



**HAL**  
open science

# La parentalité et son incidence sur les pratiques professionnelles des sages-femmes

Galice Feneant

► **To cite this version:**

Galice Feneant. La parentalité et son incidence sur les pratiques professionnelles des sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04609856

**HAL Id: dumas-04609856**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04609856v1>**

Submitted on 12 Jun 2024

**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.

# **ECOLE DE SAGE-FEMME DE RENNES**

Université de Rennes 1

**La parentalité et son incidence sur les pratiques  
professionnelles des sages-femmes.**

Mémoire présenté par

**Galice FENEANT**

**DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2023**



# **ECOLE DE SAGE-FEMME DE RENNES**

## **La parentalité et son incidence sur les pratiques professionnelles des sages-femmes.**

Mémoire présenté par  
Galice FENEANT

**DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2023**

L'école de sages-femmes n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.



# Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements aux sages-femmes qui se sont livré(e)s et ont courageusement accepté de mettre en relation leur vie familiale et leurs pratiques professionnelles, permettant ainsi cette enquête.

Un grand merci aussi à ma directrice de mémoire Christiane David pour sa précieuse réassurance et ses conseils.

Je remercie enfin mes proches et leur regard aiguisé traquant la moindre faute à corriger pour rendre ce mémoire le plus agréable possible à lire.

# Table des matières

<b>I - Introduction</b>	<b>2</b>
<b>II - Généralités</b>	<b>4</b>
1) La parentalité	4
2) L'expérience	6
3) L'empathie	8
<b>III - Méthodologie</b>	<b>9</b>
1) Méthode choisie	9
2) Population cible	9
3) Recrutement	11
4) Entretiens	11
1. Guide d'entretien	11
2. Déroulé des entretiens	12
3. Grille d'analyse	12
<b>IV - Exposé des résultats et analyse</b>	<b>13</b>
1) Grille de description des enquêté(e)s	13
2) Analyse des résultats	13
<b>V - Discussion</b>	<b>25</b>
1) Synthèse des éléments clés et confrontation avec la littérature	25
2) Forces et limites de l'enquête	31
3) Perspectives	33
<b>VI - Conclusion</b>	<b>34</b>
<b>VII - Bibliographie</b>	
<b>VIII - Annexes</b>	

## I - Introduction

Si l'accompagnement à la périnatalité peut être imagé par un mécanisme faisant intervenir de nombreux acteurs, les sages-femmes constituent assurément un de ses rouages fondamentaux. Cela se justifie par leurs compétences et l'étendue possible de l'accompagnement des patients. En effet, la périnatalité se définit comme « *l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.* » (1) Tous ces domaines évoqués concernent le champ d'intervention des sages-femmes dont les compétences sont définies par le code de la santé publique.

En 2022, on comptait en France 23 764 sages-femmes âgées en moyenne de 40,5 ans (2). Sachant que l'âge moyen des femmes lors de la naissance de leur premier enfant était de 28,5 ans en 2015 (3), les sages-femmes exercent, pour celles qui ont des enfants, la majorité de leur carrière en ayant une situation personnelle de parent. Les sages-femmes jouent donc un rôle notable au sein de la périnatalité tout en étant souvent concerné(e)s personnellement par le sujet.

Cette idée de mémoire a été orientée par un questionnement personnel sur ce qui peut amener à faire évoluer les pratiques des sages-femmes au cours de leur carrière. Outre bien sûr des éléments allant au-delà de l'emprise de chacun tels que l'évolution des recommandations scientifiques ou les fonctionnements de service, des événements relatifs à la vie personnelle peuvent impacter les pratiques professionnelles. Cela peut être par exemple le fait de devenir soi-même parent, d'autant plus au sein d'une profession tournée en partie vers la grossesse et la parentalité. Alors que les métiers de soin font face à d'importantes exigences de travail et sont fortement exposés au stress, une étude souligne l'enjeu que représente la conciliation vie privée - vie professionnelle dans la qualité de vie au travail (4).

C'est dans ces conditions qu'il m'a semblé intéressant de me pencher sur la thématique de l'expérience. Dans des métiers de soin tels que celui de sage-femme, elle se rapporte en premier lieu à celle acquise au cours des années d'exercice.



L'expérience professionnelle acquise permet le développement du rapport à un autrui vulnérable et de la place de l'incertitude dans le soin, ainsi que la construction d'un sens clinique qui s'appuie sur des connaissances scientifiques (5).

En ce qui concerne la thématique de la parentalité et le chemin pour y accéder, le vécu personnel de chaque sage-femme est une forme de savoir expérientiel non négligeable dans sa vie professionnelle. Je me suis demandée si le fait de devenir parent soi-même pouvait modifier la prise en charge des patientes et des couples, et si oui, de quelle manière. Dans la relation de soin, il semble que l'expérience personnelle d'un événement peut être un outil de travail et de ressources. Cela peut ainsi permettre une prise en charge plus attentive sur certains sujets comme la douleur, tout en ayant pour limite les situations où le soignant s'enferme dans ce qu'il croit être universel (6), (7).

Ces deux axes de réflexion m'ont paru intéressants à étudier d'autant plus qu'après quatre ans à être quasi quotidiennement au contact de sages-femmes d'âges et de profils variés, j'ai été témoin de nombreuses situations où leur expérience personnelle de parent faisait écho à la situation d'une patiente ou d'un couple. Je pense par exemple à la gestion d'un reflux chez un nouveau-né, au fait de prêter une attention particulière à la douleur provoquée par une cicatrice d'épisiotomie ou encore d'être familiarisé avec le rythme d'un nouveau-né. Notons que parfois, il pouvait s'agir d'incompréhension ou d'interrogation face à des situations qui, au contraire, s'avéraient être à l'opposé de ce qu'ils ou elles avaient pu vivre. Ces variations observées sur le terrain ont donc consolidé mon attrait relatif à la thématique de la parentalité chez les sages-femmes jusqu'à en faire l'objet de mon mémoire de fin d'étude.

Cette enquête s'articule donc autour de la problématique suivante : **En quoi le parcours de parentalité des sages-femmes peut-il avoir une incidence sur leurs pratiques professionnelles ?**

De cette problématique se sont dégagées trois hypothèses :

- Devenir parent permet-il plus d'empathie envers les patients ?
- Cela fait-il évoluer les conseils apportés aux patients ?

- Cet évènement implique-t-il des nouvelles aspirations dans l'évolution de la carrière des sages-femmes ?

L'objectif principal de l'étude est de comprendre comment la vie professionnelle d'une sage-femme peut être influencée par un évènement personnel en lien avec son parcours de parent.

Les objectifs secondaires mis en avant sont les suivants :

- Cerner les atouts et limites qu'expriment les enquêté(e)s dans ces changements éventuels de pratique.
- Identifier les axes principaux d'évolution professionnelle souhaités par les sages-femmes interrogé(e)s.

Ce mémoire sera dans un premier temps consacré à quelques généralités sur les sujets principaux abordés dans l'étude. Il traitera ensuite de la méthodologie employée pour cette enquête puis de l'analyse des résultats obtenus. Il abordera également les axes de discussions autour du sujet et enfin la conclusion de l'étude.

## **II - Généralités**

### **1) *La parentalité***

Le terme de parentalité est un néologisme créé dans les années 1950. Adopté dans le langage courant dès 1980, il sert à désigner la nouvelle importance accordée aux relations parents-enfants. Comme nous l'explique Gérard NEYRAND, l'adjonction du suffixe « ité » à « parental » permet d'en désigner une nouvelle dimension, qui serait à distinguer de la parenté (8). D'après le psychanalyste Pierre DELION, ce terme désigne davantage ce qui est en rapport avec le lignage (9), soit le lien de sang existant entre des personnes.

La préoccupation concernant les fonctions parentales n'est pas récente cependant. Elle se manifeste au moins depuis l'époque des Lumières via certains philosophes et a ensuite été l'objet d'étude d'autres disciplines. Avant de définir la parentalité, il est nécessaire de se pencher sur ces différentes approches. Selon les anthropologues, la

parentalité désigne « *les fonctions que les parents exercent à l'égard de leur enfant dans toutes les sociétés (procréation, nourrissage, éducation, accès au statut d'adulte).* » (8) Dans la sociologie, il est question de discuter les places parentales en étudiant les « nouvelles » parentalités : monoparentalité, beau-parentalité, homoparentalité. Enfin, la psychanalyse s'attarde sur la création d'un lien psychique parent-enfant et désigne la parentalité comme « *l'ensemble des remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher.* » (8)

Néanmoins, les institutions apportent un regard politique et gestionnaire sur la question de la parentalité en plus de l'approche scientifique évoquée précédemment. C'est ainsi qu'en 2011, le Comité national de soutien à la parentalité a établi une définition consensuelle de la parentalité : « *La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale).* » (8)

D'après le pédopsychiatre et psychanalyste Didier HOUZEL, ce que souligne le concept de parentalité, c'est qu'il ne suffit ni d'être géniteur ni d'être désigné comme parent pour en remplir toutes les conditions. Il faut devenir parent et cela se fait à travers un processus complexe impliquant des niveaux conscients et inconscients du fonctionnement parental. (10)

En d'autres termes, la notion de parentalité désigne « *la construction, à la fois sociale et psychique, du rapport parent-enfant, insistant de ce fait sur son caractère dynamique et changeant, d'une situation familiale à l'autre, d'une société à l'autre, et d'une époque à l'autre.* » (8) Ces deux explications nous font comprendre que la parentalité n'est pas un état mais un mouvement.

Les travaux de Didier HOUZEL nous informent sur l'intérêt d'étudier la parentalité. L'idée est tout d'abord de prendre conscience de la complexité des problèmes que les

parents doivent affronter dans leur accession à la parentalité pour ensuite en retirer un certain sentiment d'humilité en tant que professionnel. (10)

Mieux comprendre la parentalité implique également des changements dans les pratiques des professionnels car d'après Didier HOUZEL, ces travaux « *nous apportent aussi de meilleures possibilités de nous identifier aux parents, d'être en empathie avec eux.* » Cette démarche de compréhension est à encourager puisque « *l'expérience prouve que chaque fois que professionnels et parents réussissent à renouer une relation d'alliance et de compréhension, l'enfant en tire un immense bénéfice.* » (10)

Ces deux enjeux dans l'étude de la parentalité mettent en lumière la nécessité d'une maîtrise du sujet par les professionnels intervenant auprès des enfants et des parents afin de leur apporter un meilleur accompagnement.

Enfin, l'étude de la parentalité doit se faire selon trois axes pour ne pas en réduire l'étendue, comme l'expliquent Pierre DELION et Catherine SELLENET dans leurs ouvrages.

