La relation femme – sage-femme

Catherine THOMAS

Docteure en anthropologie, consultante et formatrice en anthropologie de la santé

1 Introduction : l'apport de l'anthropologie de la santé à l'évaluation de la relation soignant-soigné

Les relations entre soignants et soignés sont un axe important dans les études en anthropologie de la santé. D'un point de vue interactionniste, elles reflètent bien souvent les asymétries, les tensions à l'œuvre dans la société. Sous un angle phénoménologique, prenant en considération les expériences de quête de sens et de guérison, on peut observer à quel point la part relationnelle dans le soin est primordiale.

Au cœur de ces relations, se mêlent des attentes, plus ou moins explicites, émanant tant du côté des professionnels de santé que des patients. De même, représentations et interprétations, viennent nourrir les interactions entre soignants et soignés.

Les recherches anthropologiques menées au plus près des familles (Tillard, Robin, 2010) par exemple, révèlent la place de l'univers familial dans le vécu de la prise en charge médicale et les divergences entre l'attitude en présence du praticien et les pratiques présentes dans l'univers domestique. De même Jean Benoist, constate au sujet de la pédiatrie, que :

> « La communication entre les mères et les pédiatres est souvent distordue par la présence dans l'esprit de chacun de ce qui lui semble des évidences, et qui n'en sont pas pour l'autre. Le pédiatre a souvent beaucoup de mal à percevoir les conceptions qui orientent l'interprétation que l'on donne à ses propos, et plus encore ce qui détermine chez les mères le choix entre le dit et le non-dit, le territoire qu'elles reconnaissent comme celui du médecin et un autre où elles ne l'invitent pas à venir. » (Benoist, 1998 : 10).

Patricia Hudelson dans l'article « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? » (Hudelson, 2002 : 35), note les éléments qui, dans la consultation médicale, peuvent être influencés par les « cultures » respectives du médecin et du patient : les styles de communication (verbale et non verbale), les perceptions de causes, de mécanismes, de la gravité, des conséquences de la maladie et des traitements adéquats, la signification et l'importance données à la maladie, les attentes à l'égard des services et des professionnels de la santé, les attentes à l'égard de la relation patient-soignant (type de communication, prise de décision, secret professionnel…).

Avec le temps, le savoir d'autorité détenu par les professionnels de la santé s'est modifié. Le discours médiatique sur la médecine, la littérature scientifique accessible au public, les réseaux d'échanges, ont pris le relais et construisent en partie le discours sur la santé.

S'appuyant sur de nouveaux savoirs, les patients peuvent être plus enclins à communiquer avec les soignants à propos des pratiques qui sont les leurs.

De même, les professionnels de santé doivent s'ouvrir, avec leur bagage culturel biomédical, aux cultures des gens qu'ils rencontrent, qu'ils soignent. Dans cette relation entre les soignants et les soignés, les efforts d'adaptation et de compréhension vers la culture de l'autre, vers sa logique de pensée et de fonctionnement, doivent se rééquilibrer. Cela commence bien souvent par l'intérêt porté au modèle explicatif du patient.

> « Comprendre la signification de la maladie pour le patient ; identifier les inquiétudes et attentes du patient ; comprendre les comportements du patient (non adhérence, utilisation d'autres thérapies, rendez-vous manqués). » (Hudelson, 2002 : 39).

Pour que l'action de soins soit entière, la relation médecin-patient ne peut demeurer en effet unilatérale : il est nécessaire que s'instaure entre les deux parties – l'une et l'autre étant actrices dans le processus de soins – un climat de confiance, de communication, dont les effets ne peuvent être que bénéfiques.

Alors, les données apportées par l'anthropologie peuvent aider les professionnels de santé à une meilleure appréhension des différences « culturelles » au sens large, et donc à une meilleure compréhension de leurs patients, par une prise en compte de l'histoire et de l'environnement individuel.

> « L'anthropologie médicale a montré que l'être humain se construit dans l'intrication d'une triple histoire : celle de l'espèce, celle d'un groupe ethnico-culturel particulier et celle d'une personne singulière au sein d'une histoire familiale, une triple histoire qui est indissociable de la dynamique des interactions qui relient une personne à une pluralité d'environnements. Une telle vision de l'humain et de la biologie contraste avec celle qui prévaut aujourd'hui dans le discours de la médecine prédictive. » (Bibeau, 2010 : 10).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

La grossesse et l'accouchement ne sont pas des pathologies, mais sont aujourd'hui extrêmement encadrés par le système de santé.

Dans le contexte de la naissance, les questions de communication entre médecins et patients, en l'occurrence entre les gynécologues, les sages-femmes, les pédiatres et les mères, ont des répercussions évidentes entre les mères et l'enfant qu'elles portent, mais également dans le couple, pilier de la famille nucléaire.

Les observations de Jérôme Camus, Bertrand Geay et Nathalie Oria sur l'« Ajustement et (la) concurrence des savoirs dans l'accompagnement de la maternité » (Camus, 2011) ont porté sur les interactions entre les professionnels de santé et les parents, lors des cours de préparation, du séjour à la maternité ou pendant le suivi en post-partum. Elles mettent en évidence d'une part, la manière dont les soignants ajustent leurs discours en fonction de l'idée qu'ils se font du statut social des patients, d'autre part la façon dont les parents à leur tour s'adaptent aux discours de l'institution.

Il ressort également de cette étude un certain nombre d'obstacles à la transmission des savoirs. En particulier le discrédit, de la part de l'équipe hospitalière, envers les pré-acquis des parturientes. Celles-ci en retour peuvent se sentir jugées, disqualifiées, ce qui représente une entrave à la communication et donc au bien-être du couple mère-bébé. De plus, l'interprétation des gestes et attitudes de la « jeune mère » peut être faussée par les comportements d'adaptation ou la maladresse face à la situation en dehors du cadre familier de cette dernière. Ces données confirment les observations déjà existantes sur « les injonctions parfois contradictoires que ces familles reçoivent des professionnels avec lesquels elles sont en relation » (Tillard, 2002 : 8).

La multiplication des professionnels entourant la naissance et la généralisation de l'hospitalisation lors de l'accouchement ne sont pas sans effet sur le vécu de l'évènement :

> « Le lieu anonyme et aseptisé, le face-à-face distant avec un personnel inconnu et interchangeable, l'interventionnisme médical de plus en plus pesant sont peu faits pour rassurer, même si la prise en charge de la douleur y est efficace et le danger de mort presque totalement écarté. » (Morel, 2007 : 28).

La période périnatale, sensible pour la femme qui devient mère, est caractérisée par un besoin de sécurité certes médicale mais également émotionnelle. Les sages-femmes ont un rôle non négligeable dans ce passage.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

2 Recherches anthropologiques sur les conditions d'accouchement en France et relations femmes-sages-femmes.

C'est au travers d'une recherche doctorale sur les enjeux de la profession de sage-femme et le positionnement des femmes face à la naissance médicalisée, que la question des relations entre les femmes et les sages-femmes a pu être explorée[1]. Depuis le XIX^{e} siècle la formation des sages-femmes n'a cessé de s'intensifier, en temps et en compétences offrant à ces dernières des savoirs et des savoir-faire pointus en obstétrique. Cependant, cette profession n'a jamais cessé d'être profondément relationnelle.

