



HAL
open science

Accompagnement des parturientes en salle de naissance : quel positionnement pour les sages-femmes aujourd'hui ?

Alix-Suzanne Migeot

► To cite this version:

Alix-Suzanne Migeot. Accompagnement des parturientes en salle de naissance : quel positionnement pour les sages-femmes aujourd'hui ?. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01654584

HAL Id: dumas-01654584

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01654584>

Submitted on 4 Dec 2017

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.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

**ACCOMPAGNEMENT DES PARTURIENTES EN
SALLE DE NAISSANCE : QUEL POSITIONNEMENT
POUR LES SAGES-FEMMES AUJOURD'HUI ?**

Etude qualitative et multicentrique menée auprès de sages-femmes de la région Hauts-
de-France

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par :

Alix-Suzanne MIGEOT

Sous la direction de :

Mr Cédric ROUTIER (Unité de recherche HaDePaS (ICLille))

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Mr Cédric Routier, qui a accepté la direction de ce mémoire. Merci de votre patience et de vos conseils avisés prodigués tout au long de la rédaction de ce travail.

Je voudrais adresser mes remerciements les plus sincères à l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de la filière maïeutique de la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille. En particulier à Mme Christiane Roux, sans qui je n'aurais pu explorer ce sujet. Merci de tout cœur pour vos encouragements, votre sollicitude et votre soutien.

Je souhaite également remercier toutes les sages-femmes ayant participé à cette étude pour leur collaboration et leur disponibilité.

Enfin, j'aimerais témoigner toute ma gratitude aux personnes qui m'ont soutenue tout au long de ces années d'étude et de la rédaction de ce mémoire :

A ma famille : mes parents, François, Claire et Marion pour m'avoir porté dans mon projet d'étude et de vie,

A Bréwal et à sa famille, pour leur soutien et leur relecture attentive,

A mes compagnons de l'ANESF, mes amies : Alice, Blanche, Camille, Clarisse, Méloé, Astrid ainsi qu'à toute notre promotion 2017, pour nos fous rires et nos larmes...

A Margaux, pour son soutien sans faille pendant ces 6 années...

Et à toutes les personnes qui ne sont pas citées ici, qui ont participé à l'élaboration de ce travail :
MERCY !

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1. Présentation du sujet.....	4
2. Contextualisation	4
1.1 Evolution historique et mutation de l'identité des sages-femmes.....	4
1.2 Accompagnement et maternité	7
1.3 Problématique et hypothèses.....	9
MATERIEL ET METHODE	11
RESULTATS	13
1. Caractéristiques des sages-femmes.....	13
2. Définition et mots clés de l'accompagnement.....	13
3. Vécu des sages-femmes par rapport au versant relationnel	16
4. Considération des sages-femmes quant aux attentes des patientes	17
5. L'accompagnement en pratique	18
5.1 Facteurs l'influençant	18
5.2 Obstacles identifiés	20
5.3 Facilitateurs identifiés.....	21
5.4 Pratique concrète de l'accompagnement : bénéfiques et risques.....	23
5.5 Bénéfices relevés	24
5.6 Inconvénients et risques.....	25
6. Médicalisation et accompagnement : obstacles ou leviers ?.....	26
7. Evolution de l'accompagnement : l'avenir de la profession.....	28
7.1 Deux courants distincts	28
7.2 Vers une amélioration globale.....	29
7.3 Vers une détérioration globale.....	29
8. L'avis des sages-femmes de plateau technique	30
ANALYSE ET DISCUSSION.....	34
1. Limite de l'étude	34
2. Analyse et comparaison avec les éléments de la littérature	35
2.1 Définition et pratique de l'accompagnement.....	35
2.2 Vécu des sages-femmes : une frustration vis-à-vis du besoin des patientes	36
2.3 Bénéfices et accompagnement « choisi » : l'accompagnant comme solution ?.....	37
2.5 Evolution de la profession quant à l'aspect relationnel : de nombreux obstacles ..	40
2.5 Ouverture : les doulas, une solution possible ?.....	41
2.6 Vérifications des hypothèses.....	42
CONCLUSION.....	44
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXES	50

INTRODUCTION

1. Présentation du sujet

« Figure très ancienne de femme soignante » [1], le métier de sage-femme possède une histoire riche, longue et mouvementée. En effet, la profession a subi d'importantes évolutions au cours de son histoire, et notamment à partir du XIX^{ème} siècle.

A cette époque, la place de plus en plus importante des médecins accoucheurs, des structures hospitalières, l'évolution de la société, ainsi que la révolution technique connue par le monde de l'obstétrique depuis les années 1950, ont été à l'origine d'une mutation de l'identité des sages-femmes.

Cette évolution récente est aujourd'hui commentée par de nombreux auteurs, qui y voient un « déperissement de la profession » [2] : une perte de la mission d'accompagnement intrinsèque au métier de sage-femme, au profit de l'acquisition de compétences techniques plus poussées et variées.

Pourtant, cette mission d'accompagnement répond toujours à un besoin des patientes, comme en témoigne le succès des maisons de naissances et des sages-femmes exerçant en plateau technique...

Mais dans le cadre médical et institutionnalisé qui entoure la naissance aujourd'hui, fruit de l'évolution récente du monde de l'obstétrique et de la société, la part de l'humain dans la prise en charge d'une patiente en salle de naissance semble de plus en plus délaissée.

2. Contextualisation

Il convient d'éclaircir le sujet en remettant dans leur contexte certaines notions abordées ci-dessus. En effet, en quoi consiste concrètement l'évolution et la mutation induite de l'identité des sages-femmes ? Comment l'accompagnement est-il défini aujourd'hui ? Fait-il partie de la mission des sages-femmes ? Quelle est sa place en général et plus particulièrement en maternité ?

1.1 Evolution historique et mutation de l'identité des sages-femmes

Les sages-femmes ont toujours occupé (et occupent encore aujourd'hui) une position centrale dans la vie et la santé des femmes. Autrefois appelées « matrone » (du latin « mater » : mère) elles n'avaient aucunes connaissances obstétricales et étaient avant tout gardiennes des principes religieux : elles étaient alors chargées de la surveillance et de l'encadrement de la maternité suivant des principes fixés par l'Eglise. Mais elles étaient également « des complices » des femmes, en les soutenant dans leur volonté ou non d'être mère, en les accompagnant dans

l'avènement de leur maternité et en leur transmettant conseils et remèdes plus ou moins adaptés et vérifiés. [2]

Au XVII^{ème} siècle, la place privilégiée qu'elles occupaient effraie l'Eglise, qui les suspecte de sorcellerie, alors que l'Etat, en parallèle, condamne leur ignorance par manque de formation. En effet, au cours de ce siècle qui est l'occasion d'une rupture entre l'homme et Dieu, d'une désacralisation du corps, les dissections se multiplient et le savoir sur le corps humain et son anatomie s'agrandit. Avec l'avènement de ces nouvelles connaissances et la nécessité de faire baisser la mortalité infantile, une prise de conscience s'opère sur le besoin de formation des acteurs de la naissance. A partir de 1630, les sages-femmes ont donc la possibilité de faire un stage à l'Hôtel-Dieu à Paris, et en 1675, Mme Angélique Le Boursier du Coudray, sage-femme expérimentée et instruite, forme environ 5000 sages-femmes et quelques médecins, grâce à ses mannequins restés célèbres [3,4]. La conséquence de cet avènement des connaissances obstétricales est l'arrivée des hommes dans le monde de la naissance, considéré désormais comme une science. Longtemps absents de cette spécialité mal considérée, les obstétriciens vont monopoliser l'enseignement de l'obstétrique : la création en 1882 d'un corps de médecin accoucheur a deux conséquences majeures sur les sages-femmes : elles deviennent leurs subordonnées (autorité masculine) et celles qui exercent en libéral voient leurs patientèles diminuer [1, 2, 3, 4].

« On peut succinctement dire qu'à la fin du XVI^{ème} siècle, l'accouchement appartient encore à la communauté féminine (...) Cependant, deux siècles plus tard, les chirurgiens accoucheurs ont réussi à casser ce monopole » [5]

Ces nouveaux accoucheurs ainsi que l'apparition, au XIX^{ème} siècle, des premières structures hospitalières et des notions d'hygiénisme, sont à l'origine d'une profonde mutation de l'identité des sages-femmes. Leurs connaissances sont affirmées, et prennent l'ascendant sur le soutien et la complicité précédemment évoqués de la matrone. *« Désormais, c'est d'abord à un ventre que l'institution médicale va s'adresser. L'hôpital devient le gage de la sécurité du corps » [3].* Mais les évolutions de la profession ne s'arrêtent pas là, et c'est surtout au cours des deux derniers siècles que l'identité des sages-femmes se transforme réellement pour devenir la profession que l'on connaît aujourd'hui.

La création en 1932 des allocations familiales, versées aux femmes à condition de faire suivre leur grossesse et leur bébé par une sage-femme ou un médecin, encourage le déplacement de la surveillance des femmes enceintes et de l'accouchement à l'hôpital. L'institution de la sécurité sociale en 1945-46 contribue à ce déménagement : pour la déclaration de grossesse, la nouvelle législation imposant une consultation avec un médecin. [2,3,4] De cette manière, en 1952 les maternités publiques et privées accueillaient 532 parturientes sur 1000. En 1974, elles en accueillent 985. [2] Les sages-femmes y perdent le monopole du suivi de la grossesse, et la

clientèle des libérales diminuent très fortement, ce qui occasionne, en conséquence, un déplacement de l'exercice en hospitalier. [6]

C'est le déplacement dans un cadre hospitalier, où tout le matériel et personnel est disponible 24 heures sur 24, qui permet le développement de la révolution technique qu'a connu le monde de l'obstétrique à partir des années 1950. L'essor de l'échographie dans les années 1980 – 1985, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal en 1958, l'utilisation des ocytociques dans les années 1950, l'accouchement sans douleur développé par Fernand Lamaze auquel succédera l'analgésie péridurale en 1970... ont permis de faire baisser la mortalité infantile et maternelle. Mais ils ont aussi fait basculer la naissance « d'une dimension familiale et privée à une dimension médicale et institutionnalisée » [7] dans laquelle les femmes deviennent des parturientes soumises au pouvoir médical, et où le soutien affectif et émotionnel d'un professionnel « soignant » ne semble plus avoir sa place, ou même être désiré... [7,8]

En effet, la vague féministe des années 1960-1970 modifie le regard des femmes sur leur propre corps et condition. Au cours de cette période, les femmes réclament le droit à la contraception et à l'avortement : la famille et les rôles traditionnels qui y sont affiliés sont perçus comme un carcan. Pour cette nouvelle génération, « avoir un enfant, si elles le veulent et quand elles le veulent » devient une exigence : elles refusent d'être des femmes objets et luttent pour leur droit de disposer librement de leurs corps. L'obtention du droit à la contraception en 1967 (Loi Neuwirth) et à l'avortement dans la fin des années 1970 (loi Veil) impacte une nouvelle fois le monde de la périnatalité [9]. Les femmes maîtrisent leur fécondité et la grossesse, alors généralement consciemment choisie, en devient précieuse. En continuité de la reconnaissance de leurs droits, elles désirent bénéficier d'un suivi avec une sécurité optimale et la médicalisation en est un garant. Elles ont de cette manière assuré le succès de la péridurale, revendiquant le droit à l'accouchement sans douleur : cette analgésie nouvelle réduit l'importance de la préparation à la naissance, et diminue encore un peu plus le rôle de l'ancienne « matrone ». [2,6,7]

En parallèle de toutes ces évolutions sociales et techniques, le corps professionnel lui-même se transforme. A partir des années 1970, les sages-femmes contestent : ce ne sont pas des techniciennes, des auxiliaires hospitalières des médecins. On observe un réel essor associatif avec la création de l'ANESF puis de l'ANSFL en 1983...Elles accèdent à de nouvelles responsabilités comme l'allongement de la durée d'étude de 3 à 4 ans en 1985, l'habilitation à pratiquer des échographies en 1986... [2] Grâce à leur défense farouche de leur statut en 2000 puis 2013, à l'organisation de journées de rencontres professionnelles, les sages-femmes réussissent à conserver leur place privilégiée dans le monde de la naissance mais dans de nouvelles conditions. Elles sont plus spécialisées dans la technique que dans l'accompagnement, presque considéré comme un « retour en arrière ». [6,7,8]

Elles accèdent ainsi, en quelques décennies, à une position de sage-femme « moderne », travaillant en milieu hospitalier, où presque tous les accouchements sont réalisés, en utilisant ses connaissances médicales variées et les nouvelles techniques mises à sa disposition. Elle n'est plus la figure valorisée de l'accoucheuse à domicile, présente dès le début de la grossesse, et qui soutenait, accompagnait sa patiente dans « le processus lent et complexe du devenir mère » [1].

Cette évolution, avantageuse dans certains domaines, l'est moins dans d'autres ; les compétences techniques remplaçant peu à peu l'expérience clinique et la mission d'accompagnement [2, 6, 7, 8].

« Le dépérissement de la profession de sage-femme est une conséquence de la médicalisation de la naissance et surtout de son hospitalisation » [5]

1.2 Accompagnement et maternité

Depuis les années 1990, on assiste à une prolifération de l'usage du terme "accompagnement", élargie à différents domaines, tels que le travail social (pour l'insertion), les placements judiciaires, la formation et l'apprentissage, le monde économique... [10]

Défini par le petit Larousse illustré (2001), comme une action « le fait d'accompagner », ce terme trouve alors dans cet ouvrage classique une autre dimension, médicale cette fois : "l'ensemble d'actions et d'attitudes médicales et paramédicales, visant à guérir ou soulager une personne atteinte d'une maladie grave de longue durée". Selon Caroline Chiavelli, l'accompagnement est plus « *une présence d'écoute, de compassion, de confiance, de respect, de disponibilité, de dialogue, de toucher et de sérénité, qui s'adresse autant à nos proches qu'à tous les inconnus qui en éprouvent le besoin* » [11]. En ce sens de « prendre soin », l'accompagnement aurait toute sa place dans une relation soignant- soigné et s'inscrit dans l'idée de l'éthique du care. Discours moral récent, issu notamment de recherches féministes, cette réflexion considère en premier lieu la vulnérabilité de l'être humain et se base sur des principes tels que « se soucier de », « prendre en charge », « prendre soin » ... pour associer la sollicitude, l'empathie du soignant à un gain d'autonomie du soigné [12]. Ce « soutien » vient pallier une fragilité chez un individu, grâce à la sollicitude d'un autre. La prolifération récente de ce terme et les représentations plus tournées vers le « care » qui y sont désormais associées, sont ainsi contemporaines d'une certaine altération du lien social que l'accompagnement viendrait « réparer ». [10]

Ainsi, l'accompagnement tel qu'il est perçu aujourd'hui dans le monde de la santé, correspond à la relation qui se tisse entre le soignant et le soigné, l'empathie que le soignant peut éprouver et le soutien qu'il met en œuvre. Il se justifie dans des moments de bouleversements comme les maladies, les décès ou encore les naissances... d'où la valeur importante qu'il peut prendre dans la profession de sage-femme.

« *L'accompagnement est aujourd'hui devenu un maître mot pour désigner le rôle des agents professionnels associés aux pratiques corporelles autour de la naissance et de la mort* » [13]

En effet, l'accompagnement semble nécessaire, notamment dans le monde de la naissance, car le devenir mère est loin d'être un processus simple. L'annonce d'une naissance et d'une grossesse sont gages de moments heureux, de bonheur. Les représentations sociales qui y sont associées ne laissent pas de place aux éventuels problèmes. Mais c'est aussi une période où de grands changements s'imposent dans la vie du couple, de la femme (transformations physiques, sociales et morales) : dans le désir d'enfant, rentrent en compte les projets du couple mais aussi le contexte économique, familial, social, professionnel... Les futurs parents investissent énormément dans la grossesse à venir. L'évolution vers la parentalité est une période où apparaît également de nouvelles responsabilités parfois écrasantes, qui peuvent occasionner des doutes, un besoin de s'exprimer. De manière globale, toutes ces modifications peuvent engendrer des questionnements, des peurs qui ne sont parfois pas formulées, puisque dans cette vague d'émotions que la société impose comme heureuse, les problèmes n'ont pas leur place. [11,14] C'est pour rompre le silence autour de la parentalité que l'accompagnement prend toute sa place. A ce propos, Caroline Chavelli pense même que son absence pourrait être délétère : « *sans accompagnement, les tourments, les illusions, les doutes réfrènent l'acceptation de la réalité* ». [11]

Malheureusement, dans notre société actuelle, et notamment dans le milieu de la santé, l'idée de performance, d'efficacité, voire même d'économie, est omniprésente. Dans ce milieu où chacun est tenu de tout assumer, et où l'obligation de moyens remplace difficilement l'obligation de résultats, l'évocation d'un accompagnement aux sources de la vie peut être conçu comme une perte de temps et d'argent [7,11]. A ce propos, Caroline Chavelli ajoute « *les valeurs telles que l'amour, ou la protection de la nature, sont laminées à cause de la non-productivité qu'elles inspirent* ». [11] Ainsi, dans la majeure partie des hôpitaux aujourd'hui, la place laissée à l'accompagnement est minime. Pourtant, il s'est majoritairement fait connaître par le grand public (notamment en soin palliatif) et les patients sont en demande : ils cherchent à être reconnus, tels qu'ils sont et non en fonction d'attitudes dictées par la société : « Le malade est une personne » [10].