- **L'exercice** : A trait aux droits et devoirs attachés aux fonctions parentales puisque comme le dit Catherine SELLENET, « *être parent c'est être investi d'une responsabilité.* » (11)
- **L'expérience** : Se réfère à la dimension psychique de la parentalité (ce qui est éprouvé, le vécu intime, l'expérience affective, l'imaginaire). Cela correspond à « *l'expérience subjective, consciente et inconsciente, propre à chacun lors de la naissance d'un enfant.* » (11)
- **La pratique** : Concerne les actes concrets de la vie quotidienne. Il s'agit des tâches effectives et observables qui incombent aux parents (soins à l'enfant, interactions comportementales ou pratiques éducatives). (11)

## **2) L'expérience**

Étymologiquement, l'expérience peut être vue comme une connaissance acquise par la pratique et bien que la sémantique de ce terme soit large dans la langue française, il en vient à être le synonyme du vécu. D'ailleurs, comme le dit Christine DELORY MOMBERGER, professeure en science de l'éducation, « *parler de l'expérience, c'est parler de la manière dont nous nous approprions ce que nous vivons, éprouvons, connaissons.* » (12) L'expérience est multidimensionnelle : à la fois cognitive et émotionnelle, et l'autorité qui lui est conférée est construite autour de son opposition à la théorie.

Pour mieux comprendre la notion d'expérience, il est important de noter la distinction faite par le sociologue Joël CADIÈRE entre : « avoir expérience » et « faire expérience ». La première idée se réfère à la connaissance de soi et du monde dans l'espace de sa subjectivité et ne peut occulter la seconde qui parle des relations, des objets, des situations qui constituent le monde du dehors (13).

Le mécanisme d'actualisation de l'expérience rassemble les états subjectifs de la personne et les conditions de l'environnement (14). Cela signifie que l'expérience de chaque individu évolue non seulement en fonction de lui, mais aussi de ce à quoi il est confronté.

Le psychologue et philosophe John DEWEY, précise que : « *La réalité d'une expérience tient surtout à la valeur d'usage que la personne en retire.* » On apprend aussi que l'élaboration de l'expérience permet la construction d'habitudes d'interprétation du passé et d'orientation pour le futur (14) et que l'expérience est une capacité réflexive qui, en revenant sur les expériences passées, sur les savoirs acquis et mis en relation, permet de conduire dans le présent-futur la pratique pertinente (13).

Pour finir autour de la thématique de l'expérience, il me semble pertinent d'en préciser les limites. En effet, Joël CADIÈRE nous éclaire sur la question de la transmission de l'expérience en affirmant qu'elle peut être communiquée à l'autre sans pour autant affirmer qu'elle lui soit transmise (13). De plus, la connaissance issue de l'expérience étant autoréférentielle et fondée sur le fait même qu'elle a été éprouvée par le sujet, elle ne peut en aucun cas être universelle. C'est bien ce que précise le sociologue lorsqu'il dit : « *en elle se trouve la vérité de soi et pour soi, que notre rationalité ne nous autorise pas à confondre avec la vérité du monde extérieur.* » (13)

### 3) L'empathie

La notion d'empathie désigne la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent.

Il est intéressant de souligner le travail de certaines études qui montrent que l'empathie est associée à certains corrélats biologiques, voire génétiques, mais également liée à nos expériences de vie et à nos apprentissages (15). Elle est aussi étroitement liée au langage puisque comme l'explique Jean DECETY, professeur en neurosciences comportementales, il permet de « *partager nos émotions avec les autres d'une manière particulièrement efficace car il agit à distance et véhicule les émotions par son contenu sémantique ainsi que par sa prosodie.* » (15) Le langage est donc un outil puissant pour comprendre les émotions des patients en plus d'en être un régulateur.

Avant d'aborder les intérêts de l'empathie dans le soin, rappelons les différences parfois méconnues entre les termes d'empathie, de sympathie et de compassion.

La sympathie consiste à partager les émotions des autres, à ressentir une motivation orientée vers leur bien-être. On peut alors parler de contagion émotionnelle qui a pour but de créer des liens affectifs, de partager des émotions, d'établir des solidarités (15), (16).

L'empathie rassemble la capacité à partager et à comprendre les états émotionnels et affectifs d'autrui sans forcément les éprouver et nous place ainsi dans une relation cognitive (15), (16). Elle va au-delà de la sympathie puisqu'elle nous invite à observer l'autre de l'intérieur. Le philosophe Gérard JORLAND précise : « *La fonction de l'empathie est de nous permettre de comprendre les autres et, partant, de nuancer notre point de vue en y intégrant celui des autres. C'est l'empathie qui nous rend tolérants et bienveillants.* » (16) Ainsi, on peut éprouver de la sympathie sans ressentir d'empathie. De même, l'empathie n'engendre pas systématiquement de sympathie (15).

La compassion, elle, est définie comme un acte dirigé vers autrui pour lui venir en aide et est induit aussi bien par l'empathie que par la sympathie. Il s'agit plutôt d'une « *relation agentive, au sens d'une action intentionnelle vers autrui.* » (16)

L'empathie présente de nombreux enjeux dans le domaine du soin d'où l'intérêt de l'étudier ici. Non seulement elle peut améliorer l'observance des traitements lorsque les patients perçoivent plus d'empathie de la part du personnel médical (16), mais l'empathie a aussi un impact sur l'attitude des soignants face à la douleur. En effet, dans le cas de la douleur, il semblerait que les individus soient prédisposés à ressentir la détresse des autres et qu'ils apprennent à éviter les actions qui lui sont associées (15).

L'étude de ces notions nécessite toutefois de prêter attention à différencier des attitudes empathiques et sympathiques, ces dernières ne profitant au final pas à la relation patient, tout en restant prudent puisque la compréhension et le ressenti de l'autre au sein de ces interactions sociales ne bénéficient généralement pas d'un spectateur impartial et ne passent que par une auto-analyse (17).

### **III - Méthodologie**

#### ***1) Méthode choisie***

Afin de réaliser cette étude, je me suis basée sur une méthode qualitative par entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes volontaires en activité ayant eu récemment un enfant. L'étude du lien entre vie personnelle et professionnelle dont il est question dans cette étude nécessitait un contact direct et un climat d'écoute qui n'auraient pas pu être garantis autrement que par des entretiens individuels. Ce format permettait également une analyse plus fine des témoignages recueillis. C'est donc cette approche qualitative qui m'a semblé être la plus adaptée à la dimension sociologique de cette étude.

#### ***2) Population cible***

J'ai choisi d'interroger des sages-femmes de profils variés afin de balayer différents parcours de parentalité et de modes d'exercice du métier. Se pencher sur cette diversité dans l'analyse du lien entre parentalité et pratiques professionnelles était une

richesse à exploiter selon moi. Aucun critère d'exclusion particulier n'a donc été mis en avant dans le choix de la population cible.

Toutefois, des critères d'inclusion ont été établis et étaient les suivants :

- Femme ou homme
- Sage-femme libérale ou hospitalière
- Avoir eu un enfant dans les 3 ans
- Avoir repris une activité professionnelle depuis au moins 6 mois

En 2022, les hommes représentaient 3% de l'effectif total des sages-femmes en France (2). Toutefois, les inclure dans cette étude me paraissait évident au vu du même rôle qu'ils jouent auprès des patientes et des couples et de leur potentielle paternité. Cette dernière permettant de recueillir des points de vue variés sur les thématiques abordées.

Concernant le mode d'exercice des sages-femmes, j'ai choisi d'interroger les deux principaux : hospitalier et libéral. En effet, 59% d'entre elles avaient un statut de salarié hospitalier (hôpitaux publics, privés et centres anti-cancer) et 34% un exercice libéral ou mixte en 2022 (2). Ces deux modes d'exercice rassemblent la majorité des sages-femmes exerçant en France et ont tous deux trait à accompagner les femmes et les couples dans leur parcours de parents. Ce sont donc les raisons pour lesquelles il me semblait pertinent de m'y intéresser équitablement.

Quant au troisième critère, il permettait d'avoir des enquêtés pour qui la question de l'arrivée d'un nouvel enfant est relativement récente. Précisons que cet enfant né dans les trois ans pouvait être aussi bien un premier que le cadet d'une fratrie. En effet, après discussion avec ma directrice de mémoire, nous en sommes venues à la conclusion qu'il serait dommage de se cantonner à des sages-femmes dont c'était le premier enfant. Chez les multipares, l'arrivée d'un nouvel enfant s'inscrit dans leur parcours de parentalité et vient le compléter, enrichissant ainsi les points de vue et les observations.

Pour finir, le critère relatif à la reprise du travail garantissait d'échanger avec des sages-femmes ayant eu un temps de recul suffisant pour s'interroger sur leurs pratiques professionnelles depuis leur reprise d'activité.



### **3) Recrutement**

Le recrutement des enquêtés s'est déroulé en deux temps. J'ai tout d'abord contacté par email les coordinateurs de service des établissements hospitaliers de l'Ille-et-Vilaine ainsi qu'un maximum de cabinets libéraux du département. Le but était d'exposer mon sujet d'étude et d'inviter à diffuser mon affiche de proposition d'entretien comprenant entre autres les critères de participation (*cf annexe 1*). Suite à cela, les sages-femmes intéressé(e)s m'ont contactée afin de planifier un entretien. Il est important de noter qu'une partie du recrutement s'est aussi effectuée de manière indirecte : certaines sages-femmes interrogées ont ensuite transmis ma proposition d'entretien à des collègues qu'elles savaient concernées par les critères d'inclusion de l'étude.

Au final, 12 entretiens ont pu être planifiés afin de recueillir le matériel constitutif de cette enquête. Nombre à partir duquel j'ai pu constater une récurrence dans les discours.

### **4) Entretiens**

#### **1. Guide d'entretien**

Les entretiens individuels ont été menés selon le guide d'entretien construit au préalable avec l'aide de ma directrice de mémoire (*cf annexe 2*). Il aborde 5 thèmes principaux :

- **Données générales** : permet d'identifier le profil de l'enquêté(e).
- **Histoire de la parentalité** : donne le temps à l'enquêté(e) d'exposer son parcours de parentalité et de développer les points qui lui semblent importants.
- **Approche pratique auprès des parents** : sert à interroger sur des impressions personnelles de changements dans la prise en charge des patients.
- **Aspect relationnel avec les parents** : permet d'aborder la relation patient et d'aller au-delà de l'aspect technique du métier de sage-femme.
- **Perspectives de carrière** : donne la parole à l'enquêté(e) à propos de ses aspirations professionnelles et de leur compatibilité avec sa vie familiale.

## 2. *Déroulé des entretiens*

Les entretiens se sont déroulés soit par vidéo interposée soit par téléphone selon la préférence de chaque sage-femme. L'option présentielle n'ayant pas été retenue par les sages-femmes lors de la première moitié des entretiens pour des raisons organisationnelles (souhaits de créneaux post méridiens correspondant à la sieste de leur enfant), je l'ai sans doute moins proposée dans la suite du recrutement et aucun échange physique n'a donc eu lieu. Après accord de chacun(e), tous les échanges ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin d'en faciliter la retranscription et l'analyse. Conformément à la méthodologie qualitative utilisée dans cette enquête, je les ai ensuite retranscrits de manière anonyme. Durant cette étape, j'ai veillé à conserver les particularités de chaque discours et les éléments de langage pertinents pour l'analyse. En menant les entretiens, j'ai remarqué que chaque interrogé(e) pouvait illustrer ses propos de manière différente, souvent en fonction des particularités de son parcours parental. Cependant, des similitudes dans les discours sont apparues de manière récurrente et m'ont permis d'arriver à saturation au bout de 12 entretiens.

