



HAL
open science

Évolution de l'image et de la pratique des sages-femmes : un nouvel équilibre à trouver ?

Emmanuelle Léonard

► **To cite this version:**

Emmanuelle Léonard. Évolution de l'image et de la pratique des sages-femmes : un nouvel équilibre à trouver ?. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01233045

HAL Id: dumas-01233045

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01233045>

Submitted on 24 Nov 2015

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.

ACADEMIE DE PARIS
ECOLE DE SAGES-FEMMES - HOPITAL SAINT-ANTOINE
UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE - FACULTE DE MEDECINE
MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT

**Evolution de l'image et de la pratique
des sages-femmes :
Un nouvel équilibre à trouver ?**

Présenté par :

**Emmanuelle
LEONARD**
née le 09 mars 1975

Directeur de mémoire :

Anne NARDIN

Année universitaire 2014 -2015

Sommaire

Introduction.....	1
Première partie : histoire de la profession à travers les écrits et un corpus d'images, de la matrone du moyen-âge jusqu'à la sage-femme d'aujourd'hui	3
1 De la matrone du moyen-âge à la sage-femme d'aujourd'hui.....	3
1.1 Du moyen-âge jusqu'à la fin du XVIIème siècle : l'art des accouchements entre les mains des femmes.....	3
1.2 Fin du XVIIème et XVIIIème siècle : évolution des pratiques obstétricales, mise sous tutelle des matrones et fin du monopole des sages-femmes dans les accouchements	5
1.3 Début du XIXème siècle jusqu'à aujourd'hui : une nouvelle génération de sages-femmes face à la médicalisation des naissances.....	7
2 Analyse du corpus d'images (cf. annexe)	10
2.1 La place de la sage-femme dans les représentations de la naissance dans les peintures et les gravures	10
2.2 Extinction d'une veine et émergence de nouveaux supports	16
2.3 Principaux enseignements apportés par ces images	24
Seconde Partie : Discussion	25
1 Introduction	25
2 La volonté politique, le référentiel métier et la formation	26
2.1 Code de déontologie et référentiel métier	26
2.2 La formation initiale	28
2.3 Evolution vers la professionnalisation des compétences de la sage-femme	29

3	Sur le terrain.....	30
3.1	Un métier à part.....	30
3.2	L'accouchement : processus physiologique ou acte medical ?.....	31
3.3	La surmédicalisation et la rationalisation des soins	33
3.4	Equilibre ou déséquilibre ?	35
4	Propositions et évolutions possibles pour une meilleure proximité mère-sage-femme	36
4.1	Vers la création des maisons de naissance : nouvelles structures d'accueil de la naissance et de la parentalité	37
4.2	Dans les maternités : améliorer, voire renouer le relationnel avec les parturientes face a la médicalisation	38
5	Bilan et perspectives	47
	Annexe : corpus d'image	51
	Bibliographie.....	55
	Glossaire	57

Nota bene : les chiffres entre parenthèses renvoient aux références bibliographiques.

Introduction

Dans toutes les civilisations, la sage-femme est l'une des figures les plus universellement connues. Dans l'Antiquité, elle est considérée comme la « protectrice de la mère et de l'enfant » sur le plan de la santé et sur le plan social.

Aujourd'hui, à l'heure où leur domaine de compétences s'étend notamment au suivi gynécologique, les sages-femmes revendiquent la reconnaissance médicale de leur profession, dont le champ de compétences est souvent méconnu du grand public. Pourtant, ce métier alliant qualités humaines et connaissances médicales, est l'un des plus anciens du monde.

La naissance est un événement majeur dans la vie de l'Homme ; ses représentations dans l'art sont innombrables. Dans ces œuvres, la sage-femme, figure incontournable de l'accouchement, est très souvent représentée. Ainsi, elle apparaît, au sein de la famille, comme une présence humaine, calme et bienveillante. Elle se trouve souvent agenouillée, aux côtés de la mère, dans l'attente de recevoir l'enfant, le tenant dans ses bras ou le lui présentant. L'iconographie la montre donc dans un rôle bien précis : c'est son rôle social qui est mis en valeur dans les œuvres d'art.

Parallèlement, depuis l'Antiquité, il est pourtant reconnu que la sage-femme possède des connaissances physiologiques et techniques. Et pourtant, ses compétences empiriques de la mécanique de l'accouchement n'apparaissent pas dans les peintures et les gravures.

De nos jours, la société exprime deux attentes à l'égard des sages-femmes :

- une compétence médicale assurant un maximum de sécurité dans cet événement majeur de la vie de l'Homme, où le bébé est un acte programmé. L'expérience et la maîtrise de l'Art obstétrical sont valorisées ;
- une présence humaine, une capacité d'accompagnement et de soutien.

La société lui demande donc d'être irréprochable à la fois dans ses savoirs et dans l'aspect humain de sa profession.

Mais dans quelle mesure les évolutions récentes permettent-elles de préserver un équilibre entre ces deux dimensions ?

Malgré une conscience collective de l'aspect humain de cette profession, transmis tout au long de l'histoire dans l'art, et du rôle fondamental de la sage-femme dans

l'accompagnement du couple, de nos jours la balance pourrait pencher du côté du savoir et de la médicalisation, parfois excessive, de l'accouchement.

Dans un premier temps, ce mémoire propose de décrire, à travers les écrits et les travaux des historiens, l'histoire de la matrone du Moyen-âge jusqu'à la sage-femme d'aujourd'hui, puis d'étudier l'évolution, sur la même période, de son image à travers un corpus d'images.

Dans un second temps, notre réflexion portera sur la pratique actuelle du métier de sage-femme, au regard de l'évolution médicale dans le domaine de la naissance.

Comment la professionnelle d'aujourd'hui exerce-t-elle ses compétences et dans quelles conditions ? Que pouvons-nous conclure de la comparaison entre l'évolution de son image et celle de son exercice quotidien ? Enfin, quels enseignements retirer de ces images du passé et comment peut-elle trouver un équilibre entre les deux pôles déterminants de son métier ?

Première partie :
**Histoire de la profession à travers les écrits et un corpus
d'images, de la matrone du Moyen-âge jusqu'à la sage-femme
d'aujourd'hui**

Notre objectif étant d'apporter une réflexion, un regard sur le débat actuel, nous avons choisi de cibler une période définie allant du Moyen-âge jusqu'à nos jours et délimitée géographiquement en Europe, afin de nous approcher au mieux du sujet de notre discussion.

1 De la matrone du Moyen-âge à la sage-femme d'aujourd'hui

1.1 Du Moyen-âge jusqu'à la fin du XVIIème siècle : l'art des accouchements entre les mains des femmes

A cette époque, la pratique de la médecine, plus ou moins empirique, est empreinte de croyances superstitieuses, astrologiques et magiques.

L'accouchement traditionnel est un évènement plus social que médical. Il se déroule au foyer, dans le cercle familial, un cadre affectif, privé, intime, où seules les sages-femmes sont admises pour la naissance. (1)

Il existe alors deux types de sages-femmes.

1.1.1 Les matrones des campagnes

La grossesse, l'accouchement ainsi que les maladies propres à la femme se gèrent dans un monde relativement fermé de matrones qui recueillent leur savoir de génération en génération, d'une façon exclusivement orale et empirique, transmis par une matrone plus vieille et plus expérimentée. La formation reçue est purement pratique : son art, elle l'a appris « sur le tas », parfois au hasard d'un service rendu (la voisine accouchant la voisine par exemple).

La matrone, appelée aussi ventrière, pratique donc les accouchements. Malgré son importance sociale, elle n'exige aucune rétribution. Son assistance est informelle : c'est un service rendu pour soulager la femme en travail; elle est une femme charitable qui s'est vue reconnaître une certaine autorité en la matière.

Vers 1350, Barthélémy de Glanville, encyclopédiste et frère franciscain anglais du XIII^e siècle, dit de la sage-femme de l'époque : « *la ventrière est une femme qui a l'art d'ayder à la femme quand elle enfante, à la fin qu'elle ayt l'enfant légèrement et que l'enfant ne soit pas en périle* ». (1)

1.1.2 Les sages-femmes des villes

En ville, certaines sages-femmes « assermentées » constituent un corps de métier et sont reconnues officiellement.

- La matrone-jurée : une experte reconnue

Les matrones les plus réputées sont requises comme expertes avec des médecins et des chirurgiens dans des procédures dites « lits de justice » : elles sont désignées comme « matrones jurées », attachées au tribunal du Châtelet à Paris. Elles possèdent des connaissances qui les rendent aptes, non seulement à pratiquer les accouchements, mais aussi à effectuer des expertises médico-légales en matière de viol, de virginité ou de mariage non consommé pour lesquelles elles sont rémunérées. Les premières sages-femmes dont l'identité est reconnue officiellement sont *Mabille la Ventrière* et *Emeline Dieu la Voie*, désignées ventrières-jurées du prieuré de saint Martin des Champs en 1333.

- Les maîtresses sages-femmes et les apprentisses : prémices d'un apprentissage

A partir de 1630, les sages-femmes peuvent effectuer, à l'office des accouchées de l'Hôtel-Dieu de Paris, un apprentissage théorique et pratique de trois mois, en tant « qu'apprentisses » auprès d'une maîtresse sage-femme expérimentée. L'Administration leur remet ensuite un certificat signé par la maîtresse sage-femme. Mais elles ne sont formées qu'en trop petit nombre : au départ, une seule apprentisse est admise à la Maternité de l'Hôtel Dieu, leur nombre montera jusqu'à quatre.

En 1664, les Lettres patentes de Louis XIV rattachent les sages-femmes à la confrérie de Saint-Cosme (Collège des chirurgiens) et le pouvoir royal finance les cours des sages-femmes. Seul Paris et ses alentours bénéficient de ces sages-femmes expérimentées, formées dans « la salle des accouchées » de l'Hôtel-Dieu.

Le XVI^{ème} siècle est également marqué par la désacralisation du corps humain. En effet, les explorations du corps grâce aux dissections, tabou général depuis l'Antiquité, se multiplient. Toutefois l'université, la médecine et toutes ces nouvelles connaissances restent interdites aux femmes.

1.2 Fin du XVIIème et XVIIIème siècle : évolution des pratiques obstétricales, mise sous tutelle des matrones et fin du monopole des sages-femmes dans les accouchements

La fin du monopole des sages-femmes dans les accouchements est la conséquence de plusieurs évènements.

1.2.1 Le procès des matrones

Il persiste un grand décalage entre les villes et les campagnes : les sages-femmes restent dans les grandes villes et leurs pourtours, où elles sont rémunérées et leur formation reconnue.

Dans les provinces, la formation reçue est toujours purement pratique : les accoucheuses traditionnelles n'ont pas fait d'études et la plupart sont illettrées. Elles se contentent toujours de transmettre leur façon de faire, leurs secrets, critiqués par les chirurgiens mais suffisants pour les accouchements « ordinaires ». Souvent âgée, elle est elle-même mère, ceci supposant plus d'expérience.

La femme qui l'emploie attend d'une bonne sage-femme soulagement et réconfort, zèle, douceur, complaisance, charité, prudence, capacité et adresse.

A cette époque, une prise de conscience s'effectue sur l'importance de la mortalité en couches. C'est la matrone, jugée incompétente, qui en est rendue responsable. Leurs pratiques dans les villages semblent criminelles et font l'objet de critiques violentes de la part des chirurgiens et vont les conforter dans leur volonté de reléguer les matrones à un rôle secondaire.

D'autre part, dans les campagnes, la matrone tient toujours une place importante dans les familles, elle est omniprésente au sein de la communauté. Elle est critiquée par l'Eglise, méfiante vis-à-vis de ses pratiques traditionnelles et qui l'accuse de coutumes superstitieuses. Elle serait la détentrice « *d'incantations magiques, de recettes, de breuvages, d'amulettes, de gestes et de savoirs transmis aveuglément de génération en génération* »¹ et potentiellement nocifs. Du fait qu'elle possède, comme Dieu, un pouvoir sur la vie et la mort, cette femme est considérée comme une sorcière et doit périr : « *la*

¹ Demaret E. La sage-femme, émanation de la culture féminine, face au droit de regard de l'Eglise : Une tutelle instaurée à la période moderne. Billet de blog Scribium, 2010.

sorcière comme Dieu se situe à l'intersection de la vie et de la mort. Elle peut guérir. Elle peut tuer.»²

Dans ce contexte, l'Eglise catholique instaure une surveillance des accouchements et chapeaute les devoirs de l'accoucheuse. Les curés obligent chaque communauté à nommer une sage-femme jurée, désignée par l'ensemble des femmes de la paroisse en sa présence et sur présentation d'un certificat de moralité. Elle doit être bonne chrétienne et savoir baptiser *in utero*. Elle doit prêter serment sur les Saints Evangiles de bien remplir sa tâche.