On peut enfin ajouter que la naissance prend une place particulière au sein du milieu médical : il s'agit d'un événement physiologique et naturel, mais encadré médicalement du fait du risque de ses complications. Pour les soignants, il y a alors une « perte » de fonction : ils ne doivent plus soigner mais « accompagner » cet événement [15]. Si l'on considère la place minime laissée à l'accompagnement dans les centres hospitaliers, associée à la récente évolution du métier de sage-femme vers plus de technicité, son instauration auprès des parturientes semble alors plus difficile.

Pourtant, cette mission fait partie du métier de sage-femme, comme en témoigne le Code de Santé Publique. En effet, d'après l'article L.4151-1, « la sage-femme en salle de naissance assure la surveillance et la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant en situation physiologique ». Elle a donc avant tout la responsabilité de l'accouchement eutocique, phénomène physiologique, qu'elle ne doit « que accompagner » [16]. Pour P.Charrier et G.Clavandier : « avant d'être une profession, l'accompagnement des accouchées et dans une moindre mesure celui des nouveaux nés, équivaut à une fonction sociale assumée par les femmes » : avant d'être les professionnelles formées et compétentes, riches du savoir moderne en obstétrique qu'elles sont aujourd'hui, les sages-femmes avaient avant tout un rôle d'accompagnement de la femme enceinte [17]. Cette mission, attenante à des « valeurs professionnelles héritées de l'histoire du métier » [18] a également des avantages reconnus : pendant l'accouchement plus particulièrement, un accompagnement spécifique à la parturiente (soutien continu), permettrait selon R. Martis [19] de raccourcir légèrement la durée du travail, d'augmenter la probabilité d'un accouchement par voie basse spontanée, et de réduire la nécessité d'une analgésie...

1.3 Problématique et hypothèses

Finalement, la particularité des sages-femmes : le suivi des grossesses physiologiques, s'estompe de plus en plus : masqué par l'évolution de la société, de l'hôpital, du métier en lui-même... Les gardiennes de « l'eutocie » sont désormais chargées de responsabilités nouvelles, et perdent cette pratique, qui les différençiaient pourtant de leurs collègues obstétriciens. Le savoir être qui caractérise le soutien affectif que l'on peut apporter à une parturiente est de moins en moins présent à l'hôpital, à l'endroit où les futures sages-femmes réalisent leur formation, et où, par conséquent, elles ne peuvent l'apprendre. Cela dit, on ne peut pas non plus ignorer et exclure les nouvelles connaissances et responsabilités accordées à la profession, reconnue comme médicale.

Si bien qu'aujourd'hui, les sages-femmes se séparent en deux catégories entre technique et relationnel. Les premières revendiquant un savoir médical et technique, acquis au cours de leurs études, valorisant leur PACES, si durement acquise, et se représentant la médicalisation comme un gardien de la physiologie, qu'elles ne rejettent donc pas. Les deuxièmes, plus minoritaires, préfèrent mettre l'accent sur le versant relationnel et adaptent en conséquence leurs conditions d'exercices : en libéral, maison de naissance ou même en plateau technique [6]. Pourtant, les attentes des patientes pour ces méthodes de suivis et d'accouchement alternatifs, favorisant un accompagnement global et personnalisé sont en hausse : entre 2007 et 2008, le CNOSF et l'ANSFL ont pu observer une augmentation significative des patientes (+30%) qui en faisaient la demande. [20] Malheureusement, encore très peu de ces structures alternatives sont ouvertes, faute de moyens, de sages-femmes ayant la disponibilité de s'y engager, ou encore par frein politique. Ainsi, même si la demande augmente toujours, l'offre, elle, stagne ; et l'hôpital reste la structure de référence pour accoucher [21].

Devant ce contexte de division de la profession suivant deux courants, résultats de l'évolution du métier en rapport avec les différents facteurs vu précédemment, on peut se demander **comment se positionnent aujourd'hui les sages-femmes travaillant à l'hôpital par rapport à l'accompagnement** ? Comment se le représentent-elles ? Quel est leur point de vue sur les besoins des patientes en la matière ? Comment le mettent-elles en place dans leur pratique professionnelle ?

L'objectif principal de cette étude est ainsi d'analyser les représentations et les pratiques d'un accompagnement défini comme un soutien affectif et relationnel des parturientes en salle de naissance par les sages-femmes hospitalières. Les objectifs secondaires sont d'étudier leur vécu par rapport à cet accompagnement, leur point de vue concernant les besoins des patientes et de comprendre comment elles le mettent en place. En fonction des différentes lectures et points rappelés dans l'introduction, nos hypothèses sont :

- Les sages-femmes hospitalières ont toutes un point de vue différent sur l'accompagnement : elles le considèrent comme optionnel, et à mettre en place uniquement lorsque la situation le suggère (patiente particulièrement en demande, situation à risque, douleur importante...).
- Pour elle, la médicalisation de la naissance n'est pas un obstacle au soutien d'une patiente, au contraire, puisque celle-ci garantit la physiologie.
- Enfin, nous pensons que la mise en place d'un soutien peut être compliquée en salle de naissance par l'activité du service, le temps à la disposition des sages-femmes, et par la demande, très variable, des patientes elles-mêmes.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons choisi d'effectuer une étude non-interventionnelle, descriptive, qualitative et multicentrique basée sur l'analyse d'entretiens semi-directifs. Les critères d'inclusion étaient :

- Sages-femmes hospitalières
- Sages-femmes travaillant ou ayant envisagé de travailler en plateau technique
- Exerçant, dans la période de l'étude, en salle de naissance

Nous avons pu recruter ces sages-femmes grâce aux sages-femmes cadres hospitalières, qui, une fois contactées, ont diffusé auprès des professionnelles une annonce que nous avons rédigée (**annexe I**) expliquant l'objet de l'étude et demandant des témoignages. Les cadres nous ont également donné l'autorisation de nous rendre dans les blocs obstétricaux, afin d'aller à la rencontre des professionnelles. De cette manière, sur 56 sages-femmes rencontrées, 13 ont accepté de s'entretenir avec nous. 5 sages-femmes de niveau 1, 4 de niveau 2 (a et b) et 4 de niveau 3. Elles sont toutes issues de 5 centres hospitaliers différents. En parallèle, nous avons recherché les coordonnées de sages-femmes libérales, exerçant en partenariat avec un plateau technique, dans le but d'étoffer et de donner du sens à la définition d'accompagnement d'une parturiente. Ces professionnels, au nombre de 3 dans la région Hauts-de-France, ont été contactés par téléphone : tous ont été intéressés et ont accepté d'être interrogés. De plus, une sage-femme réalisant son apprentissage auprès de l'un d'entre eux a également accepté de participer à l'étude.

Nous avons hésité quant à la pertinence d'inclure ces derniers entretiens, mais l'apport qu'ils pourraient apporter à la discussion a finalement été retenu.

Au total, l'étude suivante se base donc sur 17 entretiens semi-directifs.

La méthode d'enquête a été définie rapidement : en regard des objectifs principaux et secondaires de l'étude, l'entretien semi directif s'est imposé. Il est en effet plus cohérent pour expliquer les pratiques ou les représentations des individus [22]. Il est également plus personnel, ancré dans la réalité de la pratique quotidienne ; il permet plus d'interactions avec la personne interrogée. Nous avons préféré choisir la semi-directivité car cela permettait une certaine liberté de réponse de la part des personnes interrogées, tout en orientant en partie le discours et en permettant d'aborder les différents thèmes définis au préalable dans la grille d'entretien (**annexe II**). Enfin, il a pour avantage de permettre de clarifier certains éléments si nécessaires, d'avoir accès à la communication non verbale, et de revenir sur des sujets qui n'ont pas été abordés dans un premier temps.

Les entretiens ont eu lieu dans les différents centres hospitaliers, durant les horaires de gardes des sages-femmes interrogées. Pour les sages-femmes exerçant en plateau

technique, ils ont été réalisés à leur domicile ou dans leur cabinet. Tous les entretiens se sont fait en présence physique. La durée moyenne des entretiens était d'environ 45 minutes (entre 30 minutes et 1h15). Ils ont été réalisés entre octobre 2016 et février 2017.

Une autorisation écrite et signée avait été recueillie au préalable auprès des référents pédagogiques et de chacune des 5 sages-femmes cadres des 5 hôpitaux dans lesquels les entretiens ont été réalisés. De plus un accord écrit en double exemplaire a été recueilli auprès de chacune des sages-femmes interrogées (**annexe III**)

Ce dernier permettait l'enregistrement des entretiens afin de pouvoir les réécouter, les transcrire et les analyser. Les lieux, les personnes et les données ont été anonymisés. Les enregistrements ont ensuite été détruits après analyse.

L'avis favorable du Comité Interne d'Ethique de la Recherche médicale du groupement hospitalier de l'Institut Catholique de Lille avait été recueilli, sans restriction, le 29 août 2016.

Les thèmes abordés portaient sur :

- Les caractéristiques des sages-femmes interrogées (date d'obtention du diplôme, parcours professionnel, part de l'exercice au bloc obstétrical)
- La définition et les représentations de l'accompagnement relationnel d'une patiente en salle de naissance (mots clés apportés, mission du métier de sage-femme, réflexion dans la pratique quotidienne...)
- Les besoins des patientes en la matière (attentes, facteurs influençant et adaptation de leurs pratiques en la matière)
- La pratique quotidienne de l'accompagnement (bénéfices/inconvénients de ce soutien, freins/facilitateurs pour sa mise en place)
- La médicalisation de la naissance (obstacle ou facilitateur)
- L'évolution de la profession de sage-femme quant à cet aspect du métier

A la suite de chaque entretien, nous avons pris soin de retranscrire l'échange, en reprenant les enregistrements effectués. Nous avons ensuite analysé ces différents discours grâce à un tableau établi dans un premier temps avec nos hypothèses, puis adapté à la lecture des premiers entretiens. Nous avons choisi une analyse thématique horizontale, de manière à privilégier l'analyse que peut avoir les différentes formes du même thème chez des personnes différentes. Ainsi, nous avons extrait de chacun des entretiens les données qui nous intéressaient, pour les organiser en un tableau avec une colonne pour chaque sage-femme et une ligne pour chaque thème abordé dans l'étude (définition, vécu des sages-femmes, accompagnement en pratique, médicalisation de la naissance, évolution dans l'avenir...). Nous avons alors regroupé les réponses similaires dans des items, rattachés à chaque grand thème étudié.

RESULTATS

1. Caractéristiques des sages-femmes

Cette étude repose sur un échantillon de treize entretiens réalisés auprès de sages-femmes hospitalières. Quatre entretiens réalisés auprès de sages-femmes exerçant en plateau technique viendront éclaircir et enrichir certaines notions. Pour faciliter la rédaction, nous parlerons de cet échantillon au féminin.

Elles ont été diplômées entre 2000 et 2015. En moyenne, les sages-femmes hospitalières interrogées travaillent majoritairement au bloc obstétrical : cela représente plus de 50% de leur exercice pour 9 d'entre elles, et entre 33 et 50% pour les 4 restantes. Pour 11 des sages-femmes interrogées, le milieu d'exercice n'avait pas changé depuis le début du parcours professionnel.

2. Définition et mots clés de l'accompagnement

La majorité des professionnelles interrogées sur la manière dont elles conçoivent l'accompagnement, ont souligné à quel point il était **difficile**, dans un premier temps, de mettre des mots sur ce terme qui leur semblait assez flou. Toutes ont cependant surmonté cet obstacle, et ont majoritairement décrit concevoir l'accompagnement comme **une relation** qui s'instaure de soignante à parturiente, qui s'exprime surtout grâce au **dialogue**. Au sein de cette relation, **l'information médicale** prend une place importante, mais pas seulement. Les professionnelles reconnaissent aussi « *parler de la pluie et du beau temps* » pour dédramatiser la situation, « *sortir du cadre de l'hôpital* », et **rassurer** les patientes.

Cette relation est alors l'occasion **d'un partage**, et nécessite une **grande attention** de la part du professionnel : « *Ça ressemble à un échange, à un partage pour toutes patientes. Ça peut être l'écouter, lui parler. C'est plus une relation à double échange en fait* ». En effet, la **vigilance et l'humilité** sont souvent évoquées dans les entretiens comme nécessaires à la bonne mise en place de l'accompagnement. A ce sujet, une des sages-femmes explique :

« Il faut savoir rester humble : on fait quand même des gestes invasifs, et pour moi, accompagner ça commence par être poli, se présenter, expliquer ce que l'on fait, répondre à leurs questions. Pour moi accompagner : c'est des gestes simples et réussir à être présent, à l'écoute... Il y a même parfois des questions non verbales : il faut être attentif ! ».

Cette attention permet alors d'identifier **les besoins et les attentes** des patientes, de manière à y répondre au mieux : par le dialogue, comme vu précédemment, ou par des gestes, des attitudes...

La **communication non verbale** a également son importance : elle est le moyen de créer un lien. Une sage-femme nous dit : « *Le verbal hein, le non verbal aussi : quand il y a une urgence, notre manière d'agir, nos regards... c'est ce qui prend sens pour eux et qui leur importe je pense* ». Pour elle, c'est ce que les patientes ressentent en premier, et c'est ce qui permet de traduire certaines interrogations, qu'elles ne vont pas forcément oser formuler. A ce propos, une sage-femme souligne l'importance de ce moyen de communication : « *J'ai une dame en salle qui rit beaucoup, je pense que c'est son antistress à elle... il faut arriver à décrypter tout ça à chaque fois : c'est ça le cœur de notre boulot tu vois, décrypter ce qu'elles ne nous disent pas* ». Ainsi l'accompagnement passe aussi par des massages, des regards, des clins d'œil, le fait de tenir la main... Dans cette logique, la **présence physique** est souvent mentionnée comme le premier moyen de montrer à une patiente notre soutien. Le but étant de les **rendre actrices** de leur accouchement, de ne pas être « *directif* » : il faut juste soutenir, être là, accompagner le processus, sans prendre la place.

« Je le vois plus comme une relation, dans le but d'aider, d'accompagner, pour qu'elle y arrive toute seule. Il ne faut pas être directif avec elle, il faut qu'elle ait son accouchement à elle, et que l'on ait juste à la soutenir et que l'on ne soit pas directif. »

La totalité des professionnelles interrogées ont insisté sur l'importance de ce soutien, qui pour elles, est une **nécessité**, voire même une **obligation**. A ce propos, une sage-femme précise : « *De toute façon, les qualités humaines sont nécessaires dans notre boulot : ce n'est pas des choix, c'est des obligations du travail. Donc non, pour moi, c'est même plus une obligation !* » Ainsi, un terme revient systématiquement pour qualifier l'accompagnement : il est « **primordial** », rendu nécessaire par l'événement particulier qu'est l'accouchement. Ce moment est en effet marqué, selon elle, par une **intimité** et une **fragilité** forte des patientes, comme le souligne cette professionnelle :

« Tu vois, je trouve quand même que le relationnel est indispensable. C'est ce qu'il y a de plus important l'accouchement, ça reste le moment clé d'une vie. Elles sont tellement perdues souvent ! Nous, on est là sur plusieurs heures, donc il vaut mieux que le contact passe quoi... ».

Les sages-femmes reconnaissent que cet aspect relationnel est une **des missions du métier**, et plus de la moitié d'entre elles le reconnaît d'ailleurs spontanément. Pour elles, l'accompagnement fait partie des valeurs et des compétences de la profession : elles sont

cependant nombreuses à déplorer qu'il ne fasse pas partie intégrante de leurs pratiques à l'hôpital... A la question « Cela fait-il partie du métier de sage-femme ? » l'une d'entre elles répond :

« Ah oui : tout à fait. Moi j'ai fait ce métier-là d'abord pour l'humain. Pour le côté relationnel et ensuite pour le côté technique. C'est ce qui fait que parfois je me dis que j'aurais peut-être dû faire marche arrière parce que malheureusement à l'hôpital la technique prend carrément le dessus... ».