## 3. *Grille d'analyse*

Par la suite, j'ai élaboré une grille d'analyse. Elle se compose d'un ensemble de fichiers texte dédiés chacun à une thématique ressortie soit de mes hypothèses soit des entretiens effectués. Pour chaque thème, j'ai rassemblé les propos des enquêtés afin de pouvoir en faire l'analyse.

Elle se compose des thèmes suivants :

- Représentations autour de la parentalité
- Déroulement et vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum
- Reprise de l'exercice professionnel
- Modifications observées de l'aspect relationnel avec les patients
- Modifications observées dans l'approche pratique et technique auprès des patients
- Nuances des enquêté(e)s
- Perspectives et souhaits de carrière

## **IV - Exposé des résultats et analyse**

### ***1) Grille de description des enquêté(e)s***

	<b>Age</b>	<b>Parité</b>	<b>Age du/des enfant(s)</b>	<b>Situation familiale</b>	<b>Nombre d'années d'exercice</b>	<b>Mode d'exercice</b>
<b>Enquêtée 1</b>	35 ans	2	4 ans 9 mois	Mariée, vit en couple avec le papa	10 ans	Hospitalier (+consultations gynécologie)
<b>Enquêtée 2</b>	34 ans	2	4 ans 2 ans	Mariée, vit en couple avec le papa	11 ans	Hospitalier (+centre d'orthogénie)
<b>Enquêtée 3</b>	32 ans	1	10 mois	Vit en couple avec le papa	8 ans	Libéral
<b>Enquêtée 4</b>	?	3	7 ans 4 ans 1 an	Mariée, vit en couple avec le papa	10 ans	Libéral
<b>Enquêtée 5</b>	?	2	4 ans 1 an	Vit en couple avec le papa	8 ans	Hospitalier
<b>Enquêté 6</b> (Sage-femme homme)	35 ans	1	2 ans	Marié, vit en couple avec la maman	10 ans	Hospitalier (+consultations suivi grossesse)
<b>Enquêtée 7</b>	37 ans	3	10 ans 8 ans 3 ans	Mariée, vit en couple avec le papa	12 ans	Hospitalier (HAD)
<b>Enquêtée 8</b>	29 ans	1	2 ans	Vit en couple avec le papa	5 ans	Libéral
<b>Enquêtée 9</b>	37 ans	3	10 ans 7 ans 2 ans	Mariée, vit en couple avec le papa	13 ans	Hospitalier
<b>Enquêtée 10</b>	?	2	4 ans 7 mois	Mariée, vit en couple avec le papa	9 ans	Libéral
<b>Enquêtée 11</b>	32 ans	1	7 mois	Vit en couple avec le papa	8 ans	Hospitalier
<b>Enquêtée 12</b>	33 ans	1	1 an	Vit en couple avec le papa	8 ans	Hospitalier (+consultations gynécologie)

### ***2) Analyse des résultats***

- Représentations autour de la parentalité

Lorsque les sages-femmes ont expliqué quelle était leur vision de la parentalité avant d'avoir des enfants, elles ont unanimement évoqué l'idée d'accueillir un bébé au sein d'un couple. Alors que pour l'enquêtée 1 il s'agit d'un concept qui se construit en amont de la grossesse mais qu'elle avait du mal à imaginer au-delà du nouveau-né, les

enquêtées 2 et 11 soulignent qu'il est difficile de savoir à quoi s'attendre tant qu'on n'a pas eu d'enfant.

Si l'enquêtée 9 explique que la parentalité était une source de peur et qu'elle s'était longtemps imaginée ne pas devenir mère, la plupart des autres sages-femmes affirment avoir été empreintes de ce désir depuis longtemps : depuis toujours, depuis le diplôme, depuis des années... L'enquêtée 5 précise même : « *De par notre métier, c'est quelque chose que j'envisageais depuis longtemps.* » et c'est également le propos de l'enquêtée 12 lorsqu'elle dit : « *Je ne m'imaginai pas être sage-femme et ne pas avoir d'enfant. Il y a un côté presque d'expérience à vivre ça.* » Il s'agit donc d'un sujet important sur lequel la plupart d'entre elles a eu beaucoup de temps pour cheminer.

- Déroulement et vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum

Les sages-femmes ont globalement décrit des grossesses spontanées de déroulement normal. Cependant, deux enquêtées se distinguent par un parcours PMA (procréation médicalement assistée) pendant lequel l'attente et la médicalisation ont été difficiles à gérer : « *Le fait d'être sage-femme et de voir des patientes pour qui ça arrivait d'un coup me rendait jalouse. J'arrivais à faire la part des choses, mais c'était un peu difficile sur le moment.* » (enquêtée 8). Toutes deux appuient le fait de s'être senties inquiètes pendant leur grossesse : « *Je pense que je n'ai jamais vraiment été sereine.* » (enquêtée 3)

Le vécu de cette période a été impacté pour quelques sages-femmes qui décrivent des maux de grossesse importants : « *Il y a des trucs physiques que tu ne contrôles pas, qui sont au-delà d'un simple état d'esprit.* » (enquêtée 1). D'autres ont davantage été exposées à du stress : « *J'étais angoissée. A trop savoir de choses sur le milieu obstétrical, j'ai eu du mal à lâcher prise.* » (enquêtée 11) ; « *Ça a été anxiogène car il y avait l'ainé, j'avais peur d'attraper le COVID et je devais gérer mon remplacement au cabinet.* » (enquêtée 10).

Les onze sages-femmes ont accouché par voie basse avec ou sans péridurale en étant satisfaites de leur accompagnement : « *J'ai été super bien accompagnée par les sages-femmes et j'en garde un très bon souvenir.* » (enquêtee 3). La femme de l'enquêtee 6 a accouché par césarienne en urgence sous anesthésie générale, évènement qui l'a aussi marqué lui en tant que père : « *Sur le coup, gros coup de stress. Dans les jours qui ont suivi, on a eu besoin du temps du séjour pour accuser le coup.* » Si la plupart des professionnels décrit une absence de complications et un bon vécu de la naissance de leurs enfants, le nouveau-né de l'enquêtee 11 s'est mal adapté à la vie extra-utérine et a nécessité des gestes de réanimation tandis que l'enquêtee 1 a eu un accouchement dystocique dont elle garde un souvenir très douloureux et qui l'a marqué les mois suivants : « *Suite aux lactates pathologiques à la naissance, pendant ses 18 premiers mois, j'avais peur de la mort subite du nourrisson.* »

Le post-partum de chaque sage-femme a comporté son lot de difficultés parmi lesquelles on retrouve fréquemment : le baby blues, la fatigue, des douleurs et un sentiment d'isolement. L'enquêtee 3 explique d'ailleurs sa surprise malgré ses connaissances en tant que sage-femme sur le domaine : « *On a beau savoir ce qui se passe, tant qu'on ne ressent pas la fatigue dans son corps, ces bouleversements, la responsabilité de s'occuper de son bébé, on ne peut pas savoir.* » et l'enquêtee 1 vient appuyer son propos en précisant : « *J'ai été hyper étonnée de la vulnérabilité que tu pouvais avoir une fois que t'avais accouché. Aussi bien psychologiquement que physiquement.* »

Pour finir de retracer le parcours de parentalité des sages-femmes interrogé(e)s, il est important de préciser que 5 d'entre elles ont vécu une ou plusieurs fausses couches spontanées précoces. Les réactions à ce sujet sont variées. Tandis que l'enquêtee 6 affirme que cette fausse couche fait partie intégrante de son parcours de père : « *Dans notre parcours pour être parents, on a vécu cet évènement.* », une autre sage-femme explique les avoir banalisées du fait de leur précocité. Une dernière témoigne en disant que c'est cet évènement qui lui a permis de réaliser qu'elle souhaitait avoir un autre enfant. On remarque ainsi différents sens donnés à l'interruption spontanée d'une grossesse. Aucun autre type d'évènement n'a été mentionné par les interrogé(e)s

comme faisant partie de leur parcours de parentalité (adoption, deuil périnatal, interruption volontaire ou médicale de grossesse...)

- Reprise de l'exercice professionnel

Deux sages-femmes expriment clairement ne pas avoir été très enthousiastes à l'approche de la reprise de leur exercice. En effet, l'enquêtée 8, propriétaire de son cabinet libéral et ayant repris à 100% à la durée habituelle de 10 semaines, explique s'être sentie fatiguée et surchargée notamment du fait de la gestion de son allaitement maternel. L'enquêté 6, qui a repris le travail à 80% un mois après la naissance de son enfant n'avait pas non plus très d'envie de reprendre et confie : « *Après les transmissions je n'avais qu'une hâte, aller me changer et prendre la route pour rentrer.* » Notons aussi que l'enquêtée 2 avait beau être réjouie de reprendre le travail, elle appréhendait certains éléments après un an d'arrêt : confier son enfant à la garde sur le plan personnel et la gestion de l'urgence et l'appropriation des nouveaux protocoles en ce qui concerne le travail. Il en est de même pour l'enquêtée 11 qui explique : « *Pour le boulot en lui-même, j'avais vachement d'appréhensions sur le fait de retrouver mes marques.* »

Les autres sages-femmes se sont dites contentes et en forme pour aborder la reprise du travail avec des durées d'arrêt et des pourcentages de reprise variés. Le premier élément qui revient dans les discours est l'engouement à l'idée de retrouver une dynamique sociale auprès des collègues ainsi que l'accompagnement des patientes : « *J'étais hyper contente de retrouver les collègues et les patientes aussi.* » (enquêtée 11) et « *J'avais envie de pouvoir raccompagner des couples comme nous on avait pu être accompagnés.* » (enquêtée 5). L'enquêtée 12 salue également le fait d'être de nouveau stimulée intellectuellement : « *J'étais contente aussi pour le côté intellectuel : ça fait du bien de se remettre dans le boulot et de réfléchir.* » D'autres sages-femmes apprécient de ne plus être les seules responsables de la charge mentale engendrée par l'arrivée d'un bébé et la gestion du foyer : « *J'ai trouvé dur le fait d'être à la maison et de devoir gérer les repas etc. J'ai surtout horreur du fait que ça se déséquilibre énormément dans le couple. On a beau vouloir partager les rôles, la charge mentale*

*quand t'es mère, elle est bel et bien présente. »* (enquêtee 11) et *« Quand j'ai repris le travail, je pensais à lui, mais je n'avais pas la responsabilité de sa garde. Ça faisait quand même une charge mentale en moins. »* (enquêtee 3). C'est ce que souligne aussi l'enquêtee 1 lorsqu'elle explique : *« Depuis que j'ai accouché, je vais en garde plus sereinement. T'es tellement dans le jus quand t'es parent, que finalement, aller au travail, c'est devenu plus un plaisir. »*