Choisir la profession de sage-femme, c'est choisir d'accompagner les femmes dans leur expérience de la mise au monde et de la maternité. La découverte de cet exercice ne fait que confirmer, pour les professionnelles qui s'y engagent, l'impact d'une relation de confiance, d'une disponibilité et d'un soutien physique et émotionnel sur le vécu de cette expérience pour les parturientes.

L'environnement hospitalier, qui est celui qui concerne la très grande majorité des accouchements, modifie la nature de ces relations. Les conditions de travail des équipes, la protocolisation, la technicisation et le morcèlement des prises en charge altèrent la qualité de l'accompagnement, ce que les sages-femmes sont les premières à déplorer.

En faisant le choix d'un accompagnement global, les sages-femmes misent sur la continuité du suivi, sur une relation de confiance et une bonne connaissance de leurs patientes pour garantir la sécurité et un bon vécu de l'accouchement.

3 Sage-femme, un métier relationnel

3.1 L'accompagnement de l'accouchement d'hier à aujourd'hui

Jadis, si la préparation à l'accouchement ne faisait pas partie du rôle des matrones, l'accompagnement de la femme en travail, lui, constituait bel et bien le cœur de leur pratique.

> « Tout dépend de la confiance que la matrone inspire ; la confiance est le fondement de sa légitimité ; c'est là le maître-mot, celui qui revient constamment dans la bouche des femmes. […] Car la confiance ne se décrète pas. La bonne matrone rassure, met à l'aise. Elle sait faire les gestes qu'il faut ; elle prononce les mots de réconfort et d'encouragement qui aident la femme. À défaut d'être toujours efficace, elle a le sens de la relation ; et d'avoir été mère de nombreuses fois lui permet sans nul doute de comprendre le sens d'un regard ou d'un gémissement. Elle est la femme sage qui accompagne et qui délivre. » (Gélis, 2008 : 180).

La prise en compte du ressenti de la parturiente, la reconnaissance de ses positions « instinctives », comme étant les plus favorables à la descente de l'enfant – préoccupations que redécouvrent aujourd'hui les professionnels de santé impliqués dans la mise

[1] Thèse d'anthropologie soutenue en 2016 à l'Université de La Réunion sous la direction du PR Laurence Pourchez, intitulée *Accoucher en France aujourd'hui. Les enjeux de la profession de sage-femme et le positionnement des femmes face à la naissance médicalisée.*

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

en valeur de l'accompagnement physiologique en milieu hospitalier – étaient et sont encore[2] au cœur des compétences des accoucheuses traditionnelles.

Les auteurs réunis dans l'ouvrage intitulé *L'art des matrones revisité* (Hancart Petitet, 2011), insistent sur le fait qu'une grande majorité de femmes reconnaît l'aspect indispensable de la biomédecine dans la prise en charge des dystocies complexes de l'accouchement et souhaite se rendre à la maternité lorsque des soins de qualité y sont donnés. Mais ce que donnent également à voir les études sur les matrones, ce sont d'une part l'importance de la reconnaissance du savoir-faire et du soutien aux accoucheuses traditionnelles dans des contextes d'inégalité d'accès aux soins, et d'autre part, l'attachement des femmes à la dimension sociale et affective de l'accompagnement.

Indispensable à cet accompagnement, la confiance réciproque entre la sage-femme et la parturiente est encore recherchée par les femmes d'aujourd'hui.

3.2 Besoins d'écoute et de confiance pendant la grossesse et l'accouchement

L'écoute, en dehors d'un cadre institutionnel, est d'une grande importance pendant la période de la grossesse. Ce soutien, qui peut être pour certaines offert par la famille ou le groupe de pairs, demeure absent pour d'autres.

Blandine, sage-femme en PMI, reçoit dans un premier temps toutes les déclarations de grossesse du département dans lequel elle travaille, puis sélectionne les femmes, selon leur profil, à qui elle adressera un courrier de mise à disposition. Elle verra par la suite les femmes qui feront appel à elle suite à cette lettre. En quelques années de pratique au sein de la PMI, Blandine note l'augmentation des cas de femmes qu'elle sent « isolées », géographiquement ou affectivement.

> « Ces mamans-là, qui sont un peu plus isolées, je retourne les voir. Souvent elles sont isolées géographiquement, sans moyens de locomotion, tout ça, et puis aussi familialement, y'a pas beaucoup de famille proche, elles sont toutes seules et ça, je trouve que c'est de plus en plus difficile… Y'en a de plus en plus de l'isolement affectif. Donc là, dans ces gens-là, je retourne régulièrement et puis c'est vrai que c'est un temps de parole pour elles et c'est important. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

L'attitude des praticiens, quel que soit leur domaine, joue un rôle primordial dans la confiance accordée par les patients et a fortiori dans le suivi des conseils médicaux. Au-delà des mots, parfois techniques et donc plus ou moins bien interprétés, les gestes, le comportement du soignant, son empathie, sont indispensables à la relation entre soignants et soignés.

Pour Josiane, la qualité du soin dépend de cette relation.

[2] « Les dernières statistiques publiées à ce sujet laissent penser qu'en Afrique et en Asie du Sud et du Sud-est, en particulier, […] une grande proportion des accouchements ont toujours lieu à domicile avec l'aide des matrones. », Hancart Petitet (dir.), 2011 : 10.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> « Tout dépend de l'authenticité de la relation entre la sage-femme et la femme. Vraiment, ça, je pense que c'est essentiel. La femme peut garder de la sage-femme quelque chose de très constructif pour elle […] Il faut passer du temps, mais pas n'importe quel temps surtout. C'est un temps qui n'est pas un temps d'évaluation extérieure de la situation, c'est un temps partagé, que la sage-femme soit complètement en phase avec ce que la femme a ressenti. C'est sur le ressenti beaucoup plus que sur ce qui en est dit. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

La confiance est abordée par Josiane comme le point central de la relation soignant-soigné. Le temps de la relation, le sentiment d'être entendue, comprise, pour les patientes comme pour les professionnelles, favorisent un climat d'entente nécessaire aux soins, au bon déroulement de l'accouchement. À l'inverse c'est bien l'absence de confiance qui transparaît dans les cas de refus d'un soin ou même du suivi de la grossesse. Géraldine appréhendait les consultations et les touchers vaginaux, elle n'a accepté que les examens échographiques :

> « Aller chez un gynéco je ne supporte pas, donc non j'ai pas eu de suivi » ;

Mélanie a mal vécu la consultation avec l'anesthésiste de la maternité, ce qui l'a conforté dans son choix d'accouchement à domicile :

> « La consultation s'est mal passée, je me sentais jugée et je me disais si je viens accoucher là, j'ai vraiment pas envie de la revoir » ;

Christiane, elle, a refusé les échographies pour ne pas *« subir de pression »* en raison de sa grossesse tardive :

> « Je voulais vivre cette grossesse sereinement sans tous un tas d'examens ».