Ainsi, quand il s'agit de définir l'accompagnement, les sages-femmes évoquent aussi son **intégration dans le soin technique** pur : « *On ne va pas mettre 90% d'accompagnement, 10% de soin, mais ça fait partie du soin de manière intégrante* ». Pour la majorité d'entre elles, on ne peut pas dissocier les deux, qui, par leur complémentarité forment « *un cocktail soignant efficace* ». En parallèle, elles dénoncent le peu de temps qui est accordé au soutien malgré son importance et sa nécessité sus citées. Manque d'attention, qui est justifié par une notion nouvelle d'**économie**. Elles reconnaissent que l'accompagnement, par la disponibilité qu'il demande, est **chronophage**, et déplorent qu'il ne soit pas « côté », comptabilisé financièrement au sein de leur activité : il prendrait alors une place plus importante selon elles. A ce sujet, plusieurs citations sont évocatrices de leur ressenti :

« C'est malheureusement chronophage : on a de moins en moins de temps à consacrer quand on passe faire un examen donc ce n'est pas forcément évident à mettre en place... Parce que l'humain c'est du temps et.... bah ça ne rapporte pas d'argent »

« L'accompagnement c'est du temps, et le temps, c'est de l'argent ! Dans notre système de toujours plus d'économie, si tu crois qu'on va accorder du temps à un truc qui rapporte rien, tu es bien optimiste... Ça fait 15 ans que je fais ce métier, et c'est de pire en pire ! »

Pour finir, il apparaît que la **confiance** joue un rôle primordial. Dans un contexte aussi intimiste que peut l'être la naissance d'un enfant, c'est le sentiment qu'il est important d'instaurer quand la relation entre le soignant et la soignée, voire le couple, se met en place. Il permet une meilleure compréhension de la patiente ainsi qu'une meilleure compliance de sa part. Selon les sages-femmes, si les patientes ont confiance en la personne qui s'occupe d'elles, elles vont pouvoir totalement s'investir dans leur accouchement, ne pas hésiter à poser les questions qui les tracassent, à parler. Ce qui permet de mieux identifier leurs attentes et de pouvoir s'adapter encore plus. Comme dans une sorte de cercle vertueux, la confiance nourrit le soutien délivré par les sages-femmes, qui le caractérisent d'ailleurs à l'unanimité comme une **relation de confiance** avant tout.

« La confiance, c'est primordial : si elle a confiance, elle est tranquille, elle va plus sereinement aller dans notre sens, faire ce qu'on lui dit de faire. Si quelque chose ne va pas, c'est plus facile, elle sait qu'elle n'a pas le choix, que c'est pour son bébé qu'elle fait ce qu'on lui dit de faire, mais ça vient d'elle au moins. C'est mieux pour tout le monde »

« Les gens se livrent complètement à nous, ils se mettent complètement à nu en salle d'accouchement. On est là sur un moment clé de leur vie, et s'ils ont aucune confiance en nous, ça ne marche pas de toute façon. »

3. Vécu des sages-femmes par rapport au versant relationnel

Le vécu des sages-femmes autour de l'accompagnement des patientes à l'hôpital est **globalement partagé**. Certaines d'entre elles reconnaissent ne pas se poser de questions à ce propos, puisque cela leur semble **naturel et évident** : *« Ce n'est pas spécialement source de réflexion tu vois, je n'ai pas ce souci. C'est assez naturel pour moi. Je n'y repense pas à la maison, mais il y a quand même parfois des moments où j'ai une sensation... de travail pas fini avec des dames... »*. Pour l'autre partie, la majorité, il s'agit **d'un sujet de réflexion récurrent**. Une sage-femme confie *« ...c'est un sujet de réflexion qui va me tracasser le soir quand je vais rentrer chez moi si je n'ai pas réussi à faire ce que je voulais avec les patientes... »*. Elles se remettent souvent en question à ce propos, elles repensent les situations a posteriori, et essaient d'en tirer profit pour accompagner au mieux les patientes par la suite. En opposition aux bases solides des soins techniques « protocolisés », l'accompagnement peut-même **faire peur**, car il n'existe pas de « recette » sur laquelle se reposer. Elles se sentent parfois « *déssemparées* » face à une patiente en demande. **L'apprentissage** a d'ailleurs une valeur importante dans leur discours. Pour elles, le fait de soutenir une patiente est certes lié à une certaine disponibilité personnelle, à une volonté professionnelle propre, mais aussi à un savoir-faire, qui se perd de plus en plus. Accompagner une patiente ne s'apprend pas à la faculté, mais plutôt à l'hôpital, au fur et à mesure de son expérience.

« Un sujet de réflexion ? oui, c'est un truc qui me fait un peu peur. Parfois accompagner ce n'est pas facile tu sais. Je trouve que ça s'apprend en fait. Je pense qu'il faut parfois avoir fait des boulettes, avoir mal accompagné pour après, savoir choisir les bons mots, les bonnes choses à dire. Ecouter aussi, pendant les études, ce que tes collègues disent... bêtement, c'est reprendre après, voir comment ils font... c'est tout un apprentissage en fait ! Et ça ne s'apprend pas à l'école... »

Ainsi, aucune n'a parlé de ressenti en termes positifs, et les mots qui reviennent le plus souvent quant à leur vécu, sont **frustration** et **culpabilité**. La mise en place d'une relation est

désignée comme **indépendante de leur volonté**, en lien surtout avec des obstacles que nous développerons plus tard, comme l'activité du service, le personnel mis à disposition, la notion de temps... Certes la volonté de la sage-femme joue, mais le médical reste prioritaire, au détriment parfois de l'accompagnement. C'est cette **notion de manque de contrôle** qui crée la frustration : les professionnelles rappellent que la physiologie reste l'apanage du métier, et se sentent privées par la pathologie désormais à leur charge, ou la suractivité. De plus, elles décrivent un genre de **pression extérieure** : elles ont parfaitement connaissance de l'importance de l'accompagnement : elles l'ont d'ailleurs toutes soulignées lorsqu'elles en évoquaient des définitions... Cette inadéquation entre « théorie » et pratique est ainsi génératrice de culpabilité. Nous pouvons illustrer ces derniers propos par quelques citations :

« Parfois, en rentrant de garde, je me sens coupable ... J'ai appris pleins de belles choses pendant mes études hein, mais je fais ce que je peux à l'hôpital, et à certains moments, quand je suis super énervée parce qu'il y a pleins de choses au bloc, je passe vite avec les dames, et je n'en suis pas fière... »

« Ça fait du travail non abouti quand on ne le fait pas quoi, enfin pas vraiment du travail mal fait : il est fait parce que le bébé va bien et que la patiente a accouché hein, mais je ne sais pas... il y a une sensation d'inachevé quoi... On n'a pas fait à fond : on aurait pu mieux faire. »

4. Considération des sages-femmes quant aux attentes des patientes

Selon les sages-femmes, les patientes qui se présentent au bloc obstétrical ont **toutes des besoins**, des **attentes** en termes d'accompagnement, qui sont assez variables, et qui, surtout, **s'expriment de manière différente**. Certaines patientes vont poser beaucoup de questions, d'autres vont au contraire ne rien oser dire, d'autres encore vont rire beaucoup, « sonner » de nombreuses fois... *« Je ne pense pas qu'elles arrivent en ayant rien à faire, c'est juste qu'elles n'expriment pas toutes leur besoin d'accompagnement : je pense qu'on leur propose des choses et qu'il y a ou n'y a pas de réticences de leur part ».*

Elles sont globalement plus demandeuses en salle de naissance que dans les autres situations du suivi de grossesse ; l'accouchement restant un moment de **grands bouleversements** pour elles. Aussi ont-elles besoin d'être rassurées, et c'est à l'accompagnement de créer ce **cadre sécurisant** qui va leur permettre de s'épanouir. Les professionnelles insistent sur ce besoin de réassurance des patientes : à ce sujet, une sage-femme évoque même le terme de « cocon » : *« Je pense qu'elles ont beaucoup besoin d'être rassurées. Elles ont toujours plus ou moins des questions, elles ont besoin d'un petit cocon, d'un genre de bulle tu vois ?... Pour qu'elles soient bien en fait ».*

Outre le sentiment de sécurité, les patientes attendent surtout de **l'empathie**, « de la gentillesse et de la compréhension » de la part des soignants. En effet, les sages-femmes

interrogées ont tendance à penser que les patientes cherchent surtout **une bonne entente**, un « *bon feeling, quelqu'un qui s'accorde à leur personnalité* ». Enfin, elles concluent en soulignant que les patientes sont de plus en plus soucieuses du **respect de la physiologie**, et par conséquent, plus en attente d'un accompagnement que d'un soin médical pur...

« Je pense que c'est très variable : il y a des patientes où ça se voit qu'elles n'ont pas envie qu'on soit là, et d'autres dont, c'est pas qu'on sent qu'elles ont la demande, mais on se rend compte qu'elles en ont envie d'une relation quoi. Je pense qu'il faut beaucoup s'adapter. D'après mon expérience, je dirais que toutes, ce qu'elles attendent, c'est surtout c'est de la gentillesse ».

Ainsi, nous pouvons résumer ce propos en rappelant que les sages-femmes considèrent que toutes les patientes en salle de naissance sont en attente d'un accompagnement, d'un soutien affectif adapté à leur situation et à leur personnalité. Même si elles n'expriment pas toutes ce besoin de la même manière, elles sont globalement en attente :

- D'un cadre sécurisant
- D'empathie
- De bonne entente
- De respect de la physiologie de leur accouchement

5. L'accompagnement en pratique

L'étude a également permis de se rendre compte que les sages-femmes déploraient le fait de ne pas pouvoir mettre en place systématiquement cet accompagnement. Nous nous sommes alors demandée quels pouvaient être les différents facteurs poussant les sages-femmes à porter plus d'attention au soutien d'une patiente plutôt qu'à une autre.

5.1 Facteurs l'influençant

Pour commencer, les sages-femmes ont beaucoup abordé le sujet de l'**expressivité de la patiente**, de son **comportement**. Les femmes peuvent être inquiètes, montrer des signes d'angoisses tels que des pleurs, une respiration saccadée avec un essoufflement sans lien avec la douleur, des regards fuyants, qui reviennent sans cesse à l'accompagnant, ou qui se posent « partout dans la salle ». Tous ces signes sont des « *appels à la relation* », au soutien assez objectifs, mais les sages-femmes reconnaissent globalement les évaluer surtout « *au feeling* », selon leur ressenti propre et leur expérience et ne pas se fier qu'à des signes trop évidents :

« Après, ça peut être plein de petits signes : une patiente qui va être très demandeuse, ou qui est stressée. Tu peux avoir des patientes qui vont te répéter

10 fois avec le sourire que tout va bien, alors que tu sens bien que, non, ça ne va pas bien ».

Elles ajoutent qu'il y a une grande part de **réceptivité de la patiente** : si malgré les signes sus cités, elle reste fermée, l'échange ne peut pas avoir lieu, et les sages-femmes signalent aussi une perte de motivation de leur part dans ce cas : *« Quelqu'un qui va nous entendre autant que l'on va l'entendre, c'est plus facile, plus agréable ! Il faut que l'échange fonctionne »*

Parmi les autres facteurs ont été abordés **les antécédents personnels** de la patiente. Le vécu traumatique d'un accouchement précédent par exemple, ou encore une situation sociale particulière (mineure, femmes subissant ou ayant subi des violences), doivent être des arguments forts pour accentuer la présence de la professionnelle en salle de naissance. Certains antécédents médicaux le sont également. Ont été cités : les antécédents de fausse couche spontanée, de mort fœtale in utero, de menace d'accouchement prématuré et de dépression du post-partum. Enfin, les sages-femmes reconnaissent passer plus de temps avec les nullipares qu'avec les multipares, même si, selon elles, les multipares sont généralement délaissées alors que certaines auraient aussi besoin de présence.

Les **pathologies de l'accouchement**, comme les travaux longs par exemple, font partie des facteurs évoqués. Dans ces cas, le suivi médical purement technique impose aux professionnelles une fréquence de passage plus élevée dans la salle. Cependant, ce n'est pas forcément vecteur d'accompagnement, puisque les professionnelles expriment ressentir plus de pression dans ces situations, être plus concentrées et donc, paradoxalement, être moins disponibles pour la patiente.

« Quand il y a une anomalie, de la grosse patho : on balance peut-être plus du côté technique. Si dès le départ en salle, on a des anomalies de rythmes, ou des choses comme ça, on instaure hein, mais on est quand même plus versés sur le côté médical parce qu'on est plus technique... j'installe une relation mais peut-être pas aussi naturellement, parce que le côté médical me met la pression là... ».

Un autre signe d'appel fort, qui pose question aux sages-femmes, est **la douleur**. Les avis à ce propos sont globalement partagés. D'un côté, elle appelle à plus de présence : les patientes sont plus vulnérables, les accompagnateurs moins qualifiés, et les sages-femmes prennent alors plus naturellement une position de référence. Leur place est plus facile à trouver au sein du couple dans ce genre de situation : l'accompagnant lui cédant volontiers sa place. *« La douleur, par exemple : quand il n'y a pas de péridurale, et qu'il y a une gestion de douleur à faire, c'est une fusion hein. Parce que leur mari honnêtement... c'est nous hein... il est perdu, elles ne regardent que nous franchement ».* D'un autre côté, certaines professionnelles décrivent que la douleur des femmes empêche le plus souvent le dialogue de s'instaurer. *« En pré travail, les patientes sont vraiment focalisées sur leur douleur et rien ne rentre. Après une fois qu'elles sont soulagées par la péridurale, elles arrivent à s'ouvrir et*

à s'exprimer donc c'est plus facile de les aider, et d'être là pour elle ». Il n'en reste pas moins que cette notion est évoquée dans chaque entretien comme facteur influençant.

Les accompagnateurs de la patiente en salle de naissance jouent aussi un rôle. A ce propos, une sage-femme raconte : « *Quand ils sont en couple, je préfère les laisser dans leur intimité : je n'ose pas trop dans ces cas-là. Après, si c'est une amie ou sa mère ou quoi, elles se posent un peu plus de question j'ai l'impression, donc là, on essaie d'être dispo...* ». Ainsi, le couple décourage les sages-femmes : elles n'osent pas pénétrer dans leur intimité, ont peur de déranger. Très peu d'entre elles ont abordé la question d'un accompagnement des couples dans les entretiens : elles parlent plutôt d'un soutien apporté aux femmes qui accouchent, et placent le conjoint dans la position de premier accompagnant, de premier soutien. Les sages-femmes marquent cependant une différence entre les conjoints et les autres proches : amis, familles... dans ces cas, elles rapportent avoir moins de gêne à s'insérer dans leur sphère, tout comme elles expriment la nécessité absolue d'en créer une lorsque les patientes sont seules.

Nous avons donc pu voir quels étaient les facteurs qui alarmaient les sages-femmes sur le besoin d'accompagner plus une patiente qu'une autre :

- La patiente elle-même : expressivité, réceptivité, antécédents
- Les pathologies de l'accouchement
- La douleur
- La présence ou non d'accompagnant

Malheureusement, les professionnelles déplorent d'avoir à faire « des choix » en termes d'accompagnement, et si elles identifient certains facilitateurs, elles dénoncent également de nombreux obstacles à sa mise en place.

5.2 Obstacles identifiés

Le premier obstacle qui revient systématiquement dans les discours des sages-femmes est **l'activité du service**, le temps à leur disposition. Comme vu précédemment, l'accompagnement est associé à une forte notion de temporalité : « il faut écouter la patiente pour être écoutée ». Ainsi décrit par les sages-femmes comme très chronophage, il n'est pas compatible avec une garde chargée, durant laquelle les professionnelles mènent simultanément le suivi médical de différents travaux : « *On n'a malheureusement pas toujours le temps d'accompagner les gens comme on voudrait : on fait tout le médical, mais il y a un manque d'accompagnement relationnel... : on ne peut pas être partout !* ». Elles dénoncent toutes le manque de personnel, qui, une fois pallié, permettrait d'assurer au mieux le suivi médical ET affectif d'une patiente en salle de naissance.

