité. Les résultats ont proposé de regrouper certaines conceptions au sein de grands modèles de sécurité, sans pour autant qu'on puisse classer un professionnel dans un modèle spécifique. Comprendre cette variété de perceptions de « la » sécurité apporte un nouveau regard sur la controverse autour de la pratique de l'AAD.

Cette étude a souligné que les professionnels associent la notion de sécurité à celle de confiance, à la fois la confiance entre professionnels, et la confiance créée dans la relation de soin qui se construit avec la patiente et le couple. C'est dans cette dimension relationnelle autour de la confiance qu'on peut y voir des pistes de travail pour améliorer les transferts réalisés dans le cadre des AAD. Dans un transfert, se joue le passage d'une confiance individuelle envers une sage-femme, à une confiance collective, envers une équipe hospitalière. Dans ce passage de confiance, pourtant parfois en urgence, se joue aussi le vécu des couples de la naissance de leur enfant. Les relations interprofessionnelles de confiance créées en amont entre la sage-femme et l'équipe, tout comme les mots employés sur l'une ou l'autre pratique (l'AAD ou la maternité hospitalière) par les professionnels auprès des couples, sont autant des pistes de réflexion pour rendre ces transferts plus « sécurisants », à la fois pour les professionnels et pour les couples.

Les alternatives permettent d'interroger la norme. L'AAD comme alternative permet de nourrir la réflexion pour faire évoluer les pratiques de l'accouchement en maternité, qui constitue aujourd'hui l'immense majorité des accouchements. L'AAD questionne entre autres le curseur de la médicalisation et la technicisation des grossesses et des accouchements, la dimension familiale et intime de la naissance, la relation de soin notamment l'autonomie des patientes dans leurs choix de prise en charge, la place du suivi global dans la sécurisation des naissances.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Carricaburu D. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. *Sociologie du travail*. Avril-Juin 2005 ; 47 ( 2) : 245- 262.
2. Thébaud F. Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement. *Spirale*. Juillet 2010 ; 54 (2) : 31-7.
3. Charrier P, Clavandier G. Sociologie de la naissance. Armand Colin ; 2013. Disponible sur : [https://www.cairn.info/sociologie-de-la-naissance--9782200254513.htm?ora.z\\_ref=cairnSearchAutocomplete](https://www.cairn.info/sociologie-de-la-naissance--9782200254513.htm?ora.z_ref=cairnSearchAutocomplete)
4. Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociologie et Santé*. 2007 ; 39 (1) : 123-44.
5. APAAD - Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile. Sécurité et qualité des accouchements assistés à domicile en France : Analyse des données de l'année 2019. Novembre 2020.
6. Faucon C, Brillac T. Accouchement à domicile ou à l'hôpital : comparaison des risques à travers une revue de la littérature internationale. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Juin 2013 ; 41 (6) : 388-393.
7. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018 July ; 62 : 240-55.
8. Olsen O. Meta-analysis of the Safety of Home Birth. *Birth*. 1997 ; 24 (1) : 4-13.
9. van der Kooy J, Poeran J, de Graaf JP, Birnie E, Denktas S, Steegers EAP, et al. Planned Home Compared With Planned Hospital Births in The Netherlands: Intrapartum and Early Neonatal Death in Low-Risk Pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*. 2011 November ; 118 (5) : 1037-46.
10. Walker JJ. Planned home birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2017 August ; 43 : 76-86.
11. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 [cité 25 mai 2021] ; (9). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/full/fr>
12. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline. 2014 ; 90.
13. Charrier P. Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance. *Recherches familiales*. Juin 2015 ; 12 (1) : 71-83.

14. Gouilhers-Hertig S. Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance. *Socio-anthropologie*. Juin 2014 ; (29) : 101-19.
15. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Paris: Armand Colin ; 2016. Disponible sur : <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
16. Thomas C. L'accompagnement global par les sages-femmes. *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Internet]. 17 nov 2017 [cité 19 avr 2022] ; (15). Disponible sur : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2729>
17. Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique [Internet]. 2006 [cité 5 mai 2022]. Disponible sur: <https://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>
18. Akrich M, Pasveer B. Comment la naissance vient aux femmes. [Internet]. Le Seuil. Les empêcheurs de penser en rond.; 1996 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-00397063>
19. Akrich M, Pasveer B. La sécurité de la naissance en France et aux Pays-Bas: coordonner par la technique ou par l'organisation? *Revue française d'administration publique*, 1995 (76) : 575-584.
20. Jacques B. Sociologie de l'accouchement. PUF ; 2007. 207 p. (Partage du savoir). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/1705>
21. Conseil National des Sages-Femmes. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations - *Science Direct* [Internet]. [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1637408816301456>
22. Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Décembre 2017
23. Deneux-Tharoux C. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015 (Synthèse). 2021 ; 6.
24. Cresson G. 6. La confiance dans la relation médecin-patient *In*: Cresson G. et al. Les usagers du système de soins. Presses de l'EHESP "Recherche santé, social" ; 2000, p. 333-50. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-usagers-du-systeme-de-soins-2000--9782859526399-page-333.htm?ref=doi>
25. Haberey-Knuessi V, Obertelli P. La relation soignant-malade face au risque de la confiance. *Sociologies pratiques*. Novembre 2017 ; 35 (2) : 107-17.
26. Pierron JP. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*. 2007 ; 25 (2) : 43.