De par leurs expériences, les sages-femmes constatent que le vécu de l'accouchement, quel qu'il soit, va de pair avec la confiance en soi et l'établissement du lien mère-enfant. Le sentiment de réussite dans son projet personnel initial, médicalisé ou non est le fruit d'une bonne préparation en amont et d'une écoute attentive des besoins de la parturiente le jour de l'accouchement.

> « Je pense que ça leur donne de la force. J'en ai de temps en temps, qui arrivent à faire sans péri, alors que soit elles se disaient, j'en suis pas capable ou la maternité va faire que… Ils vont m'imposer des choses, et là elles sont ravies. Elles disent : "Oh la la, j'ai accouché en maternité… sans péridurale !" "Tu te rends compte !" [Rires.] D'autres qui disent : "J'ai eu la péri mais j'ai géré, je suis restée longtemps chez moi", elles sont comblées… Bien qu'elles aient eu la péri à trois centimètres, mais c'est pas grave, elles sont ravies, elles l'ont bien vécu et puis voilà. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

3.3 Se former à la relation de soin

La formation théorique des étudiants et étudiantes sages-femmes est complétée par des activités d'apprentissage clinique leur permettant d'appréhender la relation de soin. Elle vise l'obtention des compétences nécessaires aux suivis pré, per et postnatal et au suivi gynécologique de prévention.

Concrètement la majorité des stages se déroulent en maternité et laissent donc peu de temps pour appréhender les tenants et les aboutissants d'un suivi sur la durée.

De même, dans la pratique professionnelle, cette continuité des soins, du pré au post-partum, est peu fréquente. L'exercice hospitalier se concentre principalement sur la prise en charge de l'accouchement et du postpartum immédiat, l'implication dans les suivis de grossesses et les cours de préparation à l'accouchement variant en fonction des structures et de la disponibilité du personnel. Pour les sages-femmes libérales, le suivi obstétrical de la grossesse, les cours de préparation et la rééducation périnéale représentent la plus grande part de l'activité.

Au cours de son parcours de soins périnatal, une femme peut être amenée à rencontrer un grand nombre de professionnels. La discontinuité et l'organisation morcelée du travail des sages-femmes entre les différents services de la maternité entraînent, pour les couples, la multiplication des interlocuteurs.

Si le suivi de la grossesse se fait dans une maternité, chaque consultation pourra être réalisée par une personne différente. Lorsque la structure est à même de proposer des séances de préparation à l'accouchement, il n'est pas rare que près d'une dizaine de patientes y participent. Encadrées par une sage-femme que les futurs parents ne connaissent pas, qui n'a pas effectué le suivi et qui ne sera pas présente à l'accouchement, ces séances ne sont pas toujours appropriées à l'expression des doutes et des craintes entourant la naissance. Lorsque le suivi de la grossesse et la préparation sont effectués par une seule et même sage-femme libérale, la communication est facilitée. Absente le jour de l'accouchement, elle est néanmoins pour les futurs parents, celle avec qui se construira en premier lieu, la relation de confiance indispensable à l'appréhension de cet événement. Les sentiments de sécurité et de confiance qu'elle inspire doivent donc se transférer sur le lieu d'accueil et les personnes présentes le jour J.

Les jeunes sages-femmes, baignées le temps de leur formation dans un univers technique et une approche médicalisée de la naissance, sont nombreuses à s'interroger sur leur relation avec les femmes qu'elles rencontrent. Certaines font le choix d'approfondir leurs questionnements par le biais de leur mémoire de fin d'études :

> « Bien que les sages-femmes hospitalières tendent à répondre au mieux, dans la limite du temps qui leur est imparti, aux besoins de la femme, elles restent néanmoins des inconnues pour elle. La mise en place d'un accompagnement personnalisé est dès lors difficilement réalisable, voire impossible. » (Lafont, 2010 : 5).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> « Dans les différents terrains de stage, […] J'ai également constaté la difficulté des sages-femmes à répondre aux besoins des femmes, le manque de temps pour s'occuper d'elles et les moyens mis en œuvre pour les aider, quelques fois insuffisants. » (Louis L., 2012 : 8).

Les sages-femmes libérales interrogées sont nombreuses à mettre en avant leur intérêt pour les relations humaines concernant leur choix de quitter l'hôpital.

> « Aller vers le libéral. […] C'est ce qui arrive le plus à mettre le côté humain en avant. […] alors qu'à l'hôpital on a plein de patients en même temps et c'est difficile, c'est même impossible avec le nombre de personnel, vu les restrictions budgétaires actuelles. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

> « Moi, c'était le lien mère-enfant que je cherchais. […] et ça, je le trouve plus maintenant en fait, dans cette manière de travailler. […] Je me sens plus à l'aise maintenant, dans ce côté relationnel que dans le côté médical, c'est sûr. » (Entretien avec Lisiane, sage-femme libérale.)

4 Quelle relation entre sages-femmes et patientes à l'hôpital ?

4.1 Hospitalisation de la naissance et discontinuité du suivi

Les conditions de la naissance imposées par son hospitalisation ont accentué la dissymétrie de la relation soignant-soigné et la capacité des femmes à interagir sur l'environnement et les conditions de la mise au monde de leurs enfants (De Herdt, Bastiaensen, 2009). De plus, l'introduction rapide de nouvelles techniques de surveillance de la grossesse et de l'accouchement a modifié peu à peu le rapport des femmes à ces événements. La confiance, autrefois placée dans les compétences cliniques des professionnels de santé, semble s'être en partie transférée dans la technique et la sécurité que représentent les outils de pointe en matière de surveillance et d'intervention obstétricales.

Bien que les sages-femmes hospitalières aient unanimement apprécié la sécurité offerte par l'environnement médicalisé, elles ont également été nombreuses à percevoir les changements que cet environnement a imposé dans les relations qui s'établissent avec leurs patientes.

L'arrivée de la péridurale en ce sens a profondément modifié le rôle et l'attitude des sages-femmes en salle de travail. Certes, elles n'ont pas les compétences nécessaires pour poser une péridurale mais leurs propos, leur présence ou leur absence, leur soutien ou leurs incitations sont prépondérants dans le choix de la parturiente.

> « Pour convaincre quoi. Ils savent s'y prendre hein […] "Vous êtes fatiguée, vous devriez prendre la péridurale. Si jamais ça s'accélère, vous serez trop fatiguée pour pousser"… Enfin, elle a insisté lourdement là-dessus au lieu de m'encourager. » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> « Je ne sais pas trop dans quel état d'esprit j'étais mais j'ai lâché le morceau, j'ai accepté […] Je l'avais vraiment mauvaise d'accepter mais elle insistait tellement, comme si c'était un passage obligé que… Que, ben j'ai pas su dire non quoi. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants)

Les effets de la technicisation de la prise en charge sont soulignés par les sages-femmes les plus anciennes qui ont vu l'utilisation des « machines » et des nouvelles techniques de surveillance remplacer le toucher, l'observation, l'écoute de la femme en travail.