Ensuite, les sages-femmes abordent le sujet de la professionnelle elle-même. En effet, **l'expérience personnelle de la sage-femme** joue un rôle : le fait d'avoir ou de ne pas avoir

d'enfant (et donc avoir ou ne pas avoir vécu un accouchement « de l'intérieur ») par exemple. A ce propos, une sage-femme explique : « *mon vécu personnel me bloque : je ne suis pas passé par là, on voit de l'extérieur mais l'avoir vécu, c'est autre chose. Il me manque mon expérience de maman je pense...* ». Ont aussi été cités le vécu d'un accouchement traumatique, des expériences négatives avec des patientes... Selon les sages-femmes interrogées, tous ces éléments peuvent avoir un retentissement sur la manière et la volonté d'instaurer une relation de confiance poussée avec la patiente : « *Franchement, il faut parfois mettre son expérience personnelle et professionnelle de côté : je n'ai pas que de très bonnes expériences. Et ce n'est pas facile ! Après c'est une richesse aussi parce que ce que l'on en tire, on l'utilise pour nos prochaines patientes* ».

La pression de l'équipe médicale a également un rôle important. L'analyse des entretiens montre qu'il s'agit d'un obstacle pour 7 des sages-femmes interrogées. Si le relationnel prend une part importante dans la vie du service, que les sages-femmes coordinatrices et les médecins font des efforts dans ce sens, et que des discussions ont lieu autour de ce sujet au sein de l'hôpital, alors les sages-femmes reconnaissent avoir plus envie de s'investir dans le soutien des patientes. A contrario, elles décrivent avoir plus tendance à « *laisser la patiente de côté* », si les habitudes du personnel ne vont pas dans ce sens, même si, pour certaines, elles y étaient habituées auparavant. La pression de la part des médecins est aussi décrite comme forte : dans une situation pathologique, les sages-femmes vont d'autant plus se focaliser sur les aspects techniques que le médecin avec qui elles travaillent en garde est exigeant et peu tourné vers le relationnel. Enfin, les professionnelles reviennent majoritairement sur la pression exercée par leurs collègues sages-femmes, notamment pour les jeunes diplômées. Dans la volonté d'être irréprochables et de faire leurs preuves, elles ont tendance à accentuer leur attention sur le médical et à passer moins de temps avec les patientes. Une d'entre-elles confie :

« Il y a aussi que je suis une jeune sage-femme, et parfois, bah j'ai envie de montrer que je peux travailler vite, qu'on peut compter sur moi... j'ai envie qu'on me garde après hein ! Du coup, j'essaie d'être rapide avec les dames, et je ne prends pas le temps... Ou alors, je préviens mes collègues : "Bah là, c'est calme, alors je vais passer du temps avec cette dame parce que je sens qu'elle en a besoin"... Mais je me sens obligée de me justifier quoi ».

Enfin, la **médicalisation** et notamment l'**analgésie péridurale**, ainsi que la réceptivité de **la patiente elle-même** ont été citées de nombreuses fois comme obstacles à la mise en place de l'accompagnement, mais ces différentes notions ont été ou seront développées dans d'autres parties.

5.3 Facilitateurs identifiés

Quelques facteurs permettant de faciliter la mise en place de l'accompagnement ont été identifiés par les sages-femmes au cours des entretiens. Parmi eux, on retrouve

l'environnement de la salle de naissance. En effet, l'ambiance dans laquelle évolue la patiente au cours de son travail joue, selon les professionnelles, un rôle important. Elles soulignent l'impact positif de la mise en place de dispositifs permettant d'adoucir l'ambiance hospitalière. Une lumière adoucie, de la musique, l'aromathérapie, les alarmes du matériel médical mises au plus bas volume... sont des actions accessibles à toutes, qui permettent de créer un cadre plus apaisé. « *L'ambiance dans les salles : il y a beaucoup de matériel médical dont on a besoin hein, bien sûr, mais d'avoir des petites affiches qui font un peu moins.... Glauque, un peu plus vivante... voilà, ça je pense que ça peut aider* ». **Le personnel présent** a aussi une influence sur cette ambiance : certaines sages-femmes, qui déclarent travailler juste en binôme avec des auxiliaires de puériculture, valorisent ce système quant à l'aspect relationnel :

« On est deux sur la garde avec une auxiliaire. Donc il n'y a pas grand monde qui gravite dans les salles d'accouchements.... Un duo pour 12 heures : on est en intimité, quand tout va bien. Donc le fait que l'on soit très peu, ça permet aussi de se livrer plus facilement. C'est plus chaleureux, intime... C'est une ambiance, pas des grosses équipes ».

On observe que le fait de **connaître les patientes** avant de les accueillir au bloc obstétrical est un facilitateur évident pour les sages-femmes. Notamment pour celles issues de maternité de niveau 1 et 2, où les consultations prénatales sont faites par des sages-femmes ayant également une part importante de leur exercice au bloc obstétrical.

« On a aussi la chance de les voir en prénatal ici : toutes les sages-femmes font de la prépa ou des consultations - c'est une petite structure hein ! - donc on les connaît nos dames ! Il y a une grosse partie du relationnel qui est déjà faite avant, et ça facilite beaucoup les relations en salles de naissance et après »

Elles reconnaissent toutes que, dans ces cas, la relation de confiance est déjà mise en place en amont, et la relation en salles de naissance, la manière dont elle s'instaure, est totalement différente qu'avec une patiente « inconnue ». Ainsi, avoir débuté le suivi d'une patiente en consultation prénatale, ou avoir animé ses séances de préparation à la naissance transforme la prise en charge relationnelle de celle-ci au bloc obstétrical.

Nous avons pu relever et détailler les facteurs influençant la mise en place d'un accompagnement, ainsi que les freins et les facilitateurs de son bon déroulement. Nous pourrions synthétiser les éléments détaillés ci-dessus en un tableau :

Obstacles	Facilitateurs
Activité du service	Environnement de la salle de naissance
Expérience personnelle de la sage-femme	Composition de l'équipe médicale
Pression de l'équipe médicale	Connaissance préalable de la patiente
Médicalisation de la naissance	Analgésie péridurale
Analgésie péridurale	
Patiente elle-même	

5.4 Pratique concrète de l'accompagnement : bénéfices et risques.

Nous allons maintenant nous intéresser à la partie plus concrète concernant la pratique de ce suivi relationnel en salles de naissance.

Quand on les interroge sur leur pratique de l'accompagnement, les sages-femmes expriment d'abord être préférentiellement tournées vers le **relationnel**, dans un premier temps. Elles profitent notamment de **l'information médicale obligatoire** pour établir un **dialogue**, comme l'explique cette sage-femme :

« Souvent je leur dit: « bah moi je vais faire plein de gestes techniques qui sont pour moi naturels, donc je vais peut-être pas vous expliquer si je suis occupée ou qu'il y a du boulot, mais demandez moi » Et pareil, quand je quitte la salle je leur dit « voilà, la sonnette est là, n'hésitez pas, je suis à côté, même si je suis pas dans la salle » : c'est comme ça que je leur montre que je suis là pour elle ».

Les explications des gestes médicaux sont ainsi l'occasion de **créer un espace de discussion** au sein duquel elles peuvent plus facilement détecter les angoisses des patientes et y répondre en les **rassurant**. Elles expliquent également **encourager** énormément les patientes, **s'investir** auprès d'elles, afin de leur **faire prendre confiance** en elle. A ce propos, l'une d'elles dit « *Tu vois, si tu arrives à faire prendre confiance à ta patiente, alors elle aura confiance en toi : et c'est gagné !* ». Malheureusement, certaines d'entre elles (8 sur les 13) déplorent ne pas avoir assez de **temps** à consacrer à leurs explications, et doivent souvent couper une discussion en cours. Dans cette situation, malgré tout, elles témoignent essayer de créer un espace sécurisant pour la femme et le couple, en jouant sur l'environnement.

En effet, elles expliquent également tenter **d'aménager l'espace de la salle de naissance** pour amener plus de **confort** à la patiente et atténuer l'importante présence de la médicalisation. Comme vu précédemment dans la partie « Facilitateurs identifiés », elles jouent sur les éléments à leur portée comme la luminosité, le bruit des appareils médicaux, la position de la table d'accouchement, des coussins... Onze sages-femmes sur les treize interrogées ont mentionné la possibilité de les « *posturer* » afin de les rendre actives de leur accouchement. Cette dernière pratique ayant le double avantage d'accélérer le travail. Enfin, suivant les pratiques habituelles du service, elles apprécient de pouvoir proposer des solutions

telles que la baignoire de dilatation, l'aromathérapie, ou l'acupuncture, qui prennent peu de temps à mettre en place, et qui permettent aux patientes de se sentir, sinon soutenues, mieux.

« On a plusieurs choses à leur proposer : baignoire de dilatation, aromathérapie qu'on propose en diffusion ou en massage...MEOPA aussi... : on essaie de les rassurer, les soulager, avec tout ça... Ce n'est pas parfait, mais c'est mieux que rien ! »

5.5 Bénéfices relevés

Quand nous avons questionné les sages-femmes sur les bénéfices relevés, trois ont répondu qu'ils étaient **évidents** : Comme cet accompagnement est primordial et qu'elles ne se voient pas exercer autrement, elles n'ont pas pu citer de bénéfices « objectifs », « quantifiables ». D'après l'une d'entre elles : *« Je pense que c'est bénéfique dans tous les cas. On est obligé, on ne va pas entrer dans une salle et se dire c'est bon j'ai fait mon boulot quoi. C'est juste primordial et la question ne se pose même pas. »*

Les dix autres sages-femmes ont toutes cité deux bénéfices majeurs retirés de l'accompagnement d'une patiente : le **meilleur vécu** de celle-ci, et **l'influence positive sur la durée et la physiologie du travail**. En effet, le soutien permettrait, selon elle, de diminuer le stress, l'anxiété et l'appréhension des patientes. Elles montrent toutes sans forcément le qualifier un « **versant psychologique** » important de l'accouchement dont il convient de prendre conscience. Ainsi, accompagner une patiente permet à cette dernière de se détendre, et de mieux accepter les conduites à tenir de la sage-femme. Ce qui, par conséquent, entraîne une amélioration, autant physiologique que temporelle, du travail. Nous pouvons citer comme exemple :

« Bah forcément, la dame va être plus sereine, plus détendue, elle va mieux se relâcher, se dilater... si on l'aide à se posturer, ça va favoriser la descente du bébé dans le bassin et aider le bon déroulement du travail. Ça joue un rôle dans la physiologie, ouais. »

« De toute façon, l'un comme l'autre, notre but c'est que ça avance le mieux possible : le fait que la patiente soit rassurée, écoutée, que l'on puisse répondre à ses attentes : je pense à la péridurale là tout de suite, mais il y a d'autres moyens de les aider... ça agit sur les contractions, la dilatation du col : le stress joue beaucoup là-dessus aussi. Même s'il y a des tas de facteurs que l'on ne connaît pas d'avance, si on arrive déjà à jouer là-dessus, c'est déjà une partie de gagnée »

De plus, cette détente accrue lors de la naissance est garante pour neuf sages-femmes de notre échantillon, d'un meilleur vécu de ce moment, et **diminuerait** selon elle, **le risque de dépression du post-partum**. Peu importe, par ailleurs, que la naissance ait été

physiologique : c'est là que se joue le rôle de la relation de confiance. Ainsi, une sage-femme raconte :

« Si elles ont été bien comprises, quelle que soit l'issue de l'accouchement, je pense qu'elles en ont un meilleur vécu, du coup c'est important pour moi : on est là pour que ça se passe bien au niveau médical, mais aussi pour qu'elles en aient le meilleur vécu possible : de là découle aussi le lien avec l'enfant. Même si d'un point de vue technique, on a parfois l'impression qu'un accouchement a été traumatisant, si elles se sont senties soutenues, le vécu n'est pas le même... »

5.6 Inconvénients et risques

Dix sages-femmes sur les treize composant notre échantillon ont rapporté **avoir peur**, malgré tout, d'accompagner des femmes. Elles expliquent cette appréhension par « *les risques* » qu'elles y associent. C'est-à-dire savoir **conserver une distance professionnelle** pour ne pas devenir **délétères** et **se protéger** soi. Il ne faut pas étouffer les couples mais quand même être présent, il ne faut pas s'y identifier mais investir son expérience propre, bref : savoir mettre une barrière entre soignants et soignés tout en conservant un **bon équilibre** (ne pas la mettre trop proche de l'un ou de l'autre). Une des sages-femmes cite « *Je ne sais pas où j'ai entendu ça, mais je me rappelle, on disait une bonne sage-femme, c'est une sage-femme qui sait autant être là que se faire oublier... c'est pas aussi facile que ça en a l'air hein !* ».

Ainsi, elles reconnaissent et appréhendent cette difficulté : même avec de bonnes intentions, on peut parfois être nuisible. Il suffit de mal identifier les besoins de la patiente, de ne pas comprendre sa situation, et armées de bonne volonté, répondre à côté de ses questions, ne pas avoir les bons gestes, les bonnes paroles, être trop directif, ou pas assez... Avec pour risque principal **d'agacer** les patientes ou de **se décrédibiliser**.

« A trop vouloir expliquer et à prendre son temps... il y a des femmes qui ont besoin de plus de directivité peut être... et puis surtout il faut savoir s'adapter à la patiente. Et si on ne le fait pas c'est là qu'on peut être délétère... ça peut provoquer des soucis si on n'est pas sur la même longueur d'onde, nuire à la confiance. En fait ce n'est pas tant la relation, mais plutôt la manière dont on l'installe »

Enfin, quelques-unes d'entre-elles abordent le sujet de la **protection de soi**. Certaines situations médicales ou certains contextes bio-sociaux rencontrés en salles de naissance sont évoqués comme « violents ». Elles expriment alors la nécessité de faire la part des choses, également dans les cas où les patientes les oublient totalement après la naissance... Il est difficile alors de se réinvestir dans d'autres situations. On peut citer, en exemple :

« Faire la part des choses quand on passe d'une salle à l'autre aussi... c'est quelque chose de difficile : quand on a plusieurs patientes en même temps : la

*diversité des situations sur une même garde... il faut savoir surmonter tout ça...
Se mettre aussi soi en sécurité. »*

Pour résumer et faciliter la compréhension de notre analyse, nous pourrions, à l'instar des obstacles et facilitateurs de l'accompagnement, classer ces bénéfices et inconvénients dans un tableau :

Bénéfices	Inconvénients
Meilleur vécu de la patiente Diminution du risque de dépression du post partum Amélioration de la physiologie Diminution du temps de travail	Difficulté de trouver un bon équilibre Savoir se protéger soi même Risque de se décrédibiliser, d'agacer la patiente

1. Médicalisation et accompagnement : obstacle ou levier ?

Une fois la notion d'accompagnement élucidée et qualifiée, nous nous sommes demandée ce que pensaient les sages-femmes de la médicalisation, largement décriée dans la littérature comme l'élément altérant le lien social autour de la naissance. Et lorsque que l'on aborde le sujet, l'avis des sages-femmes interrogées est **partagé** :

- Sept d'entre elles pensent qu'il s'agit **d'un obstacle**
- Deux trouvent qu'elle joue plutôt **un rôle facilitateur**
- Les trois dernières pensent que cela **ne change rien**.

Celles qui dénoncent la médicalisation comme un obstacle l'expliquent par la **distance qu'elle impose** entre soignant et soigné. En effet, si toute la technique mise en place autour de la patiente permet une sécurité médicale optimale, elle nécessite une surveillance continue de la sage-femme. Ainsi, la professionnelle a une **pression supplémentaire** liée à l'analyse de tous les contenus retirés de cette technologie, ce qui peut freiner la mise en place d'une relation en salles de naissance. Elles estiment malgré cela, que cette médicalisation a tendance à les rassurer elles-mêmes : l'aspect biologique étant sous contrôle. Et avouent de ce fait passer moins régulièrement dans la salle : que ce soit parce qu'elles sont occupées, parce qu'elles ont envie d'être avec leurs collègues ou encore parce que l'accompagnement peut faire peur. A ce propos, nous pouvons citer deux extraits évocateurs :

« C'est vrai que ça rassure : le monito, l'examen horaire, le scope, la perfusion... tout ça : c'est ce qui permet d'avoir une patiente sous contrôle, être sûre que tout aille bien pour elle. Une fois que tu as fait tout ça, bah c'est vrai que tu as tendance à penser que tu as fait ton boulot, alors que si on réfléchit à tout ce qu'on s'est dit avant... ».