Ainsi, pour l'Eglise, une bonne matrone est une bonne chrétienne, au comportement moral irréprochable. Son aptitude médicale est secondaire. (2) (3) (4) (5)

1.2.2 L'élève sage-femme sous l'autorité des chirurgiens

Une évolution dans la formation des sages-femmes voit le jour au XVIIIème siècle.

La naissance devient une question publique : les mortalités maternelles et fœtales sont au centre des problématiques. L'état estime avoir la responsabilité de sauvegarder la population et commence ainsi à s'intéresser à celles qui donnent naissance aux enfants. Par un décret de Louis XIV, on essaye de remplacer la matrone incompetente par une sage-femme formée à l'école de l'Art et aux règles élémentaires de l'obstétrique. La sage-femme est à présent plus jeune et appartient en général à un milieu moins misérable.

A ce titre, la maternité de l'Hôtel-Dieu de Paris propose un enseignement auprès de chirurgiens à « l'Office des accouchées ». Mais, depuis le XVIIème siècle, une trop faible évolution du nombre de matrones (quelques dizaines par an) bénéficient de cet apprentissage et sont donc en trop petit nombre pour satisfaire les demandes des villes et des campagnes, où pourtant, l'instruction des accoucheuses apparaît comme une évidence. (6)

La mission de Madame Du Coudray : une instruction populaire dans les provinces.

Mme Du Coudray, sage-femme diplômée de Paris, est à l'origine de la formation de professionnelles sages-femmes : la création d'écoles pérennes dans la province en est le fondement. Elle réalise alors un enseignement, à l'aide de son mannequin de démonstration, auprès des accoucheuses mais aussi auprès des futurs démonstrateurs, chirurgiens et médecins.

Cependant, les communautés de chirurgiens veulent rester maîtres de la délivrance des brevets d'exercice aux accoucheuses : pour ces derniers, être désignés pour instruire les

² Muchembled R, La sorcière au village (XV -XVIIIe siècle).1991. Gallimard-Folio.

sages-femmes témoigne de la valorisation de leurs compétences et assure leur notoriété. (7)

1.2.3 La technicité des chirurgiens-accoucheurs préférée à la traditionnelle matrone dans les naissances

Enfin, la médicalisation de la science obstétricale opère un bouleversement. Les sages-femmes sont dépossédées de leur savoir-faire au profit des médecins.

En effet, les chirurgiens accoucheurs s'identifient au progrès. Ils rédigent de nombreux traités d'obstétrique et mettent en valeur leur pratique comme un art. Le modèle social du chirurgien-accoucheur se répand dans l'aristocratie et la haute bourgeoisie. Ils imposent progressivement la position allongée « gynécologique » pour tous les accouchements qu'ils pratiquent. L'instrument devient le symbole du pouvoir de l'accoucheur : crochets, tenettes, leviers, forceps lui permettent de s'imposer aux femmes et de supplanter les sages-femmes, y compris dans les campagnes.

En diffusant la « science des accouchements » à travers leurs manuels, les médecins ont limité la pratique des sages-femmes, qui perdent ainsi leur monopole sur les accouchements.

1.3 Début du XIXème siècle jusqu'à aujourd'hui : une nouvelle génération de sages-femmes face à la médicalisation des naissances

La Révolution met un terme aux pouvoirs religieux et royal exercés sur les sages-femmes. Les corporations sont abolies. L'enseignement médical se restructure : les universités sont fermées, des écoles de médecine sont créées.

1.3.1 Une accoucheuse instruite à l'Art obstétrical

Madame Lachapelle crée la première école de sages-femmes le 30 juin 1802, véritable école d'obstétrique. A partir de 1803, la formation dure un an au sein des écoles départementales et dispense des cours théoriques et pratiques auprès des accouchées des hôpitaux. Les nouvelles diplômées, formées en obstétrique, introduisent une médicalisation dans les campagnes où elles s'installent et supplantent peu à peu les anciennes matrones dans les villages. Leur diplôme sera le premier attribué aux femmes. Ce début du siècle voit aussi la publication d'ouvrages rédigés, illustrés par des sages-femmes : Madame Boivin et le « mémorial des accouchements », Madame Lachapelle et

la « pratique des accouchements ». Puis, à partir de 1880, on assiste à un tarissement des publications de sages-femmes. (1)

Parallèlement, depuis le XVIII^{ème} siècle et ensuite grâce au nouveau régime des écoles de médecine, la formation obstétricale des médecins s'est largement développée, notamment sur le plan pratique. Ils développent et investissent cette discipline. La création du corps des médecins-accoucheurs en 1882 augmente encore leur prestige et marque simultanément le déclin de la profession de sage-femme, qui se voit interdire par la loi l'usage des instruments en 1892.

On assiste alors à une médicalisation de la naissance, vers une pratique masculine, scientifique, instrumentale. (6)

1.3.2 Le XX^{ème} siècle : le dépérissement de la profession, la sage-femme « auxiliaire du médecin »

C'est au cours de ce siècle que la profession et la formation vont se structurer. L'enseignement, d'une durée de deux ans à la fin du XIX^{ème} siècle est officialisé par des textes de loi en 1917 (première année consacrée à l'acquisition des soins généraux, deuxième année abordant l'obstétrique et la puériculture). La formation passe ensuite à trois ans en 1943 pour l'approfondissement des connaissances dans les matières fondamentales (obstétrique, gynécologie et pédiatrie). A cette même date, apparaît officiellement une reconnaissance de la profession de sage-femme à travers la délivrance d'un diplôme d'Etat pour valider la fin du cursus.

Mais les apports scientifiques changent le paysage médical. A la veille de la seconde guerre mondiale, en raison de la médicalisation de la naissance, les femmes cessent d'accoucher à domicile pour donner naissance dans des structures où règnent les médecins. Les sages-femmes perdent leur notoriété et leur autonomie. Désormais, elles travaillent sous la dépendance exclusive du médecin. L'homme relègue la femme dans une position subordonnée : en travaillant sous leur contrôle, les sages-femmes dépendent hiérarchiquement de leurs décisions et ont une marge de manœuvre très restreinte.

Dans les années 1950-1960, le pouvoir des médecins est à son apogée. On assiste à une déshumanisation des naissances. (4) (6) (8) (5)

1.3.3 L'accouchement sans douleur face à la médicalisation des naissances

En 1952, le docteur Fernand Lamaze, chef de service de la maternité des Bluets à Paris, apporte une nouvelle approche de l'accouchement : l'accouchement psychoprophylactique ou accouchement sans douleur. Cette technique fait appel à l'implication paternelle et repose sur des techniques de relaxation et de respiration. Dès lors, cette prise en charge modifie le rapport entre la mère et l'équipe médicale.

Petit à petit, les femmes cherchent également à reprendre le contrôle sur plusieurs éléments de leur vie, comme l'accès à la contraception, le droit à l'avortement et la naissance. De plus en plus, les mères vont chercher à se réapproprier leur accouchement et vont rechercher à la fois une sécurité médicale et une présence humaine, à leur écoute. (9)

1.3.4 Les sages-femmes d'aujourd'hui face aux nouvelles attentes des parents

Au fil du temps, les sages-femmes ont reçu, comme tous les professionnels de santé, une solide formation médico-technique, qu'elles mettent en pratique au quotidien.

L'allongement de la durée des études ainsi que la diversification du programme (législation, psychologie, droit, santé publique et sexologie, etc.) témoignent de l'évolution de la formation. Les écoles sont rattachées à des centres hospitaliers régional ou universitaire permettant l'enseignement d'une médecine de pointe.

Aujourd'hui, la société demande aux-sages-femmes une grande compétence obstétricale, une maîtrise parfaite de l'accouchement dans des conditions optimales de sécurité, mais attend également d'elle le meilleur dans l'accompagnement humain.

Face à ces nouvelles attentes, la sage-femme peut être amenée à entreprendre une réflexion sur sa pratique professionnelle, afin de trouver un juste équilibre dans son exercice quotidien, entre cette demande de compétences médico-techniques assurant une parfaite sécurité et l'attente humaine des parents, dans cet événement majeur qu'est la naissance de leur enfant.

C'est pourquoi, en prenant appui sur l'analyse d'un corpus d'images sélectionnées du Moyen-âge à nos jours et représentant la sage-femme, nous observerons quels éléments sont mis en avant et, par la suite, ce que nous pouvons dégager de cette analyse.

Quel enseignement retirer de ces représentations ?

2 Analyse du corpus d'images (cf. annexe)

Nous avons donc réuni un corpus d'images, dont les critères de sélection étaient les suivants :

- Représentation de l'accouchement ou de ses suites immédiates.
- Etude de la même période que celle exposée dans l'histoire de la profession : du Moyen-âge jusqu'à aujourd'hui.
- Collection d'images issues de la culture européenne.
- Utilisation d'images issues de différents supports et évoluant selon les périodes : peintures et gravures jusqu'à la fin du XIXème siècle, photographies, photojournalisme, caricatures, cinéma, émission et série télévisée à partir du XXème siècle.
- Sélection de différents registres (religieux, scènes de genre, récits mythologiques) afin d'obtenir une vision plus large de l'image de la sage-femme, dans les différentes classes de la société.

2.1 La place de la sage-femme dans les représentations de la naissance dans les peintures et les gravures

2.1.1 Dans les scènes religieuses



I. Holbein H. Naissance de Marie, le premier bain. XVème siècle. Autel Weingartner dans la cathédrale d'Augsbourg.



II. Maître de l'autel Pfullendorfer. La naissance de Marie. Vers 1500. Galerie Nationale d'Art de Stuttgart.

Ce sont les suites de la naissance qui sont représentées. Il s'agit de scènes tranquilles, à l'opposé de la douleur et de la souffrance de l'accouchement, qui sont contraires à la

punition divine décrite dans la Genèse (« *tu enfanteras dans la douleur* »³). La mère est détendue, épuisée, dans sa chambre d'accouchement. La sage-femme s'apprête à baigner le bébé, des servantes l'ont installée dans des draps propres et lui apportent de la nourriture. Sa tenue ne la différencie pas des autres personnages.

On entrevoit ici le rôle social de la sage-femme : elle fait partie d'un groupe de femmes qui entourent et prennent en charge la mère et l'enfant. Elle ne se démarque pas spécialement des autres personnages.

2.1.2 Dans les scènes de genre

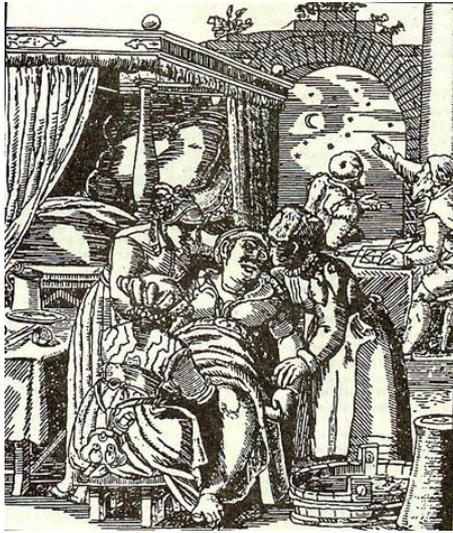
- Naissance à la campagne



III. Rösslin E. La sage-femme. « *Der schwangeren Frauen und Hebammen Rosengarten* » (le jardin de roses des femmes enceintes et des sages-femmes). 1513. Bibliothèque Nationale de France.

³. Genèse (Gn 3,16) : Ancien Testament.

- et dans la bourgeoisie



IV. Rueff J. Scène de naissance, « De conceptu et generatione hominis ». 1580.



V. Bosse A. L'accouchement. XVIIème siècle. Musée des Beaux Arts. Rennes.

Il s'agit cette fois ci de scènes d'accouchement. La sage-femme est clairement identifiable par sa posture : elle est représentée de dos ou de profil, face à la mère, et procède à l'accouchement. Elle est assistée d'une ou plusieurs personnes, illustrant ainsi l'entraide lors de la naissance. De la même façon que précédemment, elle ne porte pas de tenue spécifique à sa fonction, mais elle est représentée dans l'exercice de sa profession.

- Naissance royale : naissance de Louis XIII



VI. Taillasson J-J. La naissance de Louis XIII. XVIIIème siècle. Musée national du Château de Pau.

Ce tableau représente la naissance de Louis XIII. C'est Louise Bourgeois dite Boursier, maîtresse sage-femme jurée de la ville de Paris, qui accouche Marie de Médicis. L'histoire raconte que la reine, impatiente de connaître le sexe de l'enfant, pose la question à la sage-femme qui « *prit le parti de découvrir un petit peu le nouveau-né, afin de faire voir au roi la vérité* » (10). Ici, la sage-femme semble être la femme vêtue de noir, assise auprès de la reine. Cette représentation montre l'importance sociale de cette sage-femme, praticienne reconnue puisque représentée sur un tableau représentant une naissance royale.