Pour ce qui est de la continuité des soins, les sages-femmes qui proposent des cours de préparation constatent la méconnaissance des femmes, a fortiori des primipares, concernant la prise en charge hospitalière.

Blandine, sage-femme en PMI, ajoute que, selon elle, les femmes sont mal informées sur le suivi dont elles peuvent bénéficier et sont souvent déçues de savoir que la sage-femme qui fait leur suivi ne sera pas là le jour J.

> « Y'a beaucoup de femmes qui disent, "et ça sera vous qui m'accoucherez ?" Et c'est vrai qu'elles aimeraient bien, souvent elles sont déçues quand on leur dit que ben, non. Ou quand elles vont en consult', "ça sera vous que je verrai dans la salle d'accouchement ?", ben non… Et y'en a beaucoup qui sont déçues c'est sûr. » (Entretien avec Blandine sage-femme de PMI.)

4.2 Anonymat et distance relationnelle

Le caractère anonyme de la naissance au sein d'une structure médicalisée tend à freiner les praticiens dans leur volonté d'accompagner les femmes au plus près de leurs attentes, qui elles-mêmes varient en fonction de la prise en charge, de la relation de confiance établie.

> « Une maman x, qui arrive pour accoucher et qui s'est toujours formatée à l'idée que ça serait comme ci, comme ça, bien lisse, bien cadré … si d'un seul coup on la bouscule et qu'on l'amène à dépasser un peu la tempête… Ce n'est pas facile de savoir, est-ce qu'elle aura le recul en atterrissant de savoir c'est quoi ce chamboulement ? C'était positif ou est-ce qu'elle en restera à un degré, "moi je ne voulais rien sentir". Mais ça se travaille en amont ça. Tout ça dans l'ensemble, ce n'était pas très facile, c'est ça qui me frustrait en salle de naissance, de me dire, nom d'une pipe, que je comprenne bien ce qu'attend cette femme. Soit elle a un peu réfléchi au sujet et je n'ai pas peur dans le moment où elle craque un peu de l'épauler parce qu'après je sais qu'elle sera contente, soit elle a pas du tout réfléchi au truc, elle a envie que ça soit lisse, bien cadré, bien maîtrisé… Et si moi, je prends sur moi de, d'insister et de lui faire passer un cap qui pour elle sera un très mauvais souvenir, ha !… » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Lors des séances de préparation à la naissance dans un cabinet libéral, le comportement de la femme lors de sa prise en charge en maternité représente bien souvent une séance à part entière, tant les relations entre les patientes et le corps médical peuvent être sources d'incompréhension, voire de complications à l'heure actuelle.

Élisa est sage-femme libérale. Elle pratique l'accompagnement global et l'accouchement à domicile pour les patientes qui en font la demande mais également le suivi gynécologique et les cours de préparation pour des femmes qui souhaitent accoucher à la maternité. Elle reconnaît que la préparation qu'elle propose, selon les cas, n'est pas la même.

> « Les prépas pour l'hôpital, c'est beaucoup expliquer ce qu'on va leur faire. […] C'est expliquer comment vous arrivez à la mater, qui va vous accueillir, qu'est-ce qu'on va vous faire. Très dans la technique, qu'est-ce qu'un monito, expliquer les gestes qui vont être pratiqués. Et c'est vrai que j'insiste beaucoup sur le fait de, je leur dis, posez des questions, créez un lien avec les gens qui seront là, c'est un peu du décryptage. Je les aide à ne pas se sentir perdues, arrivées à l'hôpital. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Farida fait partie de ces femmes qui trouvent que les techniques apprises en cours de préparation ne sont pas applicables le jour de l'accouchement et regrette de ne pas avoir pu bénéficier d'une préparation et d'un accouchement avec la même sage-femme.

> « On avait rendez-vous tous les mois à la maternité, mais c'était en groupe. Donc c'était bien expliqué, on nous avait parlé du ballon, de tous les accessoires possibles pour l'accouchement mais du coup j'ai pas eu trop le temps de m'en servir et puis surtout c'était pas la même sage-femme qui était là » (Entretien avec Farida, 26 ans, mère de deux enfants.)

L'évolution rapide des pratiques médicales a fortement modifiée la place et la représentation des sages-femmes auprès des futures mères. C'est ce qu'exprime Josiane lorsqu'elle dit :

> « Il y a un éloignement de la femme et de la sage-femme. Le problème, ce sont les machines, on ne palpe plus les ventres, on ne prend plus la température, on met un brassard et puis c'est fini. On ne touche plus. ». (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite).

4.3 Multiplication des discours et manque d'écoute

Les conditions de travail en maternité laissent peu de temps aux sages-femmes pour entrer véritablement en relation. Le manque de personnel entretient la dynamique de « rendement » des services, appuyés bien souvent par des protocoles réduisant le temps accordé aux différentes étapes du travail de l'accouchement. De plus, l'attitude des médecins vient parfois renforcer cette pression qui se répercute sur le déroulement des accouchements.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> « Et puis le médecin qui est derrière qui dit que… Et puis parfois, il y a beaucoup de travail à l'hôpital donc il faut libérer les salles d'accouchements, donc il faut déclencher, il faut poser la péri, il faut accoucher et hop, hop, hop et puis c'est à la chaîne, quoi. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale).

Fortes de leurs expériences, les plus anciennes se disent enclines à entendre la demande des patientes lorsque le travail se déroule normalement. Les plus jeunes en revanche semblent moins en mesure de s'opposer à l'autorité des médecins.

> « Et puis il y a la pression des médecins derrière. La sage-femme hospitalière toute seule n'existe plus, il y a toujours les médecins derrière, voilà, qui disent "Ben alors, cette femme n'a toujours pas accouché ?", "qu'est-ce qu'elle fait là ? Elle est à dilatation complète depuis…", hein, "vous ne l'avez pas fait pousser encore ?", y'a des trucs comme ça aussi. Alors quand on a un peu plus de bouteille, on arrive à dire, mais des jeunes sages-femmes qui ont peur, elles oublient qu'il y a une personne devant elles et puis elles font quoi, parce que le médecin derrière a dit "il faut mettre une perfusion, il faut la faire accoucher". » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI).

Les femmes qui souhaitent être accompagnés dans la physiologie de l'accouchement sont d'autant plus sensibles, voire résistantes, à ce type d'injonction. Leurs attentes en termes de soutien, de présence que requiert un accouchement sans analgésie trouvent difficilement des réponses dans l'organisation des services.

Sidonie se dit extrêmement déçue par le manque d'écoute, de disponibilité :

> « Ils font style ils sont à l'écoute, mais le jour ben, y'en a quatre et la nana elle n'a pas le temps… » (Entretien avec Sidonie).