« C'est bête mais si on travaille avec une amie, on a peut-être plus envie d'être avec elle qu'en salle d'accouchement...et ça, c'est plus facile si ta patiente est branchée de partout et que tu peux la suivre à distance, sur un écran, en buvant ton café... »

De plus, les sages-femmes déplorent que cette médicalisation soit devenue un prétexte pour pouvoir **suivre plusieurs patientes simultanément** : *« jusqu'à trois en même temps parfois ! »* dénonce une sage-femme : *« en fait, la médicalisation peut freiner parce que c'est plus facile de suivre plusieurs patientes en même temps sous péridurale : c'est le temps qui est une valeur importante et qui est influencé par la médicalisation »*. Elles évoquent toutes **l'analgésie péridurale** comme un facteur **facilitant l'évitement** de la salle de naissance :

« De fait quand elles ont une péri, qu'elles sont soulagées, qu'elles n'appellent pas, tu ne vas pas les voir. En vrai, tu vas plus voir une dame qui souffre, qui appelle, qui n'a pas de péridurale... La douleur joue quand même un gros rôle : c'est là que l'accompagnement est important. Une fois que tu les as installées en salle, et que tout va bien, tu ne vas pas passer en salle une heure, une fois que tu as ton TV et tous tes examens, tu n'as plus besoin de tout ça quoi... ».

Les sages-femmes qui considèrent que cette médicalisation de la naissance est un levier pour le soutien d'une patiente l'expliquent par la **création de dialogue**. Informer la patiente sur la médicalisation que l'on met en place autour d'elle permettrait d'instaurer un climat de confiance exploitable par la suite. L'une d'elles se justifie :

« Je ne vois pas en quoi ça pourrait être un obstacle : les machines à la rigueur on leur explique, la pose d'une péri, ça permet aussi une certaine proximité, quand on les prend dans nos bras. C'est bête hein, mais du coup ça déclenche : elle est là, je peux compter sur elle... Non, je dirais que ça facilite plus ».

Enfin, la troisième partie des sages-femmes pense que la technicisation autour de la naissance ne change rien à l'accompagnement délivré par les professionnels. A condition que celui-ci soit **expliqué, voulu ou accepté** par la patiente. Les sages-femmes jugent *« pouvoir faire avec »*, et pensent que c'est majoritairement **la volonté** des personnes qui joue : *« Si ta patiente ou toi tu n'as pas envie, c'est mort ! médicalisation ou pas médicalisation ! »*. Une autre souligne l'importance de ne pas *« oublier »* l'accompagnement, quelle que soit la situation :

« Je pense que tu peux faire le même accompagnement pour un accouchement très médicalisé parce qu'il y en aura besoin, parce qu'il y aura une pathologie ou parce que la patiente en aura besoin ! Je pense que tu peux faire autant dans un sens que dans l'autre à condition de ne pas remplacer le

soutien par le médical. Il faut faire attention à la façon dont on présente les choses... ».

2. Evolution de l'accompagnement : l'avenir de la profession

Pour terminer ces entretiens, il nous a paru important de nous poser la question de l'avenir. Partant du constat que, depuis 1950, la profession a fortement évolué vis-à-vis de l'accompagnement des patientes, il semblait juste de poser la question aux professionnelles : « *Comment pensez-vous que ce versant relationnel évoluera dans l'avenir de notre métier ?* ». Comme pour la médicalisation, les réponses ont été assez variables. Nous avons pu les regrouper dans 3 catégories :

- Vers deux courants distincts : entre médicalisation hospitalière et physiologie à l'extérieur
- Vers une amélioration globale du relationnel au sein de notre métier
- Vers une détérioration globale du relationnel au sein de notre métier

7.1 Deux courants distincts

Ce groupe est composé de 3 sages-femmes : Elles pensent que l'accompagnement va évoluer en fonction des besoins des patientes. En effet, elles soulignent que **celles qui le souhaitent** ont le droit d'accoucher dans des structures médicalisées. Et insistent sur le fait que ces patientes sont nombreuses, que toutes les patientes ne sont pas forcément à la recherche absolue de la physiologie. De plus, cette centralisation des accouchements est aussi **plus économique** pour le système de santé actuel. D'un autre côté, elles ont conscience de la montée du souhait des femmes et des sages-femmes d'un accompagnement plus présent, d'une naissance plus naturelle. Elles estiment donc que l'avenir de la profession quant à ce versant relationnel consistera en une opposition de **plus en plus marquée** entre deux modes d'accouchement : médicalisé à l'hôpital et physiologique dans des structures alternatives.

« Beaucoup de patientes n'imaginent pas accoucher sans péridurale, pour elle c'est leur droit : on peut se diriger vers cet accompagnement là parce que, en plus, c'est plus rentable pour les établissements d'avoir une sage-femme qui gère 4 patientes sous péri, plutôt que 4 sages-femmes qui gèrent 4 patientes sans péri. Mais d'un autre côté, il y a quand même la montée du souhait des patientes et des sages-femmes pour développer les maisons de naissances et dans ce cas-là, on va presque opposer de plus en plus l'accouchement hyper physio à l'accouchement hyper médicalisé »

7.2 Vers une amélioration globale

Ce groupe est lui aussi composé de trois sages-femmes. Elles défendent leur corps de métier en avançant que l'accompagnement est partie intégrante de leur profession depuis des années, et qu'il ne se perdra pas aussi facilement. Selon elles, les techniques médicales vont **se diversifier et se simplifier**, la profession va **rajeunir**, et le **nouvel élan** provenant des femmes vers **plus de physiologie** va s'amplifier. Tout ceci ayant pour conséquence le **développement** de l'accompagnement dans des structures alternatives ou à l'hôpital, en lien avec une **formation** continue obligatoire déjà en place, mais plus axée sur certains thèmes relationnels. Elles démontrent que la volonté des patientes est de plus en plus exprimée en prenant pour exemple l'augmentation récente de la participation aux séances de préparation à la naissance.

« Je pense qu'il y a encore des tas de choses qui vont se développer dans ce sens-là aussi : d'où l'intérêt de la formation continue, d'être un peu curieux là-dessus, aussi : on est ouvert à ça ou on l'est pas. J'ai des collègues en fin de carrière qui n'ont pas envie de changer. Je suis plutôt dans l'idée d'une évolution favorable de cet accompagnement à l'hôpital : je veux dire, les techniques vont se diversifier, les maisons de naissance et tout ça vont prendre de la place, la profession va rajeunir... ça va aider, ça va bouger, je pense ! Et puis plus les patientes vont manifester leurs envies, plus ça va évoluer »

7.3 Vers une détérioration globale

Enfin, le dernier groupe que nous avons pu composer a une vision plus négative sur l'avenir que les autres. Ce groupe est le plus important, avec 7 sages-femmes. Selon elles, l'accompagnement va prendre de moins en moins de place dans le suivi et l'accouchement d'une femme enceinte. Elles invoquent plusieurs raisons à cela, notamment la **fermeture des petites maternités**, la pression de plus en plus prégnante du médico-légal, une politique **d'économie de santé** menée depuis une dizaine d'années, qui entraînerait une **baisse du personnel**, et **freinerait le développement des maisons de naissances**. Tous ces faits ont entraîné une **dégradation** forte de ce versant relationnel de la profession, et par conséquent une perte de plus en plus importante et grave de **l'expérience** des sages-femmes. Elles dénoncent également « **une crise de vocation** » chez les jeunes sages-femmes. Pour elles, la PACES crée des vocations par dépit, et par conséquent, des jeunes diplômées très techniques, peu investies dans leur rôle d'accompagnatrice de la naissance. Nous pouvons citer plusieurs extraits qui illustrent bien ces propos :

« Je pense que ça ne va pas s'améliorer : les sages-femmes d'aujourd'hui sont trop techniques pour ça...C'est qu'il y a un problème de vocation chez les sages-femmes française ! Sage-femme, je suis désolée, ce n'est pas un choix par dépit :

c'est une vocation hein ! C'est déjà tellement dur... Si en plus on aime pas : ça donne des robots médicaux qui pour le coup, ne sont pas relationnels... Y'a un problème dans la formation. Faut être réaliste : quand on veut être médecin, on ne le fait pas spécialement pour l'accompagnement hein ! donc les médecins refoulés... Ce n'est pas un métier que l'on fait et que l'on apprend à aimer. C'est trop dur. »

« Je pense que ça va prendre de moins en moins de place. Déjà sur 8 ans, ça s'est complètement dégradé. C'est pas du tout critique hein, mais les jeunes sages-femmes, elles sont très techniques. Alors il faut parce que sinon, on se fait allumer et voilà... Après ça vient aussi des patients : qui sont interventionnistes, procéduriers... On n'a pas le droit à la moindre erreur : alors qu'on le sait que l'on a pas le droit à l'erreur ! C'est quelque chose que je ne sentais pas avant : parfois il y a des patients qui sont méfiants parce que bah, ils entendent des choses hein ! sur les médecins, la maternité.... Et puis comme on a une pression juridique qui est là, bah on est carré au niveau médical, et on laisse tomber le côté relationnel »

8. L'avis des sages-femmes de plateau technique

En complément des entretiens à l'hôpital, il nous a semblé intéressant de recueillir l'avis des sages-femmes de plateau technique : d'une part parce qu'elles sont « expertes » en matière d'accompagnement, d'autre part, car cela nous a permis d'obtenir un regard extérieur impliqué.

Pour elles, l'accompagnement est « *une grande question de la profession de sage-femme* ». Elles le qualifient avant tout de **relation privilégiée, de confiance** avec le couple, qui permet de connaître les patientes « *jusque dans l'intimité* ». On trouve une dimension **affective, empathique**, dans cette relation : il se développe un **genre de « fibre »** qui permet à la femme de puiser dans **ses ressources** et de créer avec son conjoint une **bulle sécurisant**. Le tout dans le but de « *faciliter le processus d'élaboration de la maternité, de la place de la mère, du couple, de l'enfant* ». Elles partagent l'avis des sages-femmes hospitalières en insistant sur la nécessité d'un tel soutien, et en soulignant la **difficulté** que cela peut représenter. Il faut trouver une **juste position** : « *Accompagner une femme, c'est quitter la posture de conseil, la posture de « je sais ce qui est bon pour toi », de guidant : et vraiment accompagner une femme, aller vers elle, la replacer au centre du processus* ». A cette condition, elles réalisent un véritable partage avec les couples, et en retirent une **grande satisfaction**. En effet, l'une d'entre elles raconte : « *L'accompagnement global, c'est hyper enrichissant pour ça aussi. J'ai redécouvert de l'émotion en faisant des accouchements* ». En cela, elles se différencient de leurs collègues hospitalières, qui ont un vécu plutôt négatif de l'accompagnement, mais à quel prix ! Toutes ont souligné l'énorme **investissement personnel** que nécessitait la pratique en plateau

technique, mais également le fait de ne pas pouvoir exercer à l'hôpital, où l'accompagnement n'a pas sa place.

En effet, selon elles, il est **difficile, voire impossible de parler d'accompagnement à l'hôpital**. Elles évoquent les mêmes raisons que leurs collègues hospitalières : **le manque de personnel, le temps** à sa disposition en rapport avec l'activité du service... Mais elles affirment une **influence forte de la formation**. Pour elles, les écoles et facultés de sages-femmes créent des **techniciennes** : « *La sage-femme n'est pas juste quelqu'un qui fait des actes techniques. C'est ce que l'on a tendance à nous apprendre à l'école, même si aujourd'hui, vous êtes plus sensibilisées grâce aux stages en libéral* ». Malgré la primordialité de ce soutien, il n'est pas suffisamment concrètement abordé dans la formation initiale, et nécessite un apprentissage supplémentaire, en compagnonnage par exemple. De plus, la **volonté des sages-femmes** joue un grand rôle et finalement, les raisons de temps, d'activité, ne sont pas suffisantes, comme le souligne l'une d'elles : « *Il y a des sages-femmes qui se réfugient beaucoup dans l'excuse du temps je pense, parfois on n'a pas le temps, c'est vrai, mais beaucoup aussi on l'a. Avec une ou deux patientes, tu pourrais faire de l'accompagnement, mais on n'a pas envie en fait* ». Pour elles, un déclic est nécessaire pour se rendre compte de ce qu'est vraiment l'accompagnement. Elles considèrent que leurs collègues n'ont pas réellement conscience de ce qu'est ce soutien, pour preuve, beaucoup d'entre elles se sont interrogées sur la pratique de leurs consœurs.

« Parfois, l'équipe hospitalière me dit : « mais comment tu fais ? » : parce que je reste dans la chambre de la patiente tout le temps, et qu'elles, elles ont pris un café, tout ça : ça leur semble impossible de faire ce que je fais. Et moi je leur réponds « mais tu imagines, toi, tout ce que tu as fait depuis 4 heures ? moi je suis juste avec un seul couple ! ». Elles travaillent plus avec leur tête, et c'est ce pourquoi on est très bien formée à l'école de sage-femme d'ailleurs ! »

Ainsi, les sages-femmes de plateau technique pensent vraiment leurs collègues comme des techniciennes de l'accouchement, qui « *travaillent plus avec leur tête qu'avec le cœur* », **cœur** qui est nécessaire pour s'ouvrir à une femme et la soutenir au mieux. Elles les excusent cependant en invoquant l'obligation de présence des établissements hospitaliers, experts eux, en pathologie, mais aimeraient que la **physiologie** reste le domaine de sages-femmes accompagnantes. Des sages-femmes ayant la volonté d'accompagner, qui selon elles, sont malheureusement minoritaires.

Nous avons par la suite abordé la question du besoin des patientes. A ce propos, elles pensent **que toutes les patientes ont besoin d'être soutenues** dans leurs projets, quels qu'ils soient. Elles ont insisté sur le fait que certaines patientes pouvaient également vouloir un accouchement dans une structure très médicalisée, et qu'elles n'étaient pas toutes non plus attirées par la physiologie à 100%. Cependant, une **information claire** doit leur être

délivrée, en début de grossesse, sur les différents parcours auxquels elles peuvent avoir recours. Ce qui, selon elles, n'est pas systématique.

Enfin, l'une d'entre elles nous a alerté sur le « **piège hospitalier** » de l'accompagnement : les sages-femmes hospitalières vont avoir tendance à guider les patientes, or, ce n'est pas forcément ce qu'elles attendent, et surtout « guider », ce n'est pas « *marcher ensemble* », accompagner. Elle a appuyé le fait qu'il fallait remettre impérativement les **femmes au centre** de leur accouchement : « *Ils attendent que l'on soit à l'écoute et disponible, pour que leur cheminement du devenir parent puisse se dérouler au mieux. Quand on est pas attentif, ils se laissent guider, mais ils ne sont plus acteurs, ce n'est plus vraiment leur projet à eux...* » Ce qui est, entre autres, rendu difficile par la médicalisation de la naissance.

En effet, les sages-femmes de plateau technique considèrent la médicalisation de la naissance comme **un important obstacle** à l'accompagnement. Elles pensent que leurs collègues, en technicisant une patiente, **rythment** l'accouchement de ces dernières : elles deviennent alors des « *chefs d'orchestre* » qui dirigent le travail et **dépossèdent le couple de son projet**. Cette médicalisation intrusive rassure cependant les professionnels de la naissance. C'est justement cette optique de réassurance du personnel hospitalier par les habitudes et les protocoles qui est dénoncée : « *A l'hôpital, le problème, c'est que le système, l'organisation du service, les habitudes de pratique, passent toujours avant le couple et leur projet : et je trouve ça dommage* ». Ainsi, une nouvelle notion apparaît à travers les entretiens : **la différence de point de vue quant à la sécurité entre hôpital et libéral** :

« Pour nous, la sécurité se définit par la sécurité intérieure de la femme qui elle seule va garantir la physiologie. Alors que pour le corps médical, la sécurité réside dans la structure, dans les outils techniques, dans le maximum de professionnels compétents présents au moment de la naissance : donc dans l'environnement et pas dans le couple ».

Pour les sages-femmes de plateau technique, la médicalisation est surtout délétère si elle est mise en place de manière à rassurer le corps médical et non la patiente. Si elle est pratiquée avec discernement, en cohérence avec la situation médicale et les attentes de la patiente, alors l'accompagnement reste possible. Une des sages-femmes rappelle : « **que l'accouchement se déroule dans le corps de la mère, et non dans le service, dans le « corps » médical** ».

Pour finir, la question de l'évolution de la profession quant à cet aspect relationnel leur a été posée. Elles ont toutes répondu être relativement confiantes en une évolution favorable, tout en ayant bien conscience des multiples obstacles. Pour elles, l'évolution de l'accompagnement autour de la naissance va surtout dépendre **des sages-femmes elles-**

mêmes : d'une prise de conscience de leur part et d'un élan de défense de cette mission de leur métier.