- Modifications observées de l'aspect relationnel avec les patients

En anténatal, les sages-femmes interrogé(e)s décrivent quelques changements dans leur manière d'être avec les patientes. L'enquêtee 1, qui a eu beaucoup de nausées, se trouve maintenant plus tolérante concernant les patientes souffrant de maux de la grossesse : *« J'ai plus d'indulgence maintenant pour les mamans qui ont des nausées et des vomissements toute leur grossesse, parce que ça a été mon cas. Au début je me disais c'est impossible, c'est un peu dans leur tête, mais en fait non pas du tout. »* Le témoignage de l'enquêtee 2 rejoint ce propos tout en concernant cette fois-ci l'accueil des urgences obstétricales : *« J'ai toujours été quelqu'un de bienveillant, mais j'ai vraiment pris conscience de ce que c'était une femme qui venait consulter aux urgences quand je me suis vue avoir peur pour mon bébé. Je tiens vraiment à rassurer les femmes et à leur dire n'ayez pas peur de venir consulter, vous ne viendrez jamais pour rien. »* Deux sages-femmes qui ont été confrontées à l'annonce de nouvelles difficiles dans leur parcours personnel (fausse couche et infertilité) indiquent l'influence que cela a pu avoir dans la manière dont elles s'adressent aux patients désormais : *« Le fait d'avoir vécu ça nous a fait avoir un regard encore plus attentif sur les fausses couches et pas juste dire oh vous savez ça arrive. »* (enquêtee 6) et *« Le fait d'avoir eu des difficultés à avoir mon bébé, ça m'a vraiment aussi permis de mieux comprendre les dames qui sont dans la même situation. Je pense que mes phrases auprès de ces patientes sont beaucoup plus adaptées. Je sais très bien que quand on dit ça va aller, il ne faut pas y penser, c'est dur à entendre. »* (enquêtee 3).

Concernant la période périnatale, l'enquêtee 1 explique qu'elle prête plus attention à rassurer les parents s'ils n'ont pas vécu l'accouchement dont ils rêvaient : *« Il faut*

*garder à l'esprit que c'est qu'un moyen d'avoir son enfant et que c'est une petite partie de sa vie, tout est rattrapable. J'essaye de les aider à se concentrer sur leur bébé qui est là maintenant. »* Et c'est ce que cherche à faire comprendre une des sages-femmes libérales interrogées lorsqu'elle dit : *« L'accouchement ce n'est que le début »*. (enquêtee 10)

La majorité des sages-femmes a abordé la période du post-partum lorsqu'il a été question de ce qui avait pu changer dans leur pratique depuis qu'ils et elles sont devenus parents. Les éléments qui ressortent immédiatement sont le sens de l'écoute et un réel intérêt sur l'état de la santé physique et mentale des mères. D'après les huit sages-femmes concernées, cela passe par interroger en priorité et avec attention : son moral, son état de fatigue, l'aide dont elle dispose et si des problèmes surviennent dans sa vie de couple. Ces changements s'expliquent entre autres par leur propre vécu de cette période : *« J'insiste sans être intrusive sur ce que moi je trouvais dur. »* (enquêtee 1) et *« Je suis encore plus sensible à la santé mentale de mes patients. Je pense que je suis allée chercher dans mes réserves psychologiques avec mon bébé qui a beaucoup pleuré. »* (enquêtee 10). Une autre thématique qui interpelle les sages-femmes concerne la maltraitance des enfants : *« J'ai été très fragilisée après la naissance de mon premier sur tout ce qui touchait à l'enfant. Les potentielles violences sur les enfants je ne peux pas, c'est ma corde sensible. »* (enquêtee 10) et *« J'anticipe l'avenir de ces enfants et ça me fait beaucoup de peine. Avant je ne voyais pas au-delà du nouveau-né. Là, c'est beaucoup plus concret de savoir comment un enfant évolue. »* (enquêtee 1). L'enquêtee 12 rejoint ce point de vue et rajoute qu'elle se montre encore plus disponible en suites de naissance pour échanger sur la contraception avec ces patientes lorsqu'elles y sont réceptives (grandes multipares en détresse psychologique qui enchaînent les grossesses malgré le placement de leurs aînés par exemple).

Si les sages-femmes interrogé(e)s décrivent des exemples concrets comme ceux étudiés ci-dessus, ils et elles notent aussi des changements de manière générale sur le plan relationnel avec les patients. En effet, quatre sages-femmes affirment être plus déculpabilisatrices auprès des parents : *« Je pense être plus clémente aussi envers les mères. Quand elles font des petites erreurs, j'essaie d'être rassurante et je n'hésite*



*pas à leur dire qu'on en fait tous. Je leur dis aussi qu'il n'existe pas de parent parfait. »* (enquêtée 1) ; *« Je dirais que ma parentalité m'a apporté beaucoup de confiance en moi et dans les compétences de chaque nouveau-né pour pouvoir rassurer les parents et dédramatiser parfois. »* (enquêtée 5) ; *« Je dis à tous les parents qu'avoir un bébé c'est un gros changement et qu'ils ont le droit de trouver ça à la fois dur et merveilleux. »* (enquêtée 9). Selon de nombreux professionnels, il est aussi question de se sentir plus adapté, confiant voire légitime auprès des parents : *« Je me sens plus pertinente et plus assurée dans mes conseils de par mes expériences. »* (enquêtée 5), *« Ça donne une légitimité auprès de certains parents. Notamment ceux qui nous demande si on a des enfants, bien que certains apprécient qu'on soit totalement neutre en n'en ayant pas eu. »* (enquêtée 6) et *« Avant que je ne sois maman, les patientes me posaient moins de questions. Tu partages quelque chose de différent, elles s'ouvrent plus à toi. »* (enquêtée 10).

Enfin, la moitié des interrogé(e)s évoquent spontanément la question de l'empathie via la question de l'identification au patient : *« Être parent soi-même, ça a comme avantage de mieux comprendre les patientes et d'être plus empathique. »* (enquêtée 3) ; *« Devenir maman m'a apporté de l'empathie. »* (enquêtée 5) ; *« C'est plus facile de poser des mots et de comprendre les patientes, notamment sur l'ambivalence du post-partum. »* (enquêtée 8) ; *« On vit les mêmes choses. Il y a une compréhension et une empathie qui est différente. »* (enquêtée 10) ; *« Avoir vécu de la patho et donc avoir des mots qui aident à passer au-delà, est-ce que ça ne rend pas aussi beaucoup plus empathique avec les patientes ? »* (enquêtée 11). L'enquêtée 2 fait rentrer en jeu le terme de sympathie : *« Je ne vais pas avoir de conseils supplémentaires, mais par contre, je vais être plus dans la sympathie. Je vais passer plus de temps dans sa chambre voire avoir des discussions autre que sage-femme. »*

- Modifications observées dans l'approche pratique et technique auprès des patients

De manière générale, certaines sages-femmes expliquent tirer profit de leur expérience de parents et se sentent plus au courant de l'aspect administratif et pratique impliqué par la naissance d'un enfant. Ils se trouvent ainsi plus à même de

répondre aux éventuelles questions des parents : « *Je me sens plus à l'aise maintenant s'il y a des questions sur le matériel de puériculture, les coliques, le sommeil de bébé... Avant j'avais des conseils que j'avais piqué dans mes différents stages, mais je n'avais pas forcément expérimenté.* » (enquêtée 8) ; « *En tant qu'étudiant ou jeune sage-femme sans enfant, on a beau avoir lu des conseils dans des livres, perçus dans des échanges, quand on le vit en vrai, on se dit ah mais c'est ça en fait. Trouver une assistante maternelle, gérer les comptes CAF, les tailles de vêtements, la gestion des couches, l'allaitement.* » (enquêté 6) ; « *Tu ne récites pas quelque chose que tu connais, tu donnes des conseils par rapport à ton vécu. Et je pense que les patientes, peuvent le ressentir même s'il y a des sages-femmes qui sont au top sans enfants.* » (enquêtée 7).

Concernant la période anténatale, une sage-femme libérale précise qu'elle veille désormais à ne pas trop focaliser ses cours de préparation sur l'accouchement, mais à élargir les sujets abordés : « *Pendant mes cours de préparation, j'axe beaucoup plus sur la parentalité, parce que l'accouchement ce n'est que le début. On parle du rythme de l'enfant, de ses pleurs...* » (enquêtée 10). De plus, une sage-femme hospitalière se trouve plus à l'aise sur la gestion téléphonique des questions des patientes et sur les motifs de consultation qui nécessitent ou non leur venue aux urgences obstétricales.

Durant la période perinatale, deux éléments sont revenus dans la discussion concernant des modifications de pratique des sages-femmes. Quatre des six sages-femmes qui travaillent en salle de naissance et qui ont accouché abordent différemment la question de la douleur. En effet, les enquêtées 2 et 9 témoignent de plus de facilité à avoir recours à des analgésies péridurales précoces pour les patientes hyperalgiques en début de travail : « *J'ai évolué sur la prise en compte de la douleur parce que même si on est à un doigt, on peut avoir très mal. Ça m'a détendu vis à vis des péri précoces.* » (enquêtée 1) et « *Les patientes en travail qui veulent une péridurale tout de suite, je ne discute même pas. Je me revois, si on m'avait dit d'attendre je l'aurais trucidé sur place.* » (enquêtée 9). Plus largement, les sages-femmes concernées se sentent plus armées pour aider à la gestion de la douleur : « *Pendant le cours, j'ai plus de facilité à expliquer les méthodes que j'ai expérimenté et qui ont fonctionné. Par exemples les positions ou la déviation de la douleur par des*

*points d'acupression.* » (enquêtée 8) et « *Je me suis aussi formée à l'hypnose. Je voulais apporter un outil supplémentaire aux femmes pour pouvoir les accompagner.* » (enquêtée 2). Finalement vient le cas particulier du sage-femme ayant vécu personnellement une césarienne code rouge sous anesthésie générale qui explique : « *Ça a changé mon regard sur la césarienne sous AG. Le père pourrait être présent sur un code rouge et il constaterait qu'on donne tout. J'avais déjà une attention particulière à les faire venir facilement, mais là d'autant plus.* » (enquêté 6).

Vient la période postnatale évoquée là aussi à l'unanimité et pour laquelle les sages-femmes identifient des nouvelles manières de faire. Afin d'accompagner au mieux les patientes durant cette période, elles affirment disposer de plusieurs solutions : proposer à la patiente de se voir plus régulièrement (enquêtée 3) ou identifier les patientes isolées afin de les orienter vers des ateliers parents-enfants testés soi-même (enquêtée 4). Il peut aussi s'agir d'accentuer la prévention autour de certains sujets tels que la dépression du post-partum ou le bébé secoué avec un regard neuf de parent qui a pu être parfois à bout de patience avec son enfant. Enfin, cela passe par le fait de dispenser des conseils bien particuliers : s'entourer de proches aidants et bienveillants (enquêtée 12) et se faire confiance en tant que parent car tant que l'enfant va bien, c'est important qu'ils fassent selon eux puisqu'il n'existe pas d'unique méthode à appliquer (enquêtées 4 et 9).