Certaines sages-femmes, comme Blandine, conseillent à leurs patientes d'exprimer leur ressenti aux professionnelles présentes lors de leur accouchement.

> « C'est vrai qu'il y a des femmes qui sont déçues de leur accouchement…, beaucoup hein…, mais qui n'osent pas en parler…, à l'équipe… et c'est dommage. Et moi, quand j'en rencontre des femmes, pendant la grossesse à qui j'explique un peu l'accouchement, je leur dis, s'il y a un souci, quelque chose que vous n'avez pas compris, ou que vous avez mal vécu, tout ça, il faut en parler à l'équipe. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Cependant, l'environnement hospitalier ne facilite pas toujours cette prise de contact,

> « C'est des choses dont je n'ai pas pu reparler après avec la sage-femme parce que c'est trop… On est trop à vif après. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant.)

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Un autre point développé au travers des entretiens est la présence dans ces structures de multiples professions médicales et paramédicales entourant les femmes et leurs nouveau-nés (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres, puéricultrices, auxiliaire de puériculture). Outre les difficultés inhérentes aux interactions interprofessionnelles, sont alors évoqués les risques de conseils contradictoires auprès des patientes et les difficultés d'établir avec elles une relation de confiance respectueuse de leur intimité, en raison du nombre d'intervenants.

Pauline évoque la confusion que peut engendrer chez les jeunes mères la multiplication des discours et conseils donnés à la maternité :

> « Les femmes, elles en ont ras-le-bol d'être confrontées à trente-six mille personnes. En suites de couches y'a trente-six discours différents, l'allaitement, les auxiliaires, des conseils assez rigides. Elles nous le disaient hein. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

4.4 S'engager auprès des femmes

Dans le cadre d'un accouchement en structure, l'attitude de la sage-femme, malgré l'anonymat et une moindre disponibilité due à l'accompagnement simultané de plusieurs parturientes, reste primordial. C'est ce que souligne Josiane, cadre sage-femme à la retraite :

> « Le bébé s'engagera si la sage-femme s'engage. Ça là-dessus c'est très clair, ça je le pense sincèrement. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite).

Josiane a toujours été sage-femme hospitalière. Pour elle, l'engagement de la sage-femme, son soutien véritable envers la femme, priment sur le temps de la relation :

> « En tous cas, ce dont je suis sûre, c'est quelqu'un qui paye de sa personne, une sage-femme qui s'engage, qui paye de sa personne, peu importe qui elle est, ce qu'elle pense etc. Si réellement il y a eu une relation véritable, entre cette sage-femme et cette femme, il y aura quelque chose qui aura avancé. Il y aura quelque chose qui se sera passé et qui grandira les deux. Et pour le plus grand bien du petit qui est au milieu surtout, parce que il ne faut pas l'oublier celui-là. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite).

4.5 Le recours aux doulas : être en relation

La présence accrue des doulas[3] auprès des parturientes est significative du manque à combler. Très mal acceptées par les professionnels de la santé, elles sont en revanche

[3] « Doula est un mot qui vient du grec ancien. Certains le traduisent par « celle qui sert la mère » mais c'est un euphémisme. En grec, *doula* signifie la femme esclave et aux temps de Socrate et de Périclès, le terme désignait la domestique qui s'occupait des tâches de la maison et en particulier des soins de sa maîtresse : sa beauté, sa santé, les soins, et naturellement la grossesse et l'accouchement ». Les doulas sont

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

demandées par les femmes. Bien que certaines puissent être ambiguës dans leur rôle auprès des femmes, ce qui renforce notamment le conflit avec certains professionnels de santé, elles ont une place d'accompagnante, de conseillère auprès des femmes qui manquent de repères ou d'écoute dans leur suivi de grossesse. Elles sont la mère, la sœur, l'amie, qui ne peuvent être présentes ou à qui l'on n'ose plus confier ses opinions de peur d'être jugée.

Bien qu'elles soient peu nombreuses en France[4], les doulas, par leur présence, répondent à une demande des femmes pour un autre type d'accompagnement et révèlent ainsi des failles, des manques, dans l'offre de soins proposée actuellement.

Les femmes faisant appel à une doula expriment le désir d'une présence, d'un accompagnement particulier pendant leur grossesse, une proximité, une confiance, plus proche d'une relation amicale, une personne à qui se confier, qu'un contact purement médical soignant-soigné. Certaines femmes sont en demande d'une communication d'égale à égale, de femme à femme, qui ne trouvant pas toujours d'écho dans le lien avec le ou les professionnels de santé qui suivent leur grossesse, se profile parfois au travers de la doula.

Dans la description que m'offre Patricia de sa pratique, il n'y a pas de confusion ou d'interférence avec celle des sages-femmes. Une présence féminine, amicale ou maternelle et une écoute « neutre » sont les principales attentes des femmes qui font appel à elle. Elle fait des massages, apprend aux femmes,

> « des techniques avec le ballon, avec le rebozzo », « donne des infos », « aide à écrire leur projet de naissance si c'est leur souhait ».
>
> « Des fois elles me demandent d'organiser un « blessing way ». Donc c'est un moment pour elles, pour, entre femmes. Pour honorer ce passage dans leur vie de femme, c'est un rituel quoi, donc elles me demandent de les aider à l'organiser ou de l'organiser moi-même donc ça, ça m'est arrivé plusieurs fois. Elles me demandent aussi de faire des moulages de leur ventre. » (Entretien avec Patricia, doula.)

L'idée d'une complémentarité avec l'exercice des sages-femmes est avancée aussi par les mères.

---

des « accompagnantes à la naissance » qui ont « pour vocation d'accompagner et de soutenir la future mère et son entourage pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, grâce à [leur] expérience et à [leur] formation, et cela uniquement en complément du suivi médical choisi par les parents ». Elles se situent comme les héritières des « Godsibs » que l'on retrouve « jusqu'au XVI^{e} siècle en Angleterre » et de « la femme qui aide », « femme locale, elle-même mère, à qui on faisait appel pour aider la femme et sa famille pendant l'accouchement aux côtés de la sage-femme. Elle soutenait la femme et maintenait la chambre et le lit propre. C'était elle qui donnait le premier bain au bébé et qui soutenait la mère dans son allaitement ». Une première rencontre officielle entre doulas s'est tenue en France en 2003 pour aboutir à la création de l'association « doulas de France » en 2006. Des associations similaires existent dans d'autres pays. (*cf.* le site Internet des doulas de France : doula.info).

[4] L'association Doulas de France répertorie une soixantaine de doulas, membres de l'association.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> « Mais c'est vrai que c'est dommage qu'il y ait ce ressenti vis-à-vis des doulas parce que, je pense que, elles, elles ne sont vraiment pas dans cette optique-là de, de concurrence et au contraire, elles ont une très grande admiration pour les sages-femmes, pour le travail qu'elles font. Et vraiment pour moi c'est pas du tout le même travail quoi. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant).