« Si les sages-femmes s'écoutent en se disant que moi aussi ma place c'est l'accompagnement, et pas juste la médicalisation et de répondre à l'organisation d'un système, je pense que ça pourrait se développer mieux. Si on fait ce métier là, ce n'est pas par hasard : quand on fait sage-femme, on le fait aussi pour le côté humain ».

Cependant, se pose **la question de leur volonté d'un tel changement**. Une des sages-femmes s'interroge : *« Mais est ce que les sages-femmes ont envie de le faire ? Je me pose la question. Honnêtement, je pense que la grande majorité des sages-femmes sont dans un confort de pratique, un train-train... »*. Si certaines sages-femmes tentent de se faire entendre, il faut aussi que les **usagers** **« poussent »**. C'est aussi aux femmes d'exprimer leurs désirs, et c'est ce qui permettra de faire évoluer la situation. Si une volonté de plus de physiologie émerge, alors la **formation** des jeunes sages-femmes sera plus adaptée, ce qui est la clé, pour elles, d'un retour à l'accompagnement.

« Il faut que les sages-femmes recomprennent ce que c'est : quand elles l'auront compris, elles en déduiront que le suivi est essentiel. Une conscience d'esprit doit émaner des sages-femmes : il faut le voir à l'école ».

Enfin, une sage-femme a attiré notre attention sur la focalisation faite envers **les chiffres de mortalité maternelle et infantile**. Elle pense que si l'on se penchait plus sur le vécu des patientes, alors l'accompagnement autour de la naissance apparaîtrait comme nécessaire, et pourrait reprendre la place qu'il occupait avant :

« Si tu remets au centre que le vécu d'un enfantement est fondamental pour la vie de cet enfant et sa relation avec ses parents, tu te dis que les accouchements cata à l'hôpital font des dégâts dans le couple... et que l'accompagnement n'est pas si « optionnel » que ça ».

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Limite de l'étude

La portée de notre étude est limitée par **l'échantillon** (faible nombre de sages-femmes), son **moyen de diffusion** (volontariat) et la **méthode choisie**.

Elle est limitée principalement par **le biais de sélection de la population**. Ainsi, nous nous sommes tournée vers des sages-femmes volontaires, donc forcément déjà sensibilisées au sujet de l'accompagnement. On peut légitimement penser que les sages-femmes qui ne sont que peu versées vers ce côté relationnel de la profession, ont une définition et des représentations différentes de l'accompagnement. Nous pouvons ainsi considérer ce volontariat comme un biais d'étude. Cependant, nous nous intéressons ici au point de vue des sages-femmes hospitalières sur le soutien en salles de naissance : nous pouvons supposer que celles pour qui il n'a que peu de place se sont manifestées par leur non-participation. Ce qui pourrait être une piste pour expliquer le nombre important de refus de la part des sages-femmes hospitalières : 43 d'entre-elles ont refusé de répondre à l'entretien, ne voyant pas l'intérêt de cette étude, considérant le sujet comme embarrassant ou inintéressant, voire même par peur d'être jugées...

La difficulté majeure rencontrée a été le contact des sages-femmes hospitalières. Pour ce faire, nous avons pour obligation de passer en priorité par les sages-femmes coordinatrices hospitalières. Leur contact, dans un premier temps, a été compliqué : les premiers mails ont été envoyés le 12 septembre à 9 centres hospitaliers différents. La première réponse est arrivée le 24 octobre 2016, malgré plusieurs relances. Relances qui ont été nécessaires sous différents formats (courrier, appel téléphonique) pour obtenir les autres réponses. Au total, 5 centres hospitaliers ont donné leur accord, 3 ont refusé parce que des enquêtes pour des mémoires étaient déjà en cours, et le dernier, malgré toutes ces démarches, n'a jamais donné de réponse. Ainsi, l'étude qui devait initialement se dérouler sur 6 centres hospitaliers différents : deux de chaque niveau 1, 2 et 3, se base sur 5 centres hospitaliers. Cependant, une fois l'accord des sages-femmes coordinatrices recueilli, il fallait rencontrer les sages-femmes : nous nous sommes rendus sur place, durant les jours de gardes : leur participation dépendait **encore** à ce moment-là de l'activité du service... (Nous n'avons comptabilisé comme refus que ceux qui ne dépendaient pas de cette activité). Tous ces éléments expliquant le retard de la fin de l'étude : fin février au lieu de mi-janvier 2017

Concernant la méthode utilisée, le choix des entretiens semi-directifs semblait plus cohérent avec les objectifs de l'étude, et l'ont été. Ils ont permis aux sages-femmes interrogées d'aborder des sujets auxquels nous n'avions pas pensé lors de l'élaboration de la grille

d'entretien. Des entretiens libres auraient sans doute permis une liberté de réponse plus importante encore, mais, malheureusement, des contraintes de temps ne nous ont pas permis de les mettre en œuvre. De plus, les sages-femmes interrogées ont globalement toutes déclaré avoir apprécié la trame sur laquelle se reposer durant les entretiens, car pour elles, l'accompagnement était un sujet qu'il était difficile de commenter.

L'étude aurait été plus complète si nous nous étions également intéressée à la totalité du suivi de la grossesse, et pas seulement au passage en salle de naissance. Le point de vue des gynécologues obstétriciens et des couples auraient été enrichissant à recueillir, afin de mieux identifier les attentes des uns et des autres en termes de médicalisation et de physiologie, et d'obtenir un regard extérieur. Malheureusement, la contrainte de temps imposée par la réalisation de ce mémoire, en parallèle avec la continuité des apprentissages de dernière année, n'a pas permis la réalisation de ces enquêtes complémentaires.

2. Analyse et comparaison avec les éléments de la littérature

2.1 Définition et pratique de l'accompagnement

Afin d'obtenir une plus grande diversité de discours, nous avons tenté d'équilibrer l'échantillon en interrogeant des sages-femmes provenant de différentes maternités (niveau 1, 2 et 3), et d'âges variés. Nous avons ainsi pu obtenir un panel de sages-femmes diversifié. Cependant, on retrouve une forte unité de discours quant à la définition de l'accompagnement, et aux représentations associées. Ainsi, nous n'avons observé des divergences que sur des sujets définis tels que la douleur, la médicalisation et l'avenir de la profession. Cela témoigne d'une perception commune de l'accompagnement d'une patiente et de son importance, quel que soit son milieu d'exercice, son lieu d'étude, ou encore son âge. Comme le souligne Béatrice Jacques [6], la « philosophie du relationnel » est un thème important qui fait partie de l'histoire du métier de sage-femme, et qui reste présent dans les représentations des professionnelles aujourd'hui, grâce notamment, à l'apprentissage auprès de ses pairs. En découle une unité de pensée chez les professionnelles investies, qu'il est intéressant de remarquer dans la réalité de terrain.

Nous pouvons ainsi résumer leurs propos en une définition qui se rapproche fortement des principes du « care », que nous avons pu voir en introduction. L'accompagnement serait pour les sages-femmes une **relation de confiance**, un **échange** qui passe par le dialogue et la communication non verbale pour montrer à la patiente que la professionnelle est là pour elle, qu'elle s'investit auprès d'elle, avec **humilité et empathie**. Cette notion d'humilité étant illustrée par F. Bourdais « *Accoucher une femme étant l'aider à accoucher de son enfant, on mesure toute l'humilité de la fonction* ». [23]

Si sa mise en place est **chronophage**, elle n'en reste pas moins **nécessaire** : la grossesse et l'accouchement étant des périodes de fragilité pour les femmes. Le soutien doit donc s'imposer, comme dans tous les métiers de soins, et particulièrement celui de sage-femme, où l'accompagnement fait **partie intégrante du métier**. On retrouve la même définition pour les sages-femmes de plateau technique, qui viennent cependant nuancer ces propos en dénonçant ce qu'elles appellent le « **piège hospitalier** ». Pour elles, les sages-femmes du bloc obstétrical auraient plus tendance à s'imposer dans l'accompagnement : en proposant d'office des postures par exemples, qu'à réellement soutenir leurs patientes. Selon F. Teurnier, « *la naissance n'a pas besoin d'être contrôlée mais accompagnée et accomplie* » [24] : nous pouvons ainsi ajouter à notre définition l'importance de **remettre la patiente au centre** de son projet de naissance.

2.2 Vécu des sages-femmes : une frustration vis-à-vis du besoin des patientes

Le sujet de la réflexion autour de l'accompagnement a été plus discuté. La majeure partie des sages-femmes a reconnu y réfléchir régulièrement, surtout dans le cadre d'une remise en question. La **communication non verbale** nous a beaucoup apporté lorsque nous abordions ce sujet durant les entretiens. Nous avons pu remarquer beaucoup d'hésitations, de grimaces, de larmes également, chez une sage-femme, à l'évocation de la pression de l'équipe qui l'empêchait de travailler comme elle le souhaitait. Ainsi, la totalité des sages-femmes interrogées a exprimé son vécu de l'accompagnement comme globalement **négatif**. En effet, elles ne peuvent mettre en œuvre l'accompagnement de leurs patientes comme elles le souhaiteraient, alors qu'elles ont conscience qu'il y a beaucoup de bénéfiques... Cette impossibilité de soutenir les patientes à l'hôpital est par ailleurs reprise par les sages-femmes de plateau technique, qui confirment les justifications de leurs collègues : manque de personnel, activité du service importante, pression de l'équipe médicale, les patientes elles-mêmes... Elles considèrent même cette impossibilité comme l'élément déclencheur de la transformation de leur pratique : de l'hospitalier vers le libéral. L'incontrôlabilité de la mise en place de l'accompagnement est encore plus difficile à accepter quand les sages-femmes insistent sur le fait que toutes les patientes sont en attente d'un soutien en salles de naissance.

On observe effectivement, en parallèle des grands bouleversements évoqués en introduction, des facteurs sociétaux qui ont fait évoluer la place de l'accompagnement en salles de naissance. La redéfinition de la famille, à partir des années 1960, en fait partie. Avec l'apparition d'une nouvelle condition féminine, le rythme et le style de vie évoluent : l'âge moyen de la première grossesse augmente, celui du nombre d'enfants par foyer diminue... Les compositions traditionnelles familiales n'existent plus, et les membres d'une même famille sont souvent plus isolés géographiquement, ce qui a un impact sur la transmission transgénérationnelle [25]. Impact qui se ressent lors d'une grossesse : les femmes sont plus angoissées, moins soutenues : le besoin d'accompagnement est plus important. D'autant plus qu'il s'inscrit dans une époque où le soutien, le « coaching » est à la mode, et s'exprime dans

de nombreux domaines. « Prendre soin de soi » n'est plus une notion taboue, au contraire, et l'accompagnement est en vogue [26]. Sauf à l'hôpital. Ce qui peut créer une sensation de décalage mal vécue autant par les sages-femmes, que par les patientes. En effet, selon une étude menée en 2010, 49,1% des mères considèrent que la prise en charge de leur accouchement à l'hôpital avait été standardisée et inadaptée à leurs besoins, attentes et envies... [27]

Ce décalage entre demande et offre en termes d'accompagnement est la conséquence de l'évolution de l'identité du métier, mais aussi, comme le rappellent les sages-femmes de plateau technique, en lien avec un point de vue actuel très sécuritaire et le très à la mode principe de précaution. Dans l'optique de faire baisser la mortalité maternelle et infantile, trois plans périnatalités ont été développés sur les 40 dernières années : entre 1970 et 1975, entre 1995 et 2000, puis, le plus récent, entre 2005 et 2007. Afin d'atteindre les objectifs de ces plans, différentes mesures ont été prises, comme le renforcement des normes en maternité, leur graduation en niveau 1, 2 et 3, la suppression des petites structures effectuant moins de 300 accouchements par an... Le tout pour obtenir une meilleure offre de soins, plus performante, et donc, un meilleur suivi de grossesse. Ces changements de santé publique, suivant également une certaine logique économique, ont eu des conséquences importantes sur la logistique et l'organisation des soins obstétricaux. En 1980, la France comptait 1379 maternités, nombre descendu à 540 en 2012. Le séjour à l'hôpital a donc été raccourci : il est passé de 7 jours en 1980 à 3 – 4 jours en 2012. [28, 29]. Ces séjours plus courts et les plus longues distances à parcourir pour rejoindre la maternité la plus proche ont augmenté l'état d'anxiété et d'appréhension de futures mamans. Ce nombre restreint de maternité pour un taux de natalité fixe, explique, d'un autre côté, pourquoi les sages-femmes dénoncent une activité de service trop importante pour offrir à ces mères l'accompagnement dont elles auraient besoin. D'autant que si l'on s'intéresse aux études effectuées par l'OCDE, on se rend compte d'un manque de sages-femmes en France (60 pour 100 000 femmes, contre 70 pour l'OCDE). [30]. A la lumière de ces éléments, on comprend mieux les obstacles cités par les sages-femmes, et la frustration qui en découle, vis-à-vis du besoin croissant de leurs patientes.

2.3 Bénéfices et accompagnement « choisi » : l'accompagnant comme solution ?

Ainsi, nous avons vu que les sages-femmes hospitalières ne pouvaient pas accompagner toutes leurs patientes comme elles le souhaitaient, malgré le fait qu'elles aient toutes mentionné des bénéfices à cette pratique. Pour elles, soutenir une patiente en salle de naissance permettrait un meilleur vécu de l'accouchement et surtout, une plus grande physiologie de ce dernier. Dans les faits, cette notion apportée par les SF est vérifiée dans la littérature. Plusieurs études ont montré que le soutien continu en salle d'accouchement permet un travail plus court, une augmentation des accouchements par voie basse sans extraction instrumentale, la diminution du recours aux analgésiques pendant le travail, et la diminution

des dépressions du post-partum [31]. Nous nous retrouvons donc face à un certain paradoxe. Précédemment, nous avons pu nous rendre compte que le personnel soignant en salles de naissance n'est pas augmenté, alors que les protocoles et obligations médicales augmentent, eux, en lien avec une volonté de sécurité de la naissance. Ainsi, les sages-femmes sont au même nombre, pour s'occuper de plus de patientes, avec plus d'exigences médicales. Elles ont donc moins de temps pour les accompagner, ce qui, selon les études, majore le risque d'interventions médicales, qui nourrissent ce cercle vicieux. Pour tenter de pallier cet effet négatif, beaucoup de sages-femmes nous ont expliqué accompagner préférentiellement certaines patientes.

Nous nous sommes donc intéressés à ce qui pouvait influencer cet accompagnement « choisi », auprès des patientes pour lesquelles il s'impose. Les sages-femmes nous ont cité différents facteurs tels que la patiente, ses antécédents, des situations pathologiques, ainsi que les accompagnants. C'est sur ces derniers que nous nous sommes penchés, les autres facteurs évoqués étant très variables en fonction de la situation. Les sages-femmes nous ont témoigné ne pas oser prendre leur place d'accompagnante lorsqu'elles se retrouvaient face à un couple, de crainte d'être trop intrusive. Elles préfèrent alors laisser la place de premier accompagnant au père, qui leur semble être le mieux placé pour cela. Mais d'après des études, les pères voient le soutien continu comme une grande responsabilité, difficile à assurer à cause de leur propre implication psychologique dans la naissance de leur enfant. [32]. Il a également été montré que les femmes dont les compagnons sont présents pendant le travail consomment une dose d'analgésiques plus importante que les femmes seules. [33] Ainsi, les conjoints ont également besoin d'une aide professionnelle : si laisser son intimité à un couple est important, il faut aussi les soutenir. Surtout dans un contexte où les pères sont de plus en plus présents en salles de naissance : 3 sur 4 en 2003 [34], et où plus de couples auraient tendance à être ainsi « évités ».

2.4 Médicalisation de la naissance et accompagnement : une affaire de volonté

Le discours des sages-femmes a été globalement partagé à propos de la médicalisation de la naissance : certaines d'entre-elles considèrent qu'elle ne change rien à la pratique de l'accompagnement, au contraire, pour d'autres, elle en est plutôt un facilitateur, en ouvrant le dialogue sur les pratiques réalisées. La majorité des sages-femmes hospitalières l'ont cependant dénoncé comme un obstacle au soutien d'une patiente. Selon elles, la technicisation de la naissance entraîne une surcharge de travail, une pression supplémentaire qui diminue le temps à la disposition de la sage-femme pour accompagner sa patiente, et augmente la distance entre ces deux protagonistes. Les sages-femmes de plateau technique viennent appuyer ce constat mais ajoutent que la médicalisation est autant présente aujourd'hui pour rassurer les professionnels de santé que pour assurer la sécurité des femmes. La technicisation de la naissance a en effet l'avantage de permettre aux

professionnels de maîtriser cet acte physiologique. Le monde de l'obstétrique est un monde incertain : on ne peut jamais prédire le jour ou l'issue d'un accouchement. Ainsi, la direction du travail permet aux sages-femmes et aux médecins de garder le contrôle, de gérer les services et les patientes : ce qui est plus rassurant que d'évoluer dans l'inconnu. La question des bénéfices pour les couples mères-enfants est cependant remise en question : la dernière enquête de périnatalité dénonçant aujourd'hui une « surconsommation médicale sans bénéfice pour la mère et pour l'enfant » [35].