L'accompagnement à l'allaitement est aussi largement évoqué par les sages-femmes aussi bien hospitalières que libérales. Tout d'abord les enquêtées 2, 3, 8 et 10 indiquent se sentir plus satisfaites de leur accompagnement : « *Je pense que le fait d'avoir allaité moi-même me rend beaucoup plus à l'aise avec les conseils.* » (enquêtée 2) et « *Allaiter m'a permis de mieux accompagner sur l'allaitement et d'ailleurs j'ai passé un DU de lactation.* » (enquêtée 10). Il est aussi question d'informer au mieux les patientes pour qu'elles choisissent un mode d'alimentation qui leur convient : « *Pour les patientes déjà convaincues, je leur précise qu'il est important de se préparer psychologiquement aux éventuelles embuches du parcours. Pour celles qui hésitent, j'ai plus de facilité à leur vendre les bienfaits de l'allaitement. Quand c'est le contact avec le sein qui est difficile, je leur parle aussi désormais des autres possibilités de donner du lait. J'ai à cœur qu'elles aient assez de connaissances pour débiter chaque expérience.* » (enquêtée 5). De plus, ces expériences personnelles sont l'occasion de

mieux comprendre certaines patientes : « *Le début de mon premier allaitement a été catastrophique. Je me suis rendue compte que tant que toi tu n'as pas décidé que t'arrêtais, tu continues. Je pense que vivre ça m'a aidé à me dire que si une patiente ne veut pas arrêter, on continue dans son délire et quand elle l'aura décidé, on sera là pour l'accompagner.* » (enquêtée 9). Pour finir, les témoignages recueillis nous montrent qu'une expérience personnelle d'allaitement peut permettre aux professionnels de mieux cerner les difficultés parfois rencontrées : « *J'ai pris conscience des complications de l'allaitement : la gestion des engorgements entre autres. J'insiste plus sur le fait de demander de l'aide et de pas attendre pour consulter si ça fait mal.* » (enquêtée 12).

- Nuances des enquêtés

Les enquêté(e)s précisent leurs propos et les nuancent sur différents points. Tout d'abord, certaines sages-femmes pensent qu'il est nécessaire de garder une certaine distance sur les particularités de leur parcours de parent lorsque ce sujet est abordé avec les patientes : « *Je parle parfois un peu de mon expérience, mais plutôt sur la fatigue ou le rythme par exemple. Je me dis qu'il faut garder la frontière et ne pas en dire trop.* » (enquêtée 3) ; « *Je ne me permettrai jamais de dire à une patiente "ah bah moi ça s'est passé comme ça" »* (enquêté 6).

Au-delà de ça, plusieurs discours insistent sur l'importance de ne pas généraliser son vécu étant donné les singularités de chacun : « *Je suis persuadée que chaque personne ressent les choses différemment. J'espère que je ne reflète pas mon parcours sur les dames parce que je trouve ça atroce.* » (enquêtée 1) ; « *Il peut y avoir plus d'émotions dans une situation qu'on a vécu ou pourrait avoir vécu. Ça reste un travail personnel à faire pour ne pas être impacté.* » (enquêté 6) ; « *Il faut surtout ne pas faire de parallèle entre soi et les autres. Chacun vit les choses à sa manière et mon vécu n'est pas universel.* » (enquêtée 7) ; « *Ça peut biaiser les choses de trop te comparer et d'avoir envie de parler de ton expérience alors que les patientes ne sont pas là pour entendre ton histoire. Tu peux avoir l'impression que ça légitimise tout alors que pas forcément.* » (enquêtée 12).

Quelques professionnels partagent cette opinion concernant la légitimité conférée ou non à une sage-femme : « *Si on me demande, je dis que je suis maman, mais je dis aussi "ne jugez pas celles qui n'ont pas d'enfants parce qu'elles sont tout aussi compétentes". J'ai besoin de légitimer toutes mes collègues pour que les patientes ne puissent pas les juger selon qu'elles aient ou non des enfants.* » (enquêtee 7). C'est via ce questionnement autour de la légitimité que ressort l'idée selon laquelle une sage-femme compétente peut tout à fait ne pas avoir d'enfant(s) : « *Une bonne sage-femme peut ne pas avoir d'enfants. Chacun peut avoir sa manière d'accompagner les patientes.* » (enquêtee 4) ; « *Je ne suis pas supérieure à une autre sage-femme parce que j'ai vécu trois maternités.* » (enquêtee 7) ; « *Je pense que ne pas avoir d'enfants, ça donne aussi l'avantage d'être relativement neutre par rapport à ce que vivent les patientes.* » (enquêtee 11).

- Perspectives et souhaits de carrière

Les éléments liés au rythme de travail sont les premiers à ressortir. Tout d'abord, les sages-femmes, aussi bien libérales qu'hospitalières évoquent une moins grande disponibilité depuis qu'ils et elles sont parents : « *Je dis beaucoup moins oui à toutes les demandes de garde de dernière minute. Le fait d'avoir des enfants me fait dire que c'est la vie privée d'abord.* » (enquêtee 1), « *A cause de notre organisation familiale, je ne peux pas faire de gardes en heures supplémentaires.* » (enquêtee 9), « *On se doit de proposer des rendez-vous et permettre l'accès à la santé. Le problème maintenant c'est de trouver un juste milieu avec sa santé physique pour tenir le coup.* » (enquêtee 4), « *Le soir j'ai des obligations et ça a eu pour avantage de m'apprendre à dire non aux journées à rallonges* » (enquêtee 8). De plus, les sages-femmes hospitalières dénoncent davantage de pénibilité dans le travail de nuit depuis qu'elles ont des enfants « *Les nuits j'ai plus de mal parce que tu ne récupères jamais le lendemain avec des enfants.* » (enquêtee 1) et regrettent plus d'avoir à travailler pendant les fêtes de fin d'année « *Faire que des nuits, ne pas fêter Noël avec mes enfants, c'est des choses dont je n'avais rien à faire avant mais qui me font mal au cœur désormais.* » (enquêtee 2). D'ailleurs, si certain(e)s apprécient le rythme des douze heures pour passer des journées complètes avec leur(s) enfant(s) comme

l'enquêtée 5, d'autres ont choisi de changer de service pour avoir justement accès à des horaires de travail plus classiques : « *Je veux pouvoir les coucher le soir et arrêter d'organiser notre vie en fonction d'un planning qui est fait à l'arrache car c'est épuisant.* » (enquêtée 7). Pour finir, la moitié des sages-femmes interrogé(e)s a choisi de travailler à 80% suite à la naissance d'un enfant pour des questions d'organisation, de fatigue ou encore de qualité de vie. Pour celles qui exercent en libéral, plusieurs organisations sont envisagées pour permettre ce temps partiel : « *Tant que les enfants sont petits, je travaille avec une collaboratrice pour assurer 5 jours de consultation par semaine.* » (enquêtée 4) ; « *Le planning du cabinet dépend clairement du rythme de la famille.* » (enquêtée 10).

Sur le plan de la formation, cinq des douze professionnels interrogés expliquent qu'il est difficile de s'absenter plusieurs jours en dehors de Rennes avec un ou des enfant(s) en bas âge, ce qui limite donc pour le moment leur participation à certains cours, ateliers et conférences : « *Clairement les formations j'y renonce pour le moment, mais je n'exclue pas de faire ça quand ils seront plus grands.* » (enquêtée 9). D'autres voient au contraire dans ces bouleversements l'occasion de se former sur certaines thématiques : « *J'ai toujours été intéressée par l'allaitement, mais l'expérience que j'en ai eue m'a encore plus donné envie de me plonger dans ce domaine en passant le DU de lactation.* » (enquêtée 3), « *Après la première naissance, je me suis beaucoup formée sur la parentalité etc. Je pense que jusqu'ici, mon parcours de parent a complètement guidé mes choix de formation* » (enquêtée 10). L'enquêté 6 nous offre un troisième point de vue autour du thème de l'accès à la formation en expliquant qu'il a pu continuer à se former depuis la naissance de son enfant.

Les témoignages recueillis nous renseignent également sur les souhaits d'évolution de carrière des interrogé(e)s. Hormis l'enquêtée 7 qui a changé récemment de service pour des questions d'organisation et de vie familiale, les sages-femmes interrogé(e)s n'émettent pas le souhait de modifier profondément leur activité professionnelle : « *Je ne me vois pas quitter l'hôpital même si c'est très fatigant. J'aime travailler en équipe, dans l'urgence et la diversité des gens avec qui j'ai des interactions chaque jour. Pour le moment, rien ne m'intéresse plus que ce que je fais actuellement.* » (enquêtée 9) ;

« *J'adore travailler en petite structure, et je veux pouvoir continuer à le faire en toute sécurité.* » (enquêtee 11). Parmi les sages-femmes hospitalières, certaines sont particulièrement satisfaites d'avoir une activité mêlant gardes et consultations. Cela leur permet non seulement de varier les patientes et les problématiques rencontrées mais aussi le rythme de travail : « *Pour le moment je suis très heureuse comme ça. J'aimerais pouvoir garder ces deux activités-là qui sont très différentes.* » (enquêtee 2) ; « *Ça casse un peu le rythme des gardes et ça fait du bien d'avoir autre chose dans ton exercice pour changer, voir des femmes de tout âge. Ça pourrait prolonger ma durée de carrière dans l'hôpital public dans le sens où ça évite la lassitude et la fatigue des gardes.* » (enquêtee 12).

## **V - Discussion**

### **1) Synthèse des éléments clés et confrontation avec la littérature**

Après présentation et analyse des résultats obtenus, il est maintenant temps de les utiliser pour tenter de répondre à nos hypothèses initiales, remplissant ainsi les différents objectifs de l'enquête.

- Bilan de l'objectif principal

Le but étant de comprendre comment la vie professionnelle d'une sage-femme peut être influencée par un évènement personnel en lien avec son parcours de parent, nous avons émis les hypothèses suivantes : cela rend-il le professionnel plus empathique ? Cela fait-il évoluer les conseils apportés aux patients ? En plus de ces deux questions auxquelles nous allons tenter de répondre grâce aux résultats obtenus, se pose également celle de la légitimité abordée spontanément par les enquêté(e)s.