Pour Patricia, ce que les femmes apprécient, c'est « d'avoir une personne qui est disponible, jour et nuit, 24 h. / 24 pour elle […], par texto, par mail », de bénéficier d'une écoute et d'une empathie qu'elles ne trouvent pas auprès de leurs proches.

Maryse me fait part de son besoin de se confier à une personne extérieure à son entourage, disponible, dans une relation sans jugement.

> « J'étais vraiment à la recherche de cet accompagnement-là. Pour moi c'était vraiment un bon compromis au sens où j'avais besoin d'un accompagnement… Solide, vraiment… Une personne sur laquelle je savais pouvoir me reposer pour des choses très intimes et en même temps sans avoir un sentiment d'être redevable après. […] Et c'était l'avantage de cet accompagnement pour lequel on signe, en fait, un contrat et cette personne on la rémunère pour sa présence. Et elle est vraiment très dans l'écoute, en tout cas celle que j'ai rencontrée, mais j'imagine que toutes les doulas sont comme ça, de près ou de loin, dans une écoute extraordinaire, toujours en train de rebondir à mes questionnements, sans donner de conseils, jamais, vraiment toujours dans l'écoute. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'une enfant).

Les femmes qui souhaitent les services d'une doula sont parfois suivies par une sage-femme libérale dans le cadre d'un accompagnement global. Malgré l'écoute attentive de ces professionnelles, ces femmes sont en recherche d'une relation autre que la relation patient-praticien.

> « J'avais aussi besoin de ça je pense, parce que c'est vrai que malgré la prise en charge qui est énorme au niveau médical, c'est toujours très technique et c'est toujours vachement intrusif et… C'est pas ce dont on a besoin en fait, surtout quand une grossesse se déroule bien, on n'a pas besoin de ça. On a besoin d'être entourée, on a besoin d'être écoutée, d'être épaulée et ça pour moi ça a été la doula qui a apporté ce côté-là quoi, vraiment. Et de toutes façons, dans plein de cultures, il y a l'équivalent d'une doula. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

La sage-femme est alors associée à l'aspect « technique », médical de la grossesse. Les soucis d'ordre personnel et intime seront discutés avec la doula.

> « En fait elle avait vraiment un autre regard. Avec la sage-femme, même si j'ai eu un accompagnement global, c'était plus technique, c'était pas

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> comme là où on s'asseyait autour d'une tasse de thé et puis on discutait et puis y'avait mon mari aussi donc y'avait un vrai échange. Et puis ça ne durait pas qu'une heure, ça pouvait durer deux heures, trois heures… Et puis elle, elle ramenait un autre regard en fait qui était peut-être moins technique, plus humain et par rapport aux expériences qu'elle a vécues ou ce qu'elle a lu et du coup moi, j'ai eu des réponses que je n'ai pas eu avec la sage-femme par exemple… Ou des pistes, des réflexions, des choses comme ça. Et ça, ça c'est vraiment intéressant au niveau de ces échanges-là. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants).

Dans son suivi par sa sage-femme, Maryse a senti que l'attention était focalisée sur le bébé à venir et a trouvé plus facile de s'exprimer auprès de sa doula :

> « Je pense qu'à un moment donné, la sage-femme, elle est là pour la maman mais elle est quand même beaucoup là pour le bébé. […] Et parfois, la maman, elle a vraiment besoin d'être épaulée quoi. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant).

Zelana est originaire de l'île Maurice, où, pour elle, il existe encore une solidarité autour de la mère après la naissance d'un enfant. Cependant, étant en France, elle n'a pu en bénéficier. Pour elle, la présence de la doula en post-partum a comblé ce manque.

> « À Maurice […] Elles sont très proches, elles s'occupent les unes des autres. Une femme là-bas pendant 40 jours, elle ne sort pas de chez elle quoi, voilà quoi, tout le monde vient, tout le monde l'aide, tout le monde apporte quelque chose à manger, on s'occupe des autres, des autres enfants, du mari et ça c'est des choses ici qui sont impossibles, en tout cas pour moi, je suis un peu toute seule ici… » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants).

5 Accompagnement global et relation femme – sage-femme

5.1 *Suivi pré, per et post partum, une continuité favorable*

L'accompagnement global est le suivi le plus complet qu'une sage-femme, de par sa formation, puisse proposer à ses patientes. Cette prise en charge, pré, per et post-partum (avant, pendant et après l'accouchement), a été relativement accessible sur tout le territoire, jusque dans les années 1970, notamment grâce à la présence des sages-femmes dans les cliniques ouvertes. Il est proposé aujourd'hui par quelques sages-femmes libérales et par les maisons de naissance en expérimentation. Les femmes qui en bénéficient réalisent donc avec la même sage-femme (ou avec les sages-femmes de la maison de naissance), le suivi obstétrical de leur grossesse, la naissance de leur enfant et le suivi de leur suite de couche.

Les sages-femmes pratiquant ce type d'accompagnement ainsi que leurs patientes s'accordent à dire que le temps de la préparation, à l'accouchement, lorsque celle-ci est

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

réalisée par le praticien qui sera présent le jour de l'accouchement, permet de mettre en place une facilité de communication tout au long de la grossesse et une confiance dans les conseils donnés le jour J. La relation de proximité entre la sage-femme et sa patiente, favorisée par des rencontres régulières tout au long de la grossesse, permet à la sage-femme d'aider sa patiente à dépasser ses peurs plus aisément que dans le cadre d'une relation anonyme.

Après un premier accouchement à domicile, il n'est pas rare que les couples refassent appel à la même sage-femme pour l'accouchement suivant, la communication étant alors facilitée et la confiance accrue.

Pour Françoise,

> « apprendre à connaître une femme, savoir ce qui est bon pour elle » est tout l'art de la sage-femme, « Chaque femme est unique et le système propose une formule standard pour toutes, ce n'est pas logique ! C'est l'art qui se perd. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Ce suivi permet d'établir un véritable lien avec la femme et une préparation tant physique que psychique à l'accouchement. Les patientes reçoivent des conseils sur leur alimentation, leur sommeil et leurs activités, et surtout prennent le temps de connaître le professionnel de santé qui les accompagne, de comprendre son raisonnement, sa démarche. La plupart des sages-femmes s'accordent à dire que la relation de confiance facilite également l'accompagnement de l'accouchement.

> « Y'a l'abandon complet, la confiance et puis, sans qu'elle s'en rende compte, tout ce qu'on lui a fait faire en amont pendant la grossesse, de pas être carencée, de faire son ostéo, de préparer son périnée. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale).

Pour Nadia, étudiante sage-femme, la proximité, l'humanité, la relation de confiance, objectifs fixés par le dernier plan de périnatalité, sont effectifs dans les principes du suivi global.