Dans ces représentations de la naissance, qu'elle soit royale, dans un milieu bourgeois ou à la campagne, la sage-femme est présente. Elle est une figure sociale incontournable puisque toujours sollicitée dans ces différentes classes de la société. Elle occupe donc un rôle essentiel, mais demeure un personnage de second plan.

2.1.3 Dans les récits mythologiques

Dans la mythologie grecque, Ilithyie est la déesse de la maternité, des accouchements et des parturientes. Agissant sous les ordres d'Héra, elle se montrait tour à tour favorable ou funeste, délivrant la mère ou prolongeant ses douleurs.

Dans la mythologie romaine, cette déesse porte le nom de Lucine.



VII. Loir N. Naissance d'Adonis. XVIIème siècle. Musée des beaux-arts. Rennes.



VIII. Artiste anonyme. Plat « l'accouchement de Mirrha ». XVIème siècle. Petit Palais.Musée des Beaux-Arts. Paris

Les deux scènes ci-dessus représentent la naissance d'Adonis, fils de Mirrha et de Cinyras.

Dans « Les métamorphoses », Ovide raconte la légende selon laquelle, alors que Mirrha est métamorphosée en myrrhe et qu'elle est sur le point d'accoucher, Lucine vient la secourir. « *La compatissante Lucine approche des rameaux; elle y porte les mains, et prononce des mots puissants et favorables. L'arbre se fend, l'écorce s'ouvre, il en sort un enfant. À ses premiers cris, les Naïades accourent, le couchent sur l'herbe molle, arrosent son corps, et l'embaument des pleurs de sa mère* ». (11)



IX. Le Barbier J.J.F. La naissance d'Héraclès. XVIIIème siècle. Wikipédia

Ci-dessus, Galanthis aide Alcmène à mettre au monde Héraclès. Selon la légende, alors qu'Alcmène doit accoucher d'Héraclès, héros de la mythologie grecque et fils de Zeus, l'accouchement est retardé par Ilithye, suivant les ordres d'Héra. Pour ce faire, elle se trouve assise en tailleur, jambes et doigts croisés. Mais Galanthis, servante d'Alcmène, aperçoit la déesse et se joue d'elle en lui racontant que l'accouchement est fini : de surprise, Ilithye relâche son effort et Alcmène est délivrée. (12)

De la même façon que dans les scènes d'accouchement précédentes, elle est agenouillée face à la mère, de dos ou de profil. Elle fait partie du groupe de femmes présentes lors de l'événement que représente la naissance d'une divinité, preuve du caractère à la fois incontournable et intemporel de sa fonction.

Dans cette sélection de peintures et gravures, balayant la période du Moyen-âge jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, la sage-femme est représentée dans trois registres artistiques différents. Même si elle n'accomplit aucun geste technique ni ne tient d'instrument, nous pouvons entrevoir l'importance sociale de la sage-femme dans la vie des hommes. Elle est un personnage secondaire mais essentiel, lié à la naissance de personnages, illustres ou non.

2.2 Extinction d'une veine et émergence de nouveaux supports

Vers la fin du XVIIIème siècle, les scènes représentées dans les peintures et gravures disparaissent progressivement. La peinture évolue et va se préoccuper d'autres sujets. De nouveaux supports de représentations apparaissent.

2.2.1 Les portraits

Au XIXème siècle, Aloïs Delacoux rédige « la biographie des sages-femmes célèbres », ouvrage illustré d'une série de portraits de sages-femmes, dont Louise Bourgeois Angélique Du Coudray et Marie Louise Lachapelle. (13)



X, XI, XII. Delacoux A. La biographie des sages-femmes célèbres. 1834.

Figure X : Louise Bourgeois (1563-1636) fut maîtresse sage-femme jurée de la ville de Paris et accoucheuse de la seconde épouse d'Henri IV, Marie de Médicis. En témoignage de sa reconnaissance, pour lui donner une marque de sa confiance et de son estime, la reine la décora du chaperon de velours. Elle fut la première accoucheuse à obtenir cet insigne honorifique. Elle fut également la première sage-femme à avoir écrit un livre d'obstétrique : « Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés », publié en 1609.

Figure XI : Angélique du Coudray (1714-1789) fut maîtresse sage-femme, elle révolutionna l'art de l'accouchement en formant les femmes pratiquant les accouchements

dans les campagnes et en inventant le premier mannequin d'obstétrique. Elle fut une actrice importante du recul de la mortalité infantile à l'époque.

Figure XII : Marie Louise Lachapelle (1769 - 1821) fut la première titulaire du poste de Sage-femme en chef de la maternité de Paris (1798-1821) et donna à la profession le prestige et la reconnaissance dont les sages-femmes bénéficièrent tout au long du 19ème siècle.

Pour la première fois, la sage-femme est une personne identifiée, représentée pour elle-même, comme une personnalité. Elle n'est plus la sage-femme anonyme apparaissant dans les peintures et les gravures. Elle a acquis un nouveau statut, une certaine notoriété de par sa profession. Elle n'est toujours pas représentée « en actes », mais pour elle-même.

2.2.2 Les photographies et le photojournalisme



XIII. Site web Pinterest



XIV. Sages-femmes au début du XXème siècle.
Site internet des hôpitaux universitaires de Genève.



XV. Anonyme

Les photographies du début du XXème siècle (XIII à XV) montrent la sage-femme en tenue de travail, lui conférant ainsi une image plus professionnelle. Nous constatons que sa tenue de travail est la même que celle d'une infirmière. Même s'il n'apparaît pas sur ces représentations, la sage-femme est perçue comme « l'auxiliaire du médecin », elle semble dispenser les soins prescrits. Elle s'occupe aussi bien du bébé (XIII) que de la mère (XIV et XV), mais n'accomplit aucun geste technique.

Ces photographies illustrent l'érosion du prestige de la profession de sage-femme et leur perte d'autonomie face au pouvoir grandissant des médecins.



XVI. Magazine Regards. « Voici pourquoi et comment les françaises peuvent accoucher sans douleur ». N°356.1952.

Cette couverture de magazine illustre un évènement historique dans l'histoire de l'obstétrique : en décembre 1952, la presse annonce qu'accoucher sans douleur est désormais possible. Le docteur Lamaze et son équipe de la clinique des Métallurgistes, « Les Bluets », viennent de l'expérimenter auprès de cinq cents femmes, en appliquant une méthode d'origine soviétique fondée sur l'étude des réflexes inaugurée par Pavlov. Après des débats houleux, il s'impose en s'inscrivant dans le grand courant d'émancipation des femmes qui marque le demi-siècle.

Cette couverture de magazine montre l'évolution du regard social sur l'accouchement et celle du rapport des femmes avec leur corps et sa douleur.



XVII. Site web Pinterest



XVIII. Site web Pinterest



XIX. Site web Pinterest

Sur les figures XVII, XVIII et XIX, la sage-femme est photographiée au cœur de son métier, au moment de la naissance et présentant l'enfant.

Sur les photographies XVII et XVIII, l'accent est mis sur le bébé et la mère, qui se trouvent au premier plan. En revanche, avec le bébé, elle est placée au centre de l'objectif sur la photographie XIX, révélant un instant de partage et d'intimité avec le couple, elle accompagne ce grand moment de leur vie. Il ressort de ces images une complicité et une grande sérénité : l'aspect humain de ce métier.



XX. Charbonnier N. Mediapart. « Les sages-femmes réclament une meilleure reconnaissance de leur diplôme ». 2011.

Cette sage-femme manifeste pour une meilleure reconnaissance de son diplôme. Elle porte un calot de chirurgien, élément symbolique de cette quête de reconnaissance de ses compétences et responsabilités médicales.

Pour rappel, les sages-femmes françaises avaient entamé un mouvement de grève nationale dans le but :

- d'être reconnues praticiens de 1er recours ;
- d'être positionnées dans le parcours de santé en soins primaires pour la femme enceinte ou non ;
- d'obtenir le statut de personnel médical hospitalier ;
- d'obtenir un salaire à hauteur de leurs responsabilités.

La parution d'un décret en date 26 décembre 2014 relatif au statut hospitalier des sages-femmes s'en est suivi.



XXI. Site internet : forum santé pharmacies. « La sage-femme, choisir le bon professionnel de santé ». 2015.



XXII. Site internet : Comprendre Choisir. « Comment devenir sage-femme ». 2015.

Sur ces deux photographies (figures XXI et XII), la sage-femme porte une blouse blanche, un stéthoscope autour du cou en examinant une femme enceinte. Ces éléments caractéristiques la rapprochent du médecin et montrent ainsi un changement dans la perception de cette profession : son savoir médical est ici représenté.

2.2.3 Les caricatures



XXIII. Baudry H. « Spéciale dédicace à la sage-femme qui m'a mis au monde ». Rue 89, Les blogs. 2013.



XXIV. Site web pinterest



XXV. Overblog le monde Sanrankune. « Alice super sage-femme ». 2013.

De même que précédemment, la sage-femme porte une blouse blanche et un stéthoscope autour du cou sur les figures XXIII et XXIV, éléments caractéristiques de la reconnaissance de ses compétences médicales.

La figure XXV illustre une des images que la société a d'elle aujourd'hui : une héroïne, une image sympathique, populaire.

2.2.4 Les sages-femmes à la télévision, au cinéma et dans la littérature



XXVI. Catanzano S, Perrin L, Bernard A. Emission de télé-réalité française « baby boom ». Shine France. 2011

Ce « docu-réalité » est ciblé sur l'émotion de la naissance et met en avant le côté humain de la profession de sage-femme. La forte audience de ce programme montre également l'intérêt du public pour cette profession, liée à un événement capital de la vie de l'homme.



XXVII. Thomas H. Série télévisée britannique. « Call the midwife ». 2012

Cette série télévisée raconte les aventures d'une jeune sage-femme dans un quartier pauvre de Londres dans les années 1950. Elle est adaptée de la trilogie de livres de mémoire de Jennifer Worth (1935-2011), sage-femme dans l'East-End de Londres dans les années 1950.



XXVIII. Mention-Schaar M-C. Film français « Bowling ». 2012

Fondé sur des faits réels, ce film raconte entre autre l'histoire d'une sage-femme qui se bat pour empêcher la fermeture de la maternité de Carhaix.



XXIX. Lucas G. Film américain de sciences fiction, « Star Wars, épisode III : La Revanche des Sith ». 2005.

Dans ce célèbre film de sciences fiction, un « robot sage-femme » procède à un accouchement. Il rassure l'héroïne par une voix douce, offrant ainsi un sentiment rassurant de confort et de sécurité.

De nos jours, les médias s'intéressent de plus en plus au métier de sage-femme et semblent vouloir le faire (re)découvrir. En effet, la sage-femme est l'héroïne au cinéma, dans des séries télévisées, dans la littérature et dans des émissions de télé-réalité. Ces divers supports mettent en valeur ce métier en délivrant une image positive de ces femmes, jouissant d'un grand capital sympathie. Il montre également leur rôle essentiel dans la naissance, celui d'une professionnelle compétente, mais également une personne altruiste.

2.3 Principaux enseignements apportés par ces images

Sur la période étudiée, la sage-femme est présente dans les scènes d'accouchement, elle est donc une figure essentielle, incontournable lors de cet événement, car elle y est associée. Ses représentations « physiques » ont évolué au fil des siècles et de son histoire, mais elle dégage toujours calme et sérénité. Son rôle social et son aspect humain transparaissent à chaque époque. Elle occupe différentes places dans ces scènes, passant d'un rôle secondaire d'accompagnante à une personnalité reconnue, identifiée dans des portraits, et enfin à une professionnelle dans le domaine de la santé.

Le choix de ces images montre que le caractère humain et l'importance sociale de la sage-femme ont pendant longtemps supplanté la dimension médico-technique de la profession. Cependant, les dernières représentations photographiques et caricaturales montrent un changement dans la perception du métier de sage-femme : les médias lui reconnaissent des compétences médicales, elle commence à être reconnue dans l'exercice complet de son art.

En effet, l'art du métier des sages-femmes est à la fois de savoir accompagner minute après minute, comprendre ce qui se passe dans le corps et dans l'esprit d'une femme, mais aussi d'accomplir des gestes techniques pour que l'accouchement se passe dans la sécurité et l'harmonie. Elle est une personne humaine, dotée d'une capacité d'écoute, mais qui possède aussi un sens technique et un savoir médical.