En ce qui concerne la place de l'empathie dans le soin pour les sages-femmes interrogé(e)s, les réponses de la moitié d'entre elles vont instinctivement dans le sens d'un accroissement de ce sentiment envers les patients. Rappelons-le, ce terme qui désigne la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui et de percevoir ce qu'il

ressent, peut être lié à nos expériences de vie et apprentissages. (15) Dans notre cas, cette définition prend tout son sens puisque les professionnels établissent immédiatement le lien entre leur parcours de parent et ces changements de pratique. Malgré tout, la notion d'expérience et d'apprentissage évoquée ne concerne pas uniquement le plan personnel et peut aussi se référer tout simplement à celle acquise avec les années de pratiques qui sont indissociables de la vie intime dont il est question ici. En outre, le langage est un puissant vecteur de l'empathie et comme l'expliquent les sages-femmes concerné(e)s, c'est principalement dans la discussion avec la patiente qu'elles se sentent maintenant plus à même de comprendre ce qu'elles ressentent. Cela se produit lors de suivis à l'hôpital ou de consultations pendant lesquelles les sages-femmes expliquent considérer sous un nouvel œil les plaintes de leurs patientes. Par exemple, une sage-femme qui a vécu elle-même des maux de la grossesse ou des inquiétudes vis-à-vis de son bon déroulement se trouvera par la suite plus attentive envers les femmes qui traversent cela. Les sages-femmes précisent ne jamais avoir minimisé la fatigue, l'inconfort ou la douleur ressentis par leurs patientes, mais leur niveau de compréhension face à ces problématiques est désormais plus important. Notons que cela se manifeste aussi dans d'autres circonstances que le dialogue : l'aide à la gestion de la douleur ou la compréhension d'une mère persévérant dans un allaitement au sein pourtant compliqué. L'analyse des témoignages est claire, ce que les sages-femmes décrivent s'apparente à de l'empathie. Cependant, comme précisé plus tôt, l'enjeu de cette notion dans le soin est de ne pas la confondre avec la sympathie. Celle-ci, définie comme une contagion émotionnelle qui a pour but de créer du lien affectif, (15) (16) ne concorde pas nécessairement avec les objectifs du professionnel de santé et peut y nuire si elle interfère dans la qualité des soins dispensés. Il est donc possible qu'une sage-femme soit tentée de partager complètement les émotions d'une patiente qu'elle accompagne de par sa ressemblance avec une situation qu'elle a expérimentée elle-même. Comme l'explique les enquêté(e)s ayant pu évoquer ce genre de circonstances, il faut alors s'en apercevoir et prendre le recul nécessaire pour ne pas se laisser envahir par ce sentiment. Et cela même dans des situations où en tant que soignant, nos propres angoisses nous poussent à une recherche forcée de la sécurité de la dyade mère-enfant. (18) En d'autres termes, « être en empathie, c'est prendre en compte ses



affects pour les réguler. » (18) et certains professionnels interrogés ont en effet affirmé avoir été confrontés à cet exercice.

La moitié des sages-femmes a donc décrit des pratiques et discours plus empathiques voire même s'est qualifiée comme cela, avec tout de même parfois certains propos qui s'apparentaient à de la sympathie.

Après être devenu parents, certaines sages-femmes se sont senties plus légitimes dans leur accompagnement aux patientes. Ce qui ressort des entretiens est que ce sentiment s'est accru suite à cet évènement personnel. Cela semble aussi interpeller les couples qui demandent parfois aux sages-femmes s'ils ont ou non des enfants. D'ailleurs, certain(e)s enquêté(e)s ont également l'impression que leurs patientes leur posent désormais plus de questions autour de la parentalité et se livrent davantage. Le terme de légitimité fait appel à tout ce qui est conforme aux lois, à la morale et à la raison. (19) Selon le sociologue Max WEBER, le concept de légitimité a trois fondements : un caractère rationnel (repose sur la croyance en la légalité de donner des directives), un caractère traditionnel (repose sur la croyance en certaines traditions) et un caractère charismatique (repose sur la soumission à la valeur exemplaire d'une personne). (19) D'après les témoignages recueillis, il semblerait que l'aspect rationnel de la légitimité ne soit pas ébranlé puisque toute sage-femme diplômée a le droit de prodiguer des soins et d'apporter des conseils. Son aspect traditionnel peut être laissé de côté ici aussi car c'est plutôt son caractère charismatique qui semble bouleversé. Les sages-femmes se trouvent plus pertinentes et justes dans leur discours, ce qui le rend plus fluide et assuré. Cela explique le gain de légitimité qu'elles décrivent. Ce point de vue peut être partagé par les patients qui, parfois désireux de savoir si leur sage-femme a ou non des enfants, peuvent être alors plus dans la demande et l'échange. La question de la légitimité soulevée par les enquêtées semble mener à la conclusion suivante : certaines sages-femmes devenu(e)s parents se confèrent dorénavant plus de légitimité envers leurs patientes. Toutefois, cela n'est pas une condition sinéquanone à ce ressenti puisque comme vu précédemment, la légitimité repose aussi sur un facteur de rationalité et de tradition conférés à toute sage-femme, peu importe son statut ou non de parent.

Le troisième axe de réflexion à propos de l'impact de la parentalité des sages-femmes sur leurs pratiques professionnelles se rapporte aux conseils apportés aux patientes prises en charge. Les sages-femmes interrogé(e)s ont cité des exemples où leur manière de conseiller les patientes a pu évoluer en fonction de ce qu'elles avaient vécu personnellement. Plusieurs éléments issus des entretiens ressortent et certaines sages-femmes indiquent :

- Moins centrer la préparation à la naissance et à la parentalité sur l'accouchement en lui-même et élargir aux besoins du nourrisson et à la vie de famille.
- Avoir une approche différente dans l'accompagnement à la gestion de la douleur notamment lors du travail et de l'accouchement (formation à l'hypnose, recours plus fréquent à des péridurales précoces et utilisation de l'acupression ou de postures adaptées).
- Avoir l'impression de mieux accompagner les femmes allaitantes (plus d'informations à propos des bénéfices, difficultés et alternatives à l'allaitement maternel au sein, dépistage et prévention des complications de l'allaitement maternel et envie de se former sur le sujet via le diplôme universitaire en lactation pour poursuivre cette amélioration).
- Faire évoluer leurs recommandations durant la période postnatale (accentuer la prévention autour du bébé secoué et du baby blues, avoir un entourage sain et aidant et se faire confiance quant à la manière de s'occuper de son enfant tant qu'il est en bonne santé).
- Avoir dorénavant plus de connaissances sur les démarches administratives et l'organisation autour de l'arrivée d'un bébé (mode de garde, rythme du nouveau-né et matériel de puériculture).

Certains des exemples ci-dessus concernent un des rôles d'une sage-femme, à savoir l'accompagnement à la parentalité. La notion de parentalité rappelons-le, qualifie le lien entre un adulte et un enfant dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de celui-ci. (8) Comme expliqué préalablement, la parentalité peut être vue selon trois dimensions : l'exercice, l'expérience et la pratique de celle-ci. Il est intéressant de noter que ces éventuels ajustements dans les conseils donnés les concernent toutes les trois. Le reste des exemples cités se réfère quant à eux plus à

des missions d'ordre médical de la sage-femme. Néanmoins, comme pour tous les sujets abordés dans ce paragraphe, il est primordial de souligner que la connaissance issue de l'expérience étant autoréférentielle et fondée sur le fait même qu'elle a été éprouvée par le sujet, elle ne peut en aucun cas être universelle. Les professionnels doivent donc veiller à rester à l'écoute des patientes pour ne pas calquer sur elles leurs propres expériences.

- Bilan des objectifs secondaires

Les sages-femmes interrogé(e)s ont su identifier quels étaient les atouts et limites des éventuels changements de pratique qu'elles ont mis en lumière lors des entretiens. Les atouts ont été évoqués précédemment et concernent leur empathie, assurance et positionnement auprès des patients. Les limites quant à elles se manifestent lorsqu'un professionnel évoque démesurément son vécu voire ne parvient pas à dissocier ce que traverse la patiente de sa situation à lui. L'important est alors de réussir à prendre du recul dans ce genre de situation pour les éviter au maximum. De nombreuses sages-femmes soulignent aussi que la qualité des soins et de l'accompagnement apportée aux patients ne dépend pas du statut de parent du professionnel qui les dispense. Une autre limite serait alors de se penser meilleur professionnel qu'une sage-femme sans enfant(s).

Concentrons-nous finalement sur notre dernière hypothèse : un évènement personnel en lien avec le parcours de parents des sages-femmes implique-t-il des nouvelles aspirations dans l'évolution de leur carrière ? Les réponses recueillies auprès des enquêté(e)s montrent que la plupart d'entre eux n'aspire pour le moment pas à de profonds changements dans leur activité. Sur le plan national cependant, on observe une baisse d'attrait pour l'exercice hospitalier au profit de celui en libéral.(20) En effet, le nombre de sages-femmes salariées hospitalières a diminué de 10% entre 2015 et 2021 et celui de sages-femmes libérales a augmenté de presque 6% sur cette même période. (2) Les observations faites dans l'étude concernant les souhaits de carrière des sages-femmes interrogé(e)s semblent donc à part. Cela peut s'expliquer par leur situation et organisation familiale encore en construction du fait du jeune âge de leur(s) enfant(s) tandis que les chiffres évoqués concernent l'effectif national de sages-femmes et rassemblent donc tous les âges. Bien qu'aucune sage-femme interrogé(e)

n'ait véritablement un exercice mixte (à la fois salariée hospitalière et libérale), certaines alternent gardes et consultations en structures hospitalières et en sont satisfaites. Les sages-femmes concerné(e)s expliquent que cette organisation leur permet de mieux supporter l'intensité des gardes de douze heures parfois faites de nuit. Comme constaté dans l'enquête, ce mode d'exercice du métier intéresse de plus en plus les sages-femmes et semble se démocratiser : 7% de l'effectif total des sages-femmes en France en 2015 contre 10,4% en 2022. (2)

Tout comme les sages-femmes salariées hospitalières, de nombreuses sages-femmes libérales apprécient de pouvoir travailler à temps partiel pour leur équilibre familial et personnel et souhaitent poursuivre comme cela. Cela leur permet également de s'impliquer dans leur cabinet et diversifier leur activité. Dans l'étude, 50% des sages-femmes salariées hospitalières et 75% des sages-femmes libérales travaillent à temps partiel. Même si cette enquête n'a pas vocation à être représentative de l'effectif national, il est intéressant de noter que les sages-femmes exerçant à temps partiel sont relativement nombreuses, notamment en libéral. En effet, les chiffres les plus récents indiquent que le nombre de sages-femmes salariées hospitalières occupant un emploi à temps partiel est plus important dans le secteur privé (40%) que dans le secteur public (30%). (21)