> « Quand on suit la femme depuis le début, on s'y attache, y'a une relation de confiance qui se crée… Alors évidemment il faut garder une certaine distance professionnelle, mais quand même on s'attache à ses patientes. Et les femmes, elles s'attachent à une personne, mais elles s'attachent à l'assurance d'avoir été comprises, entendues et qu'on leur a donné tout ce qu'on pouvait pour qu'elles accouchent bien. » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

Anne, de par son expérience en milieu hospitalier puis dans la pratique du suivi global, constate que la continuité des soins est une part importante de la sécurité apportée par la sage-femme, en ce sens qu'elle implique un engagement professionnel

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

et moral envers la patiente et une prise en compte objective de la qualité du suivi sur le déroulement de l'accouchement.

Dominique partage l'idée selon laquelle une relation de proximité entre la parturiente et la sage-femme accroît la patience de cette dernière face à une naissance un peu longue. Dans son propre cas, la présence d'une de ses collègues lors de son premier accouchement a permis selon elle, un accouchement par voie basse malgré une durée du travail dépassant le temps admis par le protocole,

> « Heureusement que c'était ma collègue qui était là, parce que sinon ils m'auraient ouvert le ventre. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale).

Josiane a toujours été hospitalière mais a parfois accompagné des amies ou des femmes qu'elle connaissait en structure. Elle remarque que l'engagement envers ces femmes et a fortiori la relation qui s'établit n'est pas la même que dans une situation d'anonymat :

> « C'est vrai que quand on nous demande c'est une autre démarche, c'est quand même autre chose que d'être là au moment où une femme accouche. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite).

Ce qui transparaît au travers des paroles des femmes, c'est que l'accompagnement global semble plus adapté à leurs demandes. Le sentiment de confiance établi avec la sage-femme remplace le besoin (plus souvent exprimé en milieu hospitalier) de « tout savoir » sur l'avancée du travail :

> « Elle ne me disait pas à combien, la dilatation […] Moi, je ne demandais pas non plus, je n'avais pas vraiment besoin de savoir. De me savoir accompagnée et puis que ça se passe bien, moi, ça me suffisait. » (second entretien avec Amandine, 34 ans, trois mois après son premier accouchement) ;
>
> « Et c'est vrai qu'elle ne nous a pas donné plus d'explication que ça, mais finalement c'était suffisant, ça n'en nécessitait pas plus en fait… » (Entretien avec Rita, 25 ans, deux enfants.)

La présence en continu de la sage-femme pendant le travail est également très appréciée, d'autant plus lorsque la surveillance se fait au domicile de la patiente avant le départ à la maternité. Amandine qui a eu un accouchement particulièrement long et qui a été accompagnée par sa sage-femme avant de rejoindre le plateau technique de la maternité où elle devait accoucher, insiste sur ce point :

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> « Qu'elle reste là, toute la nuit en plus. C'était bien rassurant. […] C'est vrai que c'est vite fait, tu vois dans mon petit moment de doute, la deuxième nuit, là, t'as vite fait de virer, de lâcher prise et de dire, bon allez, on va à la maternité. […] J'y serais allée… Certainement on m'aurait provoquée. Un moment donné, on m'aurait sûrement dit, ben là, c'est trop long, on y va quoi. On aurait accéléré, alors qu'en fait, ben… Y'a jamais eu de… Ben voilà quoi, c'était très bien comme ça quoi. J'ai pas du tout souffert. » (Second entretien avec Amandine, 34 ans, trois mois après son premier accouchement.)

5.2 Le choix d'un accompagnement personnalisé et non intrusif

Pour les mères interrogées, ce qui a compté dans leur choix d'un accompagnement global, c'est avant tout l'aspect personnalisé du suivi. Elles se sont senties plus à l'aise pour s'exprimer ou poser des questions du fait d'avoir un seul et même interlocuteur pendant toute la grossesse.

Le facteur temps, on le sent au travers des propos, est considérable. Les consultations, qui durent environ une heure, laissent le temps à la parturiente de comprendre la façon dont travaille la sage-femme. Comme le soulignent les études sur les rapports soignants-soignés, l'établissement d'une relation de confiance favorise l'application des conseils médicaux donnés.

Amandine s'est séparée de son compagnon pendant sa grossesse, elle a trouvé dans l'accompagnement d'Anne l'écoute attentive qu'elle recherchait :

> « J'apprécie la douceur et aussi la discrétion. Tu vois, elle pose des questions mais je trouve qu'elle est aussi très respectueuse de mon histoire, enfin voilà, elle vient juste par petites touches, juste pour savoir où j'en suis. » (Entretien avec Amandine, 34 ans, au cours de sa première grossesse).

On retrouve également dans son témoignage, le souhait d'être rassurée par une prise en charge médicale mais non intrusive :

> « Je me sens rassurée par rapport à l'accompagnement qu'elle propose. On est bien suivie, sans être trop… Juste ce qui faut, vérifier que tout va bien. » (Entretien avec Amandine, 34 ans, au cours de sa première grossesse).

Farida, Amandine et Zelana ont toutes fait le choix d'un accompagnement global suite à une mauvaise expérience de suivi « classique ».

Pour son premier accouchement, Farida a eu une césarienne en urgence. À l'annonce de sa seconde grossesse, elle était très anxieuse et a choisi une sage-femme libérale ayant accès à un plateau technique afin de bénéficier d'un suivi plus personnalisé tout en étant rassurée par un environnement médicalisé au plus proche en cas de besoin.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> « Elle m'a suivie toute ma grossesse, ça s'est bien passé. Elle m'a donné plein de choses pour me tenir un peu en bonne forme. […] L'accouchement en lui-même, un rêve… Je l'ai très, très bien vécu et elle m'a accompagnée tout le long, très patiente. » (Entretien avec Farida, 26 ans, mère de deux enfants.)

Pour sa première grossesse, Zelana s'est « sentie trompée » par son gynécologue lorsqu'il lui a annoncé un déclenchement à la veille du terme. Elle dit ne pas avoir compris cette décision et interprète les complications de son accouchement (douleurs, longueur du travail, épisiotomie, extractions instrumentales), comme des conséquences de cet acte. Décidée à ne pas revivre cette expérience douloureuse, elle a fait le choix d'un accompagnement global pour son deuxième enfant :

> « Ça devrait être comme ça tout le temps. C'est personnalisé, on est à ton écoute, ça donne des vraies pistes de réflexions. Et puis par exemple, les examens, ils ne sont pas systématiques et ça aussi ça m'a beaucoup plu. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants).

Plusieurs femmes ont vécu la présence discrète de la sage-femme au moment de l'accouchement, contrairement au contexte hospitalier, comme une valorisation de leurs propres capacités. Elles disent avoir apprécié ce sentiment d'être « seule » pour mettre leur enfant au monde.