Par conséquent, quelle réflexion la sage-femme peut-elle retirer de ces images, évoluant au fil du temps et de son histoire, au regard de son champ de compétences, des attentes de la société et de la pratique quotidienne de sa profession ?

Seconde partie : discussion

1 Introduction

La première partie de ce mémoire met en perspective l'évolution de la perception de la sage-femme à travers les siècles, de la matrone à la technicienne de l'accouchement, professionnelle de santé évoluant dans un milieu très médicalisé. Nous avons constaté que l'image semble de nos jours refléter ses compétences. Qu'en est-il pour l'exercice pratique de cette profession ?

La médicalisation de la profession s'est accélérée à partir du milieu du vingtième siècle et particulièrement à la fin des années soixante-dix grâce à l'intégration et l'acquisition de nouvelles compétences dont l'échographie et l'anesthésie péridurale. L'image de la sage-femme répond à présent aux attentes de la profession dans sa dimension médicale. Les impacts de cette mutation sont certes techniques et organisationnels (réalisation d'un référentiel métier, inclusion des études dans un milieu universitaire) mais ils touchent également les aspects humains et sociaux.

A travers ce changement de paradigme, des ambiguïtés découlent de cette situation : la sage-femme a migré vers un statut médical et doit se positionner dans ce nouvel environnement. Cela nécessite un l'équilibre entre la limitation maximale des risques médicaux (politique de moyen) et la prise en compte des attentes des parturientes pour des grossesses physiologiques sans complications (prise en compte des aspects sociaux).

Dans sa conférence de presse du 04 mars 2014 faisant suite au mouvement de grève des sages-femmes, mobilisées depuis le 16 octobre 2013, Marisol Touraine⁴ souligne différents principes dont la reconnaissance du caractère médical des compétences des sages-femmes, que ce soit en ville ou à l'hôpital. Elle précise : « *A l'hôpital, c'est un défaut de clarté ou un excès d'ambiguïté, puisque les sages-femmes sont des professionnels médicaux qui ne sont pas reconnus comme tels* »⁵.

⁴ Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

⁵ Intervention de Marisol Touraine à la conférence de presse : Sages-femmes. 4 mars 2014.

Ainsi l'image de la sage-femme est bien porteuse d'une ambivalence : elle évolue vers les attentes de la profession et du législateur qui reconnaît la sage-femme comme profession médicale mais qu'en est-il de l'aspect humain et du rôle d'accompagnement des parents dans la pratique quotidienne ? Face à la médicalisation de l'accouchement, la sage-femme parvient-elle à tenir au mieux ce rôle qui fait la spécificité de sa profession ?

2 La volonté politique, le référentiel métier et la formation

Nous nous proposons de rendre compte de la façon dont les textes encadrant métier et formation abordent cette question des valeurs : nous évoquerons la place faite aux sages-femmes dans l'Arrêté du 11 décembre 2001 définissant le programme de leurs études, dans le code de déontologie, ainsi que dans le Référentiel métier et compétences des sages-femmes.

2.1 Code de déontologie et référentiel métier

Le code de déontologie ainsi que le référentiel métier des sages-femmes reconnaissent que la pratique professionnelle des sages-femmes se doit d'être animée par un certain nombre de valeurs essentielles dont le professionnalisme, l'expertise et le respect.

Les compétences médicales basées sur un savoir technique ainsi que la dimension relationnelle, de conseil et d'empathie (faculté à s'identifier à quelqu'un, à ressentir ce qu'il ressent), sont citées comme qualités nécessaires à l'exercice du métier.

2.1.1 Code de déontologie

La capacité professionnelle des sages-femmes est ancrée dans le domaine législatif qui précise les potentialités et les limites de cette « profession médicale à capacité limitée », dans le respect du monopole des médecins. Le code de la santé publique complète les textes législatifs par les dispositions du code de déontologie des sages-femmes.

Dans la sous-section 1, le code de déontologie aborde les « devoirs généraux des sages-femmes », dont les trois suivants :

- - article R4127-306 : « *La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible* » ;
- - article R4127-326 : « *La sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire [...]* » ;

- - article R4127-327 : « *La sage-femme doit prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci* ». (14)

Le code met donc en valeur le respect des patientes, leur dignité et leurs volontés, ainsi que le professionnalisme, la sagesse et le pragmatisme dans l'élaboration du diagnostic. Il reconnaît les valeurs de la profession portant sur l'approche humaine et les compétences médicales.

2.1.2 Référentiel métier

Dans le cadre du processus de rapprochement des systèmes d'enseignement supérieur européens amorcé en 1998 (processus de Bologne avec mise en œuvre de l'architecture LMD (Licence-Master-Doctorat)), le référentiel métier et compétences des sages-femmes correspondant à un référentiel de formation a été élaboré à l'initiative du CASSF (Collectif des Associations et de Syndicats des Sages-Femmes) et du CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes). Il modifie le programme de formation initiale des sages-femmes depuis la rentrée universitaire 2011-2012.

L'ambition de ce document de référence à portée nationale est de renforcer la cohérence entre les missions de la profession et ses pratiques. De plus, sa réalisation représentait un défi pour la profession, dont le statut et les compétences sont encore souvent méconnus.

Cette méconnaissance n'est pas spécifique à la France, de nombreuses recherches authentifient les difficultés communes des sages-femmes au cours des dernières décennies. Ce qui semble relier ces études, c'est l'attente actuelle de la part des usagers et des politiques envers les missions de la sage-femme : une approche globale des soins en périnatalité, un humanisme et un rôle en santé publique. (15)

Le référentiel précise notamment les compétences techniques et éthiques attendues de la part des étudiants sages-femmes, dans les parties « compétences transversales de la sage-femme » et « déontologie professionnelle et l'éthique médicale ».

Il est ainsi mentionné que la sage-femme doit :

- « *intervenir dans toutes ses démarches professionnelles avec un esprit d'éthique et de respect* » ;
- adopter « *des comportements professionnels personnels et interpersonnels respectueux* ». « *La sage-femme enrichit ses savoirs, ses savoir-faire, savoir-être...* » ;

- affirmer son sens des responsabilités afin de « *garantir la qualité des soins* » en s'engageant notamment dans une « *démarche d'évaluation de ses pratiques* » ;
- « *avoir acquis les connaissances théoriques et techniques médicales* », « *avoir acquis des connaissances de philosophie de base de l'éthique médicale afin d'être capable de développer une réflexion éthique* » ;
- « *contribuer à la réflexion éthique de l'équipe soignante* ».

Nous observons donc que les valeurs mises en avant par ce référentiel sont :

- le professionnalisme ;
- l'expertise ;
- le respect (des droits, des besoins, des attentes) ;
- la responsabilité.

2.2 La formation initiale

Le programme de formation des études de sages-femmes est extrêmement dense, il allie des savoirs d'obstétrique et fait également place à la question des valeurs.

Le CNOSF précise que :

- la formation initiale à la profession de sage-femme a pour finalité de conduire les étudiants à l'exercice d'une compétence médicale et d'une réelle responsabilité, dans l'objectif de la meilleure prise en charge possible des patientes et des nouveau-nés ;
- le cursus comporte à la fois des enseignements théoriques, des travaux pratiques, des travaux dirigés et des stages obligatoires. Ces stages se déroulent dans les établissements de santé ou auprès de sages-femmes libérales. Les examens de passage et ceux du diplôme d'Etat comprennent tous des épreuves écrites et une épreuve clinique. Il comporte en outre la soutenance d'un mémoire de fin d'études. (16)

Pour Evelyne Mothé, ancienne directrice de l'école de sage-femme de l'hôpital Saint-Antoine, APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris), la formation de base des étudiantes sages-femmes « *respecte l'équilibre entre sciences physiques et sciences humaines* » et « *permet de mieux accompagner les demandes des familles* » (4).

Depuis 2011, les deux aspects qui fondent notre métier font partie intégrante de notre formation : les enseignements médicaux et techniques côtoient les enseignements sur les valeurs humaines. Le programme de licence 1 santé, comporte un module intitulé « santé-société-humanité ». En licence 2 et 3, les sciences humaines et sociales, le droit et la législation sont enseignés, et poursuivis en niveau master 1 et 2.

Enfin, en parlant de l'éthique dans la pratique quotidienne de la sage-femme, Dominique Broussal, maître de conférence en sciences de l'éducation et de la formation, précise que « *l'enseignement théorique [de la sage-femme] doit être complété par des travaux dirigés fondés sur des analyses de cas illustrant les conflits de valeur qui sont à la source de l'émergence et de l'approfondissement de la réflexion éthique* ». (17)

2.3 Evolution vers la professionnalisation des compétences de la sage-femme

Selon Richard Wittorski, spécialiste des questions relatives aux rapports « travail-formation » et à la professionnalisation, la professionnalisation d'un métier se définit selon trois critères : la spécialisation du savoir, une formation de haut niveau et un idéal de service. Il s'agit d'un processus de construction des connaissances, savoirs et identités reconnus comme faisant partie de la profession choisie. (18)

La question de la professionnalisation est liée aux réformes des curricula de formation professionnelle, notamment dans les métiers d'interactions humaines : enseignement, soins, accompagnement... Pour définir ces métiers adressés à autrui, trois éléments sont importants à prendre en compte : le collectif de travail, l'environnement institutionnel et le contexte organisationnel. De plus, deux registres de compétences sont en tension : d'une part, l'objet de service (contenus d'enseignement ou de formation, procédures et gestes de soin par exemple) et d'autre part des compétences communicationnelles, bases des compétences de l'activité. (19)

Le processus de professionnalisation renvoie donc clairement à l'acquisition de connaissances scientifiques qui dépassent les savoirs d'expérience et qui sont requises par un métier qui se complexifie.

C'est ainsi que depuis de nombreuses années, les études de sages-femmes s'inscrivent dans une logique de professionnalisation, mais elles arrivent ici à une nouvelle étape

dans cette évolution de la formation. Elle intègre des personnes qui peuvent présenter divers profils et provenir d'horizons variés (des passerelles existent depuis 2011 entre certains cursus et la formation). La mise en place de séances de retour sur la pratique et de régulation participe à la construction de l'identité professionnelle. L'alternance est également un point clé de la formation. (20)

3 Sur le terrain

3.1 Un métier à part

La sage-femme est l'un des rares métiers ayant une adhésion très fortement positive dans l'opinion publique. Cet enthousiasme populaire se ressent dans l'exercice quotidien au service de la naissance et visant à aboutir à « l'heureux événement ». Outre les compétences étendues dans le domaine médical de la sage-femme (dépassant à présent le « savoir-faire » de l'accouchement), la présence aux côtés de la future mère reste indispensable.

La naissance est un événement qui peut à la fois être merveilleux et très compliqué. Lors de ce moment, la sage-femme est associée à l'intimité des couples, à leurs émotions.

Lors de la phase de préparation de la naissance, les futurs parents s'attarderont sur la qualité de la prise en charge de la future mère et de l'enfant (visant la limitation des risques via la médicalisation) alors que lors de la phase de l'accouchement, les désirs des futurs parents portent sur une approche humanisée, sensible voire conviviale.

Néanmoins, les couples visant à parfaire leur bonheur, la fréquence des projets de naissance augmente. Il suffit de consulter des forums de discussions sur internet pour s'apercevoir que l'attrait des femmes augmente pour les accouchements dans des maternités à dimension humaine, où les sages-femmes sont davantage disponibles. L'ambivalence de l'image et du positionnement de la sage-femme qui évolue dans un milieu de plus en plus médicalisé est répercutée au niveau de la population qui recherche de plus en plus la meilleure prise en charge sur le plan médical mais également une disponibilité et une attention particulière, plus humaine.

La recherche de cet « agir humain » face à notre société est soumise à des objectifs de performances essentiellement opérationnelles, techniques et budgétaires depuis bon nombre d'années, laissant fréquemment à l'écart la dimension humaine.

Par ailleurs, dans son rapport n°254 du 08 avril 1982, le sénateur Noel Berrier relève les rapports sociaux entre la sage-femme et la parturiente, dépassant les aspects techniques :

Dans sa conception actuelle, et peut-être plus encore aujourd'hui qu'hier, ce suivi au jour le jour de la grossesse suppose que se tissent des liens très étroits, emplis de confiance et de compréhension entre elles et leurs patientes, confrontées souvent avec angoisse, toujours avec inquiétude, à ce que la nature réserve très spécifiquement aux femmes. La richesse de cette relation ne peut naître que de l'échange de deux expériences vécues ou potentielles et chez la professionnelle intéressée, d'une connaissance profonde et intériorisée « de l'être féminin.