Le conseil national de l'ordre des sages-femmes lui-même a récemment pointé du doigt cette hyper médicalisation de la naissance dénoncée par de nombreux auteurs tels que Y. Kniebiehler ou B. Jacques : il ne s'agit pas d'un fait sorti de l'imagination des sages-femmes pour excuser le déclin de l'accompagnement en salles de naissance, mais une réalité. [36]. Certaines sages-femmes hospitalières interrogées, ainsi que les sages-femmes de plateau technique ont cependant souligné l'importance de cette médicalisation et ses apports, qui ont permis de faire reculer la mortalité maternelle et infantile. Elles soulignent qu'il est possible d'accompagner une femme malgré ce frein apparent, à condition d'en avoir **la volonté**. Comme le rappelle F. Teurnier « *Pour beaucoup de gynécos, l'accouchement n'est qu'un acte médical, mais la grossesse n'est pas une maladie. L'accompagnement de la mère doit y avoir sa place.* » [37].

Cette volonté d'accompagner peut être mise à rude épreuve par tous les éléments vus précédemment, mais également par d'autres obstacles, cités au cours des entretiens, comme le besoin de se protéger soi-même. Elles ont été nombreuses à insister sur l'importance de l'équilibre à trouver pour ne pas trop s'investir, et la difficulté de parfois mettre des barrières entre les patientes et elles-mêmes. Dans les faits, il est reconnu que les soignants font face, dans leur relation avec les patients, à des émotions qu'ils doivent gérer : ils se doivent de conserver leur neutralité quelles que soient les situations rencontrées, et mettent en œuvre pour cela différents systèmes de protection [38]. Dans le cas des sages-femmes en salles de naissance, où les émotions sont souvent intenses, c'est encore plus prégnant. Ainsi, certaines sages-femmes ont reconnu se mettre parfois en retrait dans des situations trop similaires à des événements déjà vécus par exemple... De plus, la pression de la part de l'équipe médicale vient également freiner une volonté d'accompagner. Beaucoup de jeunes sages-femmes l'ont évoqué dans leurs entretiens, tous niveaux de maternité confondus. Le contexte de précarisation de l'emploi dans lequel elles évoluent aujourd'hui [39], ajoute une pression importante à leurs conditions d'exercices. Dans l'optique d'être embauchées, elles font tout pour se conformer aux exigences du service, même si cela va à l'encontre de ce qu'elles ont appris, et à l'encontre de l'accompagnement notamment. Enfin, il nous semble également important de souligner que les sages-femmes elles-mêmes ne sont peut-être pas prêtes à modifier leurs pratiques, et à accorder plus d'importance au soutien des patientes. Comme le soulignaient dans leurs entretiens les professionnelles exerçant en plateau technique, les

sages-femmes hospitalières n'ont plus forcément envie d'accorder leur attention à un domaine considéré comme un retour en arrière [7]. Elles se sont battues pour faire reconnaître leur statut de profession médicale, et l'accompagnement, facilement rapporté à du « care » et à des soins dit de « nursing », est loin des représentations techniques d'un tel statut. Ce dernier élément, présageant un sombre avenir pour la place du soutien chez les sages-femmes hospitalières, peut être corroboré par le nombre important de refus de réponse à notre enquête (43).

2.5 Evolution de la profession quant à l'aspect relationnel : de nombreux obstacles à surmonter...

Le discours était partagé, cette fois encore, quant à cette thématique. Nous pouvons expliquer ces différences de vision par les différences de niveau de maternité, les sages-femmes les plus optimistes étant issues des maternités les plus petites, au sein desquelles l'accompagnement semble avoir une place plus facile que dans les grosses structures. De plus, l'avis en demi-teinte des sages-femmes exerçant en plateau technique peut lui aussi s'expliquer par le retour des patientes qu'elles accueillent en cabinet : selon elles, de plus en plus de femmes seraient déçues de leur accouchement : elles se tourneraient alors, pour une autre grossesse, vers une naissance plus physiologique.

Ainsi, quelques sages-femmes pensent à une évolution favorable de la profession quant à l'accompagnement des patientes : elles invoquent le développement des maisons de naissance, la montée d'un désir de physiologie, et espèrent que ces éléments vont permettre une amélioration. D'autres imaginent une profession scindée en deux, de manière de plus en plus marquée, entre technicienne hospitalière et accompagnatrice physiologique. Enfin, la majorité des sages-femmes ont une vision plutôt pessimiste de cette évolution : elles dénoncent les obstacles cités précédemment : manque de personnel, activité du service, pointent du doigt la pression du médico-légal, et un problème de vocation chez les jeunes sages-femmes. En effet, la PACES provoquerait beaucoup de vocations par dépit. Cependant, selon une étude de P. Charrier, seules 14% des sages-femmes aujourd'hui estiment avoir choisi cette profession par défaut [40]. La sensation de jeunes sages-femmes plus « techniciennes » -dénoncées également par les professionnelles de plateau technique - serait sans doute plus due aux réformes successives de l'enseignement de ce métier, ainsi qu'aux nouvelles compétences de plus en plus poussées que les étudiants doivent assimiler en 5 ans. Ces sages-femmes rejettent également l'argument du développement des structures alternatives : pas assez rapide et important à leur goût. Nous pouvons ainsi rappeler que 5% des sages-femmes libérales ont aujourd'hui accès à un plateau technique, et que seules 9 maisons de naissance sont en expérimentation. Chiffres effectivement insuffisants pour prétendre à eux seuls améliorer les choses.

Les sages-femmes de plateau technique soulignent les mêmes obstacles, mais ont une vision plus confiante de l'avenir. Selon elles, l'évolution de la profession sur l'aspect relationnel dépendra en partie de la pression exercée ou non par les usagers, et surtout, de la volonté des sages-femmes hospitalières à exercer de cette manière, ce dont elles ne sont pas certaines...Elles ajoutent enfin qu'une amélioration pourrait être initiée par un meilleur dialogue entre les sages-femmes hospitalières et leurs collègues libérales. Nous avons pu effectivement nous rendre compte, grâce aux entretiens, que les sages-femmes de bloc avaient beaucoup d'interrogations vis-à-vis de la pratique de leurs consœurs. Malgré une scission assez marquée entre les deux modes d'exercices (les sages-femmes exerçant en plateau technique n'étant pas toujours bien accueillies en milieu hospitalier de par l'insécurité qu'inspire leur pratique [41]) une solution possible pour améliorer les pratiques en termes d'accompagnement serait peut-être d'engager le dialogue entre ces deux « camps » ...

2.5 Ouverture : les doulas, une solution possible ?

En parlant des obstacles qui les empêchaient de mettre en place un accompagnement personnalisé en salle de naissance, certaines sages-femmes ont abordé le problème de leur expérience propre. En effet, pour elles, leur vécu personnel, et notamment le fait de ne pas avoir eu d'enfants, serait un vrai frein pour soutenir les patientes en train d'accoucher. Etre mère est pour elle une condition pour être une bonne sage-femme. Comme l'aborde Y.Knibiehler [2] il peut s'agir d'un facteur important pour obtenir une légitimité et une crédibilité à l'égard des patientes. Certaines sages-femmes mentiraient même à leur patiente à ce propos... Mais est-il vraiment nécessaire d'être mère pour pouvoir accompagner une femme en train de le devenir ? Nécessaire non, mais utile, comme le souligne d'autres professionnelles de notre étude : pour avoir des pistes de compréhension des patientes, avoir du « vécu » et non plus que des paroles. Cette question de l'expérience de la maternité renvoie à celle de l'expertise en matière de santé : c'est sur ce principe que les « doulas » assurent leurs pratiques.

Ce terme, du grec ancien « esclaves », renvoie à la définition du dictionnaire HACHETTE, en 2011 : « des femmes accompagnant d'autres femmes enceintes pendant leur grossesse et leur accouchement ». Ces femmes, déjà mères, exercent une fonction ancestrale de conseil : leur existence remontant à l'Antiquité. Apparues en 1981, aux Etats-Unis, dans l'identité qu'on leur connaît aujourd'hui, elles ont pour missions principales d'informer, d'accompagner, de soutenir physiquement et moralement, et de favoriser si besoin, la communication entre le couple et l'équipe médicale. Regroupées au sein d'une association « Doulas de France » créée en 2005, elles se forment 5 semaines avant de pouvoir proposer leurs services [42]. Ce ne sont cependant pas des sages-femmes : elles ne pratiquent pas d'actes médicaux, n'ont pas de responsabilité médicale. Elles revendiquent leurs différences, leur non spécialisation, et affirment l'importance de leur expérience propre en tant que mère. Elles sont présentes avant tout pour accompagner la femme enceinte et le couple, les porter

dans leurs projets de naissance : elles se présentent ainsi comme la solution au délaissement de l'humain en salles de naissance.

En apparence louable, cette « profession » n'a malheureusement pas aujourd'hui d'existence juridique, pas de statut, ni de cadre entourant son exercice. La formation est jugée insuffisante et peu qualifiante par l'académie de médecine en 2008 [43]. Leurs prestations, jugées très onéreuses (entre 500 et 700€) sont également assez mal vues. Enfin, leur succès de plus en plus important ces dix dernières années est plutôt mal accueilli par le corps médical : le CNOSF lui-même a alerté les sages-femmes sur le danger d'emprise psychologique que ces femmes pouvaient avoir sur les parturientes. Pour le conseil de l'ordre, les « doulas revendiquent une partie du rôle des sages-femmes ». [44] Sages-femmes qui reconnaissent malgré tout la « faille de soutien » qui permet aux doulas de se développer. Ainsi, si cette profession pourrait apparaître, en théorie, comme la solution au soutien des patientes à l'hôpital, elle ne l'est pas : le vide juridique entourant les doulas, leur manque de formation, ainsi que le coût de leur prestation n'est pas viable, à ce jour, pour assurer le soutien continu des femmes à l'hôpital. Pourtant leur développement est bien le marqueur d'une dégradation de l'accompagnement par les sages-femmes, qui, si elles veulent conserver cette spécificité professionnelle, vont devoir agir pour améliorer les choses.

2.6 Vérifications des hypothèses

Au commencement de cette étude, nous avons émis trois hypothèses principales :

Les sages-femmes hospitalières ont toutes un point de vue assez différent sur l'accompagnement : elles le considèrent comme optionnel, à mettre en place uniquement lorsque la situation le suggère : Toutes les sages-femmes hospitalières interrogées ont donné la même définition de l'accompagnement, unité remarquée dans notre analyse. Elles ont également toutes insisté sur l'aspect primordial de celui-ci. Elles ont regretté, effectivement, ne pouvoir le mettre en place que lorsque la situation le suggérait, mais par dépit, par obligation plutôt que par volonté propre. Notre première hypothèse est donc infirmée.

Pour elles, la médicalisation de la naissance n'est pas un obstacle au soutien d'une patiente, au contraire, puisque celle-ci garanti la physiologie : Notre pensée de départ reposait sur le fait que les sages-femmes hospitalières étaient plutôt en faveur de la médicalisation, qui pouvait les rassurer quant au bon déroulement du travail. L'avis des professionnelles interrogées a été globalement partagé quant à cette thématique, mais la majorité des sages-femmes considèrent que la médicalisation constitue malgré tout un obstacle à l'accompagnement d'une patiente : par la distance et la pression supplémentaire qu'elle crée. De plus, les sages-femmes pensant que cela ne constituait pas un obstacle n'ont pas

mentionné la garantie de physiologie, mais plutôt le dialogue généré via les informations médicales. Cette deuxième hypothèse est ainsi également infirmée

La mise en place d'un soutien peut être compliquée en salles de naissance par l'activité du service, le temps à la disposition des sages-femmes, et par la demande des patientes elles-mêmes, que nous supposons variable : En effet, les sages-femmes ont été unanimes sur ce point : le soutien d'une patiente en salle de naissance est soumis à de nombreux facteurs. L'activité du service et le temps en étant les principaux rappelés à chaque entretien. En ce qui concerne la demande des patientes, les sages-femmes considèrent que toutes les patientes ont des besoins, des attentes en termes d'accompagnement, qui s'expriment différemment suivant les situations et les personnes. Cette dernière hypothèse est donc vérifiée.

CONCLUSION

En commençant cette étude, nous avons pour objectif principal d'analyser les représentations et les pratiques de l'accompagnement des parturientes en salle de naissance par les sages-femmes hospitalières.

En effet, les différentes évolutions sociétales et techniques connues par le monde de l'obstétrique depuis les années 1950 ont totalement redéfini l'identité des sages-femmes et leurs pratiques. Les accouchements se font aujourd'hui majoritairement dans les hôpitaux, dont le nombre a fortement chuté depuis 1980. Les sages-femmes assurent ainsi le suivi des travaux et les accouchements durant des gardes plus chargées. L'accompagnement est peu à peu remplacé par une médicalisation importante, résultat de l'amélioration des techniques obstétricales, dans le but louable d'une plus grande sécurité. Dans ce contexte, de nombreux auteurs dénoncent une perte de l'expérience « relationnelle » des sages-femmes. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'aller à la rencontre des sages-femmes hospitalières pour comprendre comment était aujourd'hui envisagé l'accompagnement en salle de naissance.

Les entretiens semi directifs menés auprès des professionnelles ont permis d'apporter une définition de l'accompagnement tel qu'elles se le représentaient en salle de naissance : une relation de confiance, un partage dont la mise en place était compliquée par de nombreux obstacles tels que l'activité du service, la pression de l'équipe médicale, les patientes elles-mêmes. Nous avons ainsi pu comprendre que les sages-femmes préféraient accompagner des patientes sur des « signes d'appels », que nous avons pu définir avec elles (antécédents, comportements des patientes, présence ou non d'un accompagnant...).

Les objectifs secondaires étaient d'étudier leur vécu par rapport à cet accompagnement, leur point de vue concernant les besoins des patientes et de comprendre comment elles le mettent en place. Grâce à notre étude, nous avons pu comprendre que les sages-femmes étaient globalement frustrées du frein mis à l'accompagnement, et que ce sentiment pouvait aller jusqu'à la culpabilité. Aucune des sages-femmes interrogées n'a évoqué son vécu en terme positif, car si elles ne peuvent mettre en œuvre l'accompagnement comme elles le souhaitent, elles ont conscience que les parturientes sont toutes en attente de soutien. Attente qui s'exprime de manière variable. Nous avons également pu voir comment s'articulait la pratique actuelle des sages-femmes hospitalières autour de l'accompagnement et découvrir les moyens qu'elles mettaient en œuvre pour soutenir leurs patientes malgré les obstacles (action sur l'environnement en salle de naissance, composition de l'équipe, volonté propre...).

Cette étude nous a permis de mieux envisager les représentations des professionnelles sur la médicalisation, majoritairement considérée comme un des obstacles à la mise en place

d'une relation en salle de naissance, même si les avis étaient partagés. Pour finir, nous avons pu encreur notre recherche dans l'évolution du métier, en demandant aux sages-femmes leurs avis sur l'avenir de la profession quant à ce versant relationnel, avis globalement partagés, mais majoritairement pessimistes.

Ainsi, comme nous pouvons le constater suite à cette étude, l'accompagnement, même s'il est communément défini et envisagé par les sages-femmes, a une place de plus en plus restreinte dans nos maternités. Dans un souci d'économie, et à la suite des nombreuses évolutions que nous avons pu détailler, il semble que la part de l'humain au sein des centres hospitaliers soit délaissée, au détriment d'une médicalisation plus poussée et plus sécurisante. Cette évolution, dont les sages-femmes hospitalières ont bien conscience, et qui est difficile à vivre dans leur pratique, est de plus en plus prégnante, et permet le développement de « professions » parallèles, comme celle des doulas. Ces « coachs » de la naissance trouvent en effet toute leur place dans une société où le coaching est à la mode, et où les usagers poussent de plus en plus pour un respect marqué de la physiologie de la naissance. Dans cette optique, de nombreux efforts ont malgré tout été réalisés : on peut notamment citer l'initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB), lancée conjointement par l'Unicef et l'OMS en 1992, puis régulièrement revue depuis. Ce programme, centré sur les besoins du nouveau-né, encourage la mise en place du lien mère enfant, dans un respect de la physiologie très marqué. Face au constat fait précédemment, on ne peut que saluer cette initiative, qui délivre un label aux maternités s'engageant pour le soutien et l'accompagnement des parents autour du bébé.