Deux aspects négatifs ressortent tout de même des discours des enquêté(s) : le rythme de travail et l'accès à la formation. En effet, peu importe leur mode d'exercice, les sages-femmes affirment être désormais moins disponibles pour des gardes ou des consultations de dernière minute du fait de leur(s) enfant(s) en bas âge. De plus, celles et ceux travaillant à l'hôpital trouvent plus difficile d'assurer des nuits et travailler pendant les fêtes leur coûtent davantage depuis qu'elles ont des enfants. Les opinions sont partagées à propos du rythme de douze heures : certaines l'apprécient puisqu'il permet d'avoir du temps avec son/ses enfant(s) ou pour soi pendant les jours de repos qu'il implique. Pour d'autres, c'est une source de fatigue qui s'accompagne d'une irrégularité de planning et d'une charge mentale pour tous les rendez-vous concernant les enfants. Quoi qu'il en soit, il est avéré que du rythme de deux fois douze heures de nuit découlent des effets négatifs sur la santé (troubles métaboliques, prise de poids, fatigue...) et sur la qualité des soins (risque accru d'erreurs). (22) Concernant l'accès à la formation, les avis convergent : il est compliqué pour les

sages-femmes d'un point de vue organisationnel et affectif d'assister à des formations de plusieurs jours en dehors du département tant que leur(s) enfant(s) sont en bas âge. Elles bénéficient évidemment au même titre que leurs collègues, de sessions de formation continue proposées par leur structure pour celles exerçant à l'hôpital. La proportion de sages-femmes à y participer s'élevait d'ailleurs à 62% en 2019. (23) Cependant, les interrogé(e)s expliquent avoir encore plus de difficultés à accéder à des enseignements dont l'issue est d'acquérir de nouvelles compétences et d'obtenir un diplôme. Il s'agit d'un phénomène qui s'étend à l'ensemble des sages-femmes du territoire pour des raisons budgétaires. (23) Devenir parent peut donc être un frein aux souhaits de formations qualifiantes des sages-femmes dans un contexte où cet accès leur est en temps normal déjà restreint. Les sages-femmes libérales possèdent plus de liberté sur ce sujet. La question financière se pose mais ne dépend pas d'un budget à partager entre toute une équipe, et la disponibilité requise pour suivre la formation est dégagée par la sage-femme elle-même. Pour les sages-femmes de l'enquête qui ont eu accès à des formations qualifiantes, il est intéressant de noter que leurs expériences personnelles ont parfois guidé les choix de thématiques abordées. Ce constat illustre les deux facettes de l'expérience décrits préalablement : après avoir « fait expérience » (être confronté à des relations et situations du monde extérieur) les sujets de l'enquête prétendent à « avoir expérience » (gagner en connaissance de soi et du monde) en se formant sur certaines thématiques vécues.

## **2) Forces et limites de l'enquête**

- Les forces

Premièrement, la méthodologie choisie semble avoir été adaptée à la problématique de l'enquête. En effet, les entretiens semi-directifs étaient un bon moyen de recueillir les témoignages des sages-femmes. En plus d'avoir un récit détaillé des faits racontés, ils nous ont permis de collecter les réactions spontanées et les ressentis authentiques des sages-femmes pendant qu'elles faisaient le lien entre leur histoire de parent et leur pratique du métier. Ce type de réponse était indispensable à l'enquête et n'aurait pas pu nous parvenir via des réponses écrites ou des questionnaires.

Deuxièmement, grâce aux témoignages recueillis et à leur étude au regard de la littérature, nous avons pu tenter de répondre aux questions soulevées initialement. Bien que ces interrogations n'aient pas toujours pu être élucidées de manière tranchée du fait de la subjectivité des réponses de chaque sage-femme, il était clair que certains propos revenaient et dessinaient ainsi des axes de réponse.

Troisièmement, j'ai jusqu'à lors toujours eu un statut d'étudiante auprès des patients accompagnés lors de mes stages et je n'ai moi-même pas d'enfants. Cela représente pour moi un atout de ne pas avoir expérimenté ce que j'interrogeais chez les enquêté(e)s. N'ayant pas d'avis personnel sur les éventuels changements de pratique depuis la reprise de l'exercice professionnel après un congé maternité, je pouvais donc être plus objective durant les entretiens oraux.

Quatrièmement, il me semble qu'une force supplémentaire de cette enquête est la réflexion qu'elle a suscitée chez les sages-femmes interrogé(e)s et plus largement chez celles avec qui j'ai échangé autour du sujet. Effectivement, le questionnement global de l'étude était relativement simple : « Qu'est-ce que le fait de devenir parent a changé dans votre pratique ? » et les sages-femmes concerné(e)s nombreux/ses. Cela avait donc pour intérêt de lancer aisément la discussion pendant les entretiens avec les sages-femmes recruté(e)s, mais aussi en dehors de ce cadre c'est-à-dire en stage. Cette question, omniprésente pour moi, le devenait aussi momentanément via cette conversation entre professionnels. L'intérêt selon moi est qu'il venait les questionner sur leur parentalité et la manière dont ils pratiquent et voient leur métier, les invitant ainsi à réfléchir sur ces deux vastes sujets.

- Les difficultés et limites

La première difficulté rencontrée a été de formuler ma proposition d'entretien sans exclure certains profils de parents. Je me suis donc efforcée de choisir des termes larges pour aborder la question de la parentalité et d'éviter d'employer seulement « avoir eu un enfant ». C'est la raison pour laquelle, avec ma directrice de mémoire, nous avons aussi privilégié le terme de « parcours de parentalité » plutôt que « devenir parent » dans la formulation de la problématique. Au final, cela ne semble pas avoir eu d'impact sur la population recrutée. Elle rassemble des parcours plutôt standard de parentalité, à savoir un couple avec enfant(s), qui étaient majoritaires à 77% en

France en 2016. (24) Dans l'idéal, j'aurais aimé recueillir les témoignages de sages-femmes avec des parcours plus diversifiés, mais cela n'était pas indispensable puisque les particularités de chaque histoire apportaient déjà des subtilités à étudier. De surcroît, je craignais un manque de neutralité dans la rédaction du mémoire. J'ai donc porté ma vigilance sur la formulation des phrases en choisissant d'ailleurs de rédiger mes hypothèses sous forme de questions pour ne pas induire l'idée qu'il faudrait être parent pour être une « bonne » sage-femme. Il me semblait aussi important d'ajouter les propos des enquêtés disant que la faculté d'une sage-femme à bien accompagner ses patients ne résidait pas dans son statut ou non de parent, apportant ainsi les nuances indispensables au sujet abordé.

Les limites de l'étude quant à elles concernent les concepts même qu'elle interroge. En effet, cette enquête qualitative repose sur des témoignages et une auto-analyse des sage-femmes en se concentrant notamment sur la question de l'empathie. Or, comme précisé dans les généralités, l'étude de cette notion ne bénéficie pas d'un spectateur impartial. Se pose alors la question de savoir si le professionnel décrit un comportement réel ou un comportement idéal. (16) Cette limite se manifeste entre autres par le peu d'exemples concrets d'inconvénients dans la pratique apporté par la parentalité qu'évoquent les sages-femmes interrogé(e)s. Cela peut avoir au final pour conséquence de les minimiser.

Une autre limite rencontrée est la place de la mémoire dans l'expérience. La consigne de revisiter sa pratique donnée à l'enquêté, mobilise inmanquablement sa mémoire qui n'est pas infallible. Et comme le souligne Joël CADIERE, « *ce dont on se souvient est, comme toute représentation, ni tout à fait vrai, ni tout à fait faux, empreint de doute et de croyance quant à sa véracité, son authenticité, sa fidélité à l'original reconstitué.* » (13) Les discours peuvent parfois présenter un décalage avec la réalité quand bien même l'enquêté(e) s'efforce de retracer les faits avec transparence.

### **3) Perspectives**

Cette enquête qualitative a permis de recueillir les témoignages, ressentis et réflexions de sages-femmes autour du lien entre leur parentalité et leur exercice professionnel. Au vu des éléments dégagés, je pense qu'il serait intéressant de se focaliser sur un élément précis du champ d'action des sages-femmes si l'enquête devait se poursuivre. Cela permettrait de déterminer s'il y a des modifications concrètes ou non du dépistage

et des prises en charges dans un contexte de dépression du post-partum ou de fausse couche par exemple. Les données recueillies devraient concerner l'aspect médical des soins apportés (dépistage le plus précoce possible ?, thérapeutiques adaptées ?, redirection vers un autre professionnel si besoin ?...) Il y aurait aussi nécessité qu'elles nous renseignent sur la qualité du versant relationnel de la prise en charge en interrogeant les patientes (écoute respectueuse ?, conseils adaptés ?, ne pas minimiser les plaintes...) En fonction des résultats, pourrait se poser la question d'inciter les sages-femmes à remettre à jour leurs connaissances et/ou de leur proposer des formations en communication thérapeutique. Cela permettrait de mieux appréhender non seulement l'aspect médical mais aussi relationnel en cas de failles ou d'omissions dans les situations évoquées en exemple.

Une deuxième idée serait d'utiliser les idées ressorties de cette enquête pour étudier davantage la question du rythme de travail des sages-femmes. Puisque les temps partiels mais surtout les exercices variés semblent avoir un impact positif sur la fatigue et la lassitude des professionnels, il serait judicieux de proposer plus facilement aux sages-femmes intéressé(e)s ce genre de postes. Prendre conscience des besoins des sages-femmes, notamment, celles ayant des enfants en bas âge puisqu'il en est question ici, pourrait être une clé pour contrer le manque d'attrait progressif que représente le secteur public.

## **VI - Conclusion**

Les sages-femmes ont pour obligation d'adapter leurs pratiques au regard de l'actualisation des connaissances scientifiques. Il arrive parfois qu'au croisement entre la situation d'une patiente et le vécu personnel d'une sage-femme se joue la relation de soin. Elles doivent alors tenir compte de leurs propres expériences dans l'accompagnement à la parentalité qu'elles assurent auprès des couples afin qu'il soit adapté et soutenant.

Cette étude a montré que le parcours de parentalité d'une sage-femme pouvait avoir un impact sur l'aspect pratique et relationnel au cœur de son métier. Nous avons



retrouvé à la fois une évolution des conseils apportés durant la période pré et postnatale, des nouvelles approches dans l'aide à la gestion de la douleur et la sensation d'un meilleur accompagnement autour de l'allaitement maternel. L'enquête a aussi mis en avant plus d'assurance et de fluidité dans les discours des sages-femmes sans que cela ne soit vraiment le gain de légitimité décrit parfois dans les entretiens. Sur le versant relationnel, nous avons observé globalement un renforcement de l'empathie des sages-femmes. Certains témoignages convergeaient par moments plutôt vers un sentiment de sympathie pour les patientes d'où l'importance pour les professionnels de rester humble, malgré leur savoir à la fois théorique et expérientiel, pour ne pas nuire à la relation de soin.

L'enquête a également permis d'explorer les souhaits professionnels des sages-femmes interrogées afin de savoir si leur situation familiale les impactait. Il est ressorti que les enquêté(e)s n'avaient pas d'envie de changement d'exercice immédiat et se plaisaient dans leur situation actuelle. Cependant, nous avons pu nous rendre compte d'une grande satisfaction vis-à-vis du travail à temps partiel et de l'exercice varié. Cela permet de diminuer la fatigue et la lassitude, d'avoir une patientèle plus diversifiée et de mobiliser un large champ de compétences. En ce qui concerne l'accès à des formations qualifiantes, déjà très restreint en temps normal, il a souvent été décrit comme compliqué par la situation familiale des sages-femmes interrogé(e)s. Toutefois, les enquêté(e)s désirant en bénéficier ont expliqué repousser ce projet mais ne pas l'exclure définitivement.