Même en sortant ce texte de son contexte initial visant l'intégration des hommes dans la profession de sage-femme, Noel Berrier relève avec exactitude la dualité médicalisation et besoin de proximité des parturientes.

3.2 L'accouchement : processus physiologique ou acte médical ?

Cette question se pose depuis nombre d'années et ce doute retentit dans la conception qu'a la sage-femme de sa profession.

Selon Dominique Broussal, un grand nombre de tensions polarisent la pratique des sages-femmes, prise entre compétences relationnelles et compétences médicales, entre savoir-faire ancestral et haute technicité, entre souci de sécurité et respect du vœu des femmes. Dans l'exercice de leurs fonctions, cela concerne :

- la conception de l'accouchement, découlant des anciens débats opposant les défenseurs d'un accouchement « naturel » et ceux qui affirment privilégier la sécurité de la mère et de l'enfant. Ces oppositions sont anciennes et sont indissociables des progrès de la médecine moderne ;
- les modalités d'accouchement où les demandes des patientes peuvent être en opposition avec les objectifs de qualité et de sécurité de la DGS (Direction Générale de la Santé), avec les aspects budgétaires ou encore avec les pratiques professionnelles ;
- l'accompagnement. (17)

L'accompagnement est l'une des spécificités de la profession. L'attachement de la sage-femme à ce rôle d'accompagnement s'explique par le sentiment qu'une part de la compétence qui lui est reconnue, repose précisément sur ces dimensions intuitives,

subjectives et affectives qui se sont développées au fil de sa pratique au chevet des femmes.

Or, le contexte actuel de la prise en charge de l'accouchement paraît rendre difficile cette forme d'accompagnement individuel, car la naissance se situe dans la sphère médicale et l'appareillage et les techniques d'investigation sont en progression constante. Ce constat est d'autant plus important qu'il engage l'avenir des pratiques. La médicalisation a modifié la prise en charge des parturientes.

Etienne Herbinet, médecin de santé publique et spécialiste en gynécologie obstétrique, constate que « *cet envahissement technique s'est accompagné d'une diminution de la présence physique des sages-femmes auprès des parturientes* ». (4)

A titre d'exemple, le développement du télé-monitoring est une évolution technologique visant à sécuriser la surveillance fœtale pendant le travail en salle de naissance. Une sage-femme peut à présent suivre à distance plusieurs femmes depuis le poste de soins. Outre cet aspect sécuritaire en matière de surveillance médicale, cela permet également de diminuer les coûts structurels et d'augmenter la taille des services de naissances, le nombre de parturientes prises en charge par sage-femme. Les conditions de l'accompagnement ont été modifiées au détriment de la patiente mais à l'avantage du rendement médical et financier.

En pratique, le temps de présence des sages-femmes auprès des parturientes a été diminué dans la mesure où une sage-femme peut se permettre d'examiner une femme en travail cinq minutes toutes les heures, notamment dans les grosses maternités où s'observe une surcharge de travail. Ceci équivaut à une heure de présence pour un travail qui durerait douze heures (hors délai d'expulsion du bébé). (21)

L'arrivée de l'analgésie péridurale a été également une avancée médicale majeure, un progrès technique extrêmement positif, qui a profondément bouleversé les pratiques professionnelles. Le développement de cette anesthésie loco-régionale, réalisée par le médecin anesthésiste a constitué une véritable révolution pour la parturiente dans la lutte contre la douleur. Les femmes sous péridurale demandent un accompagnement moindre et sollicitent moins la présence de la sage-femme. Il en a résulté un amenuisement du besoin d'assistance psychologique et de prise en charge de la douleur qui leur était traditionnellement dévolus. En outre, cet acte médical a introduit dans la salle de travail un nouvel acteur, l'anesthésiste, qui « *perturbe le face à face avec la parturiente* » (6). La nécessité d'un travail d'équipe a redéfini les relations et les conceptions professionnelles

des sages-femmes comme celles des médecins. Comme le souligne Chantal Birman : « *la marcaïne remplace l'accompagnement des sages-femmes* ». (22)

Le vécu de l'accouchement serait alors, aux dires des sages-femmes, plus sous l'emprise des techniques médicales et moins fonction de leur assistance psychologique. Elles évoquent également un autre rapport au temps. Les sages-femmes revendiquent en effet le temps de l'accouchement qu'elles accompagnent de bout en bout. Il s'agit pour elles de l'activité la plus caractéristique de leur profession. (23)

Du fait de cet envahissement technique, la sage-femme est physiquement moins présente auprès de la parturiente. Nous pouvons lire sur le forum des sages-femmes :

La sage-femme, devenue informaticienne plus que clinicienne, statisticienne et chercheuse plus que présence humaine, analyste de tracé sur écran télé-monitoring plus que masseuse de dos et berceuse, programmatrice de pompe à ocytocine plus qu'écoutante des maux du corps et de la vie....La douleur ne se calmera pas avec tous les objets du monde si nous ne faisons pas de notre présence physique auprès des femmes, la première mission de prévention.

3.3 La surmédicalisation et la rationalisation des soins

La sécurisation des soins et la médicalisation de la naissance ont amené à une rationalisation systématique de la prise en charge des femmes en couches.

Lors de son exercice professionnel, notamment en salle de naissance, la sage-femme observe plus facilement une pratique systématique lui permettant, outre une distanciation pour plus d'objectivité, une meilleure pratique technique lui évitant des omissions. Cette sécurisation de l'activité est d'autant plus importante que la charge de travail l'est aussi. Ainsi, chaque soignant observe un ordre qui lui est propre dans les tâches qu'il doit effectuer, et ce dans un minimum de temps. Les soignants parent au plus pressé en se focalisant sur la vigilance diagnostique ainsi que sur les actes médicaux préventifs et curatifs. Cette rationalisation des soins permet également d'augmenter la vitesse d'exécution des actes médicaux. En outre, l'implication émotionnelle de la sage-femme est difficilement gérable lorsque sa charge de travail est grandissante.

Prises par le temps, beaucoup de sages-femmes sont contraintes de sacrifier écoute et suivi personnalisés pour des gestes de plus en plus techniques, censés les mettre à l'abri des risques médico-légaux.

Dans le chapitre relatif à l'évaluation et l'amélioration du guide méthodologique « Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance » diffusé par l'HAS (Haute Autorité de

Santé), la notion de chemin clinique est évoquée. Il s'agit d'une description de tous les éléments de prise en charge pour une pathologie donnée. Cette méthode, basée sur une gestion des risques *a priori*, vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire des patientes.

Les risques jugés non acceptables sont traités par des solutions, le plus souvent sous forme de barrières de sécurité, susceptibles d'empêcher la survenue des événements indésirables redoutés ou à défaut d'en limiter les conséquences. Ces barrières font l'objet d'échanges au sein de l'équipe en vue de leur appropriation et de leur application. L'évaluation de leur efficacité est prévue. Par ailleurs, l'équipe du secteur de naissance est préparée à la gestion de crise. (24)

Mais, le risque de ce concept, consistant à déclarer un accouchement normal rétrospectivement, est de changer un événement physiologique en un acte médical, conduisant ainsi à pratiquer des interventions superflues.

Par ailleurs, le développement de l'épidémiologie et de la recherche clinique amène une rationalité scientifique qui occupe une place de plus en plus importante dans la pratique médicale. L'intérêt collectif prend le pas sur l'intérêt individuel : l'éthique de la Santé Publique prévaut. Rappelons que la Santé Publique est une discipline qui prend en charge toutes les dimensions de la santé, qu'elles soient administratives, sociales, politiques ou encore économiques. Son objectif est de préserver la santé et de la protéger au niveau d'un groupe d'individus. Elle s'occupe de tous les aspects de la santé, tant au niveau préventif que curatif.

L'institutionnalisation de la naissance entraîne, de fait, une uniformisation de la prise en charge nécessaire à un faible pourcentage de femmes en couches à l'ensemble des parturientes.

Il est par ailleurs fréquemment question de « la prise en charge d'un accouchement » plus que de « l'accompagnement de la parturiente », ce qui semble être le reflet d'une survalorisation, par l'institution, de l'acte d'accoucher comme acte médico-technique, au détriment de la parturiente.

Au vu des différents points exposés ci-dessus, il en résulte une forme d'anonymat de l'individu induit par une certaine systématisation dans la prise en charge de l'accouchement.

A titre d'exemple, selon les résultats de l'enquête périnatale 2010 et par rapport à la précédente enquête de 2003, il est relevé que le nombre d'interventions médicales pendant la grossesse et l'accouchement a progressé sans être apparemment lié à un changement de l'état de santé de la population (25) :

- augmentation de 3% du pourcentage de femmes qui ont un déclenchement du travail (de 19,7 % à 22,7 %), alors que cette pratique était très stable antérieurement ;
- plus de la moitié des femmes ont eu une amniotomie et une prescription d'ocytociques pendant le travail. Ces ocytociques ont été plus souvent administrés pendant le travail en cas de déclenchement (82 %), qu'en cas de début de travail spontané (58 %) ;
- la prise en charge de la douleur pendant le travail s'est accrue. En sept ans, les accouchements avec péridurale ou rachianesthésie sont passés de 74,9 % à 81,4 % ;
- les accouchements par voie basse spontanée ont tendance à légèrement diminuer, alors que les accouchements par voie basse instrumentale et les césariennes ont tendance à légèrement augmenter.

3.4 Equilibre ou déséquilibre ?

L'équilibre entre le versant humain et le versant médico-technique du métier de sage-femme semble moins bien acquis au niveau de la pratique.

En effet, la naissance est un acte médical de plus en plus technique. Or, plus nous penchons du côté de la technique, moins l'accompagnement humain a un espace pour exister : il s'est peu à peu fait supplanter par l'appareillage médical. Le côté relationnel, spécifique de cette profession, paraît alors déconsidéré. (23)

De plus, les restrictions budgétaires et la charge administrative grandissante ont, elles aussi, peu à peu pris le pas sur la qualité relationnelle entre soignants et parturientes.

Comme le souligne le professeur Bernard Maria, ancien chef de service de la maternité de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges : « *l'incapacité chronique des autorités à prévoir les besoins de personnel, les budgets fictifs et les pesanteurs humaines* » ont surtout des répercussions sur la qualité des soins offerts. (26)

Face à ce dilemme, les sages-femmes sont prises entre une tradition d'accompagnement à laquelle elles sont attachées et leurs pratiques effectives, transformées par la rationalisation des services et la médicalisation.

Selon Evelyne Mothé, « *tout se passe comme si éthique, valeurs personnelles et sciences humaines d'un côté, connaissances et techniques scientifiques de l'autre, ne pouvaient cohabiter* ». (4)

L'historienne Yvonne Knibiehler quant à elle, souligne que les sages-femmes ont perdu leur « aura » et leur prestige entraînant « *une dégradation de leur rôle social* », l'autonomie des sages-femmes se réduit alors même que leurs compétences s'élargissent : « *la fonction sociale qu'elles assument est de plus en plus difficile à identifier* ». (27)

4 Propositions et évolutions possibles pour une meilleure proximité mère-sage-femme

Prises entre compétences médico-techniques et rôle relationnel, les sages-femmes se trouvent à un carrefour d'activités. Elles peuvent entrer dans une démarche de questionnement concernant l'évolution de leur profession, et la possibilité de concilier de façon harmonieuse l'héritage ancestral – à base d'accompagnement et de psychologie –, et un savoir médical de haut niveau.

Comme énoncé précédemment, la prise en charge globale des femmes en couches est standardisée et les critères de qualité et de performance édictés. Le management actuel pourrait avoir tendance à se réduire à un ensemble de risques aux coûts planifiés. Or, la notion de prise en charge ne se limite pas à un contexte administratif ou de gestion : elle comprend l'ensemble de pratiques et de savoirs, de gestes et de symboles liés à l'accompagnement des personnes, tant sur le plan physique que psychique.

Ces relations humaines, dans le contexte de l'accouchement, peuvent prendre de multiples chemins dans l'expression du rôle et de la fonction de chacun des acteurs. L'abstraction médicale et la réduction de la science à des schémas amènent à la négligence d'un temps intermédiaire qui, à l'accouchement, permettrait le temps du manque et, de ce fait, le temps du lien. Le « devenir mère » est une notion complexe et passe peut-être notamment par ce temps de latence permettant ainsi à chacun de se positionner.

Selon Danièle Carricaburu, sociologue ayant consacré une partie de ses travaux à l'étude des professions médicales, la disponibilité serait déterminée par les conditions organisationnelles de la profession et serait donc dépendante du rapport aux autres

professionnels, du contexte institutionnel du travail, des actes pratiqués et de l'idéologie professionnelle. (28)

Voyons comment mettre en pratique cette opinion afin d'envisager des solutions permettant une nouvelle forme d'accompagnement, prenant en compte l'évolution de l'environnement médico-technique de la maternité, indispensable pour une naissance sécurisée.