Cependant, cette initiative reste à ce jour majoritairement centrée sur l'enfant, et malgré les nombreux auteurs, sages-femmes et associations de parents dénonçant le « déperissement » de l'accompagnement des parturientes à l'hôpital, aucun équivalent n'a été lancé... Si des sages-femmes interrogées dans notre étude ont une vision assez pessimiste de l'avenir quant à cette mission de la profession, d'autres, et notamment les sages-femmes de plateau technique, ont vision plus positive. Elles croient en un essor prochain de l'accompagnement malgré les obstacles. Grâce aux attentes de plus en plus fortes et exprimées des parents, au succès des maisons de naissance et plateau techniques, à une volonté certes encore mineure, mais présente, des jeunes sages-femmes de transformer, une fois de plus, leur identité... Nous sommes en droit d'espérer, et de rêver à cette question : à quand l'initiative « Hôpital Amis des Mamans » ?...

BIBLIOGRAPHIE

[1] Dubesset.M « Les mutations d'une identité professionnelle. Le cas des sages-femmes des années 1920 à 1950 à Saint Etienne » Bulletin du Centre Pierre Léon d'Histoire économique et sociale, 1995 , p 35 à 44.

[2] Kniebilher.Y « Accoucher, femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle » Editions ENSP, Rennes, 2007

[3] Fanniel. A « La sage-femme, particularité d'un métier vieux comme le monde » Centre d'expertise et de ressource pour l'enfance (ASBL) [en ligne] décembre 2013, consulté le 22/08/16 à l'URL : http://www.cere-asbl.be/IMG/pdf/7_Sages_Femmes.pdf

[4] Montazeau.O et Bethuys.J « Histoire de la formation des sages-femmes en France » Université médicale virtuelle francophone [en ligne] 2011, consulté le 03/03/16 à l'URL : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/profession_SF/site/html/cours.pdf

[5] Carricaburu.D « Les sages-femmes face à l'innovation technique : le cas de la péridurale » dans « Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité ». Anthropos, collection sociologiques, Paris 1994, p 281 -308

[6] Jacques.B « Sociologie de l'accouchement » Presses Universitaires de France, Paris 2010

[7] Fenaux.C « Sage-femme, du corps au cœur, pour que demeure l'essentiel » L'Harmattan, Paris 2011

[8] Bessonart J. « Paroles de sages-femmes » Ed. Stock, 1992

[9] Arsenault-Boucher. L « Regard sociologique sur l'évolution du féminisme » Université Laval [en ligne] 2014, consulté le 20/12/16 à l'URL suivante : http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/aspectssociologiques/fichiers/arsenaultboucher2014.pdf

[10] Paul. M « L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique » Ed L'Harmattan, Paris, 2004

- [11] Chavelli.C « Accompagner la vie de la naissance à la mort » Ed Du Rocher, Paris, 2005
pp 7-12, 17-45, 49-58 et 69-80
- [12] Molinier.P, Laugier.S, Paperman.P « Qu'est-ce que le care ? » Ed. Payot et Rivages,
2009
- [13] Memmi.D « Faire vivre ou laisser mourir », Paris, La découverte, 2003, p 153
- [14] Van Eersel.P « Mettre au monde, enquête sur les mystères de la naissance » Essai Clé
Albin Michel, 2008
- [15] Villand.A, Gabai.N, Gansel.Y « Etats des liens en maternité, paroles de soignants »
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, volume 60, 2012, pages 487 à 491
- [16] Copel.F « L'espace naissance naturelle en maternité, un environnement propice à
l'accompagnement » Vocation Sage-Femme, volume 9, numéro 79, février 2010
- [17] Charrier.P, Clavandier.G « Sociologie de la naissance » Ed Armand Colin, 2013
- [18] Gouilhers.S « Enjeux identitaires pour les sages-femmes autour du suivi de grossesse »
Mémoire – Université de Genève, département sociologie, octobre 2009
- [19] Martis.R « Soutien continu aux femmes pendant l'accouchement » Commentaire de la
bibliothèque de santé génésique de l'OMS, Genève, organisation mondiale de la santé,
dernière révision : 08/09/2007
- [20] Moulinier.C « Synthèse des résultats de l'enquête auprès des sages-femmes libérales »
Contact Sages-Femmes, volume 20, juillet 2009.
- [21] Laffont.B « Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques » Mémoire -
école de sage-femme de l'université Claude Bernard de Lyon – 2010
- [22] A.Blanchet, A.Gotman « L'entretien » dans « L'enquête et ses méthodes », Ed. Armand
Colin
- [23] Bourdais. F « Projets d'accouchement du transitif, indirect et direct, à la transition » Les
dossiers de l'Obstétrique, n°388, 2009
- [24] Teurnier.F « Convenance ou offre de soins » Les dossiers de l'Obstétrique n°340, 2005
- [25] De Singly F. « Sociologie de la famille contemporaine » Ed. Armand Colin, 2007

- [26] Chayette S. « Entretien avec Jean-Claude Kaufmann », Le Monde, Octobre 2007, consulté le 05/02/2017 à l'URL suivante : http://www.lemonde.fr/societe/article/2006/10/23/jean-claude-kaufmann-derriere-la-demande-de-coaching-il-y-a-ce-sous-entendu-delivrez-moi-de-ce-travail-insupportable-d-etre-moi-meme_822897_3224.html
- [27] « Etudes sur 300 femmes mères d'enfants de 0 à 1 an, du 12 au 15 novembre 2015 » Magazine PARENTS, février 2011
- [28] Vilain A. « Les maternités en 2010 : Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale » DREES Etudes et résultats, n°776, octobre 2011.
- [29] Cours des Comptes « La politique de périnatalité », rapport public annuel 2012, consulté le 20/03/2017 à l'URL suivante : <https://www.ccomptes.fr/Actualites/Archives/Politique-de-perinatalite-l-urgence-d-une-remobilisation>
- [30] Organisation de Coopération et de Développement Economique « Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE » 2011, consulté le 20/03/2017 à l'URL suivante : <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/49105873.pdf>
- [31] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C « Le soutien continu à la mère pendant l'accouchement » Résumé d'étude de Cochrane, 2008
- [32] Kuczkowski « Médecins et doulas en salle de travail et présence » Acta Anaesthesiologica Scandinavica, n°51, aout 2007
- [33] Ip Wy « Chinese husband's presence during labour : a preliminary study in Hong Kong » Int J Nurse Pract, n°6, 2000
- [34] Moreau, Kopff-Landas, Sejourne, Chabrol « Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative » Gynécologie Obstétrique et Fertilité Vol 37 n°3, 2009
- [35] Blondel B. et Kermarrec M. « Enquête périnatale : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 » INSERM, mai 2011
- [36] Conseil national de l'ordre des sages-femmes : « Lettre ouverte aux candidats à la présidence de la république » 2012, consulté à l'URL suivante : http://www.sages-femmes-orthogenistes.org/wpcontent/uploads/2012/03/1345_lettreouverteauxcandidatsalapresidence-delarepublique.pdf

[37] Wallon G « Accouchement, des naissances pas si naturelles » Quotidien 20 Minutes, novembre 2011

[38] Mercadier C. « Le travail émotionnel des soignants, la face cachée du soin » Soins Cadres de Santé, n°65, février 2008

[39] Micheau J. Alliot F. « Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? » Rapport d'étude octobre 2014

[40] Charrier P. « Les sages-femmes en France » Rapport de synthèse, 2010, consulté à l'URL suivante : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs00553654/PDF/SynthA_se_Rapport_Sages-femmes.pdf

[41] Touchard C. « L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples ? » Mémoire, Ecole de sages-femmes de l'Université d'Angers, 2011

[42] Association des doulas de France, « Une doula, c'est quoi ? », article consulté le 02/04/2017 à l'URL suivante : <http://doulas.info/une-doula-cest-quoi/historique/>

[43] Mailliot M. « Faut-il avoir peur des doulas ? » Mémoire, Ecole de sages-femmes de l'Université de Lorraine, 2013

[44] Conseil national de l'ordre des sages-femmes « Les doulas, mais pour quoi faire ? » Contact sage-femme n°10, 2008

ANNEXES

Annexe I – Annonce diffusée au sein des blocs obstétricaux

Annexe II – Grille d'entretien

Annexe III – Accord autorisant la réalisation et l'enregistrement de l'entretien

Annexe I - Annonce diffusée au sein des blocs obstétricaux

Recherche SF volontaires pour réaliser des entretiens dans le cadre d'un mémoire d'ESF

Bonjour à tous et à toutes !

Je suis Alix Migeot, étudiante sage-femme en dernière année, à l'Institut Catholique de Lille.

Je réalise mon mémoire sur **l'accompagnement relationnel des parturientes en salle de naissance** : je voudrais en analyser les représentations et les pratiques par les sages-femmes au bloc obstétrical, et à ce titre, j'aimerais réaliser **des entretiens auprès de sages-femmes**.

Ce sont des entretiens classiques, dont la durée est d'approximativement 30 minutes.

Je joins à ce petit mot une introduction pour mieux expliquer l'objet de mes recherches.

Si vous êtes intéressé(e)s pour participer, vous pouvez me contacter au XX.XX.XX.XX.XX, ou sur XXXXXX@gmail.com : je me déplace à l'hôpital tous les

En vous remerciant à l'avance,

A bientôt !

“Figure très ancienne de femme soignante, le métier de sage-femme possède une histoire riche et très longue : la profession a notamment subi, depuis le XIXème siècle, d'importantes évolutions. En effet, la place de plus en plus importante des médecins accoucheurs, des structures hospitalières, l'évolution de la société, ainsi que la révolution technique connue par le monde de l'obstétrique depuis les années 1950, sont à l'origine d'une mutation de l'identité des sages-femmes.

Cette évolution récente est aujourd'hui critiquée par de nombreux auteurs, qui y voient un dépérissement de la profession : une perte de la mission d'accompagnement intrinsèque au métier de sage-femme, au profit de l'acquisition de compétences techniques plus poussées et variées. Ainsi, dans le cadre très médical et institutionnalisé qui entoure la naissance aujourd'hui, fruit de l'évolution récente du monde de l'obstétrique et de la société, la part de l'humain dans la prise en charge d'une patiente en salle de naissance semble de plus en plus délaissée.

Comment les sages-femmes hospitalières, dernier rempart de cet accompagnement, se positionnent-elles aujourd'hui par rapport à un soutien affectif et relationnel des parturientes en salle de naissance ?”

Annexe II - Grille d'entretien

Guide entretien semi directif



« **Accompagnement des parturientes en salle de naissance : quel positionnement pour les sages-femmes aujourd'hui ?** »

Introduction : Pour commencer, de façon générale : que pensez-vous de l'accompagnement relationnel des parturientes ?

Thème A : Définition et représentations de l'accompagnement global des parturientes en salle de naissance

1. Le soutien d'une patiente en salle de naissance : qu'est-ce que cela vous évoque ?
Relance possible : quelle définition en feriez-vous ? Comment envisagez-vous cet accompagnement ? Diriez-vous qu'il y a des dimensions affectives, relationnelles à cet accompagnement ? Lesquelles, pourquoi ?
2. Est-ce pour vous une mission intrinsèque au métier de sage-femme ? Pourquoi ?
3. Est-ce un sujet de réflexion dans votre pratique quotidienne ?

Thème B : Besoin des parturientes en la matière

4. Que pensez-vous des attentes de soutien de la part des patientes ?
5. Quels sont les indicateurs qui vous alertent sur la nécessité d'accompagner plus spécifiquement une patiente ?
6. Comment adaptez-vous alors votre mode d'accompagnement ?

Thème C : La pratique de l'accompagnement des parturientes en salle de naissance

7. Que pensez-vous de la pratique d'un accompagnement relationnel plus poussé en salle de naissance
Relance possible : quels sont les bénéfices / les inconvénients d'une telle pratique ? Est-ce utile ?
8. Pourriez-vous l'envisager dans votre pratique en salle de naissance ? Comment / pourquoi ?
Relance possible : quels sont (les difficultés / les freins ou les facilitateurs / les leviers) à la mise en place de cet accompagnement ?

La médicalisation de la naissance vous semble-t-elle être un obstacle ou un facilitateur de l'accompagnement (relationnel) d'une parturiente ?

Comment pensez-vous que cet accompagnement relationnel pourrait évoluer dans le futur de la profession ?

Conclusion : Caractéristiques de la sage-femme interrogée :

Date d'obtention du diplôme

Milieu d'exercice (Dans quel niveau a-t-elle déjà travaillé ?)

Condition d'exercice (Temps passé en salle de naissance ?)

Annexe III - Accord autorisant la réalisation et l'enregistrement de l'entretien



Faculté de médecine et de Maïeutique
Numéro de code :

Consentement de participation à une étude médicale

Je soussigné(e), Monsieur ou madame

Prénom..... Nom.....

- Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale :

« Analyser les représentations et les pratiques d'un soutien global des parturientes par les sages-femmes en salle de naissance. »

- Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une d'un mémoire de maïeutique_soutenu(e) par Alix-Suzanne Migeot, étudiante en maïeutique à la faculté de médecine et de Maïeutique de Lille.

Fait en double exemplaires à Le
.....

Signature

MIGEOT Alix-Suzanne

Numéro de code du patient dans l'étude : | | | - | | | |

Information pour participation à une étude observationnelle

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études de maïeutique, je réalise un travail de recherche médicale sur le sujet suivant :

« Analyser les représentations et les pratiques d'un soutien global des parturientes par les sages-femmes en salle de naissance. »

L'objectif principal de la recherche consiste : Analyser les représentations et les pratiques d'un soutien global des parturientes par les sages-femmes en salle de naissance.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans n'en supporter aucune responsabilité. Veuillez me contacter au XX.XX.XX.XX.XX pour me signaler votre volonté de vous retirer de l'étude
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient codées sans mention du nom et du prénom
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière codée sans mention du nom et du prénom. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L. 1111-7 de Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait en double exemplaire à Le

Mme/Mlle..... Signature

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2017

TITRE : « Accompagnement des parturientes en salle de naissance : quel positionnement pour les sages-femmes aujourd'hui ? »

AUTEUR : Alix-Suzanne MIGEOT

Sous la direction de : Cédric ROUTIER

MOTS CLES : sage-femme, parturientes, accompagnement, soutien relationnel, « care », identité professionnelle, évolution, pratique hospitalière, vécu, avenir, plateau techniques, doulas

RESUME :

Depuis le XIXème siècle, la profession a subi d'importantes évolutions à l'origine d'une mutation de l'identité des sages-femmes. Cette évolution récente est aujourd'hui critiquée par de nombreux auteurs, qui y voient un déclin de la profession. Dans le cadre très médical et institutionnalisé qui entoure la naissance aujourd'hui, fruit de ces changements, la place de l'accompagnement en salle de naissance semble de moins en moins grande. Ainsi, à travers cette étude, nous nous sommes demandés comment les sages-femmes hospitalières se positionnent aujourd'hui par rapport à un soutien affectif et relationnel des parturientes en salle de naissance ?

Une étude non-interventionnelle, descriptive, qualitative et multicentrique basée sur l'analyse d'entretiens semi-directifs a été réalisée auprès d'un échantillon de 17 sages-femmes de chaque mode d'exercice (hospitalier : niveau 1,2 et 3 ; libéral et plateau technique).

Nos résultats montrent que toutes les sages-femmes interrogées ont la même définition de l'accompagnement, ainsi que les mêmes représentations, qui renvoient aux notions de l'éthique du « care ». Elles en ont un vécu globalement négatif, lié à tous les obstacles qui les empêchent de le mettre en œuvre, malgré quelques bénéfices identifiés. Si la médicalisation est citée majoritairement comme un frein à l'accompagnement, elle n'est pas la seule responsable de son déclin.

Pour conclure, notre étude a montré que si l'accompagnement est une mission du métier de sage-femme, celui-ci est une pratique en voie de disparition à l'hôpital, à cause de nombreux obstacles plus ou moins identifiés par les professionnelles. Dans un contexte où les patientes sont de plus en plus demandeuses, la question de la volonté des sages-femmes de réaccorder une place à cet aspect relationnel se pose cependant. Ainsi, l'avenir de l'accompagnement se situerait plus dans les structures d'accouchement alternatives, en attendant d'hypothétiques initiatives hospitalières...