L'enquête a amorcé la réflexion autour du lien entre parentalité et vie professionnelle des sages-femmes. Les résultats dégagés ont permis de mettre en avant certains éléments de réponse qui mériteraient d'être approfondis. Il pourrait être intéressant d'étudier à plus grande échelle et d'objectiver ces changements de pratique pour améliorer les prises en charge en cas d'impairs identifiés. Les discours des sages-femmes autour du rythme de travail donnent aussi matière à réfléchir. Se pencher sur cette question permettrait de mieux identifier les besoins des sages-femmes et d'améliorer leur qualité de vie au travail. Cela serait ensuite l'occasion de voir si une adaptation des postes est possible pour les sages-femmes salariées hospitalières et comment favoriser ce même aspect pour celles exerçant en libéral.

## **VII - Bibliographie**

### **Ouvrages référencés :**

1. Périnatalité - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2021 [cité 13 nov 2022]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab2000017c49af4e4e29c3f9bb5add5101dc3f4e6baef2a78fa1cc9bc680c7b6d513f50824ba7ddb1430007ee0ea198e63486173afbb4193a96119f1ca8e16a60405dfecbe9d06cac8a45d4ba45e75f65ec61b3657e70d265fcd2e](https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000017c49af4e4e29c3f9bb5add5101dc3f4e6baef2a78fa1cc9bc680c7b6d513f50824ba7ddb1430007ee0ea198e63486173afbb4193a96119f1ca8e16a60405dfecbe9d06cac8a45d4ba45e75f65ec61b3657e70d265fcd2e)
2. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. 2022 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/#>
3. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee [Internet]. 2017 [cité 13 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
4. Déme S, Dumas M, Hikkerova L. Les sources de conflit travail-famille et d'enrichissement chez les professionnels de soins dans le secteur hospitalier. *Gest Manag Public*. 2018;7 / 1(3):9-30.
5. Miribel J, Neuville A. L'expérience du soin aux personnes. Construction du rapport au métier de professionnels de santé. *Phronesis*. 2020;9(1):21-33.
6. Erné K, Van de Maele I. Importance du vécu personnel ainsi que professionnel dans la prise en charge d'un patient accueilli pour la première fois en chirurgie. 2009 [cité 13 nov 2022]; Disponible sur: <https://sonar.ch/global/documents/317272>
7. L'expérience personnelle de l'étudiant infirmier comme ressource professionnelle au sein d'une relation de soin intersubjective [Internet]. [cité 13 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/pdf/pdf-tfe-leclercq-amelie.pdf>
8. Neyrand G. Dis Gérard, c'est quoi, la parentalité ? Spirale. 2015
9. Delion P. La fonction parentale. 2011.
10. Houzel D. Un autre regard sur la parentalité. *Enfances Psy*. 2003;21(1):79-82.
11. Sellenet C. La parentalité décryptée - pertinence et dérivés d'un concept. 2007.
12. Delory-Momberger C. Expérience. *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* [Internet]. 2019 [cité 13 nov 2022]. p. 81-5. (Questions de

société). Disponible sur: <https://www.cairn.info/vocabulaire-des-histoires-de-vie-et-de-la-recherche--9782749265018-p-81.htm>

13. Cadière J. Qu'est-ce que l'expérience ? Forum (Genova). 2017;n° 151(2):8-12.
14. Zeitler A, Guérin J, Barbier JM. La construction de l'expérience. 2012.
15. Decety J. Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. Rev Neuropsychol. 2010;2(2):133-44.
16. Jorland G. Empathie et thérapeutique. Rech Soins Infirm. 2006;84(1):58-65.
17. Michel G, Oltra V. Surestimons-nous les vertus de l'empathie ? [Internet]. The Conversation. 2020 [cité 13 nov 2022]. Disponible sur: <http://theconversation.com/surestimons-nous-les-vertus-de-lempathie-130721>
18. Dageville C. En maternité, être en empathie avec une mère et son nouveau-né, c'est d'abord protéger leur rencontre. Empathie autour de la naissance [Internet]. 2016 [cité 16 mars 2023]. p. 173-84. (Questions d'enfances). Disponible sur: <https://www.cairn.info/empathie-autour-de-la-naissance--9782749252827-p-173.htm>
19. Bouquet B. La complexité de la légitimité. Vie Soc. 2014;8(4):13-23.
20. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de>
21. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs.
22. Travail en horaires atypiques. Effets sur la santé et accidents - Risques - INRS [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/travail-horaires-atypiques/effets-sur-la-sante-et-accidents.html>
23. Piquemal A, Reingewirtz S, Zantman F. L'évolution de la profession de sage-femme.
24. Ménage et famille – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277630?sommaire=4318291>

## VIII - Annexes

Annexe 1 : Affiche de proposition d'entretien

L'affiche a un fond beige clair avec des formes abstraites en rose, orange et vert foncé. Le titre principal est en orange foncé. Le texte principal est en noir. Le mot 'MERCI' est en blanc sur un fond orange.

# Parentalité et métier de sage-femme

Vous êtes **devenus parents** ou vous avez vécu  
une expérience en lien avec la parentalité  
**dans les 3 ans ?**

Venez témoigner

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude,  
j'étudie la parentalité et son influence sur les  
pratiques professionnelles des sage-femmes.

Pour cela, j'organise des entretiens individuels avec  
celles et ceux intéressés afin de recueillir  
vos précieux témoignages.

Si vous souhaitez participer, contactez-moi par mail :  
**[galice.feneant@ifchureennes.fr](mailto:galice.feneant@ifchureennes.fr)**

Galice Fénéant  
Sma5 à l'école de Rennes

**MERCI**

## **Annexe 2 : Guide d'entretien**

### Thème 1 : données générales

- **Pouvez-vous vous présenter ?**

*Relances :*

*Age*

*Depuis quand êtes-vous sage-femme ?*

*Quel est votre parcours professionnel ?*

### Thème 2 : histoire de la parentalité

- **Avant de devenir parent c'était quoi pour vous la parentalité ?**

*Relances :*

*Aviez-vous des idées préconçues ?*

*Était-ce un sujet déjà présent à votre esprit ?*

- **De qui est constituée votre famille ?**
- **Que pouvez-vous me dire concernant votre parcours pour devenir parent ?**
- **Y a-t-il d'autres événements de votre vie que vous incluez dans votre parcours de parent ?**

*Relance :*

*Y a-t-il eu d'autres grossesses ? IVG, FC, IMG, décès ?*

- **Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit pour qualifier le déroulement de vos/votre grossesse(s), accouchement(s) et post-partum ?**

*NB : Séparer les périodes si beaucoup d'éléments à évoquer.*

- **Qu'en est-il de votre vécu de ces périodes ?**

*Relances :*

*Y a-t-il des différences avec la manière dont vous relatez leur déroulement et dont vous avez vécu cela ?*

*Vous sentiez-vous suffisamment soutenu(e) ?*

### Thème 3 : approche pratique auprès des parents

- **Comment abordiez-vous la reprise de votre exercice ?**

*Relances :*

*Dans quel état d'esprit étiez-vous ?*

*Dans quelles conditions repreniez-vous le travail ? (Après un congé parental ? À temps plein ?)*

- **En quoi vos expériences personnelles ont pu avoir une incidence dans votre pratique ?**

*Relances :*

*Concernant la période anténatale ? Périnatale ? Postnatale ?*

*Voire donner des exemples : alimentation, certaines paroles à privilégier ou éviter, gestion de la douleur...*

- **Dans quel contexte cela survient d'après vous ?**

*Relances :*

*Toute votre pratique ou plus spécifiquement dans les situations semblables à celles que vous avez pu vivre ?*

*Certaines situations typiques et récurrentes ?*

#### Thème 4 : aspect relationnel avec les parents

- **Certaines situations vous touchent-elles différemment désormais ?**

*Relance :*

*De par ses points communs avec ce que vous avez pu vivre personnellement ou pour d'autres raisons.*

- **Comment procédez-vous lorsqu'une situation suscite maintenant chez vous des émotions fortes ?**

*Relance :*

*Identifiez-vous des mécanismes qui vous aident dans ces situations ?*

- **Selon vous, quelle est la part d'atout et de difficulté pour votre pratique dans ces changements ?**

#### Thème 5 : perspectives de carrière

- **Comment envisagez-vous la suite de votre carrière de sage-femme ?**

*Relances :*

*Avez-vous des souhaits de changement de service ? De structure ? De mode d'exercice ? De rythme ?*

*Avez-vous des souhaits de formation ?*

- **De quelle manière votre parcours de parentalité influe-t-il sur vos envies professionnelles ?**

*Relances :*

*Concitez-vous comme vous le désirez vos envies professionnelles et votre vie familiale ?*

*Qu'aimeriez-vous pouvoir changer ?*

**Avez-vous quelque chose à rajouter ? Un élément important dont on n'aurait pas parlé ?**

# RÉSUMÉ

Le but de ce mémoire était d'étudier l'impact qu'une expérience de parentalité peut avoir sur la vie professionnelle des sages-femmes interrogé(e)s. Il s'agit d'une étude qualitative constituée de douze entretiens semi-directifs réalisés auprès de sages-femmes d'Ille et Villaine, libérales et hospitalières, devenu(e)s parents récemment et ayant repris leur exercice depuis.

Cette étude a montré des changements pratiques chez les sages-femmes interrogé(e)s dans la prise en charge de certaines situations, notamment celles qu'elles ont eu à traverser récemment. Il s'agit à la fois d'une évolution des conseils apportés durant la période pré et postnatale, des nouvelles approches dans l'aide à la gestion de la douleur et la sensation d'un meilleur accompagnement autour de l'allaitement maternel.

Les enquêté(e)s ont également témoigné d'une évolution dans l'approche relationnelle avec les patientes. Les sages-femmes ont expliqué se sentir plus compréhensives, à l'écoute et plus assuré(e)s auprès des patientes. Elles soulignent néanmoins l'importance de garder à distance ce savoir expérientiel et de rester humble puisque celui-ci ne peut pas s'appliquer à tout le monde.

Au-delà de leurs pratiques quotidiennes, les enquêté(e)s ont exprimé le besoin d'avoir une activité variée et un meilleur accès à la formation dès que leur vie personnelle le leur permettra, mais n'ont pas pour projet de changer fondamentalement leur activité pendant cette période de construction familiale.

**Mots clés** : sage-femme, parentalité, empathie, soin, étude qualitative.

# SUMMARY

The aim of this thesis is to study the impact parenthood can have on the professional life of the interviewed midwives. This qualitative study is composed of twelve semi-directive interviews with midwives from Ille et Villaine, both liberal and hospital-based, who have recently become parents.

This study showed practical changes in the way the interviewed midwives dealt with certain situations, particularly those they had recently experienced. These changes include in the advice given during the pre- and post-natal period, new approaches to pain management, and a sense of better support for breastfeeding. The interviewed also reported an evolution in the relational approach with patients. The midwives explained that they felt more understanding, more attentive and more confident with their patients. However, they emphasized the importance of keeping this experiential knowledge at arm's length and remaining humble since what they experienced cannot be applied to everyone. Beyond their daily practices, the interviewed expressed the need to have a varied activity and better access to formation as soon as their personal lives allow, but do not plan to fundamentally change their activity during their period of family construction.

**Keywords** : midwife, parenthood, empathy, care, qualitative study.