4.1 Vers la création des maisons de naissance : nouvelles structures d'accueil de la naissance et de la parentalité

Même si l'environnement technique rassure la parturiente sur un plan médical, il existe pourtant une demande de certaines femmes d'accoucher dans des lieux moins médicalisés. Depuis plusieurs années, une réelle prise de conscience concernant la surmédicalisation de l'accouchement est apparue. Elle s'illustre notamment par la création d'associations d'usagers revendiquant leur conception de la naissance : un respect de la physiologie, un accompagnement plus humain, un libre choix du lieu de naissance.

Dans cette optique, une partie des attentes de ces parents peut résider dans la création de maisons de naissance, actuellement au stade expérimental en France, mais qui existent déjà dans de nombreux pays. (29)

L'expérimentation du fonctionnement de maisons de naissance, comme lieu d'accouchement dans une structure moins médicalisée, constituait une des quatre priorités du plan de périnatalité 2005-2007. Depuis, la loi du 6 décembre 2013 en a autorisé l'expérimentation. Un cahier des charges a été publié par la Haute Autorité de Santé en septembre 2014. (30)

Une maison de naissance est une structure où la sage-femme réalise l'accouchement d'une femme enceinte qu'elle a suivi pendant sa grossesse. Elle doit être attenante à une maternité pour permettre un transfert rapide en cas de complication. Son objectif est de proposer aux femmes enceintes, avec une grossesse à bas risque, une prise en charge globale de leur grossesse (suivi, accouchement, suites de couches) et repose sur le principe « une femme/une sage-femme ». L'accouchement en maison de naissance n'est pas médicalisé : il n'est pas possible d'obtenir une péridurale mais d'autres moyens de gestion de la douleur sont proposés.

Ces organismes doivent non seulement répondre au désir d'une partie de la population, certes minoritaire, mais également aux sages-femmes désirant exercer dans une

démarche plus naturelle jusqu'à la mise en relation mère-enfant, sans porter atteinte à leur sécurité.

Les résultats de cette expérimentation devront permettre de juger l'atteinte des objectifs dans les conditions sécuritaires attendues pour les mères et les enfants. Leur développement pourrait devenir une alternative aux maternités hospitalières.

Le développement des maisons de naissance prend tout son sens pour permettre le renouement de la relation sage-femme - parturiente. Les maisons de naissance doivent offrir un environnement technique, humain et individualisé, avec un personnel capable de répondre aux besoins physiques, émotionnels et psycho-sociaux des mères et de leur cercle intime. Elles sont orientées sur la femme et la famille, tandis que les centres hospitaliers le sont sur la « patiente ».

Ce type de structure pourrait en outre favoriser la réalisation pratique du projet de naissance des parents, rendu difficile dans des maternités à forte activité.

4.2 Dans les maternités : améliorer, voire renouer le relationnel avec les parturientes face à la médicalisation

Les paragraphes précédents ont montré que la médicalisation, la standardisation des actes, la modernisation des équipements, le regroupement des maternités, et la recherche de l'efficacité notamment budgétaire amène les hôpitaux à normaliser la prise en charge des parturientes, y compris les temps nécessaires aux consultations, actes.

Les informations issues des équipements connectés aux parturientes amènent les informations à un bureau central où les sages-femmes pilotent leur activité depuis ce « cockpit de pilotage » lorsqu'elles ne sont pas présentes dans les chambres. Il est aisé de comprendre que ces équipements amènent de la sécurité et permettent de réagir très rapidement lorsqu'un équipement détecte et transmet un incident. Ils sont très utiles lorsqu'il y a des pics d'activité. En contrepartie, lorsque l'activité le permet, il pourrait être envisagé que les équipes de sages-femmes et de soignants portent dans les maternités des projets visant à remettre l'humain au cœur du dispositif.

4.2.1 Intégration de la dimension humaine et sociale dans le management

La restructuration de l'offre de soin en obstétrique et la concentration des naissances dans des maternités à forte activité est une conséquence du passage d'une politique de moyen à une politique d'efficacité.

En ce qui concerne les aspects organisationnels, les grandes fonctions du management des organisations sont généralement les suivantes :

- management stratégique (atteinte des objectifs fixés par la direction). Il prend en compte la démarche qualité, la sécurité des soins ainsi que les allocations des ressources humaines et financières (« où aller et comment ») ;
- management de la performance visant la qualité et l'efficacité (très souvent basé sur l'analyse des risques, les activités de contrôle interne et le suivi des dépenses) ;
- management des activités opérationnelles (mise en œuvre des processus et protocoles établis, prise en charge des patients,...).

Pour les maternités, le guide méthodologique relatif à la qualité et à la sécurité des soins dans le secteur de la naissance aborde uniquement le management stratégique (qui intègre le management de la performance) ainsi que le management opérationnel.

Bien que ce document contienne une partie spécifique à la prise en charge de toute parturiente, le paragraphe concernant la bientraitance et les droits stipule que « *la bientraitance se traduit par la qualité de la relation avec la femme et l'accompagnant, la prise en compte des préférences et des attentes exprimées dans le projet de naissance, [...] »*, il n'y est nullement abordé le management des aspects humains, ni le périmètre liés à la prise en compte des interrelations avec les patients.

Nous constatons donc que les actions sont essentiellement tournées vers la sécurité médicale dans le cadre d'une politique d'efficacité très souvent axée sur la prise en compte des risques métiers et occultant trop souvent les rapports humains et sociaux (aspects psychologiques).

Néanmoins, dans la partie « Amélioration, communication », le guide précise que :

Les actions d'amélioration identifiées lors de l'analyse des pratiques sont hiérarchisées collectivement et les priorités sélectionnées par l'équipe font l'objet, selon les moyens locaux, d'un plan de mise en œuvre, comportant des objectifs

précis et mesurables. À titre indicatif, il peut s'agir [...] de l'amélioration du vécu de l'accouchement par la femme, de l'augmentation de l'implication du père. (31)

Le management des aspects humains et sociaux ne doit donc pas être omis surtout dans les métiers en cours de professionnalisation. Il vise à donner du sens à l'action, à dialoguer et à amener du bien-être dans les relations. Par conséquent, il est proposé que cette branche du management soit clairement identifiée et prise en compte dans la politique hospitalière, intégrée dans l'approche processus de l'hôpital et les plans de risques. La qualité des rapports entre sages-femmes et parturientes pourrait faire l'objet d'une évaluation permanente ou périodique et aurait des répercussions sur la nature des projets visant la réponse aux attentes non médicales des femmes en couches.

4.2.2 Intégration de la vigilance éthique en maternité

La responsabilité institutionnelle constitue la référence à la règle et à la loi. Elle structure un cadre dans lequel vont pouvoir se jouer d'autres responsabilités (cf. responsabilités de mission, organisation du travail, obligation de moyens, etc.).

Elle garantit donc les espaces de responsabilité des différents acteurs impliqués, celui des familles, mais aussi du prescripteur de la mission ainsi que ceux de tous les autres partenaires. Il y a toujours un niveau de responsabilité institutionnelle, assumée par la fonction du directeur de la structure.

Ainsi, l'institution se doit d'être garante d'une vigilance éthique et doit impulser une dynamique de responsabilisation des équipes dans cette démarche de questionnement.

L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées, notion ne pouvant être définie sans faire référence aux concepts de morale, droit, déontologie ainsi qu'aux notions de bonnes pratiques et de responsabilités. Elle se justifie d'autant plus dans un contexte où les progrès technologiques et médicaux tendent à orchestrer l'évolution continue des pratiques, en l'absence parfois d'une réflexion collective sur les changements plus profonds qui pourraient en résulter.

La réflexion éthique émerge d'un questionnement pouvant venir des professionnels, des personnes accompagnées ou de leur entourage : il s'agit donc d'une réflexion collective associant une pluralité de points de vue (usagers, professionnels, représentants d'usagers, proches, personnes ressources...) déclenchée par des situations concrètes singulières où entrent en contradiction des valeurs ou des principes d'intervention.

Les professionnels de santé en activité en maternité pourraient donc engager une réflexion éthique pour mieux comprendre les enjeux actuels de l'évolution de leur profession et de l'institution. L'enjeu est de se donner des moyens de réflexion et de dégager des espaces d'action responsable.

Les intérêts de cette réflexion seraient les suivants :

- donner du sens aux pratiques, en ayant un impact sur les décisions stratégiques, notamment dans le cadre de l'élaboration ou de la révision des projets d'établissement et de services ;
- faciliter une prise de décision la plus « juste » possible en permettant de mieux mesurer les enjeux, en évaluant chacune des décisions possibles et en apportant une méthode d'analyse et un mode de discussion collégiale. La collégialité doit garantir la coexistence de tous les points de vue, elle permet à chacun de se former et de s'enrichir au contact des autres participants. Elle permet aussi à chacun de sortir de son domaine pour porter un regard sur celui des autres et se laisser interroger sur le sien. Chaque membre du groupe de recherche sera ainsi mobilisé autour de cette réflexion, pour que ses observations soient connues, partagées, discutées ;
- renforcer les relations de confiance entre les acteurs : la dimension collective du travail a un impact sur la qualité de l'accompagnement des personnes ; elle est déterminante pour garantir une prise en charge dépendant le moins possible d'un seul professionnel et de ses projections. Dans ce sens, elle est vecteur de construction et de cohésion des équipes.

Enfin, développer une attitude éthique, c'est chercher avant tout à rendre compte des choix et des actes professionnels en tenant compte de la complexité des situations et de la vulnérabilité des acteurs engagés dans les soins. Cette démarche éthique viserait à nous questionner et nous interpeller dans les pratiques de soins au quotidien tout en respectant des valeurs humaines.

Dans un premier temps, une méthodologie d'aide à la décision ou une charte éthique peuvent être réalisées. Il s'agirait par la suite, éventuellement dans le cadre des projets de service ou d'établissement, d'organiser des réunions pluriannuelles, regroupant la direction, les cadres de santé et des représentants des équipes, psychologues, assistantes sociales, mais aussi des couples. L'objectif de cette réflexion collective serait de croiser plusieurs points de vue face à une difficulté ou un risque identifié à partir de

l'observation de la pratique quotidienne ou au travers de démarches protocolisées (qualité, évaluation interne, bientraitance, etc.). La cible est de mettre en œuvre une démarche de construction que les personnes accompagnées pourront considérer comme un véritable élément de réponse à leurs besoins.

De cette réflexion éthique émerge la notion de démedicalisation de la naissance pour les grossesses physiologiques sans complication particulière, et son pendant l'humanisation de la naissance.

L'humanisation de l'activité de la sage-femme prendrait ici tout son sens dans la mesure où les soins seraient fondés sur le respect des besoins, des valeurs et des croyances des femmes ainsi que sur le respect de l'accouchement comme processus physiologique.

Pour arriver à cette fin, l'institution doit mettre l'accent sur :

- les premières personnes concernées par la naissance (à savoir les familles, et en particulier les femmes qui accouchent) et leur rôle dans la prise des décisions ;
- la nature de l'événement (normal, naturel, physiologique), qui peut entraîner la démedicalisation l'accouchement et des pratiques qui l'entourent ;
- l'approche globale et holistique à privilégier, qui tienne compte du vécu des femmes et des familles, sur les plans social, émotionnel, culturel, spirituel, psychologique et physique et qui s'incarne dans des soins fondés sur le respect des droits (droit à l'autonomie et à l'intégrité physique), des besoins, des valeurs et des croyances des femmes et des couples ;
- les conditions entourant l'accouchement (confiance dans la compétence des femmes, soutien adéquat, soins promulgués avec sollicitude, éclairage sur les choix pris par les parturientes et les couples (type d'intervenant, lieu de naissance, souhaits pour l'accouchement).

L'humanisation, loin d'être un luxe, constitue en fait un facteur de sécurité pour cet événement.

Plus concrètement, l'institution pourrait étudier l'intégration dans les projets d'établissement les propositions telles que les suivantes :

- Mise en place d'un accompagnement global de la femme :

Ce principe impliquerait qu'une même sage-femme suive une patiente tout au long de sa grossesse. Elle connaîtrait ainsi ses attentes, ses craintes, ses interrogations et pourrait

prendre le temps de répondre à toutes les questions posées par les futurs parents. Cela passe également par un allongement de la durée de la consultation médicale, qui rappelons-le est souvent de quinze minutes en milieu hospitalier. Ce type d'accompagnement n'est pas sans changement organisationnel car il demanderait d'établir un planning dédié aux consultations quinze jours par mois impliquant une sage-femme. Les maternités ayant mis en place ce type d'organisation (exemple la maternité des Hôpitaux Nationaux de Saint Maurice) permettent aux parents d'être suivis par la même sage-femme tout au long de la grossesse. Les sages-femmes consultent la première ou la deuxième quinzaine du mois et sont affectées en salle de naissance ou en suites de couches la quinzaine restante. Cette organisation permet parfois d'accoucher les femmes qu'elles ont suivies ou de les prendre en charge en suites de couches. En outre, le fait d'avoir un seul interlocuteur pendant le suivi de grossesse serait une plus-value pour la préparation et la réalisation des projets de naissance. Enfin, un accompagnement global offrirait à la femme la possibilité de s'approprier son vécu, son chemin dans la grossesse.