> « Elle me mettait des compresses chaudes, mais elle était vraiment en retrait, enfin j'avais vraiment l'impression d'être toute seule avec mon mari. C'est cette sensation d'accoucher toute seule, d'être vraiment maître de moi. […] Elle était là pour surveiller le bon déroulement mais c'est tout, y'avait pas d'intrusion… Le monitoring, elle ne m'a pas imposé d'être sur le dos, j'étais à quatre pattes sur le matelas et c'était elle qui se déplaçait si je me déplaçais… Enfin je veux dire, elle a respecté tout mon cheminement à moi, elle n'a pas interrompu mon truc. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants).
>
> « D'un seul coup le bébé est là et tu te rends compte que oui, elle était là. Et tout de suite, elle s'efface, elle est là pour les deux premières minutes, pour me le mettre dessus, elle l'essuie et puis hop, d'un coup y'a plus personne, on est à nouveau en couple avec notre bébé quoi. […] Et c'est vrai que c'est magique. » (Entretien avec Mélanie, 36 ans, mère de deux enfants.)

5.3 Transmettre la confiance dans l'expérience de l'accouchement

> « Elle me regardait dans les yeux et elle soufflait, elle soufflait, elle soufflait et puis un moment elle a eu envie de pousser et je voyais que le petit arrivait et Sophie elle était en train de faire un papier derrière et je lui dis, "Sophie le bébé arrive !". Alors Sophie elle revient pour accueillir l'enfant et

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> heu, juste pour l'accueillir, la dame a poussé, toute seule, hop impeccable. Et quand l'enfant est né, il faisait quatre kilos, quatre kilos cinquante. Et quand l'enfant est né heu… J'ai dit à Sophie, "mais t'as rien fait !" Et elle me dit, "ben oui, oui, c'est ça le boulot de sage-femme… C'est conforter la femme dans ses compétences". » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale).

De par leur savoir-faire, les sages-femmes qui ont à cœur de respecter le rythme physiologique de la naissance offrent aux femmes qu'elles accompagnent la possibilité de vivre une expérience unique et extrêmement enrichissante. La confiance en ses propres capacités à mettre son enfant au monde s'inscrit comme un bagage certain pour l'avenir. Les sages-femmes qui travaillent ainsi ne sont pour ainsi dire jamais confrontées, chez leurs patientes, à des dépressions post-partum ou des difficultés majeures en ce qui concerne l'allaitement.

Dominique souhaite avant tout conforter ses patientes dans leurs capacités, faire de leur accouchement une expérience valorisante :

> « C'est ça quand on vous donne l'énergie… C'est la clé, "elle m'a dit que j'étais capable, donc je suis capable et je vais le prouver que je suis capable !" » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

6 Conclusion

L'asymétrie qui caractérise les relations entre soignants et soignés n'exclut pas les interactions entre les sages-femmes et leurs patientes. Pour une part de la population, il existe de véritables difficultés à mettre en doute ou à défier le discours médical en cas de désaccord, l'environnement hospitalier représentant un obstacle supplémentaire pour prendre des décisions par et pour soi-même. Inversement, le respect du vécu des patientes, de leur point de vue, de leur autonomie, facilite leur compréhension des gestes de soins, même en cas d'interventions médicales importantes (Penpenic, Savary, 2012). Ainsi, l'étude des tenants et des aboutissants de la relation de soins concernant l'accouchement à travers le prisme de l'accompagnement global, permet de toucher du doigt les effets de la communication et de la confiance dans l'expérience de l'accouchement et de la maternité.

Ce qui apparaît au fil des entretiens portant sur l'accompagnement global, c'est l'idée selon laquelle les consultations pour le suivi de la grossesse participent à la préparation de l'accouchement. De fait, la communication mise en place, les interrogations de la patiente, les conseils du praticien, les échanges autour de l'événement à venir, concernent un accouchement pour lequel l'ensemble des interlocuteurs est concerné, la patiente ou le couple comme la sage-femme.

Le suivi gynécologique et l'accompagnement physique et émotionnel de la grossesse donnent lieu à une personnalisation du soin, une bonne connaissance de la patiente par le praticien, la mise en place d'une relation de confiance, autant d'atouts qui lorsque l'accompagnement perdure jusqu'à l'accouchement, semblent bénéfiques pour le déroulement de celui-ci.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Si l'impact de l'état psychologique de la mère suite à l'accouchement, sur sa relation au nouveau-né et ses capacités de maternage est fréquemment étudié (depuis Winnicott, 1969, jusqu'à des études plus récentes : Chabrol and al., 2003 ; Bernard-Bonnin, 2004 ; INPES, 2010), le rôle d'une expérience positive et sereine de l'accouchement sur l'état postpartum de la mère reste encore à explorer.

Références bibliographiques

Benoist J. (1998), « La pédiatrie, un cheminement entre biologie et culture », in *Le pédiatre*, vol. XXXIV, n° 169, novembre-décembre 1998, p. 12-16.

Bernard-Bonnin A.-C. (2004), Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé mentale et des troubles du développement, *La dépression de la mère et le développement de l'enfant*, *Paediatrics & Child Health*, Volume 9, Issue 8, October 2004, p. 589–598, https://doi.org/10.1093/pch/9.8.589

Bibeau G. (2010), « Quel humanisme pour notre âge bio-technologique ? », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 1, 2010, mis en ligne le 29 novembre 2010, DOI : https ://doi.org/10.4000/anthropologiesante.

Camus J, Geay B., et Oria N. (2011), « Ajustement et concurrence des savoirs dans l'accompagnement de la maternité », *Revue française de pédagogie*, 176, 2011, pp. 73-82.

Chabrol H. *et al.* (2003), « Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée », *Devenir* 2003/1 (vol. 15), p. 5-25. DOI 10.3917/dev.031.0005.

De Herdt T., Johan Bastiaensen J. (2009), « L'agencéité relationnelle », *Revue Tiers Monde* 2009/2 (n° 198), p. 317-333. DOI 10.3917/rtm.198.0317.

Gélis, J. (2008), *L'arbre et le fruit*. Paris : Fayard.

Hancart Petitet, P. (2011), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*. Paris : édition Faustroll-Descartes.

Hudelson P. (2002), « *Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? », Médecine et Hygiène*, n° 2407, oct 2002.

INPES (2010), *Troubles émotionnels et psychiques en post-partum*. Fiche action 16. INPES. Disponible à partir de l'URL : http://www.inpes.sante.fr/default.asp

Laffont B. (2010), *Accès des sages-femmes libérales aux plateaux-techniques*, mémoire de fin d'études de sage-femme, Hotel Dieu, Université Claude Bernard, Lyon.

Louis L. (2012), *Prise en charge de la phase de latence du travail par les sages-femmes de Lorraine*, mémoire de fin d'études de sages-femmes, école de sages-femmes de Metz, Université Henri Poincaré, Nancy I.

Morel, M.F. (2007), *Histoire de la naissance en France*, adsp n° 61, déc 2007.

Penpenic B., Savary R. (2012), *La complexité de l'environnement de la salle de naissance en milieu hospitalier : revue de littérature*, Haute école de santé Vaud, filière sage-femme, Lausanne.

Tillard, B. (2002), *Des familles face à la naissance*. Paris : L'Harmattan.

Tillard B. et Robin M. (2010), *Enquêtes au domicile des familles : la recherche dans l'espace privé*. Paris : L'Harmattan.

Winnicott, D. (1969), *La préoccupation maternelle primaire*, in., *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017