## **ANNEXE 1 : Grille d'entretien utilisée**

**Thème mémoire : Appréhender les perceptions de la sécurité autour de l'accouchement accompagné à domicile (AAD) : une étude qualitative en Isère**

Profession et fonction de la personne interrogée :

Date de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Annotations par l'enquêteur sur le déroulement de l'entretien :

---

**Préambule** : *« Avez-vous un vécu particulier par rapport aux AAD ? Quel est votre expérience vis à vis de ce sujet / votre parcours ? D'emblée, quand je vous parle de sécurité et d'accouchements à domicile, à quoi cela renvoi-t-il pour vous ? »*

**Q1 – Définition de la sécurité** : *« A quoi le mot « sécurité » autour de la naissance renvoi-t-il pour vous » ?*

Reformulations : *Qu'est ce que vous mettez derrière le mot « sécurité » ? Qu'est ce qu'un accouchement sécuritaire pour vous ? Qu'est ce qui garantit la sécurité d'un accouchement dans notre système de soins ?*

Si le discours parle de la notion de risque : *« Qu'est ce que le « bas risque » ? Est ce que cela fait sens pour vous ? Est ce que vous utilisez cette notion dans votre quotidien ? »*

**Q2 - Cadre sécurisant pour les soignants** : *« Vous, en tant que professionnel, de quoi avez-vous besoin pour vous sentir en sécurité dans l'accompagnement des naissances ? Qu'est ce qui vous sécurise dans votre travail d'accompagnement des naissances ? »*

Relances : *Avez-vous des exemples de situations sur lesquelles vous ne vous êtes pas senti en sécurité en tant que professionnel sur un de vos accompagnements de naissance ? Pouvez-vous me les raconter ?*

**Q3 – Sécurité et AAD** : *« Qu'est ce qui pour vous garantit (ou permettrait de garantir) la sécurité de l'accouchement à domicile ? » En général, qu'est-ce qui permettrait de rendre l'AAD davantage sécuritaire à vos yeux ?*

Relances : *Quels leviers pour une meilleure prise en charge des AAD selon vous ?*

**Q4 - Information donnée aux couples :** « *Quelles informations donnez-vous aux couples sur l'AAD concernant son aspect sécuritaire ?* » / *Racontez-moi comment vous présentez l'AAD, les éventuels obstacles/ difficultés qui peuvent survenir ?*

Relance : *Qu'estimez-vous que le couple doit savoir d'important sur l'AAD ? D'après vous, de quoi ont besoin les couples qui viennent vous voir pour se sentir en sécurité dans ce type d'accompagnement ?*

Pour les SF AAD : Attentes de la SF concernant la réception de l'information donnée :  
*Comment évaluez-vous la réception de l'information donnée aux couples ? Par exemple, évaluez-vous dans cet échange d'information, la capacité des couples à mener à bien ce projet, leur compréhension des enjeux ? Avez-vous des exemples sur comment cela s'est passé pour tel ou tel couple ?*

**Q5 :** Coopération et organisation des liens ville-hôpital et vécu des transferts : « *Racontez-moi comment cela se déroule quand vous devez transférer une patiente ?* ». « *Avez-vous vécu un transfert/reçu une patiente ou un nouveau-né d'un accouchement accompagné à domicile ? Pourriez-vous me raconter ce transfert ?* »

Relances : *Comment avez-vous été reçu lors du dernier transfert ? Jusqu'où avez vous pu accompagner la patiente ? Comment les couples sont reçus ? Comment est assuré ce fils de la sécurité quand les choses ne peuvent plus se dérouler à domicile ?*

**Q6 - Environnement du domicile :** « *De votre point de vue, est ce que le « être chez soi » peut représenter un élément de sécurité en lui-même ?* » « *A votre avis, pourquoi cet engouement actuellement pour l'AAD ?* »

Relance : *Certains couples choisissent l'AAD non pas par opposition à l'hôpital, mais comme un choix en soi, comme étant le lieu où ils se sentent en sécurité. Qu'en pensez-vous ? / Comment recevez-vous cela en tant que professionnel ?*

---

## RÉSUMÉ

**Objectif :** Comprendre les perceptions des professionnels de santé sur la sécurité de l'accouchement accompagné à domicile (AAD).

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs, réalisée auprès de professionnels de santé du domaine de la naissance, de l'Isère, directement ou indirectement concernés par l'AAD (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, anesthésistes).

**Résultats :** La controverse autour de l'AAD rend compte de perceptions variées de la sécurité de la naissance. La construction de la sécurité pour le professionnel passe par trois niveaux :

- Une sécurité « pour soi », qui s'établit avant tout par des liens de confiance avec les couples et par la confiance dans l'équipe.
- Une sécurité « professionnelle » liée à l'appartenance à une profession et à ses normes, que les sages-femmes pratiquant l'AAD cherchent à renforcer.
- Une sécurité « institutionnelle », que les pouvoirs publics fournissent via le soutien à une pratique ; encore à construire pour l'AAD.

La sécurité du côté des patientes et des nouveau-nés peut-être envisagée selon deux modèles : une sécurité fondée sur le respect de la physiologie de l'accouchement et la prévention ; une sécurité qui passe par les dispositifs humains et techniques pour parer aux complications imprévisibles de l'accouchement envisagé comme événement à risque.

**Conclusion :** Ces modèles traversent les postures professionnelles ; chaque individu ayant des degrés d'adhésion variés à l'un ou l'autre modèle. La confiance comme notion liée à la sécurité est un résultat notable et une piste d'amélioration pour les transferts.

Mots clés : *Accouchement accompagné à domicile, sécurité, sociologie, étude qualitative*