- Variabilité des méthodes de préparation à l'accouchement

Souvent, les femmes optent d'emblée pour la péridurale car elles ne connaissent pas d'exercices de respiration, de relaxation ou de méthode pour les aider à gérer la douleur. D'autres arrivent à la maternité et souhaitent essayer d'accoucher sans péridurale, mais n'y parviennent pas, faute d'avoir bénéficié d'une « vraie » préparation au travail et à la douleur des contractions. Mieux préparées, à la fois psychologiquement et physiquement, beaucoup parviendraient à atteindre leur objectif d'accoucher naturellement. L'haptonomie, la sophrologie, le yoga ou l'acupuncture constituent par exemple des techniques qui enrichissent la méthode de préparation traditionnelle. Pour les femmes désirant une anesthésie, ces méthodes les soulageraient avant la pose de la péridurale, le branchement des dispositifs médicaux et appareils de surveillance (monitoring et perfusion) nécessaires dans ce cas. Les rapports avec la sage-femme face à la médicalisation en seront plus humains. Les relations psycho-affectives entre la mère, l'enfant et le père en seraient également meilleures, par la prise en compte des individualités lors des entretiens et rendez-vous prénataux en maternité, ainsi que par une approche moins standardisée de l'accouchement. De plus, l'expérience du vécu de la grossesse va conditionner beaucoup d'aspects de l'accouchement, des soins au nourrisson, et même du bon déroulement du nouveau statut de mère. La phase de préparation à la naissance prend ainsi toute son importance dans ce dispositif, tout

comme le besoin de développer les projets de naissance. A cette fin, ces disciplines pourraient donc intégrer les programmes de formation continue des agents comme précisé ci-après.

- Diversité des équipements en salle de travail

La mise à disposition d'accessoires de relaxation dans les salles de travail (ballon, etc.) et l'acquisition de dispositifs de surveillance sans fils permettraient de rendre plus supportable la médicalisation. La création de salles « natures » dans les maternités est à développer. Il s'agit de salles de travail aménagées pour apporter un confort et une sérénité à la parturiente. Elle comporte du matériel médical réduit au minimum et très discret, des couleurs et décorations agréables, de la lumière tamisée, ainsi que de la musique douce. Cet aménagement réduit la douleur, le stress lié à un environnement hypermédicalisé. Les femmes y accouchent sans péridurale. Des médecines douces telles que la sophrologie, l'acupuncture ou encore des massages peuvent s'intégrer dans ce type de prise en charge. Ces salles de travail sont généralement équipées d'une grande baignoire, d'un grand lit, d'un tapis de sol, d'un divan, de coussins, de suspension, de ballons gonflables, voire d'un jacuzzi. Tout ceci permet à la femme d'adopter les positions qui lui semblent confortables.

- Formation continue des sages-femmes

Nous avons exprimé plus haut le besoin d'intégrer les nouvelles techniques de préparation à la naissance et l'impact sur le besoin en formation des sages-femmes. Sans forcément augmenter le budget en formation continue, il paraît important d'intégrer les besoins en formation vers les nouvelles pratiques afin de répondre aux orientations prises en matière de relation avec les parturientes. Ainsi, une sage-femme réalisant des consultations de suivi de grossesse pourrait se former à la sophrologie (technique de préparation à l'accouchement), alors qu'une autre travaillant davantage en salle de naissance pourrait se spécialiser à l'acupuncture, l'hypnose ou aux différentes positions pouvant soulager une femme en travail sans péridurale.

Ces quelques propositions, pour certaines déjà mises en pratiques, pourraient aider la sage-femme à réaliser un accompagnement plus humain. Car si les aspects techniques et médicaux sont « sous contrôle » des professionnels de santé, ils ne suffisent pas à accompagner pleinement une parturiente, de la façon la plus bienveillante qui soit et qui nécessite un « savoir-être », une écoute et un soutien de la part de la sage-femme.

4.2.3 Propositions relevant de l'équipe (management collectif)

Le management collectif est du ressort du cadre de santé, « chef d'orchestre » du service qui dispose d'une vue panoramique sur le système de santé publique, la politique institutionnelle, l'enseignement et la gestion de son service.

Il doit entre autre faire respecter les valeurs du service et être garant des valeurs professionnelles. Le respect de la dignité humaine comme valeur inaliénable constitue le socle de cette fonction. Il doit notamment :

- garantir un temps de repos suffisant aux agents qui lui sont subordonnés, car la fatigue empêche la compassion ;
- rappeler à ses agents la nécessité d'expliquer aux parents clairement les gestes et techniques pratiqués ;
- mettre en garde régulièrement son équipe sur les risques liés à la normalisation du soin qui déshumanise les actes ;
- se porter garant de la formation continue de son équipe ;
- garantir le respect entre professionnels, pour éviter aux couples de ressentir les tensions environnantes ;
- valoriser l'agent qui va se donner du temps à écouter, favoriser la qualité d'écoute.

Dans ce contexte de médicalisation et standardisation déshumanisant la naissance, il est proposé que les cadres de santé puissent initier une démarche participative visant à amener son équipe à une réflexion collective sur le facteur humain lors de la prise en charge des parturientes. Il peut s'agir de temps d'échange, où chacun pourrait rapporter une situation où il estime ne pas avoir rempli de façon satisfaisante sa mission, expliquer les circonstances (urgence d'une situation, surcharge de travail, fatigue, etc.), évoquer les difficultés liées aux comportements. Un plan d'action interne au service et piloté par le cadre de santé pourrait s'en suivre.

Les exemples suivants pourraient être traduits en actions :

- cohérence dans le suivi de l'ante, du peri et du post-partum (grossesse, accouchement, suites de couches), mais aussi lors des changements d'équipe au moment du travail. La parturiente a besoins de ressentir une harmonie entre les différents professionnels se succédant pour l'assister, qui ne soit pas seulement construite autour d'elle, mais bien partagée avec elle.

- confort des femmes en couches. Certaines ne souhaitent pas de péridurale ou le plus tard possible. La future mère doit rester libre de ses mouvements. A titre d'exemple, pour les femmes accouchant sans péridurale, la mobilisation, la déambulation pendant le travail et le choix de la position d'accouchement sont primordiales. La femme doit rester libre de ses mouvements et adopter la position qu'elle souhaite, pendant le travail et l'accouchement. La sage-femme doit être en mesure de la soutenir, à l'aide de sa capacité d'écoute et de son savoir pour lutter au mieux contre la douleur. En matière de positions d'accouchement, il en va de l'expérience de chacun ou de connaissances acquises en formation.
- lorsque l'activité le permet, préférence pour un accompagnement présentiel de la femme, au pilotage à partir des écrans de retransmissions des monitorings.

Les impacts de ce plan d'action sur l'organisation du service et des soins devront bien évidemment être étudiés.

4.2.4 Propositions relevant du comportement personnel, de chacun

Il s'agit donc pour chaque sage-femme, de mettre en œuvre à la fois ses compétences médicales mais aussi les valeurs humaines qu'elle possède. Cela suppose une capacité de dialogue fondée sur la reconnaissance de l'autre afin de :

- repérer ses propres partis pris ;
- écouter les patientes et les familles dans la dimension affective, familiale, sociale, culturelle, historique et dynamique ;
- se porter garant des droits des femmes et des parents, les aider à décider par eux-mêmes, pour eux-mêmes et pour l'enfant ;
- veiller au respect du caractère physiologique de l'accouchement et des besoins des parents ;
- construire un véritable partenariat avec la femme et le couple, mais sans décider pour eux, favoriser l'expression et la concrétisation de leurs choix.

5 Bilan et perspectives

L'équilibre entre la fonction d'accompagnement et la fonction médicale de la sage-femme ne semble pas atteint dans l'exercice pratique de sa profession. Comme d'autres professionnels de santé, elle est confrontée à des situations d'urgence qui tendent à réorganiser l'ordre de ses priorités et à une charge de travail grandissante générant des tensions relationnelles. L'écoute des femmes en couches et la personnalisation de leur suivi est délaissée au profit de gestes de plus en plus techniques, répétitifs et censés éliminer les risques médico-légaux.

Alors que l'importance de la prise en charge psychologique de l'accouchement est reconnue, celle-ci reste compliquée en raison des conditions de travail des soignants, et ce d'autant plus que leur responsabilité pénale se focalise sur les aspects techniques et médicaux, et non sur le plan relationnel.

La seule bonne volonté de la sage-femme ne suffit pas pour répondre au mieux aux souhaits des parents qui attendent à la fois l'excellence dans la sécurité de l'accouchement et aussi un accompagnement humain.

Outre les aspects organisationnels, dans une institution médico-sociale, il ne peut être occulté les trois formes de responsabilité qui régissent les relations interprofessionnelles, ainsi que celles avec les patients :

- la responsabilité institutionnelle ;
- la responsabilité collective ;
- la responsabilité personnelle.

C'est pourquoi, en capitalisant sur ces trois éléments, la sage-femme pourrait atteindre l'équilibre recherché qui fait la spécificité de sa profession, sous réserve qu'elle soit épaulée par l'institution et ses autorités. L'adéquation entre les moyens mis en place par l'institution et l'impulsion de chacun aiderait la sage-femme à répondre aux attentes de la population et aux évolutions de la profession.

CONCLUSION

Pendant longtemps, le rôle social de la sage-femme a été le plus représentatif de ce métier et relayé par les images du passé, comme élément caractéristique et dominant de son activité.

Au cours du XXème siècle, ses compétences médico-techniques se sont étoffées, et parallèlement, son image a évolué, pour laisser transparaître ce nouvel aspect de sa profession. En effet, depuis peu, ses compétences médico-techniques se révèlent dans les représentations qui sont faites d'elles, notamment par le biais de sa tenue. L'image nous transmet donc une vision globale de la sage-femme : une professionnelle de la santé avec un savoir médical, mais également une personne accessible, chaleureuse et humaine.

Par ailleurs, au fil du temps, la naissance est devenue une discipline médicale, alors qu'il s'agit d'un événement physiologique, naturel, survenant, dans la majorité des cas chez des sujets normaux et en parfaite santé. Face à cette situation, le souhait de certains parents tendrait à pencher vers une naissance plus naturelle, moins médicalisée, à une époque où la médecine est tournée essentiellement vers la technicité. De multiples actes techniques et examens médicaux jalonnent désormais la vie de la parturiente (échographies, amniocentèse, tests génétiques, péridurale, etc.) et semblent avoir profondément « pathologisé » la grossesse et l'accouchement et donc modifié l'expérience de la naissance. La rationalisation des soins et la charge de travail croissante entravent d'autant plus le versant social de l'activité de la sage-femme.

Dans ce contexte d'exigences croissantes dans ses compétences, la sage-femme doit à présent se repositionner et trouver un équilibre dans son exercice professionnel quotidien entre ses fonctions médicales, obstétricales et son rôle d'accompagnement. Ce dernier évoque l'aspect humain de sa profession qui est relayé dans les images du passé comme un élément incontournable, faisant toute la spécificité de ce métier.

Par essence, la naissance représente un événement d'humanisation sollicitant les sages-femmes en termes de démarche éthique. Le respect de la dignité des personnes en est le principe central. Cette notion est également liée à celle de la bientraitance : au moment de la naissance, être un professionnel bientraitant, c'est permettre aux parents de mettre en œuvre leur capacité d'autonomie pour assurer la sécurité physique et affective de leur enfant. Il est donc du ressort de la sage-femme de les rassurer sur leurs capacités durant le temps de l'accouchement.

Mais, malgré sa volonté d'accomplir au mieux l'ensemble de ses attributions, il lui est parfois difficile d'y parvenir seule, notamment dans les maternités à forte activité. Compte tenu de la situation actuelle, cette démarche de réflexion éthique devrait être partagée avec l'institution et les services de soins pour l'aider à exercer l'ensemble de ses compétences dans les meilleures conditions. Cette vigilance éthique, permettrait alors de préserver les différentes dimensions du soin. L'objectif de cet exercice est également de remettre la naissance dans une démarche naturelle sans porter atteinte à sa sécurité.

Pour conclure, selon Yvonne Knibiehler, « *si la femme « libérée » échappe à sa « nature », elle est aux prises avec sa liberté* », ce qui la pousse à « *réclamer toujours plus de soins et de sécurité, mais aussi toujours plus d'égard et de respect* ». Car si la sécurité supplante l'aspect humain de la naissance, le contexte relationnel lors de l'accouchement n'en est pas moins important et est source de nombreuses revendications de la part des accouchées. (32)

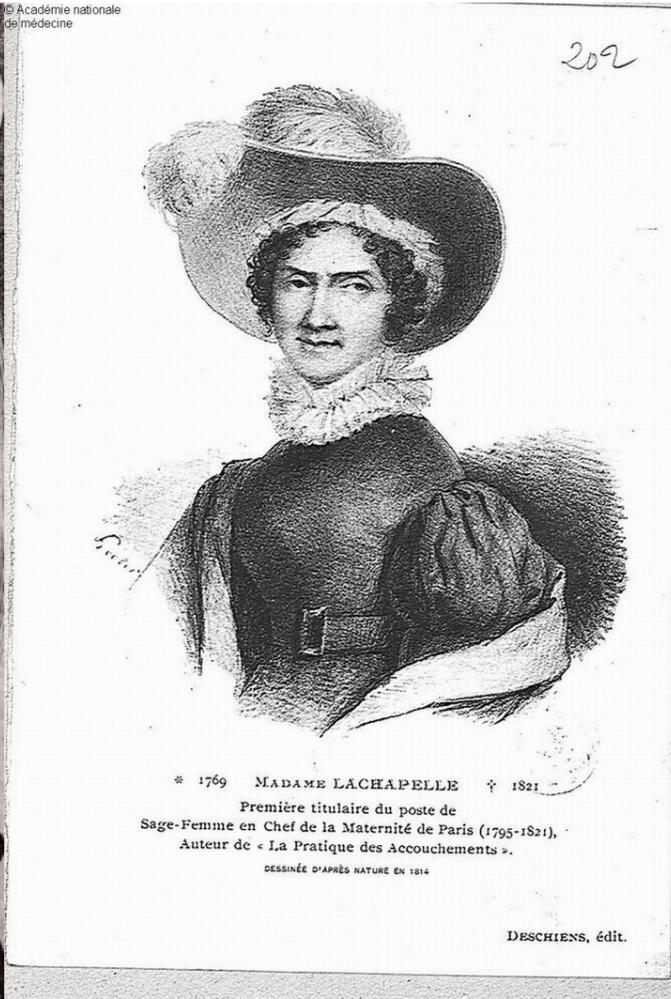
Mais, comme le souligne le Dr Christophe Massin, défenseur d'un partenariat parents-professionnels, il est possible d'allier les aspects médicaux et humains « *La confiance est essentielle à la réussite de la naissance. On peut parvenir à cette réussite aussi bien dans le contexte chirurgical d'une césarienne que dans un environnement non médicalisé, tant le facteur humain compte* ». (26)

Annexe :
Corpus d'images





© Académie nationale de médecine



VOICI POURQUOI ET COMMENT LES FRANÇAISES PEUVENT

ACCOUCHER SANS DOULEUR

Exclusivité

regards

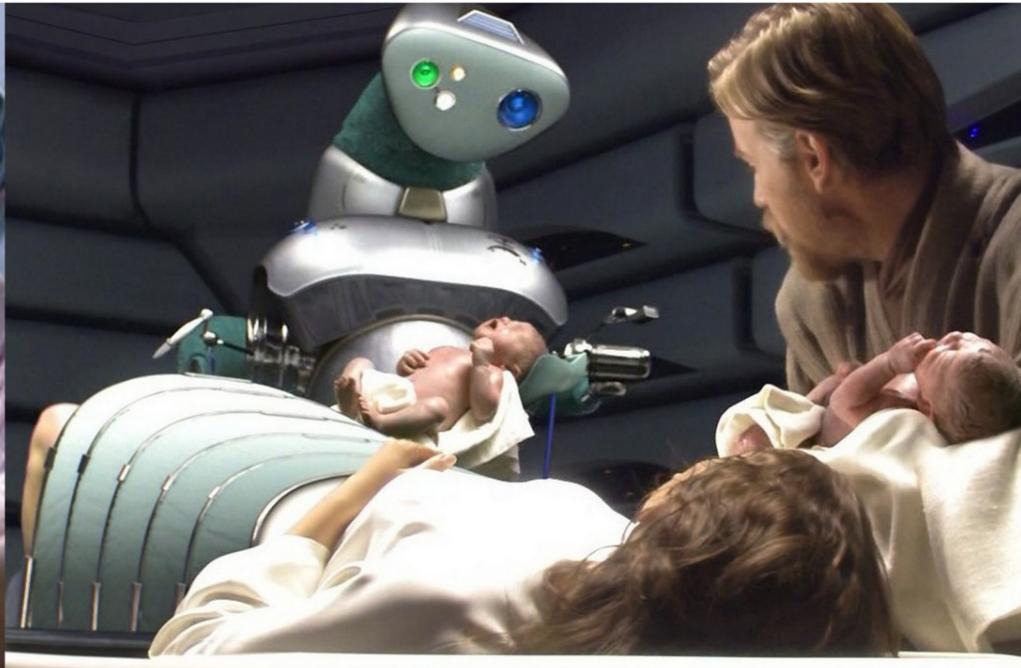
50 fr. AVANT DE VOIR
 PAR VOIR 50 fr.
 NOUVELLE SIREN - N° 254



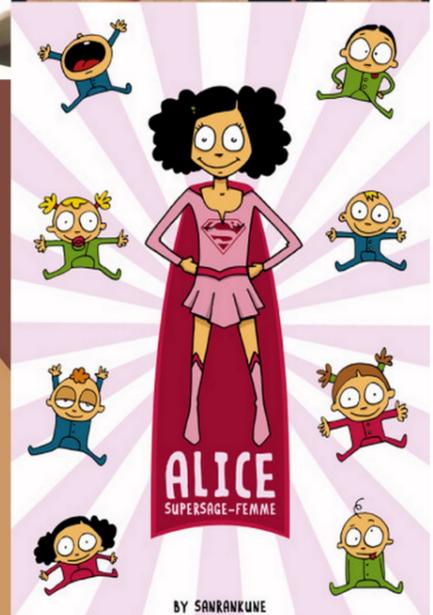




BABYBOOM



CALL THE MIDWIFE



BIBLIOGRAPHIE

1. Coulon-Arpin M. La Maternité et les sages-femmes: de la préhistoire au XXème siècle. Paris: Nestlé; 1981.
2. Gélis J. L'Arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne (XVI-XIXème siècle). Paris: Fayard; 1984.
3. Laget M. Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique. Paris: Du Seuil; 1982.
4. « L'heureux évènement » : une histoire de l'accouchement. Catalogue de l'exposition du Musée de l'Assistance publique. 1995.
5. Morel M-F. Histoire de la naissance en Occident (XVII-XXème siècles). Société d'Histoire de la Naissance. 2011; Disponible sur: <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article2>
6. Montazeau O, Bethuys J. Histoire de la formation des sages-femmes en France [Internet]. UVMaF. 2011. Disponible sur: http://uvmaf.univ-nantes.fr/UE-sante-societe-humanite/profession_SF/site/html/cours.pdf
7. Gélis J. Louise Bourgeois (1563-1636) une sage-femme entre deux mondes. Histoire des sciences médicales. 2009;XLIII:27-38.
8. Caumel-Dauphin F. Retour à l'autonomie de la sage-femme. Histoire des sciences médicales. 2009;XLIII:49-52.
9. Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur : Histoire d'une révolution oubliée. Paris: Editions de l'Atelier; 2004.
10. Droguet V, Polton J-C. Henri IV et Fontainebleau. Les dossiers de la Société des Amis et Mécènes du Château de Fontainebleau. 2010.
11. Ovide, Villenave M-G-T. Les métamorphoses d'Ovide: traduction nouvelle avec le texte latin... suivie d'une analyse de l'explication des fables... Gay F ; Guestard C; 1806.
12. De Lalung H. L'accouchement à travers les âges et les peuples. Paris: Dacosta; 1939.
13. Delacoux A. Biographie des sages-femmes célèbres, anciennes, modernes et contemporaines [Internet]. Paris: Trinquart; 1834. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?23846>
14. Code de déontologie des sages-femmes. In Code de la Santé publique, Partie IV, Livre Ier, Titre II, Chapitre VII, section 3 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/deonto/prodeontcode0a.htm>
15. CASSF, CNOSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010.
16. Broussal D. Le développement des valeurs professionnelles dans la formation des sages-femmes et son évaluation : indicateurs et critères applicables au mémoire de

- fin d'études. 21ème colloque de l'Admee-Europe « Evaluation et développement professionnel ». Université catholique de Louvain; 2009.
17. Broussal D. Valeurs et normes dans la formation des élèves sages-femmes. Les Dossiers des Sciences de l'Education. 2009;121-138.
 18. Desnoyers E. Profession sage-femme et problématique de genre [mémoire de master 2 recherche]. Université Toulouse Le Mirail, département de sociologie; 2007.
 19. Maubant P, Roger L. Les métiers de l'éducation et de la formation : une professionnalisation en tensions. Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur [Internet]. 2012 [cité 18 avr 2015];(28-1). Disponible sur: <http://ripes.revues.org>
 20. Wittorski R. La professionnalisation. 2008;17:11-38.
 21. David S. La parturiente en hôpital français [mémoire de maîtrise d'Ethnologie]. Université Paris 8-Saint Denis; 2004.
 22. Birman C. Au monde. Ce qu'accoucher veut dire, une sage-femme raconte... Paris: Editions de La Martinière; 2003.
 23. Schweyer F. La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. Sciences sociales et santé. 1996;14:67-102.
 24. HAS. Guide qualité et sécurité des soins dans le secteur de la naissance [Internet]. 2014. Disponible sur: www.has-santé.fr
 25. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
 26. Fiquet B. Naître aujourd'hui. Revue Alternative / L'Impatient. sept 2001;281.
 27. Knibiehler Y. Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du 20e siècle. Rennes: Ecole des Hautes Études en Santé Publique; 2007.
 28. Carricaburu D. La profession de sage-femme : une autonomie en question. Edition de l'Espace européen; 1990.
 29. HAS. Maisons de naissance. Elaboration du cahier des charges [Internet]. 2014. Disponible sur: www.has-santé.fr
 30. HAS. Maisons de naissance. Cahier des charges de l'expérimentation [Internet]. 2014. Disponible sur: www.has-santé.fr
 31. HAS. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. [Internet]. 2014. Disponible sur: www.has-santé.fr
 32. Knibiehler Y. La révolution maternelle depuis 1945, femmes, maternité, citoyenneté. Perrin; 1999.

GLOSSAIRE

APHP :	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
CASSF :	Collectif des Associations et de Syndicats des Sages-Femmes
CNOSF :	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
DGS :	Direction Générale de la Santé
LMD :	Licence-Master-Doctorat)
HAS :	Haute Autorité de Santé
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé

Résumé :

L'image de la sage-femme a évolué au fil du temps et de son histoire. Elle reflète à présente les deux visages de son métier, aptitudes attendues des parents pour la naissance de leur enfant. : compétences médico-techniques et accompagnement humain. Aujourd'hui, la médicalisation de la naissance, la rationalisation des soins et la charge de travail grandissante contraignent parfois la sage-femme à délaisser le côté relationnel, pourtant relayé dans les images du passé, comme élément fondamental de la profession. Dans ce contexte, maintenir l'équilibre entre les deux versants devient difficile. Mais cet objectif peut être atteint, si l'institution, l'équipe médicale et la sage-femme elle-même entreprennent ensemble, une démarche de réflexion éthique en reconsidérant l'accouchement comme un acte naturel sans porter atteinte à sa sécurité.

Abstract :

The midwife image has evolved over time and history. It reflects the two faces of this profession, skills expected from the parents for the birth of their child. : medical and technical skills and human support. Today, the medicalization of birth, rationalization of care and the increasing workload sometimes force the midwife to abandon the relational side of her work, yet relayed in images of the past, as a fundamental element of the profession. In this context, maintaining the balance between the two sides becomes difficult. But this goal can be achieved if the institution, the medical team and the midwife herself approach together an ethical reflection process by reconsidering childbirth as a natural act without jeopardizing safety.

Mots-clés :

- sage-femme
- image
- évolution
- médicalisation
- relations humaines

Nombre de pages : 57

Nombre d'annexes : 1

Nombre de références bibliographiques : 32